

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 5 2007 ÅRGÅNG 28



**Internationella konferenser i Blekinge** /sid 14

Smygremsor/sid 5 • Kallelesystem – en fråga om medicinsk kvalitet/sid 18

## Skriv i AllmänMedicin!

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



## Bildtips!



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

Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.

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

Tekniska frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink [gunnar@mediahuset.se](mailto:gunnar@mediahuset.se) Tel 0525-323 52

## I nästa nummer av AllmänMedicin:

Referat från SFAMs höstmöte i Visby

Omslagsfoto: Karin Ranstad

### 3 Ledare

Lärande miljöer  
*Anders Lundqvist*

### 5 Vetenskap & Utveckling

Smygremsor – en dold remittering till primärvården  
*Karin Hed, Thomas Brezicka, Cecilia Björkelund*  
P-kolesterol ett alternativ till lipidstatus vid rutinkontroll  
*Carl Heyman*

### 10 Praktik

Ovanlig hälsa hos barn? – en patientberättelse  
*Gunnar Axelsson*  
Min besvärliga patient  
*Robert Svartholm*

Skånska Gudrun  
*Gunnar Axelsson*

Kalops med förhinder  
*Inge Carlsson*

### 15 Utbildning

ST-dagarna i Norrbotten 2008  
*Madelene Andersson*

### 16 Konferens

Internationella konferenser i Blekinge  
*Karin Ranstad*

### 18 Debatt

Alma Ata 2007 – Hur står det till med primärvården?  
*Anna Karin Karlsson*  
Att kalla eller inte kalla sina patienter?  
*Sven Engström*

### 23 Recension

Allmänläkaren som visste för mycket  
*Tina Nyström Rönnäs*

### 24 SFAM informerar

Linn Getz om humanistisk allmänmedicin på årets Riksstämman  
*Lars Borquist*

### 25 Notis

Ny hemsida för primärvården  
[pvsverige.se](http://pvsverige.se) – för alla medarbetare

### 26 SFAM informerar

SFAMs råd och nätverk  
Kontaktpersoner

### 28 Krönika, kalendarium

Doktorn och självbilden  
*Staffan Olsson*

Foto: Karin Ranstad



Rod Jackson och Ingvar Ovhed förbereder sig. Konferenserna handlade om ACG och fördelning av resurser efter behov. Sidan 16



Kallelser till kontroller för kroniska sjukdomar som behandlas är för de flesta, även fullt ansvarstagande individer, en mycket bra service. Sven Engströms debatterar på sidan 20.

”Carl Edvard Rudebeck uppmanar på flera ställen i boken till nydanande, nyfiken forskning, istället för sådan som befäster det vi redan vet.”

Tina Nyström Rönnäs har läst en samling spännande texter. Sidan 23



Linn Getz kommer till Riksstämman. Sidan 24

# ANNONS



## Lärande miljöer

Det har sagts förut, men det verkar som om vi ständigt måste påminnas om det. Fortbildning är mer än att åka på kurs! Å ena sidan pratar vi om det livslånga lärandet, å andra sidan lever vi i föreställningen att arbete och fortbildning är åtskilda företeelser. Denna dualism avspeglas bland annat i att vi ansöker om "ledighet" för att delta i fortbildningsaktiviteter. Ordets makt över tanken brukar man säga. Man kan lätt gripas av känslan att man inte drar sitt strå till stacken, och det är därför också lätt att göra avkall på sina behov av kompetensutveckling. Arbetet pockar dessutom hela tiden på vår uppmärksamhet. Det är hög tid för en modernare syn på vad kompetensutveckling egentligen innebär.

I själva verket lär vi oss nya saker fortlöpande i vårt arbete, vare sig vi är medvetna om det eller inte. Problemet är att vi i vår praktiska vardag underskattar behovet av reflektion. Det allmänmedicinska arbetsinnehållet är vittomfattande och inbegriper fler perspektiv än de rent biomedicinska. Det är inte alltid vi är hjälpta av läroböcker. Vi har god hjälp av Internet när vi söker efter specifik kunskap, men en hel del av vad vi gör finns inte beskrivet i text utan grundar sig enbart på egna eller andras erfarenheter. På gott och på ont kanske man ska tillägga. Vi vet ganska lite om hur kollegan bredvid resonerar, men genom denna okunskap går vi också miste om en möjlighet till professionell utveckling.

Kollegialt lärande på den egna arbetsplatsen eller i form av FQ-grupper, är ett sätt att skapa ett sådant reflektionsutrymme. Tyvärr har antalet FQ-grupper stadigt minskat det senaste decenniet, och en del arbetsplatser är dessvärre att betrakta som dysfunktionella ur kollegial synvinkel. Det stora flertalet har inte prioriterat det kollegiala tankeutbytet tillräckligt mycket. Ett öppet klimat med ömsesidig respekt och ett visst mått av prestigelöshet, ger goda förutsättningar för interkollegialt lärande. Det borde inte vara omöjligt att åstadkomma.

Nu kommer kvalitetsindikatorer på bred front, och istället för att gnälla över administrativa påhitt, tycker jag vi ska bejaka de möjligheter till samverkan kollegor emellan som därmed uppstår. Även om fokus ligger på redovisning inom vissa utvalda områden, kan vi förvänta oss att vi lär oss mycket annat på köpet. Vi skaffar oss också erfarenhet av att plocka ut statistik från våra datorjournaler, något som har varit ganska lågt prioriterat tidigare.

Den ursprungliga tanken med FQ-grupper var ju att de skulle tillgodose kollegors behov av såväl fortbildning som kvalitetsutveckling. Studiebreven som utvecklades hade detta perspektiv. Vi inspirerades bland annat att genomföra audits, där vi undersökte vår egen handläggning av olika kliniska problem. Under senare delen av 1990-talet spreds ett antal modeller för kvalitetsutveckling i vår verksamhet, ofta från centrala landstingskanslier. De skulle

implementeras i verksamheten med stöd av Socialstyrelsens förordning om kvalitetssystem. Då initiativet med få undantag kom uppifrån, blev det svårt för ledningen att skapa tillräckligt stort intresse och delaktighet för kvalitetsfrågorna. Istället frodades en skepsis mot kvalitetsarbete i vår yrkesgrupp. Nu när det handlar om ekonomiska incitament blir läget ett annat. Med utgångspunkten i mötet mellan läkare och patient borde kvalitetsutveckling vara en självklar angelägenhet för oss alla.

Vi pratade för femton år sedan om att ta makten över fortbildningen, det vill säga att skapa en fortbildning av, med och för allmänläkare. Vi har kommit en bit på väg, men jag tror att vi måste inse att fortbildning och kvalitetsutveckling i mångt och mycket går hand i hand. Det är dags nu att återta initiativet i kvalitetsarbetet och vägen dit heter kollegial samverkan.

En som har gjort mycket för att stärka fortbildningen i landet är Karin Ranstad. Hon kanske är mer känd för läsekretsen som en av tidskriftens redaktörer. Efter åtta år lämnar hon nu det uppdraget och jag vill å redaktionens vägnar uttrycka vår djupa tacksamhet för vad hon bidragit med.



Anders Lundqvist

# ANNONS



# Smygremsor

## – en dold remittering till primärvården

En ökande ström av information om patienter från slutenvården till primärvården, där det ibland rådde osäkerhet om det gällde remittering eller ren informationsöverföring föranledde att man på Sävedalens vårdcentral i Södra Bohuslän närmare ville studera remitteringsförfarandet från slutenvården till primärvården.

### Bakgrund

Till primärvården inkommer en ständigt ökande mängd information om patienters vårdkontakter med övriga delar av sjukvården, framför allt i form av epikriser, journalkopior och remisser från sjukhus och den sjukhusanknutna vården. Det finns inget nationellt eller regionalt enhetligt system för hur informationsöverföringen skall ske, och det förekommer ganska ofta att remiss med klar frågeställning eller klart syfte saknas. Journalhandlingarna upplevs ibland sakna väsentlig information för ställningstagande till hur snart uppföljning i primärvård skall ske, och det framgår inte alltid klart om patienten själv skall beställa tid på vårdcentralen eller om man från sjukhusets sida förväntar sig att patienten skall kallas. Handlingarna kan också inkomma alltför sent till vårdcentralen. Dessa oklarheter och aspekter har tidigare studerats bland annat i Falkenberg [1].

På vårdcentraler i Västra Götaland har man upplevt ett ökande problem med hur informationsflödet mellan sjukhus- och primärvård fungerar. Ofta inkommer epikris eller journalkopior på patienter utan bifogad remiss, men med en begäran om uppföljning på vårdcentralen. Denna typ av dold remittering kallar vi smygremsor.

En smygremsor definieras här som en från den sjukhusanknutna vården till vårdcentral sänd epikris eller journalkopia utan bifogad separat remissblankett, men med en direkt eller indirekt begäran om uppföljning på vårdcentralen.

	Totalt inkomna remisser	Normalremsor	Smygremsor	Andel smygremsor (%)
Sommar 01	11	7	4	36
Vår 02	8	5	3	38
Höst 02	17	11	6	35
Vinter 03	21	10	11	52
Vinter 05	27	14	13	48
Summa	84	47	37	44

Tabell 1. Totalantal inkomna remisser, epikriser och journalhandlingar under respektive sexveckors studieperioder 2001–2003 och 2005, samt andel smygremsor.

Smygremsor är en otydlig och osäker remissväg från sjukhuset till primärvården. Otydligheten i den skriftliga kommunikationen kan äventyra patientsäkerheten, då man vanligen uppfattar epikriser och journalkopior som en handling för kännedom och något där man som distriktsläkare inte behöver agera relativt omedelbart. Brister i kommunikationen mellan olika vårdenheter i en vårdkedja är också ett av Socialstyrelsen identifierat riskområde [2].

För att få en uppfattning om hur vanligt förekommande denna typ av remittering är, och om den ökat eller minskat i frekvens, genomfördes en tvärsnittsstudie vid Sävedalens Vårdcentral under 2001–2003 samt för jämförelse även vintern 2005.

Vi studerade antalet smygremsor och frekvensen smygremsor i förhållande till övriga remisser, samt om de patienter som remitterades med smygremsor skiljde sig från gruppen patienter som remitterades på sedvanligt sätt.

### Material och metod

Under totalt fyra sexveckorsperioder fördelade på respektive vår-, sommar-, höst- och vinterperioden 2001–2003 samt ytterligare en femte sexveckorsperiod vintern 2005 insamlades samtliga till vårdcentralen Sävedalen inkommande remisser, journalkopior och epikriser. Dessa klassificerades som normalremiss eller

smygremsor. Om osäkerhet uppstod om dokumentet var smygremsor eller normalremiss klassificerades det som normalremiss.

Eftersom studien belyser remitteringsförfarandet från sjukhus till primärvård togs journalkopior och epikriser enbart för kännedom utan önskemål om uppföljning i primärvården, liksom inkommande normalremsor och journalkopior från andra primärvårdsenheter inte med i studien. Uppgifter om vilken typ av dokument det rörde sig om (normalremiss eller smygremsor), datum, remitterande klinik, önskad uppföljning/åtgärd, ålder och kön registrerades.

Statistisk signifikant skillnad mellan proportioner prövades med chi-2 test.

### Resultat

Under de fem sexveckorsperioderna 2001–2003 samt 2005 inkom totalt 84 remisser, varav 37 stycken bedömdes som smygremsor, motsvarande 44 procent. Tabell 1 beskriver hur andelen normalremsor och andelen smygremsor var fördelade mellan de fem olika sexveckorsperioderna. Trots att det förelåg en ökning av antalet remisser mellan perioderna var ökningen inte statistiskt signifikant. Faktaruta 1 visar exempel på patientremsor från de olika studieperioderna.

Fig 1 illustrerar fördelningen mellan smygremsor och normalremsor under de olika sexveckorsperioderna. ►►

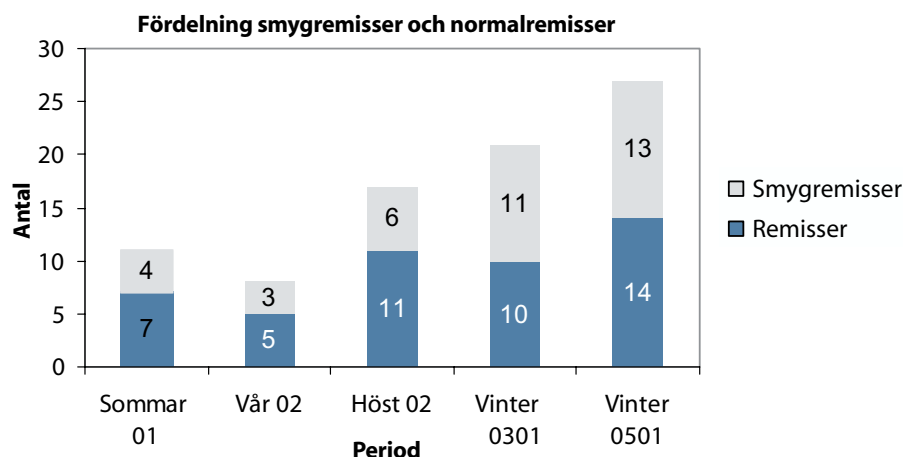


Fig 1. Antalet normalremisser resp. smygremsor fördelade under de fem studerade sexveckorsperioderna 2001–2005.

