AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2004 ÅRGÅNG 25

Vad händer med den svenska primärvården?/sid 3

Lönar sig fortbildning?/sid 5 • Besöket – sällan och länge eller ofta och kort/sid 19

SFAM Svensk Förening för Allmänmedicin

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar som finns på SFAMs hemsida www.sfam.nu. Alla texter granskas av tidskriftens redaktörer, vilka tar ställning till publicering. Därefter sker sedvanlig korrekturläsning och korrigering, innan materialet skickas till Gunnar Brink på Mediahuset för layout. Skicka helst också bildmaterial, se tips nedan.

Välkommen!
Redaktionen

Bildtips!

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

Det går bra med papperskopior och digitala fotografier.

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

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

Omslagsfoto: Per Lundblad
"Vart tog min vårdcentral vägen?"

3 Ledare
Vart är den svenska primärvården på väg?
Anders Lundqvist

5 Fortbildning
Lönar det sig med fortbildning?
Gösta Eliasson

9 Avhandling
Förtida död i kranskärlssjukdom kan förebyggas
Hans Lingfors

10 Konferens
Primärvårdens nationella kvalitetsdag
Malin André, Lennart Holmquist

11 Notiser
Läkardagar i Köpenhamn,
Tävling på Fammis hemsida,
Riskbruk av alkohol

12 Debatt
Är alla husläkare folkpartister?
Peter Olsson

16 Reportage
CeFAM – Allmänmedicinskt kraftfält i Stockholm
Anna Barnéus

17 Praxis
Laborera lagom – erfarenheter från Jokkmokk
Peter Olsson

19 Debatt
Besöket – sällan och länge eller ofta och kort
Bertil Hagström, Robert Svartholm

20 Porträtt
Intervju med Margit Nergården
Gösta Eliasson

23 Utbildning
Studenterfarenheter under kursen i allmänmedicin
Bengt Mattsson

Ett patientmöte under vårdcentralsplacering
Ingela Ronquist Aminoff

24 ST-uppsats
Erfarenheter från ett ST-arbete: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) i vardagsarbetet på vårdcentral
Marie Eckerlid, Jörgen Thorn

27 Notiser
Diplomfest för handledare, Skrivarpriset 2004 utlyses!

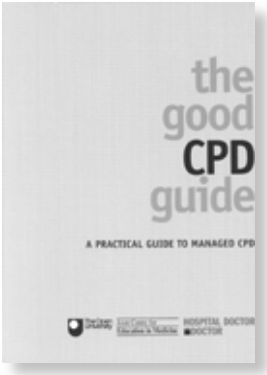
28 SFAM informerar
SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004

Kontaktpersoner

32 Krönika
Hur strikt är det rimligt att tolka lagen?
Karin Ranstad

32 Kalendarium

Vart är den svenska primärvården på väg?
Sidan 3



Lönar det sig med fortbildning?
Sidan 5

"Kan vi bli fackidioter som allmänmedicinska specialister? Risken finns om ideologin får styra över förnuftet"

Peter Olsson ställer frågan:
Är alla husläkare folkpartister?
Sidan 12

Möt Margit Nergården – årets allmänläkare i Halland.
Sidan 31

ANNONS

Vart är den svenska primärvården på väg?

Foto: Per Lundblad

Krigssjukvård i Majorna?

Foto: Margareta af Klinteberg

Fammi – vad händer bakom fasaden?

Foto: Per Lundblad

Vårdcentralen stängd!

Stängningar av vårdcentraler, nya omvälvande förändringar av sjukvårdstrukturen, debaclet i Västmanland, socialministerns försiktiga stöd till Protos, Göran Sjönells avhopp från Fammi, Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program med nationellt familjeläkarsystem som grund. Det har inte varit alldeles lätt att hänga med i alla turer, men man kan i alla fall inte klaga på dramatiken. Hur ser framtiden ut för familjeläkaren och vad händer med Fammi?

Det har varit en omtumlande vår onekligen. Bilderna från Göteborg, med stängningar av fem vårdcentraler trots kraftfull opinion sitter kvar på näthinnan. Snart är det vår tur, var det nog många som kände. Andra menade kanske att det var ”typiskt Göteborg”, där primärvårdens ställning alltid varit ifrågasatt. Brutal sjukvårdspolitik var det hursomhelst. Andra typer av strukturförändringar pågår runt om i landet med sammanslagningar av vårdcentraler till ”minisjukhus” i en ofta helt ideologilös centraliseringsiver. Västmanland, som bara för något år sedan utmärkte sig som landstinget med överlägset störst andel invånare med fast familjeläkarkontakt, riskerar nu att haverera sitt familjeläkarsystem med en formalistisk tillämpning av lagen om offentlig upphandling. Högt spel med befolkningens förtroende samt kortsiktigt och hjärtlöst agerat mot familjeläkarna och deras patienter är det minsta man kan säga.

Fammis vara eller inte vara är fortfarande oklart och väntas bli föremål för en politisk process senare i höst. Trots uppskattande ord från Landstingsförbundet om Fammis insatser, känns inte stödet riktigt helhjärtat från huvudmännen. Fammi kritiseras i en utvärdering från Statskontoret för att satsa för mycket på familjeläkarna och för lite på teamarbetet. Hur teamarbetet ska kunna fungera utan familjeläkare på plats är för mig en gåta. På kort tid har Fammi presenterat en rad välskrivna rapporter, ordnat nationella möten för primärvårdens olika yrkesgrupper och initierat utvecklingsarbete runt om i landet. Hemsidan har rönt stor uppskattning. Det vore tråkigt om all denna aktivitet helt plötsligt upphörde. Fammi behöver emellertid rikspolitisk uppbackning och stöd från huvudmännen för att kunna bli den kraftfulla motor som primärvården behöver.

Familjeläkarbristen var i fokus under några år men verkar nu vara avförd från dagordningen i många landsting. Budget i balans är mantrat som basuneras ut med undertexten glöm bemanningstalen (1 familjeläkare på 1500 invånare). Den nationella handlingsplanens resultat hittills lämnar en hel del övrigt att önska. Idag är den svenska primärvården spretigare än någonsin med ett sammelsurium av olika modeller och lösningar. Socialministerns vision om allemansrätten i svensk sjukvård ligger tyvärr ganska långt bort från dagens verklighet. Mer än någonsin behövs en nationell kraftsamling kring familjeläkaruppdraget, och det känns glädjande att Läkarförbundet nu uttalat sitt stöd för ett nationellt familjeläkarsystem. Nu gäller det att mobilisera våra egna krafter för att övertyga lokala politiker. Lars Engquist föreslår försöksverksamhet med Protosförslaget som grund men först måste ju idén slå rot i landstingsvärlden någonstans. I Stockholm har ett politiskt parti redan framfört en motion i frågan. Nationella handlingsplanens målsättning att tillförsäkra människors rätt till en fast och förtroendefull relation med sjukvården måste lyftas fram på nytt. Tillräckligt många familjeläkare är lösningen.

Läs i detta nummer bland annat en filosofisk betraktelse om allmänmedicinska definitioner signerad Peter Olsson. Lönar sig fortbildning? är frågan som Gösta Eliasson försöker besvara genom att granska forskningen på området. Anna Barnéus sätter ljuset på Stockholms CeFAM i en intervju med professor Jan Sundqvist. Dessutom referat från kvalitetsdagen, debatt om besökens längd, ST-uppsats, allmänläkarporträtt och en del annat smått och gott. Trevlig läsning!

Anders Lundqvist
chefredaktör

ANNONS

Lönar det sig med fortbildning?

”Mitt yrke kommer alltid att vara godt, ty det är byggt på en solid basis: Människornas vidskepelse!”
Så skrev en gång Axel Munthe [1].

Axel Munthe – foto från boken Drömmen om San Michele av Bengt Jangfeldt & Ingalill Snitt. Albert Bonniers Förlag AB

Idag går det inte att resonera så, även om vi kan lära oss en del av liknande insiktsfulla iakttagelser. I vår ”solida basis” ingår vetenskaplighet och vi känner oss numera rätt hemmastadda med de SBU-rapporter som dyker upp med jämna mellanrum. Evidensbaserad medicin (EBM) förser oss med en del av den kunskap vi behöver för att känna oss trygga när vi individualiserar och utövar läkekonst. Men nya kunskaper och SBU-rekommendationer har ofta svårt att få genomslag i praktiken. Kan fortbildning påverka praxis? I så fall, vilken fortbildningsmetod är bäst? Lönar det sig med fortbildning? I den här artikeln kommer jag att beskriva något om den riktade fortbildningens effekter på praxis men också hur fortbildning ingår i ett större sammanhang – professionell utveckling (CPD).

Har fortbildning några effekter?

Det finns ett stort antal vetenskapliga studier som påvisat samband mellan enstaka, riktade fortbildningsaktiviteter och förändring av praxis. Intrycket blir motsägelsefullt om man går efter enstaka studier, men genom att göra systematiska sammanställningar, s.k. reviewer, och använda lämpliga inklusionskriterier är det lätt att urskilja ett mönster.

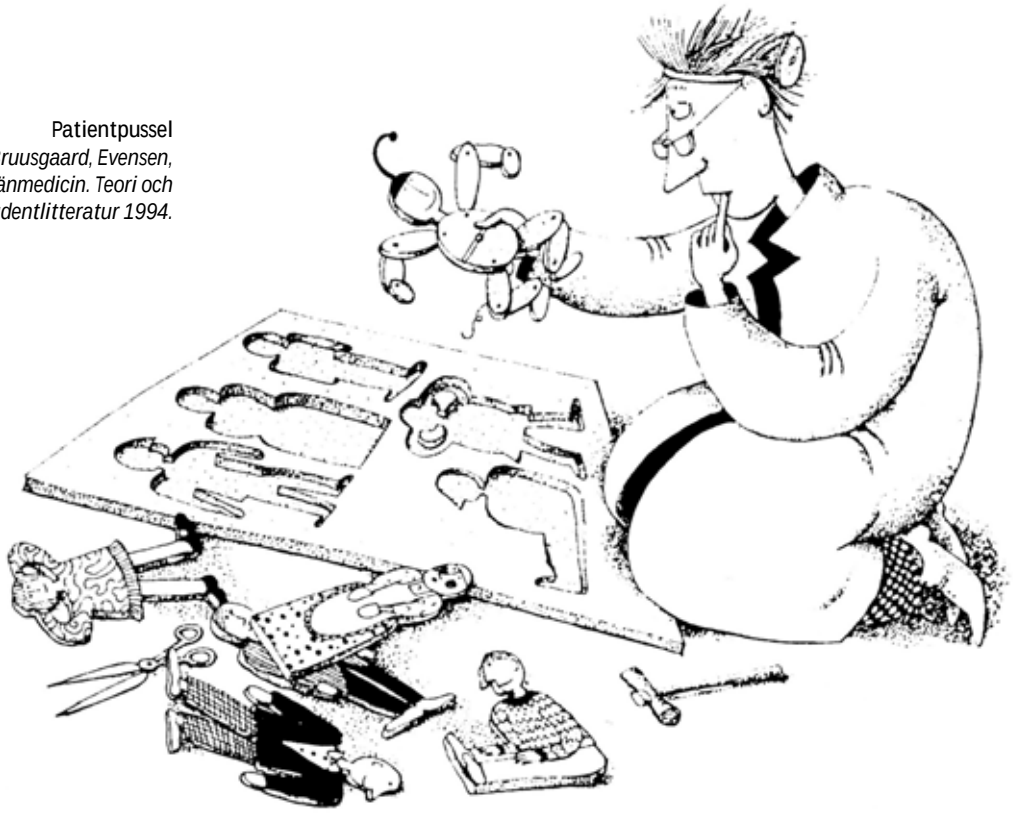
I en review av 99 välkontrollerade studier med medicinsk fortbildning (CME,) som intervention ledde hela 70 procent till förbättrad praxis och 48 procent till bättre vårdkvalitet. Bäst effekt hade återkommande påminnelser (reminders), arbetsplatsbesök (outreach visits), uttalanden av opinionsledare (opinion leader’s view) och fortbildning som skedde med flera olika, parallella metoder (multifaceted strategies) [2].

I en metaanalys av 14 randomiserade och kontrollerade studier (RCT) av fortbildningseffekter mellan 1993–99 ledde 9 av 17 interventioner till ändrad praxis. Tre fjärdedelar av dessa nio resulterade även i bättre vård. Man fann att en förutsättning för de positiva resultaten var att interaktiv pedagogik tillämpades, det vill säga att deltagarna själva medverkade aktivt. Om fortbildning gavs som föreläsningar kunde man inte se någon signifikant effekt, vare sig på praxis eller på vården [3].

Vilken metod är bäst?

Läkemedelsindustrin har sedan länge använt personliga besök på arbetsplatser för sin marknadsföring, en metod som tycks löna sig när man vill påverka förskrivning. Soumerai et al gjorde i början på 90-talet en vetenskaplig analys av 44 studier som alla hade syftet att ändra allmänläkares förskrivningsmönster. Slutsatsen blev att material skickat per post var verkningslöst, medan besök på arbetsplatser hade signifikanta effekter på förskrivningspraxis [4]. Till samma resultat, dvs. utebliven effekt av skriftlig information, kom också Lomas, som redovisar 19 studier av rekommendationer om läkemedelsval [5].