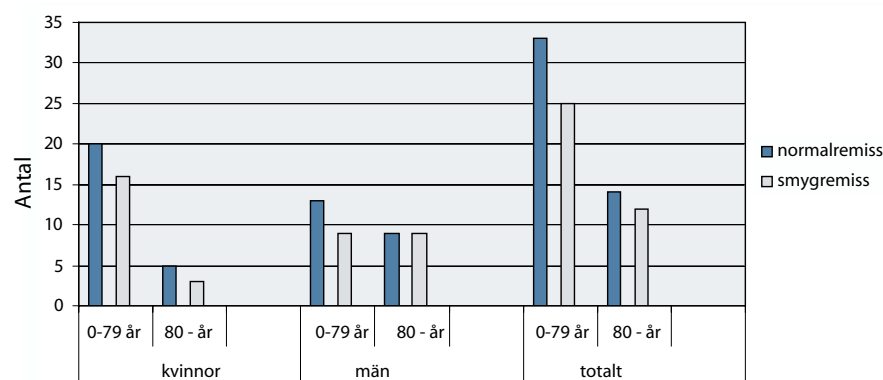


Fig 2. Normalremisser respektive smygremsor fördelat på kön och ålder samt totalt under samtliga sexveckors studieperioder 2001–2005.

Totalantalet remisser varierade mellan de olika årstiderna, och största inflödet sågs under vinterperioderna. Vid jämförelse mellan vinterperiod 2003 och 2005 syns en ökning av totalantalet remisser, men andelen smygremsor var ungefär densamma och motsvarar ungefär hälften av totalt inkomna remisser. Vid jämförelse mellan perioden höst 2002 och vinter 2003 ökade andelen smygremsor, en ökning som låg kvar vintern 2005.

Fig 2 visar hur de två remisstyperna var fördelade på kön och ålder samt totalt under hela studieperioden. De 37 smygremsorna var fördelade relativt lika mellan könen, 52 procent gällde kvinnliga patienter och 48 procent gällde manliga. Största andelen smygremsor gällde kvinnor under 80 år som utgjorde 44 procent av totalantalet smygremsor, vilket var högre än för männen i samma åldersgrupp (24 procent) (Fig 3). Andelen smygremsor för kvinnor över 80 år utgjorde 8 procent av totalantalet smy-

remsor, och motsvarande procentandel var för män över 80 år 24 procent.

### Diskussion

Andelen smygremsor under mätperioderna var relativt konstant, mellan 40–50%, där en viss ökning av smygremsorna sågs under de senare mätperioderna. Under samma period minskades antalet läkartjänster med en halv distriktsläkartjänst på den vårdcentral där mätningen gjordes. Totalantalet smygremsor ökade också, vilket, i kombination med den ökade belastningen på primärvården som detta innebär, kan leda till en ökad risk för att en smygremsor inte upptäcks och därmed för fördröjd handläggning av patienten. Detta kan i sin tur få medicinska konsekvenser för patienten. Det är inte känt om någon smygremsor missades och om detta i så fall fick någon konsekvens för patienten.

Totalandelen smygremsor fördelades relativt lika mellan könen. Däremot,

fanns en skillnad vad gällde smygremsorandelen för de yngre kvinnorna jämfört med männen i samma ålder. En stor andel av smygremsorna gällde kvinnor under åttio år.

Trots den relativt stora ökningen av antalet smygremsor kunde inte någon säker statistisk signifikant skillnad visas mellan de olika studieperioderna, vilket sannolikt kan hänföras till att totalantalet remisser som ingick i studien var förhållandevis litet. Resultatet manar ändå till eftertanke.

De observationer som gjordes under de första mätningarna föranledde 2002 en skriftlig och muntlig information till remitterande kliniker. Primärvårdschefer och chefläkare i primärvården beskrev den ökande förekomsten av smygremsor och de risker för patientsäkerheten som denna medförde, samt framförde önskemål om ett tydligare remitteringsförfarande. Trots detta kan man notera att antalet smygremsor ökat vid mätningen två år senare. För att åstadkomma en minskning av andelen smygremsor, och därmed en förbättrad patientsäkerhet, måste sannolikt ett mer systematiskt förändringsarbete bedrivas.

Synliggörandet av smygremsors förekomst kan öka patientsäkerheten vid remiss- och epikrishantering från slutenvård till primärvård. Det förefaller som om slutenvård och primärvård måste ta ett gemensamt ansvar för att tillsammans driva ett utvecklingsarbete kring vårdkedjearbetet med målet att öka patientens säkerhet i vården [3]. Mellan sluten- och öppenvård pågår arbete med vårdkedjor och avvikelserapportering, men nödvändigt är också gemensamma diskussioner kring enhetliga remissrutiner. Detta kan vara en fråga som skall diskuteras på vårdgivarnivå. Ytterligare ett sätt att påverka remitteringsförfarandet från slutenvård till primärvård kan vara allmänläkarkonsulter [4]. Detta skulle sannolikt också kunna minska den dolda remitteringen. Ett förbättringsarbete när det gäller remissförfarandet mellan olika vårdenheter i en vårdkedja, och uppföljningen av hur rutinerna efterlevs och förekomst av avvikelser från rutinerna har också stöd i den svenska författningen [5,6]. Enligt Soci-

alstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004:11) är en remiss en handling om en patient som utgör beställning av en tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar [6]. Detta kan ge ytterligare stöd i förändringsarbetet i det att det kan finnas ett krav på att en remisshandling skall vara fristående och inte får utgöra en del av en annan handling, såsom en epikris eller mottagningsanteckning [6]. Det finns således många skäl till att utvidga insatserna på detta område. Insatser som bör engagera såväl vårdgivaren som de som ansvarar för och arbetar i verksamheterna.



**Karin Hed**, Mölndal  
karin.hed@vgregion.se

**Thomas Brezicka**, med dr, sektionen för internmedicin/lungsjukdomar och allergologi, Göteborgs universitet, specialist i lung- och tumörsjukdomar  
thomas.brezicka@lungall.gu.se

**Cecilia Björkelund**, professor, sektionen för allmänmedicin, Göteborgs universitet  
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

#### Referenser:

- Eliasson G. Remisser från sjukhus till primärvård: Kunskaperna finns men informationen kan bli bättre. *Allmänmedicin* 1997;18:143-45
- Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete: En översikt. *Socialstyrelsen* 2004.
- Lindström K, Hagman A, Bengtsson C. Medical audit used for estimation of optimum level of outpatient care. *Scand J Prim Health Care* 1995;13:175-81.
- Eliasson G, Troein M, Tyrberg S. Familjeläkar-konsulter på sjukhus - a bridge over troubled water. *Läkartidningen* 2003;100:2240-1
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12. [http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D887B5D2-EFD2-4E9F-AoA5-6232DFE1EFB0/4879/OH\\_god\\_vard.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D887B5D2-EFD2-4E9F-AoA5-6232DFE1EFB0/4879/OH_god_vard.pdf)
- Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. SOSFS 2004:11. [http://www.sos.se/sosfs/2004\\_11/2004\\_11.pdf](http://www.sos.se/sosfs/2004_11/2004_11.pdf)

#### Smygremsor - fördelning mellan kön och ålder

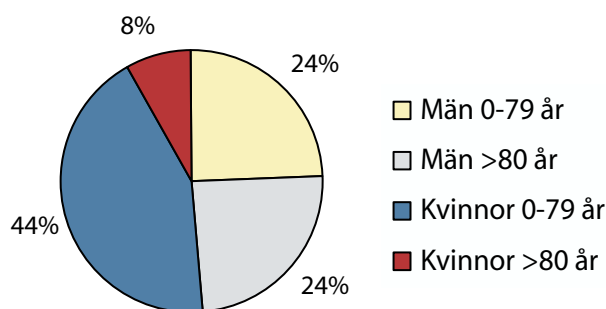


Fig 3. Totalantalet smygremsors fördelning mellan kön och åldersgrupp under sexveckorsperioderna 2001-2005.

#### Exempel på smygremsor och normalremisser

##### Sommar 2001:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
010730	Med	Nej	Kontroll elektrolyter 2/8-01.	Epikris Svikt. Zoroxolyn. Remiss in samma dag som prov skulle tas.	f 13/kv
010723	Ger	JA	Uppf CT hjärna Kontr SDH, sttag återins Trombyl	Epikris o rtg rem	f 10/man

##### Sommar 2001:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
010828	Med	JA	Uppföljn blodtryck kreatinin	Epikris: stroke	f 13/man
010828	Med	Nej	Uppföljn UCG fynd o ställn tag till Waran.	Kopia UCG svar skriven under tid vårdperiod.	f 22/man

##### Vår 2002:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
020510	Med	JA	orient prov inf åb	epikris	f 24/kv
020425	Med	Nej	uppföljn hjärta	epikris	f 15/kv

##### Höst 2002:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
021016	Kir	JA	uppföljn F-Hb	journalkopior	f 30/man
021017	BKÖ	Nej	uppföljn insatt Lanzo	enb remiss	f 86/kv

##### Vinter 2003:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
030117	Ger	JA	uppf perif artärsjd	epikris	f 14/man
030207	Psyk	Nej	uppf trombocytopeni Psykologkontakt	rem+epikr	f 58/man

##### Vinter 2005:

Datum	Från	Smygremiss	Önskad åtgärd	Anmärkning	Ålder/kön
050120	Ger	JA	kntr e cervikal höftfr	epikris	f 22/kv
050224	Gyn	Nej	uppf postpart hypert	enb rem	f 66/kv
050224	Med	JA	obstr/angina?	Journalkop	f 19/kv



# ANNONS

# P-kolesterol ett alternativ till lipidstatus vid rutinkontroll

Önskan att mäta kvaliteten i primärvårdens arbete är stor. För att mäta kvaliteten vid vården av diabetes, hypertoni och hjärt- kärlsjukdom har föreslagits kontroll av olika variabler. Allmänmedicinska sektorsrådet i Västra Götaland har angivit årlig kontroll av lipidstatus dvs. P-kolesterol (TC), P-HDL, P-LDL och fP-triglycerider (TG) som tecken på god kvalitet.

Det är ett kliniskt intryck att om P-kolesterol inte ändras så ändras inte övriga ovan nämnda parametrar heller.

I syfte att undersöka om detta stämmer genomfördes en studie.

## Material och metoder

På vårdcentralen Torpa i Vänersborg togs fram samtliga patienter på vilka lipidstatus kontrollerats vid minst två tillfällen med ett intervall på ½–3 år. I enlighet med då gällande rekommendationer vid diabetes och IHD betraktades provresultatet som ”godkänt” för: TC < 5,0 mmol/l, LDL < 3,0 mmol/l, HDL ≥ 1,0 mmol/l och TG ≤ 2,0 mmol/l.

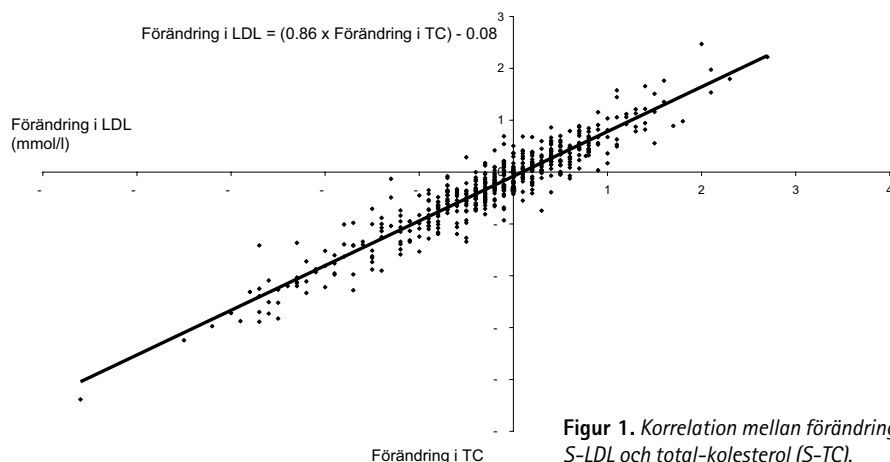
Då LDL beräknades enligt Friedewalds formel ( $LDL = TC - HDL - 0,45 \times TG$ ) och då denna inte är tillämplig för TG ≥ 4,0 mmol/l utelöstes de som hade TG ≥ 4,0 mmol/l vid något av provtagningsstillfällena.

Av totalt 518 patienter hade två lipidstatus som uppfyllde ovanstående kriterier. Medelålder var 63 år. 120 av dem hade diabetes, 167 ischemisk hjärtsjukdom och 193 hade andra riskfaktorer.

## Resultat

### Förändring i LDL relaterat till förändring i total-kolesterol:

Förändringar i LDL följer förändringar i TC. Förhållandet är linjärt (fig 1). Om TC och LDL bägge är godkända vid ett provtagningsstillfälle och TC är godkänt när man tar prov nästa gång är sannolik-



Figur 1. Korrelation mellan förändring i S-LDL och total-kolesterol (S-TC).

heten för att LDL då också är godkänt 96 procent. Om däremot TC vid andra provtagningen försämrats och inte längre är godkänt är sannolikheten för godkänt LDL bara 19 procent.

### Förändring i HDL relaterat till förändring i total-kolesterol:

Här finns ett samband men betydligt mindre tydligt än det som gäller för LDL. Om HDL är godkänt vid första provtagningsstillfället är sannolikheten för att det ska vara godkänt även nästa gång 97 procent, oavsett om TC är det.

### Förändring i triglycerider relaterat till förändring i total-kolesterol:

Om TC och TG bägge är godkända vid ett provtagningsstillfälle och TC är godkänt när man tar prov nästa gång är sannolikheten för att TG då också är godkänt 96 procent. Om däremot TC vid andra provtagningen försämrats och inte längre är godkänt är sannolikheten för godkända TG 83 procent.

## Diskussion

Sammanfattningsvis tycks gälla att om total-kolesterol, LDL, HDL och triglycerider ligger på godkänd nivå vid ett tillfälle, och man inom ½–3 år finner ett godkänt total-kolesterol, är det övervägande sannolikt att även LDL, HDL och

triglycerider ligger kvar på godkänd nivå. Detta innebär att man vid rutinuppföljning av lipider hos patient som ligger bra inte varje gång behöver ta fullständigt lipidstatus utan kan nöja sig med total-kolesterol. Patienten slipper på detta sätt fastprovtagning och det blir då också lättare att ordna provtagning i direkt anslutning till läkarbesöket. Det ter sig i ljuset av detta som tveksamt att se årlig kontroll av fullständigt lipidstatus som en indikator på god vårdkvalitet.

En mer fullständig artikel som beskriver studien är publicerad i Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation volume 67 Issue 5 2007. C Heyman; R Gunnarsson : Normal S-cholesterol indicates unchanged S-LDL, S-HDL and S-triglycerides in patients with previously acceptable blood lipids.



Foto: Marianne Törner

Carl Heyman  
Älvängens VC

carl.heyman@vregion.se

## En patientberättelse

# Ovanlig genes till hälta hos barn?

**E**n eftermiddag under min pågående mottagning knackar vår AT-läkare på min dörr. Han ser uppgiven ut:

– Kan du hjälpa mig med en bedömning av ett litet barn som inte vill stå på sina ben? Han bara skriker vad jag än gör!

Jag har en liten glugg i schemat och trasar med AT-läkaren till hans expedition och möts av en liten 18 månaders pojke, som för drygt två veckor sedan hade en pneumoni som han sedan dess blivit frisk från, efter en penicillinbehandling.

Mamma berättar att han sedan två dagar, inte vill belasta det ena benet. Han vill bara bli buren. När man försöker ställa honom, illvrålar han i högan sky. Det hela började efter att pojken varit hos mormor, men inget särskilt hände under vistelsen – inget fall eller annat anmärkningsvärt. Pojken är pigg och verkar frisk efter sin infektion.

När jag försöker undersöka honom värjer han sig inte, och blir heller inte ledsen när jag undersöker foten, knäet eller höften. Det finns inga yttre tecken på någon skada, i form av blåmärken eller svullnad som kan förklara hans beteende. Mamma ställer honom ned på golvet men misslyckas med att få honom att ta några steg. Vi möts bara av ett för-tvivlat skrik.

Provtagning med CRP utfaller normalt och han har ingen feber. Det är nu sen eftermiddag och det går sannolikt inte att göra en bättre undersökning på akut-mottagningen, så jag föreslår (eftersom AT-läkarens schema är fullt morgonen därpå) att jag skall ringa mamman nästa förmiddag och höra mig för hur pojken mår.



Foto: Lynne Lancaster

Vid telefonsamtalet nästa dag är situationen oförändrad, så jag tänker att jag skall undersöka honom igen. Status ger inget nytt, men när pojken försöker gå i korridoren utanför mitt rum utför han närmast en cirkumduktionsrörelse med höger ben, men verkar inte ha ont. Jag föreslår då att vi ska göra en röntgenundersökning av fot, knä och höft. Jag lyckas också övertala röntgendoktorn att göra en akut ultraljudsundersökning av höften. Undersökningarna visar dock helt normala förhållanden.

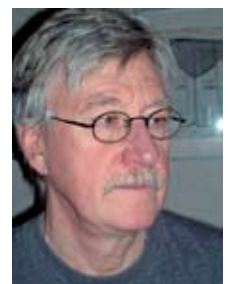
Mamman har dock sen gårdagen funderat och grubblat om något särskilt hänt runt pojken och dragit sig till minnes att mormor ramlat och slagit sig i benet och haltade sedan på ena benet.

Eftersom inget allvarligt har hittats vid dagens undersökning av pojken kommer vi överens om att avvakta och se hur det

utvecklas. Om besvären kvarstår, uppmanas man att söka igen.

När jag sedan kommer åter, efter min semester, ringer jag upp familjen och då berättar pappan, att pojken två dagar efter sista besöket börjat gå som vanligt igen efter att ha imiterat mormors hälta.

En liten imitator!



**Gunnar Axelsson**  
Oxelösunds vårdcentral  
gunnar.axelsson@dll.se

# Min besvärliga patient



**J**ag har bytt vårdcentral ett par gånger. Detta har inneburit att jag på olika sätt fått ta över andra läkares patienter. I detta fall så fick jag en överrapport från den ”avgående” doktorn, vilket inte hör till vanligheterna. Det var en rapport av maktlöshet och utmattning. (MOS, eller Medicinskt Oförklarliga Symtom – SVBK, Sveda Värk och Brännkärring är termer som använts). Inget hjälpte, patienten bara klagade på än det ena, än det andra, och diverse provtagningar kom till stånd och var resultatlösa. ”Allt” var redan gjort!

**Nå, nu hade patienten** förstås en del ganska tydliga somatiska krämpor också, som äldre damer drar på sig. Artros och ledvärk, hypothyreos, lite högt blodtryck med mera, men inget som var allvarligt. En dag stod hon på mitt dagsprogram – M, som i rörelseorganen, det vill säga ”Värk”. Jag suckade och tog in henne till undersökning. Hur skulle detta gå? En skattningsskala för depression, eller en bortförklarad röntgen?

**Jag började med** en ”social” inledning – vi hade ju aldrig träffats, och sedan undrade jag varför hon sökt mig. ”Jo, jag vill berätta”, sa hon. Jag lyssnade och efter 20 minuter måste jag börja runda av. Vi bestämde att vi skulle träffas igen. Jag förlängde några recept och bokade in ett nytt möte.

Där fortsatte vi. Jag frågade om det jag inte förstätt, och repeterade det jag förstätt. Patienten fyllde i och berättade mer. Efter ett par samtal, beslöt vi att ses igen ”vid behov” – jag hjälpte henne med besked om min telefontider. Hon ringde ett par gånger och vi sågs emellanåt. Samtalen var klara och rediga, korta och adekvata. De handlade om provtagningar och receptförskrivningar. De täta och klagande besöken från förr var försvunna. En dag sökte hon för nyttillkomna avföringsrubbnings, och jag kunde hjälpa henne till vård av en tidig tjocktarmscancer. Operation med mera tog på krafterna, Vi sågs några gånger, höll kontakt via distriktssköterskan, och min patient blev äldre och svagare.

**Jag for på semester**, och var borta en tid. Vid min återkomst var det ”kaos” på vårdcentralen. Akut läkarbrist, patienterna ”vällde in” från alla håll och kanter, irritationen växte och stressen steg till ohälsosamma nivåer bland alla anställda. Man försökte ”organisera bort” problemen, men flera i personalen blev sjukskrivna. Detta gällde också ”min” distriktssköterska. Efter några månader saknade jag min patient. Vad hade det blivit av henne? Ingen visste. Hon hade ett vanligt namn, men stavades Andersson med ett eller två s? När var hon född? Den nya sköterskan visste inget. Jag hann inte leta själv. Efter en tid visade det sig att patienten flyttat till en pensionärslägenhet ”i ett annat område”, och ”listats om”, för att sedermera få kärlekskramp och hjärtsvikt, bli inlagd och därefter flyttad till ett sjukhem, med en ”ny” omlistning. På sjukhemmet dog hon utan att vi kom att ses mer.

**Min patient hade** under årens lopp sökt för olika kroppsliga symtom: andfåddhet, ►►

tryck över bröstet, värk, domningar, yrsel och hjärklappning. Därutöver buksmär- tor, sura uppstötningar och oregelbundna menstruationer och kramp i underlivet. Labsvaren hade legat lite sisådär, till följd av att kompletterande undersökningar skett och diverse mediciner satts in, men inget hade hjälpt. När vi sågs började hon berätta om sitt liv från 25-årsåldern, när hon varit gift några år, kämpat med ett tungt jobb, och inte lyckats få det barn som hon och kanske hennes man läng- tade efter. De adopterade då en liten söt flicka, som åtminstone i början var en välsignelse för min patient. Snart började dock besvären med flickan, som aldrig blev nöjd, klagade och bråkade. Min patients man lär väl ha tröttnat och dra- git sig undan, som den tidens män ofta gjorde, och i sinom tid dog han i förtid av hjärtbesvär. Den lilla flickan växte upp och blev min patients enda släkting, men inte heller hon mådde bra. Tidig gravi- ditet, följdes av skilsmässa, ekonomiska problem och psykisk sjukdom. ”Mor- mor” fick ställa upp för barnbarnen, men

fick bara kritik för detta. Sömnbesvär och magknip. Vem skulle man prata med? Det blev i stället en följetong av försök till hjälp från sjukhuskliniker och primär- vård. Så pågick det tills vi sågs.

**Var går gränsen** mellan kropp och själ? Min patient tycks inte ha kunnat for- mulera sig – det blev sällan fråga om psykofarmaka, förutom sömnmedel. På senare år tillkom SSRI, men de hjälpte inte mycket. Hade en psykolog kunnat reda ut detta tidigt? Tveksamt. Ett sådant besök hade med säkerhet lett till remiss till ”somatisk” läkare för utredning av de olika kroppsliga sensationerna, och risken hade nog blivit att patienten hade hamnat mellan två stolar. Nu är det kan- ske annorlunda, men då? Mot slutet av sitt liv, när hon blev svagare, drabbades hon av den ”administrativa sjukvården” – ”områdesansvaret”, som inte alls tar hänsyn till den svaga människan och ut- går från helt andra principer än de ”pa- tientfokuserade” som politiker och chefs- tjänstemän ofta försöker lyfta fram.

**Min patient hade tidigt** behövt träffa en omdömesgill allmänläkare, kunnig i konsultations- och samtalskonsten, som kunnat reda ut patientens föreställningar och farhågor kring sina symtom. Läkaren skulle också balanserat frågeställningarna med lagom satsning på de psykosociala problemen och på de kroppsliga. En hel- hetssyn helt enkelt, som kunnat hjälpa patienten i hennes svåra liv, och kunnat minska hennes besvär och samhällets kostnader för alla onödiga utredningar och läkarbesök under årens lopp.



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

## ANNONS



## Skånska Gudrun

Jag har det senaste året funderat på hur Fru G, 87 år, tar sig från sin lägenhet på tredje våningen i hyreshuset, där hon bor. Huset saknar hiss och varje våningsplan förbinds med en lång trappa. De tankarna far i mitt huvud när jag är på väg till hembesöken, som de senaste åren varit det smidigaste sättet att träffa G på. Undantagsvis har jag föreslagit henne att komma ner till mottagningen, när någon mer medicinsk undersökning stått på programmet.