Andy Oxman, som ägnat sitt liv åt att



Patientpussel
Illustration ur: Bentsen, Bruusgaard, Evensen, Fugelli och Aaras. Allmänmedicin. Teori och praktik. Studentlitteratur 1994.

analysera fortbildning och som forskar vid Norskt helsedirektorat, har försökt ta reda på vilka fortbildningsmetoder som är mest effektiva. I en review av 102 interventionsstudier drar han och hans kollegor slutsatsen att de flesta fortbildningsmetoder fungerar under vissa omständigheter, men att det inte existerar någon enskild metod som fungerar i alla lägen: "there are no magic bullets" [6].

I faktaruta 1 sammanfattas de viktigaste, vetenskapligt underbyggda slutsatserna, vad gäller effekter av riktade fortbildningsaktiviteter.

Faktaruta 1

- Enbart spridning av informationsmaterial förändrar inte praxis
- "There are no magic bullets" (se text)
- Flera parallella och sinsemellan olika interventioner ger bättre effekt än enstaka
- Personliga besök på arbetsplatser är effektivt, åtminstone då det gäller receptförskrivning
- Påminnelser förhöjer effekten av andra fortbildningsinsatser
- Audit, feedback och uttalanden från opinionsledare har "varierande" effekt

Varför är det så svårt att ändra sin praxis?

Att ändra på vanor kan vara svårt, inte bara i yrkeslivet. Det ska till en genuin övertygelse av att det nya är värt att följa, en vilja att pröva i praktiken och en förmåga att genomföra förändringen, ibland mot ett visst motstånd från omgivningen. Malin André, familjeläkare i Dalarna, som i mars 2004 disputerade på fokusgruppstudier om användningen av tumregler hos allmänläkare har en intressant infallsvinkel. Hon menar att tumregler (exempelvis "ledbesvär? ➔ ta SR", "kan knäet belastas utan problem? ➔ inte fraktur", "först bestämma om allvarligt eller ej ➔ börja sedan fundera på diagnosen") är ett sätt att hantera osäkerhet i en komplicerad vardag där hundratals beslut måste tas varje dag [7]. Tumregler kan ses som mentala genvägar som förenklar vardagsarbetet. Men tumregler kan också förklara varför praxis ofta förblir opåverkad även om nya kunskaper motiverar till förändring. Dels ligger tumreglerna nära det omedvetna och kan vara svåra att påverka rationellt, dels kan det vara förknippat med ångest att släppa den (ibland falska) säkerhet som de utgör.

Hur gör man för att förändra praxis?

Enligt en av de mest kända kvalitetsteoretikerna i USA, Paul Plsek, kan en utomstående intressent, t.ex. SBU eller en läkemedelskommitté, använda två sätt för att påverka läkares praxis. Det ena är spridning och det andra adoption [8].

Spridning av information innebär att den som vill påverka föreslår vad läkare bör göra för att åstadkomma förbättring av sin praxis och motiverar detta med vetenskapliga fakta.

Det andra sättet, adoption, innebär att försöka få läkarna att göra förändringen till ett eget projekt. Adoption är med andra ord en högst personlig process där en läkare analyserar och förändrar sitt beteende i ett försök att förbättra den egna praktiken och kan, enligt författarna, ses som en process i flera steg. Först uppstår en sorts spänning som följd av att läkaren börjar uppleva ett behov av ändrad praxis utan att ha någon klar uppfattning hur det ska gå till. Nästa steg innebär att det uppstår ett intresse av sådan förnyelse som möter det egna behovet. I det här skedet kan viljan att ge patienterna bättre omhändertagande eller önskan om att underlätta det egna

Faktaruta 2	
SPRIDNING	ADOPTION
”Trycka på” idéer utifrån	”Dra” idéerna till sig
Agendan är det egna målet – att få genomslag	Agendan finns i vardagens patientmöten
Använder organisationer och hierarkier för att kommunicera om värdet av förändring	Använder sociala system för att kommunicera om värdet av förändring
Fokus på medel, tekniker och processer	Fokus på relationer och stöd

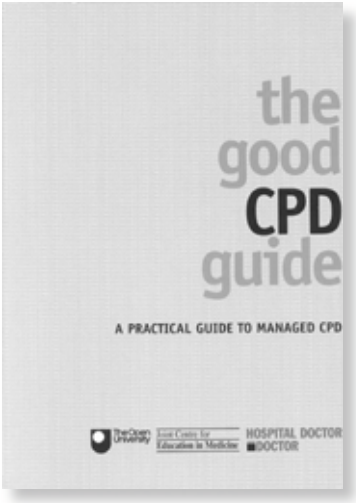
arbetet spela roll. I det tredje steget värderas de nya idéerna och läkaren gör ett övervägande om det kan vara värt besväret att ändra praxis eller ej. Fördelarna kan t.ex. vara den positiva känslan av att hänga med i utvecklingen och att man bättre kan leva upp till patienternas krav. Nackdelarna kan innebära att tid måste avsättas initialt eller att det innebär ökade kostnader.

Först om läkaren blir övertygad om att han eller hon verkligen vill ändra sin praxis finns förutsättningar för det fjärde steget: att genomföra förändringen. De båda strategierna spridning och adoption är helt väsenskilda och jämförs i faktaruta 2.

Professionell utveckling och livslångt lärande

Hittills har jag uppehållit mig vid de fortbildningsaktiviteter där effekterna av interventioner varit möjliga att studera, ofta med kvantitativ metodik. Det handlar i regel om riktade fortbildningsmoment avsedda att åstadkomma ett visst medicinskt resultat. Här är det möjligt att välja mellan mer eller mindre effektiva strategier, även kostnadsmässigt.

Ser vi i stället på fortbildning i bredare bemärkelse, som en form av livslångt lärande eller professionell utveckling (CPD) i vilken även CME ingår, blir det genast svårare att påvisa effekter. Janet Grant, professor vid Open University utanför London, ligger bakom en intressant handbok om CPD, ”the Good CPD guide”, byggd på såväl pedagogisk erfarenhet som vetenskapligt underlag. Enligt Janet Grant får man



The Good CPD guide

ut mest av de aktiviteter som är inriktade på professionell utveckling om: a) initiativet kommer från individen själv, b) självvärdering av lärobehovet görs i form av läroplaner, c) CPD-aktiviteter är kopplade till vardagspraktiken, d) fortbildningsmetoderna är självvalda och anpassade till den personliga lärstilen, e) uppföljning, reflektion och dialog med kollegor sker regelbundet [9].

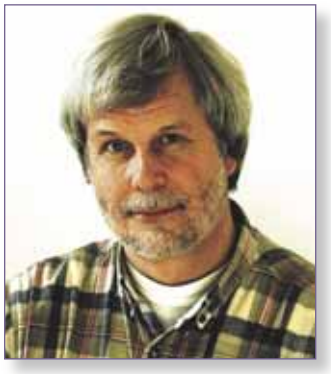
Vare sig vi upplever det eller ej är huvuddelen av den professionella utvecklingen inflätad i vårt vardagsarbete. Den är en förutsättning för att vi ska utveckla de kunskaper, färdigheter, attityder och värderingar som gör oss till läkare och kräver tid för kollegial dialog och reflektion. Men att studera de omedelbara effekterna av livslångt lärande låter sig knappast göra med de metoder vi är vana vid. Lika litet som det går att studera kostnadseffektivitet av skönlitteraturläsning och socialt umgänge.

Referenser

1. Munthe A. Boken om San Michele. Stockholm: Forum 2000
2. Davis D A, Thomson M A, Oxman A D, Haynes R B. Changing Physician Performance. A systematic Review of the effect of Continuing Medical Education Strategies. JAMA 1995;274:700-5
3. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing education: do conferences, workshops, rounds, and other tradtitional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999;282 (9):867-74
4. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature. Milbank Q 1989;67:268-317
5. Lomas J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. Annu Rev Public Health 1991;12:41-65
6. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ 1995;153: 1423-31
7. André M. Rules of thumb and management of common infections in general practice [Dissertation]. Linköping: Primary care, Department of Health and Society, Linköping university, Sweden 2004
8. Fraser SW, Plsek P. Evidence into practice: external spread or personal adoption? Education for Primary Care 2003;14:129-38
9. Grant J, Chambers E, Jackson G. The Good CPD Guide. A practical guide to managed CPD. London: The Joint Centre for Education in Medicine 1999

(Artikeln bygger på en föreläsning vid SFAMs höstmöte i Stockholm 22–24 oktober 2003.)

Gösta Eliasson
Familjeläkare, Fammi
gosta.eliasson@fammi.se

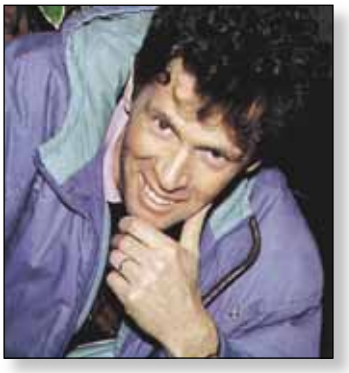


ANNONS

Avhandling av Hans Lingfors

Förtida död i kranskärls-sjukdom kan förebyggas

I december disputerade Hans Lingfors på en avhandling som utvärderade det hälsofrämjande arbete som bedrivits i Skaraborg, där tre allmänläkare, Kjell Lindström, Lars-Göran Persson och Hans, tidigt insåg att förebyggande arbete lönar sig, framför allt när den patientnära sjukvården tar aktiv del. Alla tre har vävt samman sitt preventiva arbete med forskning.



Hans Lingfors

Sedan mitten av 1980-talet har primärvården i Habo erbjudit invånarna livsstilsinriktade hälsosamtal hos en sjuksköterska. Till stöd för samtalet har man använt en hälsokurva, som för patienten visar betydelsen av levnadsvanor, psykosociala faktorer och biologiska riskfaktorer. Hälsokurvan användes också i mottagningsarbetet i sekundärpreventivt syfte för patienter med bland annat diabetes och hjärtkärlsjukdom. Man tagit även utvecklat ett formulär med frågor om kostvanor. Hälsokurvan och frågeformuläret har använts systematiskt i flera kommuner inom Skaraborg och även spritts till stora delar av Sverige där de används både i primärvård och specialiserad hjärtsjukvård.

Befolkningsinriktad prevention har varit en annan hörnsten. Lokala hälsoråd har genom olika arbetsgrupper ökat utbud och efterfrågan på hälsosamma alternativ. Samarbete med skola, livsmedelsbutiker och föreningsliv har bland annat ett till minskad rökning, bättre livsmedelsutbud och fler motionsalternativ. En tidskrift med hälsoråd har spridits till väntrum och andra offentliga miljöer.

Disputationen var en fröjd att bevista. Såväl opponent som respondent gjorde mycket bra ifrån sig. Efter en exposé över hjärtkärlsjukdom och betydelsen av prevention granskade Mai-Lis Hellénius avhandlingen just så ingående som förväntas av en offentlig kvalitetskontroll. Vi åhörare fick klart för oss att det akademiska hantverket var tillfyllest och det var uppenbart att Hans kunde sitt material in i minsta detalj. Han satt närmast och myste och var aldrig svarslös.

Validiteten i de använda metoderna befanns vara acceptabel avseende kostvanor, fysisk aktivitet, psykosocial påverkan och biologiska riskmarkörer. De studiedeltagare som uppgav förbättrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet förbättrade även sina biologiska riskmarkörer. I de kommuner där hälsosamtalet användes noterades en större förbättring av riskfaktorer än i dem som endast bedrev en befolkningsinriktad prevention.

I Habo, där man mest aktivt följde de föreslagna riktlinjerna, sågs en mycket påtaglig minskning av död i kranskärlssjukdom. Under studieperioden minskade den åldersstandardiserade mortaliteten i kranskärlssjukdom för män med 50 procent och för kvinnor med drygt 80 procent, vilket är mer än i såväl övriga Sverige som jämförbara kommuner. Den gynnsamma utvecklingen bedömdes vara en samlad effekt av primär och sekundär prevention. Studien stöder att man med ett kombinerat preventivt angreppssätt kan minska mortaliteten i kranskärlssjukdom.

Datum: 5 december 2003.

Disputerad allmänläkare: Hans Lingfors

Avhandling: *Prevention of Ischaemic Heart Disease in Primary Health Care – Experiences from a health promotion programme*

Institution: Avdelningen för Allmänmedicin, Göteborgs universitet

Handledare: Calle Bengtsson och Lauren Lissner

Opponent: Mai-Lis Hellénius

Betygsnämnden lyfte rättmätigt fram avhandlingen som betydelsefull men formulerade sig så kort och distinkt att jag blev en aning besviken. I någon mån faller samma uns av kritik på opponenten. Möjligen hade man fått förhållningsregler om att hålla en viss tidsram. Personligen anser jag att när man lagt ett antal år på ett avhandlingsarbete så borde det kunna granskas ordentligt i alla delar. För något sådant tillfälle gives aldrig mer. De som tråkas ut kan ju avlägsna sig eller läsa någon medhavd lektyr. Lingfors föreföll i alla fall inte ha något emot att fortsätta ett par timmar till. Sammanfattningsvis var det en lärorik och intressant disputation. All heder åt Habo och deras nollvision!