När jag ringer på, öppnar hon dörren till sin alltid välstädade lägenhet och iförd beige kofta, kjol och varma fårskinnstoffer hälsar hon mig välkommen. Vi sitter i hennes trivsamma, välordnade vardagsrum. Ibland tar jag ett blodtryck, känner på pulsen och ser hur hon rör sig, men oftast får G tillfälle att berätta. Besöket har nästan alltid föregåtts av ett telefonsamtal innehållande ett oändligt antal spörsmål, som aldrig går att färdigavhandla telefonledes. Jag brukar erbjuda mig att komma på hembesök någon vecka senare.

G bor ensam i lägenheten och får nuförtiden hjälp av hemtjänsten för att handla mat och mediciner. Då och då beställer hon färdtjänst för att handla ordentligt – hon tycker inte flickorna hittar just det hon vill ha. Hur hon klarar att ta sig upp och ner för trapporna är som sagt en gåta. Förut kunde hon ringa till ICA eller Rimi och få varorna hemskickade, men det blev ofta långa klagande samtal om fellevererade varor. Att få färdigmat hemskickad har hon också prövat på, men maten har smakat för litet, varit i för stora bitar eller för stora portioner.

Makens bortgång för 17 år sedan medförde en period av depression och kraftlöshet. G erbjöds Saroten, men kunde inte ta det på grund av biverkningar. Samtalskontakt avböjde hon likaså. Ofta har doktorn haft olika förslag på lindring av hennes oro, smärta och sömnsvårigheter, men lika ofta har hon vänligt avböjt



Foto: Gabriella Fabbrì

dessa förslag, förebärande att ”Det går nog inte, jag klarar mig nog, det är för besvärligt, jag rår nog inte med...”

G kommer ursprungligen från Skåne och har två syskon i livet; en bror i Stockholm och en syster i Skåne, som hon upprätthåller kontakten med per telefon, men inte har besökt på flera år; ”Det tar på krafterna att resa”. G fick själva inga barn och har numera inga bekanta hon träffar mer än sporadiskt. Hon får glesa besök av en brorsdotter. Beroende på makens arbete flyttade paret tidigare runt i Sverige. De kom till Oxelösund i början av 70-talet. Efter makens bortgång bodde G kvar i deras gemensamma bostad, tills hon köpte sin nuvarande lägenhet 1996.

G var i kontakt med vårdcentralen första gången 1975 på remiss från en doktor på västkusten för uppföljning av underlivsbesvär. Från det besöket och cirka 20 år framåt hade G en relativt regelbunden och tät kontakt med en och samma kollega. Allehanda krämpor har avhandlats under åren: hälsporre, matthet, halsvärk, höftvärk, nackvärk, ryggvärk, kolesterol, sömnproblem, magvärk. En stor portion oro framskyntar i journalanteckningarna. Hennes trigeminusneuralgi har vållat besvär och föranlett mycket funderingar. Ena bröstet opererades bort och en larynxcancer behandlades med operation och strålning, som gett sväljningsbesvär och neuropati i handen.

Jag träffade henne för åtta år sedan och har sett henne med jämna intervall. Till en början på vårdcentralen, men allteftersom hennes krafter avtagit, mer och mer vid hembesök.

tersom hennes krafter avtagit, mer och mer vid hembesök.

Krämporna har kommit och gått, vi har samtalat, jag har gjort nödiga undersökningar och vi har skiljts åt efter receptföreskrivning och överenskommelse om kontakt per telefon. Undantagsvis har G remitterats för undersökning eller behandling. Hon har ofta varit tveksam till det; ”Jag orkar nog inte, kan vi inte skjuta på det?” ”Det är för halt, jag vill inte komma till lasarettet.” Allehanda hinder har kommit i hennes väg, hon har blivit för medtagen, hennes hand har blivit för svag.

Jag blev själv litet illa till mods när jag inte kunde hjälpa eller lotsa henne till något som skulle kunna öka hennes autonomi. Jag upplevde mötena meningslösa och besvärliga, men G återkom med regelbundenhet och verkade tillfreds, trots att jag inte gjort något alls utifrån min profession. Inte botat. Kanske lindrat – men vadå? Jo, jag har varit närvarande, lyssnat, tagit del och förstått. Det kanske var det G ville: att ha någon som brydde sig och fanns där?

Så är jag igen på väg tillbaka till vårdcentralen efter vårt möte och tänker: vi kanske inte behöver göra något, inte vara aktiva? Bara lyssna, vara närvarande och låta våra patienter göra sina val och fråga oss till råds när de behöver... Och när vi som läkare inser det, gläds vi och känner tillfredställelse med våra möten på ett annat sätt.

**Gunnar Axelsson**

Oxelösunds vårdcentral  
gunnar.axelsson@dll.se

# Kalops med förhinder

I min serie "Allmänmedicinsk Krisbearbetning utan Grupp" följer här en tablå hämtad ur vardagens vedermödor:

Viss lunchstiltje har äntligen infunnit sig på mottagningen. De sista förmiddagspatienterna hade, som brukligt, utnyttjat favören av en *Tid Före Middan*, nämligen genom att dra över. Nu har de till slut lämnat bygget. Doktorn andas ut och sitter och viftar med handmikrofonen. Han önskar sig tillbaka. Det fanns en tid då ett par oläsliga notat på styvt papper räckte. Nu pustar han och suckar i micken, försöker samla ihop sina hågkomster av förmiddans ärenden. Det blir till en medioker läsning.

Nu springs det i korridoren och dörren rycks upp.

– Du måste upp till sjukhemmet!! Vårdbiträdet är andfådd och högljudd.

Doktors erfarenhet är att dylik uppfordran inte är förhandlingsbar; sjukhemmet var fostrat att inte kalla i onödan.

Man springer iväg. Doktorn får vända. Utan ett stetoskop kände han sig plötsligt opåklädd. Verktuget fiskas fram ur en rockficka och så ny fart. Biträdet får försprång.

På matsalsgolvet ligger tanten. Hon är blåvit i ansiktet och ser inte levande ut. Någon sitter bredvid på huk och klappar henne över pannan. Allmänt tumult runtomkring. Några väl inbodda inventarier sitter oberörda och tuggar. Andra har rest sig och biträdena är framme och motar och föser, sitt ner!

På matsedeln kalops.

Köttbiten hade slunkit fel. Det tog en stund innan någon blev varse, men så föll Signe av från bordet.

Rådig undersköterska förstod, bankade rygg och ropade. Tog livtaget om bröstet och tryckte och tryckte. Men kalopsen satt där den satt. Någon rusade efter doktorn.

Syret sjönk, ingen kontakt.

– Herre Gud, Signe!

Allmänt kaos kring bordet. Någon kom, som alltid, med vattenglas. Amatören blev bryskt bortknuffad av förstehjälparen.

Doktorn noterar de ljusstela ögonen. Hjärtat är stannat. Känns helt rätt ha ett stetoskop här.

Det börjar stillna. Doktorn säger inget, men alla begriper. Signe fick ett slut som var så förfärligt att orden fastnar.

Hur gick nu detta till? Signe som åt så fint och stilla efter sin stroke för två år sedan, den som gjorde henne saktfärdig och lite fumlig.

– Hon brukade säga till om hon ville ha delat, säger Ulla med tårar i ögonen.

– Jag satt med Erik, det var ju så små bitar, eller...var det inte?

Ingen hade sett honom.

Står med sin gamla brunportfölj i handen. På väg in i matsalen hade maken hejdat av uppståndelsen. Nu ser Berit honom.

– Men Edvin, möter hon, kom med in här!

Tar stadigt tag i Edvin och för honom ut i köket.

Doktorn pratar med rådiga undersköterskan, hon visar sig heta Diana och var nog kommen från Bosnien.

– Jag trodde det skulle gå! Gjorde med min pojke samma, han fick fikon, han var tre år! Hemska, men det gick bra! Nu inte gick! Hemska! Jag försökte, vet hur man gör!

Diana snörvlar lite och får en sköterskearm runt sig.

Nu går bud efter doktorn från köket. Doktorn känner Edvin något. Berit möter.

– Bra om du pratar med honom, kanske han kan följa med dej ner? Här är så rörigt nu, så kan han komma upp sen, så gör vi i ordning.

– Visst, säger doktorn och sätter sig hos Edvin vid bordet.

Edvin vill ställa sig upp men doktorn hejdar honom.

Nu kupar Edvin ena handen bak örat för att lyssna. Han trycker sin portfölj med andra handen mot bröstet. Hade Året Runt med sig till Signe som hon brukade vilja titta i, och några klementiner. Det blir till att bära hem igen.

– Här är lite oroligt nu, följ med ner kan vi prata på min expedition, så kan du komma upp sen och träffa Signe.

Edvin tittar upp. Lyser nästan upp lite.

– Kan man fått spolat öronen? När man ändå är nere, jag menar.

Livet gick, helt enkelt, vidare.



Inge Carlsson, VC Tåbelund, Eslöv  
inge.karin@telia.com



# ST-dagarna i Norrbotten 2008

Planeringen inför nästa års ST-dagar, som går av stapeln den 30/1-1/2 i Piteå, är nu i full gång och arbetet trappas upp för varje vecka som går. Ett flertal av Norrbottens ST-läkare bidrar i planeringen och trots de långa avstånden i vårt norra län så har kommunikationen fungerat smidigt och många frågor har kunnat avhandlas via mail eller telefon.

De första ST-dagarna arrangerades år 2003 i Västerås på Familjemedicinska institutets initiativ men övertogs av SFAM när Fammi gick i graven 2006. Konferensen fick redan från början ett stort gensvar och har sedermera blivit en naturlig mötesplats för ST-läkare i allmänmedicin. Delegationerna erbjuds ett smörgåsbord av seminarier och föreläsningar med syfte att belysa den allmänmedicinska specialiteten ur flera olika vinklar.

Den kanske viktigaste uppgiften, som detta årliga arrangemang har att fylla, är att fungera som ett identitetsstärkande

forum för landets nästkommande generation av allmänmedicinare. Här får vi ST-läkare träffas under avslappnade former, med stora möjligheter att bilda nya samt stärka redan etablerade nätverk. Mycket kraft läggs ner av arrangörer på att skapa utrymme för att diskutera allmänmedicinens kärna, den kontinuerliga patient-läkarrelationen med allt vad den innefattar.

Nästa års ST-dagar kommer att gå under rubriken Full Fart Framåt. Namnet syftar på att det är dags att titta över horisonten och se vad som kommer under morgondagen. Vi har som ST-läkare stor möjlighet att påverka vår egen och vår specialitets framtid men måste också tänka igenom i vilken riktning vi vill att utvecklingen skall gå och vad som är viktigast för våra patienter.

Detta tema kommer att belysas ur olika perspektiv men även blandas upp med smakprov ur den allmänmedicinska forskningsvärlden, kliniska semina-

rier, tillbakablickar samt en och annan ren inspirationsföreläsning. Konferensen kommer att avslutas med en paneldebatt kring ämnet "Vart är svensk primärvård på väg?" och förutom representanter från professionen så kommer då bl.a. Ylva Johansson (s) upp för att delta i den diskussionen.

Vi i organisationskommittén är väldigt glada och tacksamma över att det är så många erfarna och kunniga människor som kommer upp till oss i Piteå för att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Ingen nämnd och ingen glömd finns det ett talesätt som lyder, men för er som är mer nyfikna på hela programmet så kan jag rekommendera att gå in på kongressens hemsida: [www.st-dagar2008.se](http://www.st-dagar2008.se) så får ni veta mer!

För organisationskommittén

**Madelene Andersson**

ST-läkare i allmänmedicin Norrfjärdens VC

[froken\\_andersson@hotmail.com](mailto:froken_andersson@hotmail.com)

0706-079890

## ANNONS

# Internationella konferenser i Blekinge

Blekingekonferensen 18–21 september var egentligen två. Den började i Karlskrona med ACG och fortsatte sedan i Ronneby med behov som ledord. Vid bägge konferenserna mötte internationellt kända forskare som Barbara Starfield lokalt forsknings- och utvecklingsarbete.

## Europeisk ACG-konferens

Den välkända professor Barbara Starfield inledde på Marinmuseet i Karlskrona. Hon beskrev hur människor och populationer skiljer i sårbarhet och motståndskraft mot hotande sjukdomar, vilket leder till att några drabbas av mer än sin beskärda del av sjukdomar medan andra klarar sig med mindre. Detta leder till en ojämn fördelning av sjuklighet både inom individer och populationer, och på så vis ansamlingar av sjuklighet. Kluster är ett resultat av komplexa mönster som sträcker sig långt bortom biologisk sårbarhet.

Den totala morbiditeten är inte summan av sjukdomar utan karaktäriseras bäst genom att beskriva sjukdomsmönstret hos en individ eller befolkning. Enskilda diagnoser kan inte beskriva sjukdomsmönster, mer adekvat är att diskutera samlad sjukdomsörda för individer eller populationer.

ACG är utvecklat vid Johns Hopkins University för att beskriva fördelning av sjukdomsörda i en befolkning. Det bygger på gruppering av patientens samlade tillstånd via redan registrerade uppgifter ur datajournalssystem (identitet, ålder, kön och diagnos). Fokus ligger på patientens samlade hälsotillstånd, inte enskild diagnos, eller typ och omfattning av åtgärder. Systemet har visat sig vara robust och går att tillämpa i vitt skilda sjukvårdssystem.

## Komorbidity som norm

I amerikanska beräkningar använder 5% av patienterna omkring 50% av vårdresurserna. Ålder och kön kan bara förklara ungefär 7% av nästkommande års sjukvårdskostnader. Den totala sjukdomsörda för en individ förklarar betydligt



bättre hur stort behov av sjukvård personen kommer att ha behov av. Sjukdomsörda består av både komorbiditet och multimorbiditet, även om komorbiditet ofta används för bägge begreppen. Komorbiditet är när en person med en given sjukdom samtidigt har andra tillstånd, medan multimorbiditet betecknar samtidig förekomst av flera orelaterade sjukdomar eller tillstånd.

Med hjälp av de kluster som bildas vid fördelning av komorbiditet kan man visa att medelpatienten inte finns, utan varje individ har sitt unika mönster.

Nästa föreläsare visade hur ACG kan användas för att förutse vilka individer som bedöms ha störst nytta av förebyggande insatser, och därmed möjliggör att sjukvårdsresurserna styrs dit där de gör mest nytta.

Robert Reid berättade hur viktigt rättvisa och jämlikhet är i Kanada, och hur ACG valdes för att kunna fördela mest sjukvårdsresurser till dem som har störst behov, och lika resurser till dem med samma behov. Spanska erfarenheter av införande av ACG beskrevs, och delar av den forskning som bedrivs i Sverige i Blekinge och på KI redovisades. ACG-konferensen avslutades med paneldiskussion där publikens frågor nyanserade och kompletterade föreläsarnas bild av systemet.

## Blekingekonferens om behov

Konferensen i Ronneby inleddes som en logisk fortsättning på ACG-konferensen och handlade om att mäta och finansiera behov. Barbara Starfield föreläste denna gång om globala trender i primärvården. Primärvårdsinriktade sjukvårdssystem är viktiga för ökad hälsa till rimliga kostnader. Undersökningar både mellan och inom sjukvårdssystem kan visa att befolkningen i områden med bättre primärvård, har bättre hälsa mätt som exempelvis spädbarnsdödlighet eller tidig upptäckt av cancer. Rankning av olika länders primärvård visar också att bra primärvård ger lägre sjukvårdskostnader. Sverige rankas i en mellangrupp tillsammans med exempelvis Kanada och Australien, med en oroande fallande tendens mellan rankningarna på 80- och 90-talet.

Bra primärvård är också betydelsefullt för jämlikheten i sjukvården. Jämlikhet definieras då som frånvaro av systematiska skillnader i hälsa i en befolkning mellan grupper som definierats geografiskt, demografiskt eller socialt.

Alan Pavilanis beskrev hur primärvården formulerats som "shared care" i Kanada där team i primärvården lyfts fram. Från Blekinge fick vi höra om strävan



att nå fram till behovsanpassad finansiering av primärvård. Planerna är att införa ACG som instrument för resursfördelning. Validering av systemet och svensk anpassning pågår i samarbete med Johns Hopkins University. KPP (kostnad per patient)-beräkningar är redan gjorda som komplement.

Nästa pass handlade om att möta behov. Kronisk sjukdom kommer att bli en utmaning för sjukvården, och kommer att kräva anpassning av sjukvårdsstrukturen med föreläsare dels från Kanada, dels från Norge. Blekinges arbete med processtyrd vård beskrevs, liksom vårt demensprojekt och sårcentrum för svår-läkta sår.

### Minska behov, och forska om dem

Professor Kate Lorig från Stanford redogjorde för hur strukturerade självhjälpgrupper som komplement till vården både kan öka välbefinnande och minska behov av sjukvård. Kurserna vänder sig till personer med en eller flera långvariga sjukdomar med syfte att stärka förmågan till aktiv självhjälp och hantera symtom. Kursledarna har ofta själva kroniska sjukdomar och leder grupperna med stöd av detaljerade kursinstruktioner och gruppledarutbildning. Att leva ett friskare liv (ALF) kallas den svenska varianten av programmet. I Blekinge har man startat på ett av länets hälsotorg tillsammans med bland annat hälsokommunikatörer, som efter särskild utbildning fungerar som länkar mellan svensk sjukvård och personer med annan kulturell bakgrund.

”Syster Gudrun” är ett tekniskt samarbete mellan primärvården och Karlskrona. Genom att använda TV (den kommunikationskanal som är vanligast hos de äldre), kan man via kabelnätet få tillgång dels till en kanal för vårdinformation som också kan användas för att ringa vårdcentralen från TV-soffan. Med hjälp av relativt billiga kameror finns möjlighet att både höra och se varandra. Detta öppnar möjlighet till bland annat bättre medicinsk rådgivning och tillsyn, utan att behöva använda tid till förflyttningar. Det första huset med tillgång till tjänsten finns redan.

### Risk istället för riskfaktorer

På fredagen dominerade en av konferensens stora behållningar, professor Rod Jackson från Nya Zeeland. Han bevisade hur meningslöst det är att diskutera den långsiktiga risken för hjärtkärlsjukdomar, bättre är att tänka på hur risken kan påverkas under den närmaste femårsperioden. När man undersöker kända riskfaktorer som diabetes, hypertoni, ålder och alkoholkonsumtion upptäcker man att risken ökar kontinuerligt, men att det inte finns något tröskelvärde där risken förändras dramatiskt. Gränsen för intervention är istället den absoluta risknivån individen eller befolkningen kan acceptera, och billigare interventioner accepteras vid lägre risker. Konsekvensen blir att tankemässigt hantera risk som en komplex helhet där alla behandlas för att minska risk, men på olika sätt och med olika intensitet beroende på riskbördan. På Nya Zeeland har ett databaserat riskvärderingsinstrument utvecklats utifrån dessa grundtankar och utvidgats med behandlingsrekommendationer. Dessutom finns en möjlighet att se hur planerade förändringar skulle påverka femårsrisken för den enskilde. Predict kan tillämpas på en befolkning och uppdateras efter hand med uppgifter om både riskbördan i befolkningen, och de kardiovaskulära händelser som inträffar i samma befolkning. Risken för den enskilde kommer på så sätt hela tiden att bygga på aktuell risk i den egna befolkningen. Utvärdering och valideringsarbetet pågår. Kombinationen av praktiskt och lättanvänt instrument för riskbedömning i det dagliga mottagningsarbetet och genomtänkt uppbyggnad på allmänmedicinska grunder gör att vi säkert kommer att höra mer om Predict i framtiden. Våra bedömningar av vilka av våra patienter som har nytta av den mest intensiva riskpreventionen.

Professor Anders Håkansson berättade om hur svensk primärvård faller sönder i 21 olika sjukvårdssystem. Forskningen i allmänmedicin har utvecklats med hjälp av lokala forsknings- och utvecklingsenheter, som nu omvandlas till integrerade kompetenscentra med konsekvenser som inte kan överblickas än.

### Och sedan?

Under Blekingekonferensen redogjorde primärvårdschefen i Blekinge, Gerd Fridh, för sin vision över de förändringar som pågår i Blekinge. Tanken är att införa flera av de instrument bland annat ACG som redovisades för att stärka och utveckla primärvården. Några av de projekt som redovisades kommer säkert kommer att låta tala om sig även i andra sammanhang senare. Blekinge tillhör inte de stora regionerna landstingen, men utvecklingsarbetet pågår för fullt i det lilla, med inspiration från de stora. Blev du intresserad finns föreläsningarna från bägge konferenserna tillgängliga på Landstinget i Blekinges hemsida [lblekinge.se](http://lblekinge.se)

Vi som fick vara med under veckan fick med oss många nya intryck, kanske gällde det framför allt den grupp revisorer som råkat anmäla sig till fel konferens, men inte verkade missnöjda för det. Det sociala programmet bjöd på både tango nuevo under galjonsfigureerna på Marinmuseet, och salsalektioner till kubansk orkester, men stoltast var nog Ingvar Ovhed när han kunde presentera den danske prinsen Henriks personliga hälsningar till konferensen från sitt franska vinslott.

Karin Ranstad

### Fakta om ACG

- ACG står för Adjusted Clinical Group
- är ett mätinstrument som utvecklats vid Johns Hopkins University i Baltimore
  - beskriver hur vårdresurser tillhandahålls och utnyttjas och har flera användningsområden
  - utgår från enskilda individer och beskriver hälsoläget i en grupp utifrån ett sannolikt framtida vårdbehov
  - varje enskild individ placeras i någon av hundratalet grupper utifrån hälsotillstånd, sjukdomstillstånd, kön och ålder
  - bygger på omfattande studier av tillgänglig statistik över bland annat sjukvårdskostnader
  - syftar till att fördela tillgängliga sjukvårdsresurser efter behov
  - räcker med uppgifter om identitet, diagnos, ålder och kön
  - används över hela världen och har visat sig hållbart i olika sjukvårdssystem
  - kräver lokal anpassning och fortsätter utvecklas



# ALMA ATA 2007

## Hur står det till med primärvården?

1978 höll WHO ett möte i Alma Ata i dåvarande USSR där samtliga länder uppmanades satsa på primärvård för att uppnå målet "Hälsa för alla år 2000".

Allmänläkararbetet är ett ensamarbete, på sjukhus däremot är läkaren sällan ensam, flera kollegor bidrar med undersökning och bedömning. Sjuksköterskor och undersköterskor bekräftar, förtydligar och verkställer. Kontrollstationerna blir flera. På ronder är man fler som studerar samma patient.

### Primärvårdens uppdrag har blivit allt större:

- Tidiga utskrivningar från sjukhusen med uppföljningsbehov av svåra komplicerade tillstånd, ofta utan utskrivningsmeddelanden.
- Utredningar av svåra och oklara krångliga tillstånd som borde kräva hjälp från flera specialister i samarbete.
- Arbetsmarknadspolitiskt färgat uppdrag att utreda och påverka sjuka människors arbetsförmåga på en arbetsmarknad som primärvårdsläkaren har liten kunskap om och absolut inget inflytande över.
- Krav på omgående, snabb och effektiv hjälp för banala och ofta självläkande åkommor för att dämpa oro och lidande.
- Krav på rehabiliteringsinsatser vid tillstånd där 100% läkning och återskapande av full funktion är omöjlig.
- Verkställa av politiker och andra samhällsansvariga – beslutsfattare utan större insikt i biologiska processer och deras läkningstid – utlovade insatser, omedelbart och under tidspress.

Ovanstående uppdrag förväntas bli genomförda med det i förväg begränsade ekonomiska utrymme som fastlagts av så kallade beställare, vilka uppenbarligen tycks veta framtidens sjukvårdsbehov.

Ett utbredd intresse av att räkna pengar

och ett sviktande intresse för vårdens kvalitet har följt i spåren av detta verksamhetsansvar.

Ekonomiskt betungande, enligt den enskilde läkarens mening, nödvändiga prov får inte beställas.

Allt skall dessutom dokumenteras i föråldrade, icke-kompatibla datasystem, av rädsla för att inte följa Socialstyrelsens diffusa krav på omfattande dokumentation. Pappersjournaler från olika datasystem måste skrivas in för hand eftersom elektronisk dataöverföring inte förekommer.

Stora delar är därför sällan åtkomliga när de behövs, speciellt inte när patienten har flera vårdgivare och också vårdats på sjukhus.

### Allmänläkaren arbetar ensam – övergiven

Undersökningsrummen försvann vid strukturrationaliseringsvägen på 90-talet när interndebitering av lokalhyra var på modet.

Primärvårdsläkare har nu halvnakna patienter på sitt enda arbetsrum med smutsiga strumpor och kläder på skrivbordet bredvid datorn och alla papper. Ett brådskande telefonsamtal om en annan patient är mycket svårt att besvara.

Mottagningspersonalen är bortrationiserad.