Staffan Lindeberg
Familjeläkare, Sjöbo
Staffan.lindeberg@me.lu.se

Primärvårdens nationella kvalitetsdag

I tider av sparbeting, när primärvården upplöses i närsjukvård och utvecklingsarbetet kommer i kläm – kan man då samla distriktsläkare till en dag kallad ”Primärvårdens nationella kvalitetsdag”? Ja, det undrade nog fler än medlemmarna i SFAMs kvalitetsråd, SFAM.Q, som stod som arrangör för dagen. Men intresset för konferensen var överväldigande, till och med så stort att 50 intresserade inte fick möjlighet att delta.

Utbudet av ämnen var lika diversifierat som vårt vardagsarbete och kommunikationen lika intensiv som en mottagningsdag. Ett av huvudskälen till att arrangera kvalitetsdagen var att SFAM Q ville presentera evidensbaserade kvalitetsindikatorer för primärvården, ”Mål och mått i allmänmedicin”. De kommer att presenteras i nästa nummer av *Allmänmedicin*.

Erfarenhetsutbyte från kvalitetsarbete

27 föredrag i parallella sessioner rörande en mängd olika områden presenterades med den gemensamma nämnaren att det skulle vara ett genomfört utvecklingsprojekt. Det blev ett intensivt erfarenhetsutbyte, där föreläsare berättade om konfrontationen mellan ambitioner och vardagsarbete.

Mikael Bellander från Luleå visade en imponerande länkportal för distriktsläkare. Per Rönmark från Nyköping visade ett enkelt patientkort som redskap för patienter med högt blodtryck att ta eget ansvar för åtgärder och uppföljning. Lennart Holmquist från Örebro visade i väntrummet ett Power Point-bildspel, som informerade om verksamheten. Med sköterskebaserad infektionsmottagning kunde man i Norrahammar minska läkarbesöken utan att man registrerat några komplikationer eller ökat belastningen på berörda sjukhusmottagningar. Ett varningens finger höjdes när användning av laboratorietester ökat och för risken att självläkande infektioner ges företräde till sjukvård.

Från Kalmar berättade Eva Arvidsson om ett arbete med att utveckla prioriteringar i primärvården. De prioriteringsgrupper som anges i *Vårdens svåra val* är för grova för att vara till handfast hjälp när resurser tryter, t.ex. på en vårdcentral. Genom att inte bara ta hänsyn till prioriteringsgrupp utan också till hur svårt sjuk patienten är, den förväntade patientnyttan av insatt åtgärd och bedömning av hälsovinst i förhållande till kostnad (kostnadseffektivitet), försöker man utveckla ett verktyg för vanliga problem i primärvården. I en avslutande diskussion framkom att det finns ett stort behov av prioriteringshjälpmedel och att även vi i primärvården behöver och kan utforma en vertikal prioriteringslista.

Birgitta Danielsson från Stockholm berättade om hur distriktsläkarna i många år haft initiativet i arbetet med egengranskning och kvalitetsutveckling i sydöstra produktionsområdet. Arbetet har drivits av en fortbildningsgrupp av distriktsläkare i samarbete med den lokala läkemedelskommittén. Granskning och sammanställning av egna data genom flera år gör kvalitetsarbetet intressant. Nu när krav ställs från centralt håll på kvalitetsutveckling och redovisning blir vikten av detta arbetssätt ännu tydligare.

Vi fick också ompröva gamla sanningar. En undersökning från Linköping visade att patienter med typ2 diabetes som använde sig av självkontroll inte var bättre metabolt kontrollerade än de som inte självtestade sig. Tvärtom, patienter med kostbehandlad diabetes som självtestade sig hade signifikant högre HbA1c än de som inte gjorde det.

Gamla sanningar blev som nya. Från Jönköping berättades hur man lyckats minska både kostnader och antalet patienter på jourtid när man flyttat jourmottagningen från lasarettet till en av vårdcentralerna. En samtidig satsning på ökad tillgänglighet till vårdcentral dagtid bedömdes vara en viktig förutsättning för det goda resultatet.

Datajournaler innebär möjligheter till kvalitetsuppföljning, men inte utan problem. Sven Engström, Linköping, berättade om sin undersökning från Östergötland och Kalmar. Där framkom problem med kvaliteten på data både orsakat av fel i journalföringen och av skiftande organisation. Resultaten av uppföljningar via datajournaler måste tolkas lokalt innan de används för externa jämförelser och utvärderingar.

Drivkrafter och hinder i kvalitetsarbete

Dagen avslutades med en diskussion. Den egna nyfikenheten och lusten nämnde de flesta som den viktigaste drivkraften, men också önskan att utveckla och effektivisera vårdcentralens verksamhet så att patienterna får så god vård som möjligt. Kvalitetsarbete innebär arbete med ordning och reda och bidrar till att vårdarbetet blir säkrare och tryggare. Kvalitetsarbetet kan vara en samlande faktor på arbetsplatsen och bli viktig för gemensamt engagemang och för att ge primärvården trovärdighet utåt och visa vad vi gör.

Att inte få med sig alla kollegor eller andra personalgrupper upplevdes som ett av de största hindren för kvalitetsarbete. Som läkare har vi ju lärt oss att skämmas över våra misstag och rädslan för kritik kan vara svår att övervinna. En öppen och trygg atmosfär där många bjuder på sina misstag är avgörande för att egengranskning ska leda till ett förbättrat arbete.

Lennart Holmquist

Nästan alla vittnade om bristen på tid. Kvalitetsarbete ingår sällan som en normal arbetsuppgift. Tid måste stjälas från det direkta patientarbetet. Ledarskapet är avgörande för att kvalitetsarbetet ska kunna bedrivas. Svårigheten att få ut data ur våra journaler liksom avsaknaden av enkla mätmetoder togs också upp. Auditoriet uttryckte därför sin tillfredsställelse över att SFAM.Q nu tagit fram kvalitetsindikatorerna.

Annorlunda konferens

Vardagsfrågorna och erfarenhetsutbytet dominerade diskussionerna. Hur gjorde ni? Vad hände då? De små bekymren ventilerades, de som ofta i verkligheten blir de stora hindren. Ofta när vi är på konferens får vi höra om hur det skulle kunna vara eller hur det borde vara, som en stunds avkoppling från vardagsarbetet. Sedan är vi tillbaka på vårdcentralen som om inget hade hänt. Den här dagen var närmare vardagen och innehöll erfarenheter som många kunde ta med sig hem. Att dagen blev så uppskattad resulterade också i att SFAM.Q lovade anordna en ny kvalitetskonferens nästa år.

Malin André
Distriktsläkare, Britsarvets vårdcentral, Falun
SFAM Q
malin.andre@ltdalarna.se

Lennart Holmquist
Distriktsläkare, Olaus Petri vårdcentral, Örebro
SFAM Q
lennart.holmqvist@orebroll.se

Tyvärr kan vi inte presentera några bilder från kvalitetsdagen, förhoppningsvis kan vi åtgärda detta i kommande nummer.
Red.

Åk till Läkardagar i Köpenhamn

Med våren i ryggen, sommaren framför oss och vintern på långt avstånd kan det nästan verka för mycket att börja planera höstens efterutbildning. Men det finns anledning att kasta ett öga i kalendern – och sätta kryss i november. För när vardagen är hektisk, patienterna vandrar ut och in på kliniken i jämn ström, telefonerna ringer och de fackliga artiklarna hopar sig i högen ”skall snart läsas”, så går tiden fort ändå. Lite för fort kanske någon skulle säga. En liten välförtjänt paus skulle inte sitta fel.

Hjälpen finns precis ”runt hörnet”. Läkardagar är de danska praktiserande läkares – och deras klinikpersonals – årliga efterutbildningsvecka. Läkardagar hålls i år från den 8–12 november i Bella Center i Köpenhamn, och skandinaviska deltagare är mer än välkomna att deltaga. Arrangemanget bjuder på mer än 100 kurser under veckan, och det är helt upp till en själv om man vill deltaga 1–2–3–4 dagar eller hela veckan. Du sätter samman ditt eget kursprogram, så som det passar dig bäst.

Kurserna varar från 1½ timme till en hel dag och fokuserar på allt från att leda och kompetensutveckla i kliniken, arbetsvillkor och läkares yrkesidentitet, patienternas starka och svaga sidor, riskförmedling och sexologi till kurs i ”smärtor gör mer ont på kvinnor”. Kurserna arrangeras av läkare och är först och främst avsedda för läkare, men det kommer fler och fler kurser där även klinikpersonal kan deltaga, så detta är en perfekt möjlighet för att få en upplevelse tilsammans och att få lite perspektiv på vardagen.

Det finns redan nu möjlighet att se listan över de planerade kurserna på *www.laegedage.dk*

Kurskatalogen kommer på nätet i augusti, och då kan man även anmäla sig.

Läkardagar öppnas på måndagen med prisutdelningar, kulturella inslag och ett debattmöte om ett aktuellt ämne. Dagen avslutas med en buffé och lite underhållning. Det hålls även kurser från kl. 9.00–17.00.

Om du har frågor om arrangemanget, är du välkommen att kontakta Läkardagars sekretariat på *am.plo@dadl.dk* , telefon +45 35 44 84 54. Vi skickar gärna en kurskatalog, när den är klar.

På återseende på Läkardagar 2004!

Anne Weimar
Kommunikationkoordinator, Praktiserende Lægers Organisation, Danmark

Tävling på Fammis hemsida

Alla som arbetar i primärvården kan på Fammis hemsida *www.fammi.se* vara med och tävla om en resa till New York, Paris eller St Petersburg. Bakom tävlingen står även Statens folkhälsoinstitut, Vårdförbundet och Centrum för Tobaksprevention i Stockholms läns landsting. Syftet med tävlingen är ökad medvetenhet och kunskap om de metoder som finns för att hjälpa patienter sluta röka.

Riskbruk av alkohol

Regeringen har beviljat 33 miljoner kronor till olika alkohol- och drogförebyggande projekt. Av detta har Fammi fått 2,5 miljoner för att under ett år bedriva projekt med fortbildning och kunskapsutveckling om riskbruk av alkohol inom primärvård och företagshälsovård. SFAMs nya studiebrev om riskbruk torde då komma väl till pass.

Några noteringar om definitioner

Är alla husläkare folkpartister?

En ny målbeskrivning bör bredda definitionen av allmänmedicinen och skulle vinna på partipolitisk neutralitet. Kan analytisk filosofi hjälpa oss förstå varför den svenska definitionen skiljer sig från andra europeiska länders? Artikeln är en bearbetning av ett kortare inlägg på Diplomeringskursen för studierektorer november 2003.

Allmänmedicinare har under lång tid försökt precisera sitt kunskapsfält dels för att själva förstå sitt arbete och fördjupa teorin kring detta, men även för att avgränsa gentemot andra specialister och klargöra för administratörer och politiker. Befolkning och patienter har oftast haft en mer intuitiv känsla av ämnet. Definitionerna är viktiga och avgörande för vårt arbete. Latinets definire betyder just avgränsa. Språkets makt är stor också över våra tankar vad gäller form och innehåll i vårt arbete och ST-utbildning. Problemet blir tydligt när utländska läkares kompetens ska värderas.

När SFAMs definition (individ- och generalistperspektivet) kom 1997 upplevde jag den som ideologiskt snäv och liberalt inskränkt, och försökte då själv formulera en tredje ”praktisk” kompetens i en artikel. När jag nu blev ombedd att kommentera definitionerna har jag fritt använt min gamla lärobok i analytisk filosofi och tillämpat begreppen. Det är först när våra olika organisationers och institutioners definitioner jämförs, som ideologiska och politiska skiljelinjer blir tydliga.

Definitioner med likvärdiga ord

När vi ska karakterisera allmänmedicin försöker vi ange dess karakteristika genom att använda ord som ”generalist”, ”personlig läkare”, ”samverkar med”, ”förebygger”, ”leder” m.m. Hur vet man då att ett karakteristikum är essentiellt? Testet är: om ordet fortfarande skulle vara tillämpligt om det saknade detta karakteristikum. (sine qua non, ”sinekur” eller på engelska ”without which not”). Om inte, är det inte essentiellt. Summan av karakteristika utgör konstruktionen av begreppet.

Definitionen bör ha rätt omfång eller vidd. Den ska varken vara för bred, för smal eller inadekvat.

Här kan man jämföra med hur vi bedömer diagnostiska test. Låt oss pröva om en viss definition av allmänmedicin passar på en kollegas kompetens. Definition kan ha viss sensitivitet och specificitet. Det positiva och negativa prediktiva värdet beror på prevalensen av allmänmedicinsk kompetens. Vi ska då finna att den beskrivna kompetensen verkar finnas i alla goda läkare oavsett specialitet.

Utveckling

Det kan ske en utveckling så att definierande karakteristika skiftar med tiden. Till exempel fick man ändra definitionen på valar när man upptäckte att de var däggdjur. Synen på syfilis ändrades när spiroketen upptäcktes.

Kan nya kunskaper och forskningsrön påverka definitionen av allmänmedicinen? Vissa definitioner har en kausal aspekt. Virus och bakterier orsakar vissa infektioner. På samma sätt kan man säga att den som utbildats enligt ST-programmet är allmänmedicinsk specialist.

Existens

Man kan definiera sådant som inte existerar. Ett exempel är ”kentaurer”, till hälften häst och till hälften människa. Läser man i listor vad en AT-läkare ska kunna eller i SFAMs ”lilla gula” om ST, kan man undra om det existerar någon som uppfyller alla krav.