Primärvårdsdoktorn hämtar patienten från väntrummet, baxar i förekommande fall in vederbörande med rullstol eller rullator, bereder utrymme för barnvagnar och hindrar medföljande syskon att rafska i journaler, får på egen hand klä av, hämta undersökningsinstrument, utföra undersökningen, klä på, skaffa skohorn... och under tiden tänka professionellt, genomföra patientcentrerat samtal och fatta beslut. Organisationen omöjliggör kollegialt utbyte. Alla är instängda på sina rum upptagna i olika faser av konsultationen och får inte störas.



Anna Karin Karlsson

Den medicinska vetenskapen och kunskapen gör ständigt nya framsteg. Ensamläkaren i sin, av patienternas problem invaderade och belamrade skrub, förväntas hålla sig uppdaterad och informerad och intresserad av nya rön och förhållningssätt.

### Svensk primärvård befinner sig i kris

Den viktigaste negativa faktorn var husläkarreformen som effektivt slog sönder den tidigare existerande vårdlagen.

Dessutom har en stor del av våra sjukhussängar försvunnit, vilket medför att komplicerad vård av sjuka får ske i primärvården. Korta vårdtider gör att svårt sjuka patienter skrivs ut mycket snabbt med krav på omgående uppföljning.

Avancerad sjukhusvård sker i hemmen.

Avskaffandet av långvårdskliniker och minskning av antalet äldreboenden medför att svårt sjuka patienter i livets senare skeden vårdas i hemmet under ibland miserabla förhållanden, stöttade av anhöriga och kommunal hemtjänstpersonal som saknar medicinsk utbildning.

Den av politikerna utlovade valfriheten fick patienterna att tro på den allkunniga, omnipotenta ständigt tillgängliga doktorn.



De flerfaldiga vakanserna på många av landets 1200 vårdcentraler, även i storstadsområden, talar ett tydligt språk. Att vara läkare på vårdcentral är inte attraktivt!

### "Min doktor"

Det låter sig höras men är bedrägligt. Valfrihet förutsätter ett överutbud, det vet var och en som står i begrepp att köpa en tandkrämstubb.

Nu är det faktiskt brist på läkare. De flerfaldiga vakanserna på många av landets 1200 vårdcentraler, även i storstadsområden, talar ett tydligt språk. Att vara läkare på vårdcentral är inte attraktivt!

Flera rutinerade specialister i allmänmedicin har av arbetsmiljöskalet, inte av ekonomiska skäl, valt att bli hyrdoktor eller stafettdoktor, ett förhållande som med all önskvärd tydlighet visar att visionen "Du är min doktor" inte är attraktiv.

Således arbetar nu många skickliga läkare endast veckovis på olika platser. Därmed behöver man inte ta hand om krångliga utredningar och komplicerade vårdbehov, man slipper skriva intyg som skall nagelfaras och eventuellt underkännas av en allt mer kritisk försäkringskassa, man behöver inte delta i vårdcentralens planerings- och organisationsarbete, utan man arbetar som en snabbvingad konsult i rent medicinska frågor.

Detta helt på tvärs mot primärvårdens eget mantra: kontinuitet

Tillskottet av nya ST-läkare till allmänmedicinen är långt ifrån tillfredsställande. Särskilt unga läkare skräms av utsikten att få sitta ensam med patienter i ett överbelamrat rum, patienter som ofta har orealistiska förväntningar och mycket stora medicinska behov, allt medan klockan tickar och redan nästnästa patient väntar utanför dörren.

### Unga läkare attraheras inte

Det finns idag cirka 30 000 yrkesverkssamma läkare i landet. Av dessa är cirka 5 500 specialister i allmänmedicin men endast 4 500 arbetar som allmänläkare. Det totala antalet skulle behöva vara

6 000, om målet 1 allmänläkare/1500 invånare skall nås. Totalt 1400 ST-läkare i allmänmedicin räcker inte ens för att kompensera de nära förestående pensionsavgångarna.

Den generation som nu är pensionsmässig kanske mäktade detta. Unga läkare med andra vanor och berättigade anspråk, attraheras inte.

Sedan sin tid på dagis och i skola har de varit vana vid grupparbete, och är inte smickrade av att vara omnipotenta ensamarbetare, framför allt inte under överskådlig tid.

Ingen mottagningsköterska, patientkläder på skrivbordet, omöjliga datasystem, absolut ensam i beslutsfrågor och risken att bli anmäld – man aktar sig nog!

### God handledning krävs

Studenterna som kommer till vårdcentralen blir över lag imponerade av arbetsvolymen, attraherade av det holistiska förhållningssättet och möjligheten att få använda alla sina kunskaper och sin fantasi, men sedan – inget att satsa på tycks det.

I vissa landsting har bristen på allmänläkare blivit uppenbar och situationen underlättas av import av läkare från andra länder.

Det rika landet Sverige har inte kapacitet och möjlighet att utbilda egna läkare till den specialitet där språkkunskaper i den enskilda konsultationen är av allra största betydelse!

För att få bra allmänläkare krävs bra handledning. Handledningen kan bara göras av allmänläkare. De befinner sig i situationen som ovan beskrivits. Stafett- och hyrläkare handleder inte.

### Ytterligare ett uppdrag att axla

Nu skall delar av grundutbildningen för läkare i Stockholm, totalt 13 veckor, läg-

gas ut på primärvård och vårdcentral. Ytterligare ett uppdrag skall axlas. Om kvaliteten blir dålig blir nästa läkargeneration dåligt utbildad.

Idén att förlägga läkarutbildning till primärvård är bra. Med de allt kortare vårdtiderna på sjukhus kan blivande läkare inte lära sig normalförloppet vid vanliga sjukdomar – patienterna skrivs ut för fort. Detta kan repareras i primärvården, men kräver tid och lärarkapacitet.

Om man tror att detta kan göras av redan utslitna allmänläkare i nedslitna lokaler i trånga undersökningsrum bedrar man sig.

### En önskelista:

1. Amanuensis och lärartjänst till vårdcentral.
2. ST-läkare i andra specialiteter till vårdcentral-sidoutbildning i allmänmedicin.
3. Tvåskift på vårdcentralerna, vilket frigör undersökningsrum och ger ökad flexibilitet. (Nu står de flesta vårdcentraler tomma efter kl. 17).
4. Återskapandet av team-vårdlag med mottagningsköterskor, undersköterskor, tillgång till kurator och sjukgymnast.
5. Fler undersökningsrum som möjliggör att fler läkare kan undersöka samma patient – rond.
6. Fortsatt satsning på sjuksköterskor, lyft fram sköterskor som alternativ till läkaren i diabetesvård, hjärtviktsvård, astmavård och akutmottagningsarbete, sköterskor som deltar i den medicinska bedömningen och i samtal med patienten, undersköterskor som deltar i det medicinska omhändertagandet i paritet med vad de gör på en akutmottagning.
7. Kompatibla datasystem med åtkomst av information från sjukhus och andra vårdinrättningar.

Anna Karin Karlsson  
Råsunda Vårdcentral  
Anna-Karin.Karlsson@ki.se

# Att kalla eller inte kalla sina patienter

## – en fråga om medicinsk kvalitet snarare än främtagande av ansvar

En delvis personlig betraktelse med anledning av att Anders Lundqvist i förra numret av *Allmänmedicin* beskrev kallande av patienter för kontroll av deras kroniska sjukdomar som ett uttryck för paternalism.

Anders skriver vidare att det kanske ändå är ok att kalla det fåtal patienter som är ur stånd att ta ett eget ansvar, men att kallandet i övriga fall innebär att man passiviserar patienterna genom att frånta dem ansvaret.

Jag själv upplever mig själv som en rätt självständig person som kan ta ansvar inte bara för mig själv utan också i viss mån även för mina familjemedlemmar och för ganska självständiga arbetsuppgifter. Men ändå...

För tre år sedan blev jag kallad till tandläkaren på en tid som jag inte kunde ta. Jag ringde för att byta tid men vi hittade ingen tid den närmaste tiden som passade oss bägge. Vi enades om att jag skulle ringa för en tid när jag fått det litet lugnare. 2,5 år senare fick jag ont i en tand, Då beställde jag tid hos tandläkaren.

Betyder det att jag inte kan ta ansvar för min tandhälsa?

Tänderna hade hela tiden blivit ordentligt borstade och tandtrådade, utan att jag haft en tanke på just detta att beställa en tid för tandläkarbesök.

Tandläkarkontroll av tänder som inte knorrar är normalt inte alls någon viktig del av en människas livsprojekt, men det betyder inte att människan inte kan ta ansvar för sina tänder.

Jag hade häromdagen en patient, en 44-årig kvinna med graviditetsdiabetes, som hade övergått till manifest diabetes för fyra år sedan.

Dietbehandlad, HbA1c 5,9 men övervikt, gränsvärdesblodtryck, kolesterol i överkant och bristande fysisk aktivitet. Hon var på kontroll för två år sedan och fick besked om försämring av värden, hon skulle skärpa till levnadsvanorna och beställa tid för kontroll efter tre månader.

På vårdcentralen konstaterades i början av 2007 en kraftig minskning av antalet rapporterade patienter till NDR. Vi gick därför igenom journalerna på alla patienter som någon gång fått en diabetesdiagnos och upptäckte ett stort antal borttappade som vi nu successivt kallar.

Patienten blev därför två år efter förra besöket kallad. Nu var HbA1c 6,5, blodtrycket 140/100, Kolesterol var 7,6, vikten var oförändrad,

Patienten hade inte förändrat sina vanor. Var hon oförmögen att ta ansvar? Externt Locus of control? Inte alls! Hon var helt klar över att levnadsvanorna inte alls var bra och borde förändras, men...

Patienten har fyra barn i åldern 7–20 år. Hon är tillsammans med maken egenföretagare, butiksägare i uppbyggnadsskede och arbetar därför utöver butiksarbetet kvar i en halvtids löneanställning. Har 12 timmars arbetsdag vardagar och 6 timmar lördag och söndag.

Vi kom överens om att hon eftersom hon i sin nuvarande livssituation helt enkelt inte klarade att lägga kraft och tid på levnadsvaneförändringar skulle börja medicinera för både blodtryck och blodfetter samt återkomma för kontroll om tre månader. Patientens bad bestämt om att bli kallad då!

Att hålla reda på och ta initiativ till kontroller av diabetes ryms helt enkelt inte för närvarande i livsprojektet för denna mycket dugliga och kloka person. Jag och många (kanske de flesta?) andra är, utan att smita undan ansvaret för vår hälsa, mycket glada över att tandläkare/läkare ser till att kalla oss för de kontroller som bör göras och som vi inte orkar/hinner hålla reda på själva.

Det finns några studier, tyvärr något gamla men nyare saknas, kring de patienter som uteblir från sina kallade besök. Man har där sett att en vanlig orsak är glömska eller att kallelsen skickats ut för sent. Däremot har man inte funnit några samband mellan uteblivande från besök och ålder eller socialgrupp [1, 2].

Det finns generellt mycket få studier kring organisation av vård, men när man någon enstaka gång valt att studera kallelsesystem, har det gått bra att tydligt visa att ett kallelsesystem har en mycket stor positiv inverkan på de medicinska resultaten vid t.ex. diabetes. I två Cochrane-översikter betonas just detta:

Griffin & Kinmonth: *Unstructured care in the community is associated with poorer follow up, greater mortality and worse glycaemic control than hospital care. Computerised central recall, with prompting for patients and their family doctors, can achieve standards of care as good or better than hospital outpatient care* [3].

Renders et al betonar också kallelsesystemet: *Organisational interventions that improve regular prompted recall and review of patients (central computerised tracking systems or nurses who regularly contact the patient) can also improve diabetes management* [4].

I England är man mycket klar över betydelsen av att hålla reda på sina patienter. I de kvalitetskriterier som gäller för "The New Contract" [5] är för varje kronisk sjukdom första kvalitetskriteriet att man har ett register över de patienter som har sjukdomen.

På flera vårdcentraler än vår egen, där man slutat kalla diabetespatienter, har man efter några år upptäckt att antalet patienter med diabetes minskat och insett att man måste kalla för att inte missa motiverade kontroller.

När det gäller astma finns det också visat, om än inte lika tydligt, att patienter som kallas för regelbundna kontroller har mindre symtom och söker mindre ofta på akutmottagningen [6, 7]. För depression tyder data på att struktur och uppföljning är viktigare för resultaten än behandlingsmetod [8].

Jag tror att man kan generalisera detta till att gälla alla kroniska sjukdomar med få symtom men med risk för framtida komplikationer.

För sjukdomar med symtom som reumatoid artrit och inflammatorisk tarm-sjukdom finns det visat att resultaten är lika bra, men inte bättre, om patienterna själva kan ringa och få en snabb tid då de försämras [9, 10].

Det finns ett stort antal studier som visat att folktandvårdens regelbundna kontroller framgångsrikt bidragit till att förbättra vår tandhälsa.

Bilprovningens regelbundna besiktningar har på samma sätt bidragit till att vi har Europas och troligen världens längsta förväntade livslängd på bilar.

**Sedan är det** en helt annan sak att vi inte har någon kunskap om hur ofta vi skall kontrollera olika sjukdomar. Inom detta område förklaras, liksom inom många andra områden, observerade skillnader i handläggning, framförallt av olikheter i läkares vanor och i mycket mindre grad (18%) av variationen mellan olika patienters behov [11, 12].

Kallelser till kontroller för kroniska sjukdomar som behandlas är för de flesta, även fullt ansvarstagande individer, en mycket bra service.

Det innebär också att vi inte tvingar våra patienter med kroniska sjukdomar,

oftast gamla personer, att tävla med yngre personer (ofta med självläkande åkommor) om våra, oftast alltför få läkartider.

Foto: Lena Engström



Sven Engström, Jönköping  
sven.engstrom@swipnet.se

#### Referenser:

1. Hull AM, Alexander DA, Morrison F, McKinnon JS. A waste of time: non-attendance at out-patient clinics in a Scottish NHS Trust. *Health Bull (Edinb)*. 2002; 60: 62-9.
2. Herrick J, Gilhooly ML, Geddes DA. Non-attendance at periodontal clinics: forgetting and administrative failure. *J Dent*. 1994; 22: 307-9.
3. Griffin S, Kinmonth AL. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* volume 2, 2000

4. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001: CD001481.
5. Department of Health U. Quality and outcomes framework Guidance volume 2007: Department of Health UK, 2004
6. Lindberg M, Ahlner J, Ekstrom T, Jonsson D, Moller M. Asthma nurse practice improves outcomes and reduces costs in primary health care. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 73-8.
7. Carlford S, Lindberg M. Astma- och KOL- vården i Östergötland. Linköping: Forsknings och utvecklingsenheten för Närsjukvården i Östergötland, 2006
8. Wagner EH, Simon GE. Managing depression in primary care 10.1136/bmj.322.7289.746. *BMJ* 2001; 322: 746-747
9. Hewlett S, Kirwan J, Pollock J, Mitchell K, Hehir M, Blair PS, Memel D, Perry MG. Patient initiated outpatient follow up in rheumatoid arthritis: six year randomised controlled trial. *BMJ*. 2005; 330: 171. Epub 2004 Nov 16.
10. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Patients' experiences of an open access follow up arrangement in managing inflammatory bowel disease. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13: 374-8.
11. DeSalvo KB, Block JP, Muntner P, Merrill W. Predictors of variation in office visit interval assignment. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15: 399-405.
12. Schwartz LM, Woloshin S, Wasson JH, Renfrew RA, Welch HG. Setting the revisit interval in primary care. *J Gen Intern Med*. 1999; 14: 230-5.

# ANNONS

# ANNONS



# Allmänläkaren som visste för mycket

Som en gratulation, både till 60-årsdagen och till tjänsten som professor i Allmänmedicin i Tromsø, har Göran Sjönell, Bengt Mattsson, Eva Jaktlund och Sofia Hellman sammanställt en vänbok till Carl Edvard Rudebeck. Göran Sjönell har varit huvudredaktör och boken har fått titeln Allmänläkaren som visste för mycket *Guldorn från Carl Edvard Rudebecks penna*. Den innehåller ett urval av Rudebecks texter från 1980-talet och framåt, de flesta publicerade i *AllmänMedicin*, men även andra bidrag, som utdrag ur läroböcker.

De första texterna berör utbildningen till allmänläkare och fortbildningsfrågor. De är daterade till 1980-talet men äger lika stor aktualitet idag. Här betonas vikten av att hitta kärnpunkten i det allmänmedicinska yrket och att låta all utbildning och fortbildning utgå därför. Inte ängsligt bara försöka hålla sig uppdaterad och spjutspetskicklig inom alla medicinska områden, ett förhållningssätt dömt att misslyckas. Plattformen och utgångspunkten skall i stället vara konsultationen, patient-läkarmötet. Med vetskap om att symtom och besvär kan vara mycket annat än delfenomen av givna sjukdomstillstånd, ”med ingående kunskaper om upplevelsemässiga och fysiska variationer av det friska”, med erfarenhet av de vanligaste sjukdomarna och med kännedom om hur både patientens och egna psykologiska försvarsmönster kan se ut, inventerar allmänläkaren problemen som dyker upp i konsultationen och söker främst hitta vägar som underlättar för patienten att själv ”träffa val som gör att hon stärker sin hälsa”. Utbildning och fortbildning skall stärka kompetens i det reella mottagningsarbetet, i patientmötena.

**Utdraget ur läroboken** Allmänmedicin (Tibblin/Haglund red, 1989) sammanfattar den kliniska metod som känne-



Boken kan beställas genom:  
Stiftelsen för Utbildning och Utveckling  
i Svensk Sjukvård  
Surbrunnsgatan 66  
113 27 Stockholm  
att: Kerstin Hertzman tel. 08-586 133 01  
kerstin.hertzman@kvam.nu  
Pris 99 kr inklusive moms och frakt.  
Man beställer boken genom att sätta in 99 kr på PG 735566-2. Uppge namn och adress så skickas boken per post.

tecknar allmänmedicinskt arbete. Här formuleras i kloka ord det som händer i vardaglig praxis på våra mottagningar och uppmontras till patientcentrerat arbete. Eva Jaktlund skriver i sitt förord ”Att hitta Carl Edvard Rudebecks ord i början av min läkargärning var som att hitta kompassen när man är vilse i terrängen... Hans ord är en skatt för oss som vill jobba med mycket starkt fokus på patientens upplevelse... givit mig mod att se bortom det biomedicinska...”

**Vi blir i kapitlet** Kroppen som fysik – kroppen som jag, introducerade i Carl Edvard Rudebecks tankar kring psykosomatik, symtompresentation, kroppen som helhet, kropp och existens. Det är

stimulerande läsning även om det inte är helt lätt att direkt förstå och ta till sig. Det lockar till vidare förkovran och kanske till debatt.

**Ur samma kapitel citeras:** ”För att kunna säga att jag förstår henne(människan, red.), måste jag först erkänna att hon är outgrundlig. Det är det obegripliga som gör henne mänsklig, inte det reflexmässiga och förutsägbara.” Teorier kring det allmänmedicinska arbetet med patient-läkarmötet i fokus blir därmed också med nödvändighet komplexa, för att inte säga outgrundliga. Att enkelt sammanfatta texternas olika viktiga budskap låter sig därför inte lätt göras. Carl Edvard Rudebeck uppmanar på flera ställen i boken till nydanande, nyfiken forskning istället för sådan som befäster det vi redan vet. På samma sätt har hans texter en förmåga att inte stanna där man hittar dem, de söker sig vidare. De lever också vidare hos och omarbetas, omformuleras av läsaren. De manar till ett reflekterande, analyserande, kunskapskritiskt förhållningssätt. De är uppfordrande och tror läsaren om kapacitet, integritet och fortsatt eget forskande eller arbete för förändring. Dessutom följer texterna gärna med in i mottagningsrummet där teorierna och tankarna på ett ganska omedelbart sätt kan omsättas i praktiskt konsultationsarbete. Läs boken!

Tina Nyström Rönnäs

## Rätt telefonnummer

I förra numret av *AllmänMedicin* smög det sig olyckligtvis in ett felaktigt telefonnummer till Åsa Wetterqvist – en av projektledarna i Riskbruksprojektet. Rätt nummer till Åsa är 0768-213530.



# Linn Getz om humanistisk allmänmedicin på årets Riksstämman

Temat för 2007 års Riksstämman är "Livsstil, hälsa och miljö" och den äger rum i Stockholm den 28–30 november. Det allmänmedicinska programmet fokuserar på detta tema och sker i form av fria föredrag, posterpresentationer, gästföreläsning och symposier. Huvuddragen i programmet redovisas i faktarutan intill.

**G**ästföreläsare är allmänläkaren och docenten Linn Getz från Norge. Hon skrev för något år sedan en uppmärksam avhandling om preventiv medicin samt etiska dilemmen vid implementering av ny teknologi i den kliniska praktiken. I flera sammanhang har hon även gjort sig känd som en inspirerande föredragshållare. Linns föredrag bär titeln: "Mellom existens och endotel – på sporet av en humanistisk allmän medicin", och hon formulerar innehållet i sitt föredrag på följande sätt:

"Den traditionella medicinen präglas av en stark biologisk inriktning och människoförståelse. En ökande empirisk forskning visar emellertid att en förståelse av personers existentiella erfarenhet också har en grundläggande betydelse för deras hälsa och sjukdomsutveckling.

Exempelvis kan upplevelser av orättvisa, kränkningar och vanmakt leda till ett nedsatt immunförsvar och störningar i metabolismen.

Kunskapen om sambanden mellan existens (i betydelsen biografi) och endotel (i biologisk betydelse) öppnar upp för nya frågeställningar.

Bör större vikt läggas vid patientens historia i linje med vad som uppmärksammas vid användningen av traditionella riskfaktorer? Hur integreras biologi och biografi i den kliniska beslutsprocessen?

Föredragshållaren har inte alla svaren, men menar att en analys av begreppet en humanistisk läkare kan leda oss framåt

inom detta delvis nya och mycket angelägna område."

Riksstämman har under senare år fått en mera tvärvetenskaplig profil och detta uttrycks väl i det symposium som allmänmedicin har ansvar för under torsdagen den 29 november, och som är betitlat: "Bättre sund och stark än sorgen och svag. Om livsstil, ansvar och möjlighet". Det leds av professorn i filosofi,

Lennart Nordenfelt, som under många år ägnat sin forskning åt hälsobegreppet. Symposiumet kommer att belysa frågor om individens och samhällets ansvar i hälsofrågor:

Vad innebär det att ta ansvar för sin hälsa? Är det något som alla klarar av? Ansvarstagande för hälsan förutsätter att en person kan göra medvetna val av en hälsosam livsstil och att hon kan förhålla sig kritiskt till hälsoinformation

## Ur programinnehållet:

### Onsdagen den 28 november

#### SAL A 5

10:30–12:00 Fria föredrag

14:30–16:00 **Symposium:** Blåskattar hos kvinnor en besvärlig bagatell? Se SY 21  
Moderator: Malin André

### Torsdagen den 29 november

#### SAL C 6

08:30–10:00 **Symposium:** Bättre sund och stark än sorgen och svag. Om livsstil, ansvar och möjlighet Se SY 33  
Moderator: Lennart Nordenfelt

#### SAL C 4

09:00–10:30 **Sektionssymposium:** Endoskopi i allmänläkarens tjänst.  
Deltagare: Per Almqvist, Maria Bergström, Helena Lindegren, Per-Ove Stotzer, Ervin Toth  
Moderator: Ingegerd Meyer och Per-Ola Park

#### SAL A 1

10:30–11:30 **34 E. Gästföreläsning:** Mellom existens och endotel – på sporet av en humanistisk allmän medicin av Linn Getz, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Trondheim, Norge .

#### SAL C 4

15:00–16:30 **Sektionssymposium:** Dyspepsi och reflux – en SBU-rapport.  
Deltagare: Lars Engstrand, Folke Johnsson, Greger Lindberg, Lars Löf, Henrik Sjövall, Stefan Öberg  
Moderator: Lars Agréus och Christer Stael von Holstein

#### SAL A 11

16:30–18:00 **Företagssymposium:** "Sömnbrist, ett allvarligt och vanligt hot mot vår hälsa"  
Symposiumet kommer att belysa sömnens betydelse för vår hälsa. Vad har vi för sömnbehov och hur tillfredsställs detta i vårt 24-timmarssamhälle. Sambandet mellan sömnbrist och hypertoni, kardiovaskulär sjukdom och det metabola syndromet kommer att belysas bl. a utifrån ett par av våra vanligaste sömnsjukdomar, sömnapné syndrom samt RLS. Vad kan vi göra åt det?  
Deltagare: Torbjörn Åkerstedt Alexander Perski Jan Hedner Peter Nilsson Lena Leissner  
Moderator: Lena Leissner

#### SAL C 6

16:30–18:00 **Symposium:** Kardiovaskulär prevention, till nytta för patienten? Se SY 65  
Moderator: Hans Brändström

#### Hall A

09:00–18:00 Posterutställning med Posterdiskussion 14:00 – 15:00



Linn Getz

och auktoriteter. Detta är förhållnings-sätt som utvecklas gradvis i vuxenlivet och som många vuxna har svårt med. I vilka situationer är det individen som har ansvar och när skall samhället ta ansvaret i hälsofrågor?