Många definitioner är stipulativa (föreskrivande). Det är när man inledningsvis bestämmer eller avtalar, till exempel ”med kompletterande tjänstgöring menar jag i fortsättningen x, med grundåtagande i primärvård menas y, med tilläggsåtagande menas z, osv.”.

En annan form av definition är lexikalisk eller reportiv. Till exempel kan hävdas att i svenska språket betyder allmänläkare en läkare som tjänstgör inom primärvård, eller i privat praxis utanför sjukhus.

Inneboende egenskap?

Finns det något inneboende (essentiellt) i allmänmedicinens kärna eller definierar vi oss i relation till andra, som organ- (och ålders)specialiteter? Släktskap definieras exempelvis relationellt.

De flesta som skriver om allmänmedicinen, t.ex. McWhinney utgår från en historisk beskrivning av utvecklingen. Därefter görs försök att ur det som vuxit fram som en uppdragsspecialitet extrahera det essentiella. Det blir ofta tidsbundet vilket framgår av hans lärobok.

Sanna – falska

En intressant fråga är om definitioner kan vara sanna eller falska. Ibland hävdas att vissa karakteristika är mera fundamentala och därför bättre definierar begreppet. Som jämförelse kan vi se på

”Philosophy is that which is studied in philosophy departments in our universities and colleges.”

”Philosophy is the systematic abuse of terms deliberately devised for that purpose”.

Bertrand Russel

problemet att definiera begreppet människa. Vi vet alla vad som åsyftas (denoteras), men kan vara oense om definitionen. Genom historien har olika prövats: rationellt djur, förmåga till skuldkänsla, estetisk, kan känna smärta. Problemen uppstår i gränsfallen.

Definitioner kan ändras. Pneumoni kunde ju tydligt beskrivas symtomatiskt, men definitionen får förändras när virus och bakterier upptäcks som orsak.

Definitioner av ting kallas ibland reala. Är allmänmedicinen så påtaglig som disciplin eller kunskapsområde. Kan den definieras utifrån den samlade kunskapen som visats i exempelvis alla allmänmedicinska avhandlingar?

Syftning

Det som definitionen syftar på kallas dess denotation. Vi känner alla typiska allmänmedicinare, men kan vara djupt oense om vad som karakteriserar dem. De känslor som väcks av de ord vi väljer för vår definition kallas konnotation. Somliga menar att läkekonst beskrivs bäst i metaforer, poesi och emotivt laddade ord. Motsatsen är kognitiv laddning. Valet av ordet individ vid definitionen 1997 var säkert ingen tillfällighet. Alternativet personlig läkare används ibland parallellt.

Klassifikationer

En speciell form av samling av definitioner utgör klassifikationer. Vår specialitetsindelning som nu ses över av socialstyrelsen är en sådan. En viktig fråga är om det finns naturliga klasser, och om allmänmedicin är en sådan. Den medicinska utvecklingen kan förändra avgränsningarna mellan specialiteter, ett viktigt exempel finns inom hjärtmedicin/röntgen/klinisk fysiologi/thorax.

Hur bär man sig åt när man vill utvidga en klassifikation? Detta problem har gruppen som arbetar med glesbygdsmedicin. Ska det vara en tilläggsspecialitet eller en egen. Vad är i så fall kärnan (core) och vad är tillägg? På Grönland hade man påtagliga problem när man försökte definiera kompetensområdet för sin ”distriktslege”. Det finns nu europeiska och internationella ambitioner att harmoniera både utbildningar och därför också definitioner på den kompetens utbildningen ska ge.

Persuasiv – övertalande

Inom politiken används ofta en speciell form av konnotation, den övertalande eller persuasiva**.** Det kan även ske med uteslutning av vissa delar, och om dessa är essentiella blir definitionen ofullständig. Ibland talar vi om ”tyst kunskap” eller förtrogenhetskunskap . Det tangerar svårdefinierade aspekter på yrket, de outsagda dygderna, och den professionella kunskapen. Här har vi att göra med ideala definitioner.

Vissa begrepp går inte att definiera med ord, utan bara med utpekande eller konfrontation. Hit hör exempelvis färger. En sådan definition kallas ostensiv. Kanske vår utbildning i själva verket är en femårig socialiseringsprocess, där vi visar förebilder som man som ST-läkare ska förhålla sig till.

Vad definieras?

Det är viktigt att vara klar över vad som definieras. Det är skillnad på specialiteten (vårt kunskapsfält, disciplinen, forskningsfält), kompetenskrav (som bestämmer utbildningens utformning och examen), arbetsområdet (som bestäms bland annat av administrativa och politiska förhållanden). Man kan även beskriva de personer som tjänstgör inom allmänmedicinen.

Diskussion

Gamla radikaler vet att motsättningar kan vara av olika slag. I filosofin är det dock enklare: de är antingen verbala eller faktiska. Nedan berör jag några av varje.

Jag menar att SFAMs definition (individ och generalist) är för snäv, essentiella karakteristika saknas. Den blir därmed missvisande och osann då den inte speglar verkligheten. Formuleringen från 1997 är olyckligt ideologiskt anpassad till en husläkare som arbetar utan teamsamverkan, och med ett onödigt smalt arbetsfält.

Det är också svårt att använda definitionen för utformning av utbildning. Många har märkt att den då är otillräcklig. Detta illustreras tydligt av SFAMs utbildningsråds ”Utkast till Planeringsstöd för ST”. Man måste direkt komplettera med: ”vetenskapligt förhållningssätt, EBM, ledarskap och samverkan, ekonomi och administration”. Vad gäller kompetensen riskerar vi att få ännu en otydlig och intetsägande definition: specialist är den som rutinmässigt klarar ▸▸

”Kan vi bli fackidioter som allmänmedicinska specialister? Risken finns om ideologin får styra över förnuftet.”

av att hantera vanligt förekommande arbetsuppgifter.

Ny målbeskrivning

Ordvalet måste vara begripligt och tydligt. Det bör inte avvika för mycket från den lexikaliska. Tidigare ordval (individ och generalist) var vackert, men har varit svårt att förklara utanför en inre krets, vilket även författarna har påtalat. Det hindrar inte att ideala och visionära punkter finns med, men innehållet bör vara (parti)politiskt neutralt. Vår yrkeskår kommer aldrig att bli politiskt homogen. En definition och målbeskrivning av utbildning bör dock omfattas av flertalet.

Gruppen som utarbetade Protosförslaget kunde inte definiera uppdraget, men SFAMs arbetsgrupp för en ny målbeskrivning kan ta nytta av norska systerorganisationen NSAMs formuleringar i ”Plakaten med Sju teser for allmennmedisin”.

Vi bör betona denotation och kognitiva aspekter. Vår specialitet är vidare mogen att avstå från formuleringen att vi ska avlasta ”sekundärvården”. Det är en begränsande relationell och inte utvecklingsbar avgränsande ansats.

Det är viktigt att klargöra vem som är tänkt mottagare av definitionen? Vänder vi oss till politiker, administratörer, allmänhet eller oss själva? Är definitionen underlag för utbildning, kunskapskrav för att erhålla specialitet, beskrivning av forskningsfält eller avgränsning av krav och arbetsuppgifter?

Följande punkter förekommer i andra definitioner och bör övervägas att införas även i SFAMs definition:

Personligt ansvarig läkare. Meta Wiborghs (SFAMs förre ordförande) uppfordrande fråga till oss alla om vi är beredda att axla ansvaret?

Prevention. Även om framstående kolleger riktar viktig kritik mot preventionens metoder och etiska förutsättningar, kan vi inte bortse från att MVC, BVC, smittskydd och riskfaktormonitorering utgör en väsentlig del av vårt arbete.

Orientering mot grupp, samhälle eller område/lista. Alla allmänmedicinare tänker i någon mening abstrakt i dessa termer när de reflekterar över sin verksamhet, (utför audit om exempelvis sjukskrivningar, ser över sin läkemedelsförskrivning, laboratorieanvändning osv.). Oberoende av politisk grundsyn är det nödvändigt att förhålla sig till den gemensamma finansieringen.

Administration och ledarskap, är naturligtvis beroende på sjukvårdssystem.

Helhetsyn är ännu ett svårgripbart begrepp som många varit tveksamma till, men som nu återkommer i ny teoretisk skepnad.

Beslutsaspekten (hur beslut fattas): det som är specifikt för allmänmedicin.

Konsultationsprocessen som den studerats och utvecklats inom allmänmedicinen.

Prioritering av resurser blir alltmer påtagligt i ett krympande ekonomiskt utrymme.

Epilog

Vi har ju den fullständigt hopplösa pedagogiska uppgiften att förklara vår specialiseringstjänstgöring till generalister. Tydligen är det ännu svårare på engelska.

Den finske filosofen Georg Henrik von Wright diskuterar specialisering och dess risker (2). Han skriver inte speciellt om generalister, men betonar vetenskapens integrerande tendenser. Han hävdar att: ”Fackidioti är en andlig bristsjukdom. Har inte så mycket med kunskap att göra som med intressen”. Kan vi bli fackidioter som allmänmedicinska specialister? Risken finns om ideologin får styra över förnuftet. Samtidigt ser vi många exempel på integrativa processer, intresset för evidensbaserad medicin, vår utveckling av ST-utbildningen som vuxet lärande, där vi tagit intryck av så skilda ämnen som neurologi, psykologi och pedagogik. Visst ska vi betona olikheten, vikten av att vara annorlunda, men inte som mystifikation av vår enkla men viktiga gärning.

Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Referenser:
Hospers. John: An introduction to philosophical analysis. S. 18-67, Definition. ISBN 0 7100 7724 6 London 1976.

Von Wright, Georg Henrik: Humanismen som livshållning. Månpocket 1993. S 95-109. Föredrag vid Finlands Akademis årshögtid 3 okt 1962.

”Visst ska vi betona olikheten, vikten av att vara annorlunda, men inte som mystifikation av vår enkla men viktiga gärning.”

ANNONS

CeFAM
– Allmänmedicinskt kraftfält i Stockholm

Jan Sundqvist

Från cell till samhälle. Det ska vara spännvidd i den allmänmedicinska forskningen. Det menar Jan Sundquist, professor och chef för det nybildade Centrum för Allmänmedicin i Stockholm, CeFAM. ”Vi ska öka antalet professorer från 2 till 14 inom loppet av fem år”, säger han och sätter därmed målet högt för CeFAM som Jan Sundquist vill kalla ”motorn inom forskning och utveckling” för allmänmedicin i Stockholmsregionen.

CeFAM – en sammanslagning

CeFAM, Centrum för Allmänmedicin, bildades den 1 januari 2004 och är ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting. Tre tidigare verksamheter – Allmänmedicin Stockholm vid KI, landstingets allmänmedicinska enhet inom norra länets produktionsområde samt LUCD, landstingets undervisningscenter för diabetes – slogs samman för att skapa en stark ny bas för forskning, utbildning och utvecklingsarbete inom primärvården.

– Landstingets önskemål är en bas för närsjukvården och samarbetet mellan landstinget och Karolinska institutet där vi får resurser från båda dessa instanser är unikt, kommenterar Jan Sundquist de ekonomiska förutsättningarna.

Institutionen har redan, sin korta livstid till trots, fått pris av Vetenskapliga rådet såsom en excellent forskningsmiljö i konkurrens med ett stort antal institutioner i landet. Priset i kombination med flertalet publicerade artiklar i högt rankade internationella tidskrifter är bevis nog för att CeFAM redan nått målet om spjutspetsforskning, menar Jan.

Foten kvar i den kliniska myllan

Själv disputerade Jan Sundquist 1994 med en avhandling som ur olika aspekter belyste sjukdomspanoramat hos latinamerikaner i Lund. Intresset för invandrare och deras hälsa ledde till efterföljande forskning vid Stanford University och när han kom hem utnämndes han till professor år 2000. Parallellt med forskningen har han hela tiden varit kliniskt verksam och han arbetar fortfarande en dag varannan vecka på Flemingsbergs Vårdcentral utanför Stockholm.

– Det är oerhört viktigt att behålla en fot kvar i den kliniska myllan, som han uttrycker det och beskriver sin egen bild av allmänmedicin på följande vis: ”ett oselekterat patientbrus i ett teamarbete där områdeskunskap från bostäder, skola till kyrka är ovärderlig”.

Fem ben

Centrum för Allmänmedicin sysselsätter nu motsvarande 110 heltidstjänster. De flesta forskar på deltid, vilket i princip är ett krav då den kliniska förankringen alltså skattas högt.

– Det är där frågorna uppstår, kommenterar Jan.

Institutionen vilar på fem ben: MigraMed, under ledning av docent Sven-Erik Johansson; Livsstil/diabetes där numera LUCD-kurserna sorterar leds av docent Mai-Lis Hellenius; nyblivne professor Lars-Erik Strender är chef för Klinisk forskning; Vårdutveckling leds av Lena Törnqvist, som är en av landets få disputerade distriktsköterskor, samt Specialistutbildningen i allmänmedicin som leds av Anna Källqvist.

Forskarskola

Med den nya organisationen hoppas Jan att det skapats en dynamisk miljö som också inbjuder till samarbete med andra specialiteter. Spännvidden på projekten är stor. De berör alltifrån cellulär forskning till övergripande studier av migration och livsstil i samhället. Tyngdpunkten ska dock ligga på allmänmedicin.

– Vi hade tidigare under våren professorer från Huddinge sjukhus som uppmärksammat några av våra publikationer och som fysiskt kom hit för att diskutera nya idéer, berättar han stolt.

För att skapa bättre förutsättningar för forskningen planerar CeFAM att starta en särskild forskarskola mer lämpad och avsedd för närsjukvårdens läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal som är behörig att antas till forskarutbildning. Vårterminen 2005 sjösätts projektet som bygger på intensivkurser och internat som gör att den ska passa för kliniskt verksam vårdpersonal i närsjukvården. Huvudinriktningen blir forskningsmetodik med särskild tonvikt på epidemiologisk metodik och biostatistik. Man arbetar också aktivt på att fler ST-läkare i allmänmedicin ska kunna förlägga några månaders sidoutbildning till CeFAM. Forskningen blir då en mer naturlig del av den allmänmedicinska specialiteten. På sikt hoppas han också att det ska bli möjligt att skapa sidoutbildning i globalmedicin där blivande specialister i allmänmedicin bereds möjlighet att arbeta utanför Europa och se fattigdomens betydelse för sjukdomspanoramat. Jan talar också varmt för möjligheten att förlänga sin ST med ett och ett halvt år genom att göra forskar-ST vid CeFAM.

Forskning är roligt!

– Forskning ska vara lockande och det ska kunna vara ett argument till att välja allmänmedicin som specialitet, säger han och betonar att målet med fler professorer är en viktig måttstock för att höja statusen för allmänläkare.

– En professur är ett tecken på en kompetensnivå, tillägger han och fortsätter:

– Jag har alltid tyckt att forskning är roligt och man ska gräva där man står.

Tillväxten på forskare inom allmänmedicinen oroar han sig inte för.

– Det finns en intuitiv forskare i varje distriktsläkare om man ser till det sätt som vi arbetar på i vår vardag.

Anna Barnéus
ST-läkare,
Hersby Läkarmottagning, Lidingö
barneus@hotmail.com

Laborera lagom – erfarenheter från Jokkmokk

I svensk primärvård har antalet utförda kliniskt kemiska analyser ökat dramatiskt. I den ökade arbetstyngden utgör beställning och tolkning av provsvar en viktig del som knappt är beskriven i rapporter och uppföljningar. Det har visat sig svårt att med utbildning och feedback påverka läkares vanor vad gäller ordinerade prover.

I Jokkmokk kunde framtagande av ändrade provtagningsblanketterna påverka antalet. Provtagning bör ske riktat där varje analys måste ha förväntad nytta. Det finns behov av att utveckla nyckeltal som stöd för rationellt och optimalt laboratorieutnyttjande.

I samband med en organisationsförändring 1991 följde jag upp alla prover som sändes från Jokkmokk vårdcentral. 1994 införde vi datorjournal (VAS). Uppföljning år 2000 visade en mycket kraftig ökning av skickade prover. Data sammanställdes första gången från verksamhetsstatistik och andra gången från VAS. Beräkningarna har därför olika och inte helt jämförbara datakällor, men jag har inte kunnat få jämförbara uppgifter på annat sätt och inte heller från andra vårdcentraler. Vår ansvarsbefolkning har de senaste tio åren minskat från 7 200 till 5 400 personer. Antal läkarbesök per invånare och år har varit konstant cirka 1,2. Kostnader för kemiska laboratorieanalyser har dock under motsvarande tid ökat från drygt 80 tkr till drygt 400 tkr. Säkra jämförbara uppgifter om basdata är paradoxalt nog mycket svårtillgängliga i dagens datoriserade sjukvård. Någon av *AllmänMedicins* läsare kanske kan bekräfta eller förkasta den beskrivna ökningen?

Jokkmokk vårdcentral har fördelen att vara välbemannade med fast läkarstab. Vi är tillsammans tveksamma att införa nya analyser utan visad nytta. Vi tar i liten skala till oss analyser som vi tycker vi har användning av (som exempelvis anti-TPO, GAD-ak, C-peptid).

Inspirerade av den analys som Nils Tryding gjort av vilka analyser som bör öka respektive minska, så ändrade vi vår pappersremiss för beställning av prover. Vi införde en liten A5-remiss för lokala analyser och en större A4 för de prover som skickas. De prover vi menade togs för ofta, exempelvis Na, Urea, Bil, ASAT, LD, T3, T4, var inte markerade med fet stil och var inte heller placerade nära kryssrutan. Detta medförde att trenden med tilltagande ökning av antal analyser bröts, då det totala antalet analyser tvärtom minskade något mellan 2000 och 2003.

I statistiken ser vi att även andra faktorer påverkar. Antalet PSA-analyser har stigit. Även homocystein är på väg in i kliniken. En stor förändring är genomslaget för lipidanalyser, tyvärr ofta tagna på äldre kvinnor där resultaten är svåra att värdera. Sannolikt finns andra analyser som borde öka, till exempel S-Ca.

Den totala kostnaden för kemiska analyser motsvarar endast 5% av kostnader för läkemedel. Adekvat provtagning ger dock vinster även på andra plan. Varje analys ska ordineras, provtagningen utföras, provet hanteras och packas, sändas, matas in i datorn. Provsvaret ska signeras och kommuniceras med patienter som kan ha svårt att förstå att värden utanför referensområden inte behöver vara patologiska. Det viktigaste är att undvika slentrianmässiga provtagningspaket.

I stället bör riktad och medveten analys betonas. Även om blodstatus är en billig analys kan vi nog ofta nöja oss med Hb.

Överinformation i provsvar är ett problem och det är glädjande när urologer och njurmedicinare verkar för att U-Hb som inte ordinerats ska bort från urinstickorna. Det är även en positiv utveckling att laboratorierna strävar mot att ange inte bara referensvärden utan även åtgärds- och beslutsnivåer.

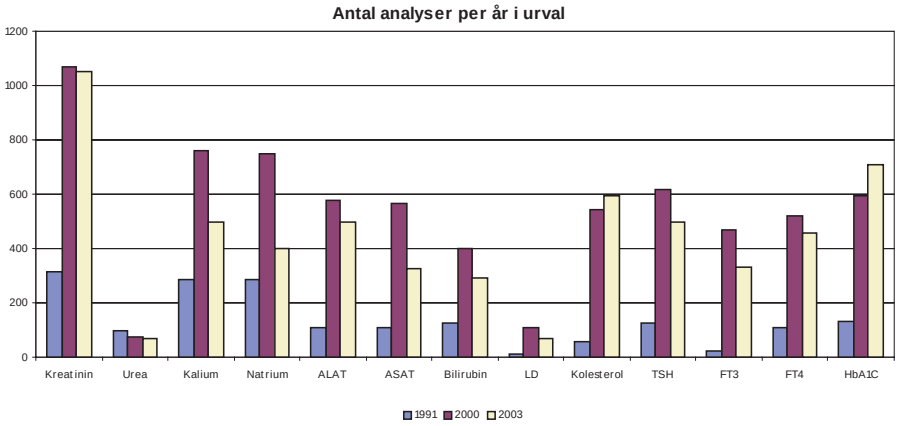
Ett sätt att jämföra och diskutera vore någon form av nyckeltal, exempelvis antal analyser per 1000 invånare och år, motsvarande DDD för läkemedel. Grafiska presentationer på samma sätt som för läkemedel av topp 20 vad gäller kostnad och antal varje år skulle bli ett bra stöd för diskussion om optimal och rationell nivå.

Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Referenser

1. Baker R, Falconer Smith J, Lambert PC: Randomised controlled trial of the effectiveness of feedback in improving test ordering in general practice. Scand J Prim Health Care. 2003;21: 219-23.
2. http://www.svls.se/sektioner/sfkk/nyckel/sv_index.htm).

Figur 1.



ANNONS

Besöket – sällan och länge eller ofta och kort

Stora delar av Europeisk primärvård har en tradition av vanligtvis 5–6 korta och avgiftsfria patientbesök per invånare och år. I Sverige har patienten cirka ett besök till läkare i primärvården per invånare och år. I Sverige har vi också kanske den högsta egenavgiften för patienten, 100 kronor eller mer. Varför skulle just våra besöksförhållanden vara de mest optimala?

Visst är vår primärvård bra, men inte alltid och vi borde kanske titta på hur övriga Europa klarar tillgänglighet och kontinuitet.

En spansk eller engelsk läkare ser vanligtvis sina patienter 4–5 gånger per år, fördelat på 5–10 minuter per tillfälle. I Sverige ser familjeläkaren sina patienter cirka en gång per år. Eftersom antalet patienter per läkarlista/mottagning inte skiljer sig nämnvärt länderna emellan handlar det alltså om hur vi fördelar patienttider över året.

Fördelar med korta men frekventa besök

Vilka fördelar skulle kunna finnas med fler korta besökstider över året?

- Kontinuiteten blir bättre, eftersom förutsättningarna att få träffa den egna familjeläkaren under året ökar avsevärt. I vårt nuvarande system kan ju läkare och patient missa varandra i flera år i olyckliga fall, om semestrar och andra former av ledigheter lägger hinder ivägen för det där enda mötet.

- Med få besökstider ser vi svällande telefontider. Det blir många telefonkonsultationer, en del direkt olämpliga råd och ordinationer slinker iväg i brist på tider. Snabba besök med korta, enkla konsultationer skulle då vara en kvalitetsförbättring.

Patientavgiften – ett hinder

Ett påtagligt hinder för korta enkla besök är våra höga patientavgifter. 100 kronor eller mer för ett kort besök av typen: ”kom förbi så skall jag titta på ögat (örat, utslaget …), kolla blodtrycket...”, hindrar säkert en del patienter att komma och doktorn kan uppleva att det är svårt att ta betalt för den ”snabba” konsultationen. Vi tror att prislappen mellan läkare och patient hindrar ett effektivt patientomhändertagande. Vi tror att det är lättare för patienten att komma till läkaren och för denne att avsluta konsultationen, när inte ekonomin höjer patientens krav och förväntningar.

Om besöken blir avgiftsfria överbefolkas väl snart väntrummen på läkarmottagningarna?

Nja, vi tror inte det! Det finns nog trots allt annat att göra än att gå till doktorn. Idag finns välfungerande rådgivning som första instans på de flesta vårdcentralerna i Sverige. Där torde inte så mycket av tingens ordning ändras. Möjligen skulle det kunna bli mer trångt på de ställen där man fortfarande har kvar ”öppen mottagning”. Telefonen är dessutom fortsatt praktisk att nyttja, för att slippa resa – för att inte tala om Internet och E-post. Däremot ökar besöksantalet och därmed tillgängligheten till patientens ordinarie doktor – fler korta återbesök istället för telefon eller enstaka längre årsbesök, dvs. fler besök men i ordnade former.

Ökad tillgänglighet och kontinuitet

Den optimala besökstiden skiljer sig naturligtvis mellan patienter med olika hälsomässiga problem, men ge var och en möjlighet att testa vad som passar. En förutsättning är att besöken blir avgiftsfria. Vi får då en ökad och avbyråkratiserad tillgänglighet till våra familjeläkare, något som det är ett skriande behov av, vi får sannolikt färre telefonkonsultationer av tveksam kvalitet och sannolikt ökad kontinuitet. Att läkare och patient ges möjlighet att diskutera sjukdomen och dess behandling öga mot öga har sannolikt en compliancehöjande effekt.

Varför inte försöka?

Eftersom vitsen med dessa snabba och återkommande besök just är att de ska vara ”återkommande”, är förutsättningen att dessa sker mellan patienten och dennes ordinarie läkare. De ska alltså vara ”återbesök”, vilka då kan bli avgiftsfria. Förutom att en sådan taxa skulle underlätta direkta kontakter, så skulle de stimulera patienten till att ”vänta in”, eller vända sig till sin ordinarie doktor – en morot som inte finns i dagens system. En försöksverksamhet skulle kunna inledas med speciell ersättning till de vårdcentraler som vill prova, och det redan nu flexibla besöksavgifterna skulle få ännu en dimension – att stimulera och underlätta kontinuitet. ”Återbesök” blir enkla att administrera, ”nybesök” blir som vanligt, och ”Akuta jourcentralsbesök” är fortsatt speciellt kostsamma.

Vi förslår att man erbjuder intresserade vårdcentraler att få pröva med avgiftsfria patientbesök. Därmed skapas möjligheter till mer optimala besöksförhållanden för såväl patienten som läkaren.

Bertil Hagström, Sätila
bertil.hagstrom@telia.com

Robert Svartholm, Boden
polarull.svartholm@telia.com

1. Andersson SO, Mattsson B. Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients. Fam Pract. 1989; 6: 130-4
2. Andersson SO, Hallberg H, Norstrom V. Short or long consultations? Primary care nurses' considerations in making appointments with general practitioners. J Adv Nurs. 1995;2:759-68
3. Druss B, Mechanic D. Should visit length be used as a quality indicator in primary care? Lancet. 2003; 361: 1148.
4. Goedhuys J, Rethans JJ. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. Fam Pract. 2001; 18: 592-6
5. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract. 2002; 52: 1004-6.

Intervju med årets allmänläkare i Halland

Hon kan konsten att sätta gränser när det behövs

Margit Nergården heter hon, årets allmänläkare i Halland, utsedd av SFAM-Halland och Hallands Distriktsläkarförening.