Medverkande är erfarna kliniker från både allmänmedicin och internmedicin samt Sofia Kjellström, fil dr. Hon

har skrivit en avhandling som visar att ansvarstagande å ena sidan handlar om beteenden, exempelvis att äta sunt och sköta sin egenvård, men å andra sidan behövs psykologiska förhållningssätt.

Andra intressanta symposier som allmänmedicin har ansvar för är "Kardiovaskulär prevention, till nytta för patienten?" som leds av Hans Brändström och "Blåskattarr hos kvinnor en besvärlig bagatell?", som har Malin André som moderator.

De sju fria föredragen presenteras på onsdagen medan posterutställningen äger rum under torsdagen.

Liksom under tidigare år har allmänmedicin ett gemensamt sektionssymposium med en annan sektion. Oftast har allmänkirurger varit involverade. Denna gång handlar det gemensamma symposiet om: "Dyspepsi och reflux – en SBU-rapport" och det äger rum på torsdageftermiddagen tillsammans med gastroenterologer. Moderatorer är Lars Agréus och Christer Stael von Holstein.

**Förhoppningsvis kan också** de intressanta programmen från övriga sektioner locka ännu fler allmänläkare till årets riksstämman jämfört med tidigare år. Antalet besökande allmänläkare brukar ligga kring 900 men det finns utrymme för betydligt fler.

Välkommen till Riksstämman!



Lars Borgquist  
professor Linköping  
larbo@ihs.liu.se

## Ny hemsida för primärvården – pvsverige.se – för alla medarbetare

Primärvården i Skåne har tagit på sig den viktiga uppgiften att skapa en ny hemsida för primärvården efter fammi.se. Arbetet har pågått intensivt under våren och i mitten av maj var det dags att släppa ut den nya hemsidan på webben.

Syftet är att skapa en kommersiellt obunden sida med användbar information för hela primärvården. Alla yrkesgrupper är representerade och har egna sidor. Aktuella medicinska områden belyses ur ett multiprofessionellt perspektiv. Särskilt fokus läggs på kunskaps- och kvalitetsutveckling. Dessutom hittar man här information kring allmänläkarkonsultverksamheten, kurser och konferenser, organisationsutveckling, samverkan, folkhälsoarbete samt universitet och högskolor. Hemsidan är öppen och tillgänglig för alla och kräver inte någon inloggning.



<http://pvsverige.se>

"Vi vill ta över traditionen från fammi.se men också skapa något nytt. I detta arbete är det nödvändigt att vi kan skapa en dialog med alla Er som arbetar i primärvården i Sverige så att innehåll och utveckling går i rätt riktning", säger Christina Nerbrand, som är FoUU-chef i Skånes primärvård och ansvarig utgivare.

"Vi inbjuder nu alla att komma med synpunkter, bidrag och goda idéer så att vi tillsammans kan skapa en användbar och modern miljö för kunskapsutveckling", avslutar Christina Nerbrand.

Som namnet antyder har pvsverige.se ambitionen att vara en angelägen sida för hela Sveriges primärvård.



Christina Nerbrand

## 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

Lars Borgquist, 070-882 74 01  
larbo@ihs.liu.se

#### Skattmästare

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

#### Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16  
froken\_andersson@hotmail.com

Karin Lindhagen

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

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

Pär Säberg  
070-765 448  
par.saberg@curera.se

#### Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg, Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson, Gunnar Carlgren och Lars Borgquist.

#### Kansli

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

#### Examenskansliet

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

#### Tidningen AllmänMedicin

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

### SFAMs råd

#### Fortbildningsrådet

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

#### Läkemedelsterapirådet

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

#### Kvalitetsrådet

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

#### Informatikrådet

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

#### ST-rådet

Pontus Stange  
pontus.stange@livmedicus.eu

#### Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52  
ulf@mawe.se

#### Forskningsrådet

Malin André  
malin.andre@ltdalarna.se

### SFAMs stiftelser

#### SFAMs stiftelse för allmänmedicin

Jonas Sjögreen, 070-679 92 83  
jonas.sjogreen@ptj.se

#### SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

### SFAMs nätverk

#### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

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

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

#### Astma och allergiintresserade

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

#### Balintgrupper

Conny Svensson  
conny.svensson@beta.telenordia.se

#### Diabetesnätverk

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

## Lokalföreningar

### NORRBOTTEN

Maria Truedsson  
maria.truedsson@telia.com

### VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson  
berit.edvardsson@epiph.umu.se

### JÄMTLAND

Olof Englund  
olof.englund@jll.se

### VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin  
kjell.sundin@lvn.se

### GÄVLEBORG

Lisa Lauri  
lisa.lauri@lg.se

### DALARNA

Christina Klesty  
christina.klesty@ltdalarna.se

### VÄRMLAND

Mikael Hasselgren  
mikael.hasselgren@liv.se

### ÖREBRO

Åke Kihlberg  
ake.kihlberg@orebroll.se

### VÄSTMANLAND

Jonas Sjögreen  
jonas.sjogreen@ptj.se

### UPPSALA

Karin Lindhagen  
karin.lindhagen@sfam.a.se

### SÖRMLAND

Christina Kallings Larsson  
christina.kallings-larsson@dll.se

### STOCKHOLM

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  
ragnar@ltkalmars.se

### SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson  
ullaba@ltkalmars.se

### JÖNKÖPING

Mikael Olsson  
mikael.olsson@lj.se

### KRONOBERG

Sara Holmberg  
sara.holmberg@ltkronoberg.se

### BLEKINGE

Karin Ranstad  
karin.ranstad@lthblekinge.se

### SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren  
hans.lundgren@skane.se

### MELLANSKÅNE

Inge Carlsson  
inge.karin@telia.com

### NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad  
maria.hafstad@skane.se

### 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



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

**Etiskt nätverk**  
Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

**Hemsjukvård**  
Sonja Modin  
sonja.modin@sll.se

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

**Kliniskt mentorskap**  
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57  
charlotte.hedberg@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@sll.se

**Riskbruk**  
Hans Hallberg  
hans.hallberg@ltdalarna.se

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

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

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

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

### Internationella kontaktpersoner

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

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

**Equip**  
Per Stenström

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

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

**FYRBODAL\***  
Katarina Liliequist  
katli@telia.com

**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"** Antal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Staffan Olsson, redaktör  
Brahehälsan, Löberöd  
0413-54 58 51, staffan.olsson@ptj.se

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

Tina Nyström Rönnås, adjungerad redaktör, Tumba VC  
kristina.nystrom-ronnas@sll.se

Hans Händel, adjungerad redaktör  
Barkarby VC, Järfälla  
08-587 326 80, 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  
Dan Johansson  
415 02 Göteborg  
031-707 19 30  
dan@mediahuset.se

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

**Hemsida**  
Webbredaktör: Karin Lindhagen

#### Utgivningsplan för 2007

Nr	Manusstopp	Utgivning
6	6/11	19/12



## Doktorn och självbilden

**D**oktorn på film och TV är alltid kunnig, för det mesta med en nästan encyklopedisk kunskapsbas. Inte nog med det, han, för det är oftast en man, kan också använda kunskapen för att ställa blixtrande snabba diagnoser. Ett fast handslag, och diagnosen myastenia gravis är ställd! Sällan finns det utrymme för tvekan, osäkerhet eller kunskapsbrist.

Svårar brukar berätta skrönan om hur det gick till när hans lilla uppväxtsort fick en ny provinsialläkare. Den gamla läkaren sköt från höften, och träffade påtagligt ofta rätt, men det var nog mest för att han kunde varje patient utan och innan mer än att han behärskade de teoretiska delarna av sitt värv. Han konsulterade varken böcker eller sjukhuskollegor mer än när det var alldeles nödtvunget. En del blev nog fel, men han var både auktoritär och trevlig på samma gång, så det glömdes snart.

I början på sextioalet var det så dags för en kraftigt försenad pension. I hans ställe kom en förhållandevis ung läkare direkt från Lund, sprängfylld med boklig kunskap. Med praktiken var det lite värre, men han kunde grunderna och meritlistan var det inget fel på. Till skillnad mot sin föregångare slog han alltid i böcker, mumlandes långa ramsor med facktermer som ingen förstod. Telefonen gick varm till kollegor runt om i södra Sverige, och remisser skrevs en masse till al-lehanda undersökningar, blodprov och konsultationer. Han var aldrig så tvärsäker som sin föregångare, utan tvekade alltid med svaret och omgav det alltid med förbehåll och brasklappar. Det dröjde inte länge innan han fick sitt öknamn: Dr Hjälplos. Med tiden gick det dock upp för de flesta att han hade sina

förtjänster, inte minst för att han rättade till en del allvarliga misstag som föregångaren begått.

Hur sann eller inte historien nu än är kan jag inte låta bli att reflektera hur jag själv gör. Inte sällan googlar jag fram information tillsammans med patienten, för mig ett sätt att övertydligt betona att det vi håller på med vinner på att betraktas som ett samarbetsprojekt. Precis som de flesta andra ber jag ofta att få hjälp med att identifiera märkliga hudutslag och tolka konstiga EKG. Fyra ögon och två hjärnor får ibland ihop det bättre, helt enkelt.

Tillbaks till filmens och TV-seriernas värld: På Ordbytet efterlyste jag för en tid sedan TV-serier om framgångsrika allmänmedicinare, för att råda bot på vår glåmiga dystyma självbild. Det blir en utmaning för dramaturgerna. Naturligtvis skall huvudpersonen spegla en komplex och intressant personlighet som både gestaltar vårt yppersta yrkeskunnande och det som är vårt kunskapsområdes kännetecken, att vi måste stå ut med varierande grader av osäkerhet i stort sett varje beslut. Lockelsen för manusförfattaren kommer säkert bli för stor att skapa en hjälte utan minsta fläck. Ett nyanserat porträtt av vår tids familjeläkare får kanske bättre plats i bokform, trots allt.



Foto: Carolina Olsson

Staffan Olsson

### 2007

#### November

##### **Sviktande vitalfunktioner i Primärvården**

5-6 nov. Stockholm.  
www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 sep. Utbildningen är såväl SFAM- som IPULS-granskad.

##### **First EURACT Assessment Course**

for Trainers in Family Medicine.  
14-18 nov 2007, Zakopane, Polen.  
Anmälan senast 8 okt.  
http://www.euract.org/html/pdf/Assessment\_Course\_Leaflet.pdf

##### **Mötet i hemmet**

15-16 nov. Tvärprofessionell konferens på Talk – nybyggda konferens och hotelllokaler vid Stockholmsmässan i Älvsjö.

Teman:

- Samordnad vård och rehabilitering under det gradvisa åldrandet
  - Vård i livets slut, sista kapitlet
- www.sfam.se/hemsjukvard.html

##### **NÄSTAs höstmöte**

15-16 nov. Växjö Mat & Dryck AB, Västergatan 12.

Anmälan till lena.ekelius@gmail.com

En viktig punkt på agendan är framjobbandet av ett nationellt sk ST-baskontrakt och infopaket till nyblivna ST-läkare.

se www.sfam.se för mer information

##### **Riksstämman**

28-30 nov. Stockholm

#### December

##### **ASK – Allmänläkarens kompetensvärdering i kollegial dialog**

3-5 december i Luleå. Kurs med Provinsialläkarstiftelsen. Se Distriktsläkarförningens hemsida. För mer information kontakta Robert Svartholm (polarull.svartholm@telia.com).

##### **Utbildning i Modern Ortopedisk Medicin**

För läkare och sjukgymnaster i Kerala, Indien.

29 dec-14 jan

www.langtbortlara.se

### 2008

#### Januari

##### **"Vecka-3-kursen" i kompetensvärdering**

16-18 jan i Undersåker, Jämtland.  
Arrangör: SFAMs kompetensvärderingsråd (KVIST).  
Anmälan (senast 10 december) och förfrågningar till Robert Svartholm. polarull.svartholm@telia.com

#### Full fart framåt

ST-dagar i Piteå  
30 jan-1 feb  
www.st-dagar2008.se/

#### AllmänläkarDagarna – en mötesplats för professionen

30 jan-1 feb 2008  
Hotel Billingehus, Skövde  
Arrangör: KursDoktorn  
Program & anmälan:  
www.kursdoktorn.nu

#### April

##### **Läkardagarna i Örebro**

När minnet sviktar. 8-9 april.

##### **Berzelius symposium 71**

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

#### Maj

##### **Berzelius symposium 72**

Prehospital care, Stockholm

##### **Kurs i konsultation och video handledning**

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



**KursDoktors** utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 070417. För närmare presentation av aktuella kurser var god se [www.kursdoktorn.nu](http://www.kursdoktorn.nu)