– Jag blev väldigt glad för utmärkelsen. Jag har aldrig i hela mitt liv blivit så grattad, inte ens när jag fyllde femtio. Det kom en artikel i lokaltidningen och många patienter skickade brev. Jag tror jag har fått över hundra kramar på mottagningen den sista tiden, säger hon.

Vårdcentralen på Västra Vallgatan i Varberg ligger öde efter en stressig arbetsdag. Högst upp i bokhyllan på hennes expedition står vandringspriset, en halvmeterhög segelbåt med SFAMs och DLFs emblem på sidorna och med en mässingsplåt med namn på tre halländska distriktsläkare ingraverade: Lars-Göran Ahnell, Lorens Wistrand och nu senast Margit Nergården. Båten skall symbolisera allmänläkarens roll som skeppare som håller sin kurs i det stormande sjukvårdshavet.

Margit Nergården tror att det kan betyda mycket för patienterna att just ”deras” doktor får en utmärkelse, det blir ju en bekräftelse på att de har en bra doktor. Själv tror hon att hon fick priset därför att hon ser patienterna som sina vänner och att hon är nyfiken även på ”svåra” patienter, samtidigt som hon kan sätta gränser.

– Om folk ringde mig privat på kvällarna skulle jag nog inte vara särskilt trevlig, men det har aldrig hänt och det förvånar mig faktiskt, säger hon.

Som läkare tycker hon sig vara omtänksam och noggrann men också pragmatisk. Hon är medveten om att mycket av det hon gör på jobbet kräver prioritering. Om en patient tar upp ett extra problem som hon tycker behöver bedömas och hon inte har någon konsultationstid kvar händer det ofta att hon offrar sin rast. Men det är ett medvetet val som hon själv gör, och då känns det inte så frustrerande att missa den där koppen med kaffe.

Foto: Gösta Eliasson

”En del kollegor offrar sig för jobbet men Margit kompromissar aldrig med arbetsmiljön och hon arbetar för att den ska fungera för alla.”

Olof Lindecrantz, kollega sedan många år bekräftar hennes förmåga att sätta gränser:

– Hon är alltid vänlig, hjälpsam och tillmötesgående utan att för den skull bli mesig. När det gäller att sätta gränser är hon ett föredöme. En del kollegor offrar sig för jobbet men Margit kompromissar aldrig med arbetsmiljön och arbetar för att den ska fungera för alla.

Allmänmedicinsk självkänsla är något som hon har fått med åren. Som AT-läkare kändes allmänmedicinen bara som en massa osorterade specialistkunskaper som alltid upplevdes som otillräckliga. Sjukhusspecialisterna kunde ju så mycket mer, åtminstone inom sina egna områden.

Men hon anade att det finns en annan, viktigare dimension av allmänläkarrollen som kan vara svår att få grepp om. Det som gjorde att hon på allvar upptäckte allmänmedicinen var en kurs med Charlotte Hedberg, Cecilia Ryding, Carl Edvard Rudebeck och Göran Sjönell. Då började hon inse betydelsen av att utveckla sin konsultationsteknik och vikten av en långvarig och personlig relation mellan läkare och patient.

Men det som slutgiltigt gav henne de allmänmedicinska insikterna var specialistexamen.

– Vid medsittningen var jag nervös. Jag kommer ihåg att min examinator, Elisabeth Jaenson från Sorgenfrimottagningen i Malmö, var sträng men att hon också gav mig mycket positiv feedback. Och godkänd blev jag. Att sedan bli högtidligt firad som examinand vid SFAMs årsmöte i Helsingborg har gett mig ett fint minne.

Examensuppsatsen hade titeln ”Den stödjande och uppmuntrande konsultationen”. I den visade hon att patien-

Foto: Gösta Eliasson

”Man kan ju inte gå hur långt som helst för att behålla en relation. Relationer och sjukskrivningar är heta ämnen och de återkommer ofta i den Balintgrupp jag deltar i”

Margit Nergården med vandringspriset. Båten skall symbolisera allmänläkarens roll som skeppare som håller sin kurs i det stormande sjukvårdshavet.

ter som bemöts med särskild empati och uppmuntran får högre poäng på en självskattningsskala för välbefinnande. Men uppsatsen tog tid att skriva och den sommaren blev det litet mindre tid för semester.

Margit Nergården bor i Varberg, är 51 år och jobbar 80 procent med en ledig dag i veckan. Hennes man, Georg, är rehabiliteringskonsult och i familjen finns tre flickor 18, 15 och 14 år gamla. När hon var 26 år började hon läsa medicin och valde så småningom allmänmedicinen som specialitet. Men från början utbildade hon sig till socionom och har arbetat som socialassistent och kurator. Kuratorsjobbet handlade på den tiden mest om att ordna hemsamarit när patienterna skrevs hem, och det var inte riktigt så hon hade tänkt sig en framtid inom sjukvården.

– Jag kommer ihåg att jag som kurator alltid fick gå sist i flocken på sjukhusronderna. Då tänkte jag på hur roligt det skulle vara att gå först i ledet och få bestämma!

Vårdcentralen tycker hon fungerar bra. Men det skulle behövas mer tid för patienterna och systemet med antal patientbesök, ”pinnar”, som mått på effektivitet kan hon inte förlika sig med.

– Vi är väldigt olika som läkare, en del jobbar fort, andra vill ha mer tid och vill gå på djupet. Men cheferna har alltid velat ha statistik, även om de på senare tid har fått upp ögonen för andra värden i mottagningsarbetet. Det positiva är ändå att arbetsmiljön här har blivit bättre, att vakanserna nu är få och att både kollegor och andra arbetskamrater är så trevliga. En bra sak är flextiden som gör att man får mer kontroll över arbete och fritid.

Sjukskrivningarna vållar mycket bekymmer och är det svåraste i jobbet som allmänläkare.

– Förr trodde jag att om man bara ansträngde sig, så skulle det gå att komma fram till en bra lösning, även om patienten och jag var oeniga. Nu vet jag att det kan vara omöjligt. Detta är svåra avgöranden. Man kan ju inte gå hur långt som helst för att behålla en relation. Relationer och sjukskrivningar är heta ämnen och de återkommer ofta i den Balintgrupp jag deltar i.

Om hon skulle ge några råd till en yngre kollega så skulle de bli:

1. Ta patienterna på allvar, ge dem tid och försök inse att de har tolkningsföreträde.
2. Sätt förnuftiga gränser som du kan stå för.
3. Se jobbet som en utmaning.
4. Delta i FQ- eller Balintgrupp.
5. Genomgå specialistexamen.

Per Repfennig, en yngre kollega som Margit tidigare varit handledare för, tycker att hennes förmåga att sätta gränser har lärt honom mycket.

– Under hennes handledning fick jag lära mig att alltid avsluta jobbet i rätt tid och att inte ta arbete med hem. Hon är mån om att man inte bara skall tänka empiriskt och följa vårdprogram. Konsultation och individualisering är också viktiga liksom reflektion och samtal med kollegor om grunderna för allmänmedicinen.

När Margit Nergården får frågan om vad hon tror hon kommer att göra om tio år funderar hon en stund och säger sedan:

– Risken, om man nu får kalla det så, är väl att jag blir kvar här i Varberg. Eftersom jag trivs så bra.

Gösta Eliasson
Familjeläkare, Falkenberg
goseli@semera.se

ANNONS

Studenterfarenheter under kursen i allmänmedicin

Under senare år har i Göteborg gjorts försök att finna nya vägar för bedömning och examination under läkarutbildningens kurs i allmänmedicin.

Ämnet har ett stort inslag av tillämpad kunskap och traditionell ”skrivning” är inte ett optimalt sätt att bedöma de erfarenheter och nya kunskaper som studenterna skaffat sig. Efter avslutad kurs (som utgör knappt två veckor på en vårdcentral i V Götalandsregionen) hösten 2003 bad kursledningen studenterna att lämna in en kort redogörelse för ett intressant patientmöte man haft under sin tid på vårdcentralen.

Det kunde vara medicinska problem man tagit del av men också om andra typer av möten med relevans för den blivande läkaren. Studentens egen uppfattning om vad som var ”intressant” var styrande. Denna skriftliga redogörelse ingick som en del i den sammanlagda bedömning som också utgjordes av en muntlig examination relaterat till ett videoinspelat patientmöte. På en A4-sida under tre rubriker skulle studenten fritt skriva ner sina lärdomar. Rubrikerna var: ”*Vad hade hänt tidigare/vad var bakgrunden*?”, ”*Vad skedde på vårdcentralen*”?, ”*Vad lärde jag mig av detta/reflektioner*”?

Vid en av höstkurserna fick vi av en av kursdeltagarna nedanstående bidrag. Det är en ganska vanlig typ av möte som hon tecknar som säkert många känner igen. Studenten har stannat upp inför flera frågor som väcktes under den korta konsultationen. Det är tänkvärt vilken god iakttagelseförmåga och känslomässig förståelse hon förmedlar i sina funderingar. Många mer erfarna läkare har nog inte alltid den vitala reflektions- och observationstalang som hon visar prov på. Om sedan kursen i barnmedicin, som hon hoppas, kommer att räta ut frågetecknen är en annan fråga. Det viktiga är att bibehålla det öppna sinnet och förmågan att känna in i vad ett besök kan innebära för en patient och för anhöriga.

Bengt Mattsson
Professor allmänmedicin, Göteborg
bengt.mattsson@allmed.gu.se

Referenser:

Svenberg K, Mattsson B. Att tentera med ”patienter” i allmänmedicin – ett försök med mersmak. AllmänMedicin 2003;24:172-5

Ett patientmöte under vårdcentralsplacering

En 4,5-årig flicka, Emma. Tidigare frisk. Bor med båda föräldrarna och lillebror som är 1,5 år. Har sedan två veckor besvärats av miktionssvårigheter, framförallt kvällstid.

Emma sitter i väntrummet och tecknar innan hon visas in på undersökningsrummet. Pappa och lillebror är med. Teckningen överlämnas till ”doktorn”, dvs. till mig. Jag frågar Emma angående hennes svårigheter att kissa och hon berättar väldigt beskäftigt om att hon är kissnödig fast det inte kommer något kiss. Pappa, som tycks vara något ovan i pappaledighetsrollen, har fullt sjå att hålla reda på lillebror, men inflikar att Emma haft besvär de sista 2 veckorna och att mamma tycker att hon är ”lite hårdhänt” när hon torkar sig.

Innan Emma kom in på undersökningsrummet fick hon lämna ett urinprov till sjuksköterskan. Stickan visar ingenting, vare sig nitrit, vita, erytrocyter eller glukos. Min handledare tycker att vi ska inspektera yttre genitalia och jag försöker förklara för Emma att vi vill titta henne i stjärten, eftersom hon har problem att kissa. Lillebror har fått syn på svalgpinnarna och har lyckats välta ut burken med dessa på golvet. Pappa står på alla fyra och försöker fösa ihop pinnarna igen. Emma klättrar upp på britsen och drar ner sina byxor. Pappa, som åter sitter på sin stol, skruvar lite generat på sig. Lillebror rusar omkring på golvet. Handledaren och jag inspekterar yttre genitalia, men ser inget anmärkningsvärt förutom en viss rodnad kring vaginalöppning och anus. Emma ligger tyst och ser besvärad ut.

Efter undersökningen får hon ta på sig och klättra ner från britsen igen. Handledaren tar över och berättar att det skulle kunna vara springmask, eftersom stickan var blank och Emma sätts in på Vermox mixtur och får gå hem. När jag säger hej då till Emma vill hon inte titta mig i ögonen.

Vad jag har lärt mig/reflektioner

En hel massa tankar for genom mitt huvud efter Emmas besök. Alltifrån sexuella övergrepp till hur man pratar med barn. Upplevde hon det som ett intrång på hennes integritet att vi undersökte henne? Var det dumt att pappa och lillebror var med? Borde pappa ha stått med vid britsen och hållit henne i handen under undersökningen? Var det nödvändigt med en undersökning? Hennes inledande beskäftighet, var den ett slags skydd? Hade hon springmask eller vad handlade det om? Hur uppfattade hon det hela, att hon ”kanske hade mask”. Är inte den spontana tanken för barn att mask är daggmask? Vad finns det för bra ord för kvinnliga könsorgan som barn kan förstå? Skulle vi ha förklarat bättre innan hon fick klättra upp på britsen och dra ner byxorna? Jag ser fram emot barnkursen, då kanske några av frågetecknen kan rätas ut.

Ingela Ronquist Aminoff
Student termin 10, ht -03
Läkarlinjen, Göteborgs universitet

Erfarenheter från ett ST-arbete:

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) i vardagsarbetet på vårdcentral

Alkohol som orsak till symtom och skador vi möter i primärvården är ett problem av stora proportioner som inte är helt lätt att uppmärksamma och diskutera med patienterna. För att upptäcka hög alkoholkonsumtion och öka tryggheten i att fråga patienterna om deras alkoholvanor kan vi ha nytta av att använda ett screeningformulär som exempelvis AUDIT.

Alkohol är en viktig orsak till sjukdom. Riskkonsumtion (daglig konsumtion motsvarande 2 glas vin för kvinnor och 3 glas vin för män) kan ge skador och symtom samt leda till beroendeproblematik. Kvinnor är känsligare för alkohol. En studie i Västerbotten visade att 17 procent av männen och 8 procent av kvinnorna som sökte i primärvården var högkonsumenter av alkohol. Högkonsumenterna återfanns i de yngre och medelålders grupperna [1]. SBU-rapporten ”Behandling av alkohol- och narkotikaproblem” 2001 visar att tidig upptäckt och intervention lönar sig. En av tio personer som identifieras med riskfylld konsumtion och får information och motiveras till att minska konsumtionen kommer att upphöra eller minska sin konsumtion till en riskfri nivå.

Det finns flera metoder för tidig upptäckt av riskabel konsumtion. I Sverige har flera screeningformulär använts, enbart eller i kombination med blodprover. AUDIT-formuläret – *Alcohol Use Disorders Identification Test* – har utvecklats av WHO för att man inom primärvård skall kunna identifiera patienter med riskabla eller skadliga alkoholvanor. AUDIT är kvalitetssäkrat i flera undersökningar såväl nationellt och internationellt [2,3]. Formuläret består av 10 frågor som poängsätts från 0 till 4. Det finns tre frågor om konsumtionsmönster, tre om alkoholberoende och fyra om alkoholrelaterade skador eller problem.

För riskabel konsumtion är gränsvärdet 8 poäng [4]. Detta värde har dock lägre sensitivitet för kvinnor, varför man för kvinnor föreslagit gränsvärde 6 poäng. Med dessa gränsvärden visade en svensk befolkningsundersökning prevalensen 18 procent för män och 11 procent för kvinnor (men 5 procent vid gränsvärde 8 poäng) [3]. På Askims vårdcentral i Göteborg har man använt screening med AUDIT, vilket ledde till ökad medvetenhet om förekomst av alkoholmissbruk och riskbruk [5].

Syfte

Syftet var att utvärdera AUDIT-formulärets användbarhet för att man som läkare i den vanliga konsultationen på vårdcentralen skall kunna identifiera patienter med riskabla alkoholvanor.

Material och metoder

Under 18 dagar i juni–juli 2003 blev alla patienter över 18 års ålder, som kom till Kortedala vårdcentral för bokade besök till mig, erbjudna att fylla i AUDIT-formuläret före besöket och ta med det in till mig. Erbjudandet lämnades i kassan där sekreteraren poängterade frivilligheten. Riskabel alkoholkonsumtion definierades som ≥6 poäng för kvinnor och ≥8 poäng för män. Det var inte avsatt någon extra tid för besöket.

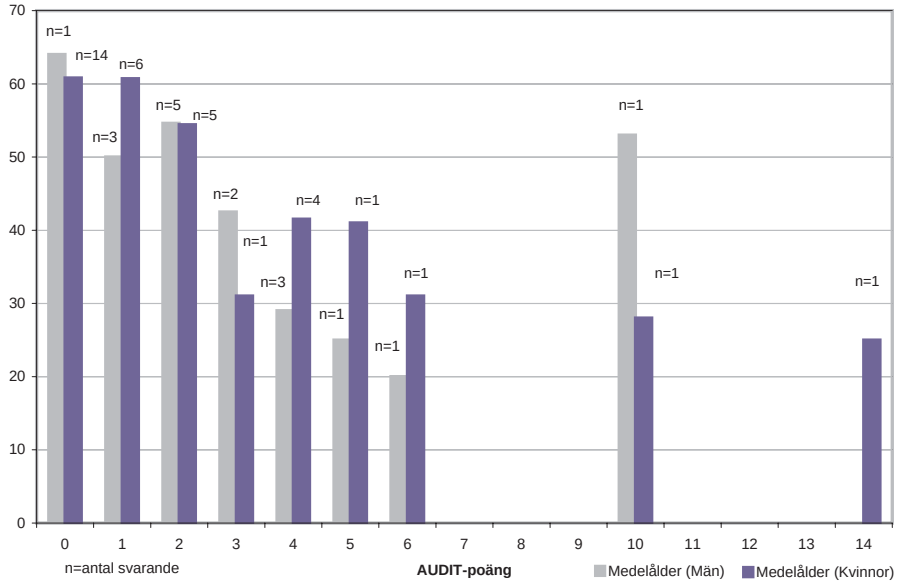
Resultat

Under perioden erbjöds formuläret till 115 personer (80 kvinnor och 35 män) som var bokade för planerade eller akuta besök. 42% av kvinnorna och 50% av männen besvarade formuläret. Det var en åldersskillnad mellan dem som svarade (medelålder män 44 år, kvinnor 52 år) och de som inte gjorde det (medelålder män 54 år, kvinnor 60 år).

AUDIT visade att 41% av kvinnorna och 6% av männen av dem som svarat var ”icke-drickare”. Riskabel alkoholkonsumtion påvisades bland 6% av männen och 9% bland kvinnorna som svarat. Psykiska besvär i form av ångest/panikångest, depression och hypokondri var dominerande besöksorsaker/diagnoser bland dem med riskkonsumtion.

De patienter som lämnade formuläret vid besöket var i stort sett positiva till att frågan om alkohol togs upp. En patient uttryckte att integriteten inte hade respekterats genom användning av formuläret. En del äldre kvinnor ansåg att alkoholfrågan inte var intressant eftersom de själva inte dricker.

Ofta lämnade patienten formuläret i slutet av konsultationen, vilket innebar att det endast fanns lite tid till genomgång och information och det kunde knappast bli frågan om ens kort intervention. Ibland efterfrågades formuläret i början av konsultationen och tid användes för att informera om vad AUDIT-poängen kan betyda. Användandet av formuläret gjorde det svårt att naturligt växla över till deras egentliga besökorsak och få tid att avhandla vad de önskade med sin konsultation.



Figur 1. Fördelningen av AUDIT-poäng i relation till män och kvinnors ålder.

Diskussion

Med gränsvärde 6 poäng visade sig 9% av de svarande kvinnorna vara möjliga högkonsumenter, vilket är i nivå med vad man påvisat tidigare i primärvården [1], men något lägre än vad användningen av AUDIT i ett slumpmässigt urval i befolkningen har visat [3,6]. Denna studie tyder på att kvinnor svarar ganska ärligt om sin konsumtion och att de inte i större omfattning undviker att använda formuläret trots att de är högkonsumenter. Däremot visar gruppen svarande män en mycket lägre andel högkonsumenter än vad man kan förvänta, vilket kan tyda på att männen antingen underrapporterar sin konsumtion eller att fler högkonsumenter undviker att använda formuläret.

Det kan finnas flera olika orsaker till den låga svarsfrekvensen. Frivilligheten poängterades. Efter samtal med sekreterarna i kassan visade det sig att dessa ibland gjorde en egen selektion av vilka som skulle få formuläret. T.ex. hände det att äldre patienter, kvinnor med huvudduk, invandrare som inte pratade bra svenska och patienter som var sena inte erhöll formuläret. Uppskattningsvis rörde det sig om ett mindre antal. Man kan tänka sig att ”icke-drickare” upplevde att det inte var aktuellt att besvara formuläret.

Framförallt de äldre kvinnorna angav låg konsumtion eller icke-drickande. Det överensstämmer med andra undersökning där flest högkonsumenter påvisats i de yngre och medelålders grupperna, samt att berusningsdrickande avtar med åldern. Man kan spekulera om det finns ett större tabu bland äldre kvinnor avseende alkoholkonsumtion vilket skulle kunna påverka resultaten.

Undersökningen talar för samband mellan högre poäng och diagnoser som ångest, depression och hypokondri. Ångest och depression är nära kopplat till missbruk. Missbruk i sin tur leder till sociala problem som kan bidra till uppkomsten av depression och ångest [7,8]. Det framkommer inte om alkohol är orsak till symtomen, eller om alkohol är ett försök till självmedicinering i denna undersökning. De tre patienter som fick högst poäng är alla kända på vårdcentralen. Alkoholkonsumtionen var inte okänd, men fokuseringen på betydelsen av den riskabla konsumtionen blev en annan med hjälp av formuläret.

Det var inte lätt att använda formuläret på ett naturligt sätt i den vanliga konsultationen, men den korta perioden det användes ökade klart min kompetens och mitt intresset för att fråga om alkohol. Sambanden mellan psykiska diagnoser och riskabel alkoholkonsumtion blev tydligare och likaså förtydligade formuläret den högre konsumtion som har etablerats bland yngre kvinnor.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser:

1. Nordström A, Winberg J, Persson S. Resultat av primärvårdsstudie om alkohol: 17 procent av männen, 8 procent av kvinnorna troliga högkonsumenter. Läkartidningen 1998; 95: 4739-43.
2. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997; 21: 613-9.
3. Bergman H, Källmen H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. Läkartidningen 2000; 97: 2078-84.
4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, DeLaFuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborated project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 1993; 791-804.
5. Eriksson G, Spak F, Anderson C. Riskbruk av alkohol kartlagt på vårdcentral. Sekundärprevention av alkoholproblem hos primärvårdspatienter. Läkartidningen 2000; 97: 1133-9.
6. Bergman H, Källmen H. Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Läkartidningen 2003;100:1028-35
7. Wetterling T, Junghanns K. Psykopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. Eur Psyciatry 2000; 15: 483-8.
8. Burns L., Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. Drug and Alcohol Dependence Vol 68, Issue 3, 1 Dec. 2002; 299-307.

Fler referenser kan rekvireras från författarna.

Marie Eckerlid
ST-läkare i allmänmedicin,
(numera föräldraledig distriktsläkare),
Kortedala vårdcentral, Göteborg,
marie.eckerlid@vgregion.se

Jörgen Thorn
Vetenskaplig handledare,
Brämaregårdens vårdcentral, Göteborg

ANNONS

Diplomfest för handledare

Diplomutdelning. Trerätters lunch. Tal, musik och avslutande cirkus.

Allt detta och mer därtill utspelade sig i Skövde på eftermiddagen den 26 mars. Deltagare var handledare från Västsverige knutna till läkarutbildningen i Göteborg: Termin 5 (konsultationskunskapskursen) och termin 10 (allmänmedicin) samt TYK (tidig yrkeskontakt, en preklinisk kurs där studenterna får möjlighet att träffa patienter parallellt med sina kurser i biokemi och cellbiologi).

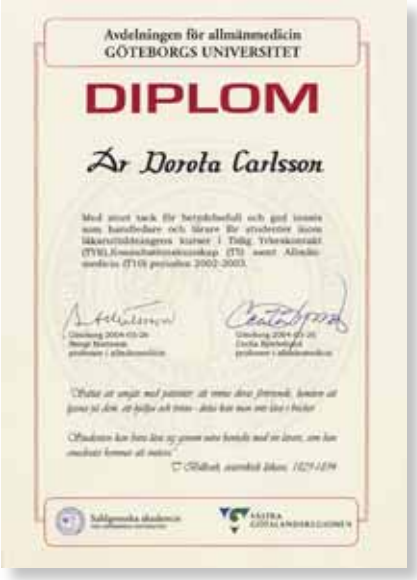
Majoriteten av handledarna var distriktsläkare, men även internmedicinare och kirurger var representerade.

Tanken var att under festliga former dela ut ett diplom till varje handledare. Alla stretar ju på och jobbar i det tysta. Handledarens viktiga arbete uppmärksammas alltför sällan. Detta ville vi ändra på. Skövde fick representera en geografisk mittpunkt i Västra Götalandsregionen. Där hyrde vi lokal. Inbjudan skickades ut till nästan 300 handledare. Ett 50-tal slöt upp. Ekonomiskt stöd fick vi från Regionen och i samarbete med informationsavdelningen på Universitetet hade vi gjort ett diplom (se detta).

Till tonerna från en dansk restaurangtrio åt vi först lunch. Sedan hölls några korta tal av representanter från Universitetet och Regionen. Diplomen delades så högtidligen ut till varje handledare med fanfar från orkestern. Därefter avslutades festen med Allemanscirkus under ledning av distriktsläkare Lennart Holmqvist från Örebro. Festdeltagarna fick själva agera artister: lindansare, lejontämjare, svärdslukare, simhoppare, utbrytarkung och dansare. Rollerna (som kanske fick symbolisera handledarens alla funktioner…) delades ut tills de tog slut och de som blev utan fick vara publik.

Alla som inte kunde komma fick diplomet i efterhand per brev.

Det blev en uppsluppen och glad tillställning. ”Så skönt att slippa att vara så väldigt duktig för en gångs skull, att bara luta sig tillbaks och njuta”, som en festdeltagare uttryckte saken.


Avdelningen för allmänmedicin
GÖTEBORGS UNIVERSITET
DIPLOM
Är Dorota Carlsson

Vi ska försöka hålla liv i idén och rekommenderar varmt andra orter att göra något liknande. Uppmärksamma och hylla era handledare! Utan dem står vi oss slätt.

Allmänmedicinska avdelningen vid
Göteborgs Universitet:
Bengt Mattsson, Dorota Carlsson,
Bernhard von Below, Kristian Svenberg
kristian.svenberg@vgregion.se

Skrivarpriset 2004 utlyses!

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder – med stöd av Schmidt’ska fonden – till en skrivartävling.

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla bidrag som på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid av förändring och kris, som ställer krav på såväl omprövning som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Mot bakgrund av att The International Balint Congress kommer att äga rum 24–28 augusti 2005 i Stockholm och att ett sektionsgemensamt symposium om Balintarbete arrangeras i januari 2005 är vi detta år särskilt intresserade av arbeten som belyser Balintgruppens eller Balintliknande gruppers arbete och betydelse för klinik och utveckling.

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

Bidragen i Word-format ska vara bedömarkommittén tillhanda senast den 30 november 2004. Priset för det vinnande bidraget är 5 000 kr. Ytterligare bidrag kan få hedersomnämnande och pris om 1 000 kr. De vinnande texterna publiceras i Bulletinen för Medicinsk Psykologi. Vinnarna kan också komma att inbjudas att framföra sina bidrag vid någon av ovannämnda konferenser.

Texterna skall vara insända till Svenska Föreningen för Medicinskt Psykologi, Henry Jablonski, *henry.jablonski@spray.se* eller Lena Karlberg, *Lena.Karlberg@medks.ki.se* Ytterligare upplysningar kan lämnas av Henry Jablonski.

Henry Jablonski
Privatpraktiserande psykiater Stockholm
Lena Karlberg
Allmänläkare, Karolinska Institutet

SFAMs höstmöte den 10–12 november 2004

Star Hotell i Lund

Onsdagen den 10 november

10.00–15.00 **ST-program**
Ordförandemöte
Rådsgrupper
Studierektorer
Institutionsmöte

15.30 **Årsmöte – Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)**

19.00 **Mingel**

Torsdagen den 11 november

9.00 **Invigning med bl.a. föreläsning av**
Merete Mazzarella: ”Reflexion – ytterligare ett måste?”

11.00–12.30 **Seminarier**

Nils I Nilsson	Avvikelserapportering – att lära av att fela
Inger Enström	Ska vi sänka alla blodtryck till < 140/90?
Staffan Lindeberg	Tro och vetande – kunskapssyn inom allmänmedicin
Helene Ekström	Menopausens utveckling eller avveckling
Merete Mazzarella	Skrivande allmänläkare – idéer kring kreativt skrivande – med övning!

13.30–15.00 **Seminarier samt Presentation av examensarbeten i 2–3 sessioner**

Birgitta Hovelius	Depressionens genusansikte
Peter Nilsson	Vem ska vi satsa på för kardiovaskulär prevention?

15.30–17.00 **Seminarier samt Presentation av examensarbeten i 2–3 sessioner**

Rickard Ekesbo	Tarmen, kroppens själ – källa till irritation för patient och doktor
Tommy Ahlklint	Försäkringsmedicin

18.30 **Diplomering**

19.30 **Gåsmiddag**

Fredagen den 12 november

8.30–9.30 **Symposium: Sjukvårdens allemansrätt eller allemansrätt i sjukvården?**
– Johan Berglund, SFAMs ordförande

9.30–10.00 **Jakten på biologin i ”kvinnligt” och ”manligt” - Begreppsförvirring och stereotypa idéer i medicinsk forskning kring könsskillnader. Föredrag – Katarina Hamberg, Umeå**

10.30–12.00 **Seminarier**

Johan Berglund	Visioner inom allmänmedicinsk forskning
Margareta Söderström/ Sigvard Mölstad	Sömniga barn med svinkoppor, snuva och andra rara ting – dags för läkarbesök
Tommy Jönsson	Jägar-samlarkost – teori och praktik
Ulrika Cederberg/ Lars-Erik Wåhlin	Hjärtsvikt – bättre diagnostik nödvändig?
Essie Andersson/ Brita Bergöö	Hur känns det, doktorn? – prova på Balintgrupp
Robert Svartholm	Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog – ASK – en låda för allmänläkarens utveckling. Vi lyfter på locket!

13.00–14.30 **Seminarier**

Johann Sigurdsson	Riskepidemin – bör den bekämpas?
Mogens Hey	Allmänmedicinens språk
Patrik Midlöv	Läkemedel till äldre – hjälper eller stjälper?
Renee Vickhoff	Bristbruk, friskbruk, riskbruk och missbruk av alkohol
Alf Johansson	Samordnad vårdplanering i primärvården

15.00 **Avslutning med bl.a. föredrag av Bengt Mattsson, Göteborg ”Att ta med sig hem…”**

Posterutställning
Deltagarna inbjuds att presentera projekt i posterform. Sammanfattning kommer att publiceras på konferensens hemsida och i tryckt broschyr (Sammanfattningar från SFAMs höstmöte 2004). I denna broschyr kommer också sammanfattningar av alla seminarier att publiceras. Förfrågningar: Birgitta Hovelius *(Birgitta.Hovelius@med.lu.se)*

Konstutställning
med inbjudan till deltagarna i konferensen att komma med sina konstverk till höstmötet.
Förfrågningar: Al-Saadi Munira *(Munira.Al-Saadi@skane.se)*

Bokutställning
med böcker skrivna av allmänmedicinare. Förfrågningar: *inge.karin@telia.com*

Välkomna till höstmötet i Lund!
Anmälan sker på SFAMs hemsida.
Förfrågningar: Gunnar Sandström *(Gunnar.Sandstrom@skane.se)*

Organisationskommittén
Ingrid Gustafsson, ordförande, Munira Alsaadi, Inge Carlsson, Mogens Hey, Birgitta Hovelius, Tommy Jönsson, Julijana Kosjerina, Gunnar Sandström, Magdalena Stolz, Staffan Olsson.

Svensk förening för allmänmedicin:

Styrelsen

Ordförande
Johan Berglund
070-844 74 94
johan.berglund@ltblekinge.se

Vice ordförande
Tommy Jönsson, 070-202 78 02
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

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

Vetenskaplig sekreterare
Lars Borgqvist
070-882 74 01
larbo@ihs.liu.se

Kassör
Inger Bylén, 070-626 88 15
inger@lje.nu

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

Annika Eklund-Grönberg
070-757 81 08
annika.eklund-gronberg@slpo.sll.se

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@swipnet.se

Jan Sundquist, 073-966 12 76
Jan.sundquist@klinvet.ki.se

Arbetsutskott:
Johan Berglund, Tommy Jönsson, Karin Lindhagen, Lars Borgqvist och Inger Bylén.

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Examenskansliet
Ansvarig: Ylva Johansson
ylva.johansson@lvn.se
Sekr.: Marianne Ledström
marianne.ledstrom@lvn.se

Fortbildningsrådet
Ordförande: Meta Wiborgh
Meta.wiborgh@telia.com

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

Kvalitet/Informatikrådet
Ordförande: Sven Engström
070-3304812
Sven.engstrom@swipnet.se
och Olle Staf
Tel: 0485-151 33
olle.staf@ltkalmar.se

ST-rådet
Ordförande: Eva Jaktlund
Tel: 0690-15 691
eva.jaktlund@swipnet.se

Utbildningsrådet
Ordförande: Annika Eklund-Grönberg
Tel: 08-524 887 39
annika.eklund-gronberg@slpo.sll.se
och Ulf Måwe
Tel: 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet
Ordförande: Lars Borgquist
Tel 013-22 40 55
Larbo@ihs.liu.se

SFAMs stiftelser

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

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

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

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

Astma och allergiintresserade
Björn Ställberg, 0156-53507
bjorn.stallberg@nln.dll.se

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

Lokalföreningar:

NORRBOTTEN
Anna-Karin Fahlén
tel 0920-719 11, 0920-26 16 57
bostad 0920-26 16 57
anna-karin.fahlen@nll.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Tel 090-785 8222eller 090-7858962
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Mikael Lilja
tel 063-14 22 38, 070-520 60 06
fax 063-14 22 21
mikael.lilja@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Anders Lundqvist
tel 070-234 26 36
anders.lundqvist@lvn.se

GÄVLEBORG
Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se
tel 0297-57 25 15

DALARNA
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se
tel 0241-498 505

VÄRMLAND
Mikael Hasselgren
tel 054-61 69 15/61
mikael.hasselgren@liv.se
Christina Ledin
tel 054-16 84 00/054
christina.ledin@liv.se

ÖREBRO
Roland Olofsson Dolk
tel 0587-843 37, 070-374 91 31
bostad 019-29 10 82
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Jonas Sjögreen
tel 021-15 03 80
jonas.jogreen@wineasy.se

UPPSALA
Karin Lindhagen
tel 018-611 78 52/54
fax 018-55 06 67
070-327 09 31
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND
Tomas Havland
tel 0152-210 51, 070-222 89 21
t.havland@telia.com

STOCKHOLM
Sonja Modin
Sonja.modin@sspo.sll.se

SÖDRA STOCKHOLM
Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

NORRTÄLJE
Bengt Stegemo
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se
tel 0176-156 57

GOTLAND
Hans Brandström
tel 0498-26 85 15
fax 0498-20 35 41
hans.brandstrom@hsf.gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK
Charlotte Joborn
tel 0490-870 33
charlottejo@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Ulla-Britt Andersson
tel 0480-819 63

JÖNKÖPING
Mikael Olsson
Tel 0371-842 10
bostad 0370-971 10

KRONOBERG
Birger Ossiansson
tel 0470-825 41
asa.ossiansson@telia.com

BLEKINGE
Karin Ranstad
tel 0455-73 75 20
fax 0455-474 11
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE
Hans Lundgren
tel 0411-205 15, fax 0411-207 63
hans.lundgren@skane.se

NORDOSTSKÅNE
Sven Erik Svensson
tel 044-24 97 50

MELLANSKÅNE
Inge Carlsson
tel 0413-641 25, vx 0413-641 00
fax 0413-632 58
inge.karin@telia.com

Diabetesnätverk
Tomas Fritz, 08-718 73 00
tomas.fritz@klinvet.ki.se
tomas.fritz@telia.com

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

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

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Kliniskt mentorskap
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@telia.com

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
tel 042-229200

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.se

Transkulturell allmänmedicin
Monica Löfvander
monica.lofvander@rinkeby.vsso.sll.se

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

LUNDATRAKTEN
Ingrid Gustafsson
tel 046-17 55 00, fax 046-13 76 74,
ingrid.gustafsson@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Staffan Gyllerup
Tel 042-267210
Fax 042-267220
Staffan.gyllerup@skane.se

MALMÖ
Annika Brorsson,
tel 040-33 54 20, fax 040-33 62 51
annika.brorsson@smi.mas.lu.se

SÖDERSLÄTT
Lars Falck, Christina Nilzén och
Marie-Louise Remnéus
tel 040-58 60 65
thomas.stavne@telia.com

HALLAND
Pierre Carlsson
Tel 0346-56000
Fax 0346-56380
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG
Agneta Hamilton
Tel 0303-98000
Fax 0303-58762.
Agneta.hamilton@ptj.se

NORRA ÄLVSBORG
Göran Wennberg
goran.wennberg@vgregion.se
Claes Hegen
claes.hegen@vgregion.se
Benny Lorentzon
benny.lorentzon@vgregion.se

SÖDRA ÄLVSBORG
Kerstin Holmberg
Tel 0322-83780, 0705-333088
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG
Trygve Lövoll
trygve.lovoll@vgregion.se
Per Angesjö
per.angesjo@vgregion.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 tidskriften AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care och alla supplement som ges ut under år 2003.
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@ks.se

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

Roland Morgell
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
tel arbete: 08-524 887 38
roland.morgell@klinvet.ki.se

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

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

Annonser
Bengtson&Sundström
Mediakommunikation AB
Tjärhovsgatan 32, 116 21 Stockholm
tel 08-10 39 20, fax 08-10 39 15
info@bs-media.se

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Utgivningsplan för AllmänMedicin

Nr	Manusstopp	Utgivning
4	9/8	23/9
5	20/9	2/11
6	8/11	20/12

Hemsida
Tommy Jönsson, webbredaktör
Arlövs vårdcentral, Burlöv
tel arbete: 040-53 69 00
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

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

Tel: vardagar kl 9–11.30
08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida
www.sfam.nu

Hur strikt är det rimligt att tolka lagen?

Obligatorisk utbildning av alla svenska allmänläkare i försäkringsmedicin pågår som en kostnadseffektiv åtgärd för att minska kostnaderna för sjukförsäkringen. Jag fick min dos en dag i mars och ska nu kunna ta mitt samhällsansvar.

Under dagen fick vi veta att svenska folket är friskare, men är sjukskrivna i högre grad än övriga européer. Tempot var högt och att diskutera sådana bidragande faktorer som andelen yrkesverksamma, effekten av olika ersättningssystem och liknande hanns inte riktigt med. Vi fick information om regelverket och om hur Försäkringskassan nu ifrågasätter rätten till sjukpenning. Att fylla i sjukintyget rätt är viktigt, annars får inte den försäkrade några pengar. Duktigast är den allmänläkare som sjukskriver minst, jag som trodde att det var den som sjukskrev rätt och lagom.

Däremot fick jag inte hjälp med ett konkret problem jag brottas med:

En medelålders, kvinna drabbades av utmattningsdepression för flera år sedan. Hon började arbeta i äldreomsorgen på den tiden det knappast krävdes någon utbildning. Förr kändes det meningsfullt men de senaste åren hade hon känt sig alltmer trängd. När det hade gått till den punkt när hon inte förmådde vistas på arbetsplatsen, och blivit rädd för vad hon skulle kunna ta sig till med nästa åldring som krävde något av henne, gick hon hem. Diagnosen blev utmattningsdepression och efter en tids rehabilitering med byte av arbetsplats var hon tillbaka i arbete igen. Under några år har hon därefter återfallit i utmattningsdepressioner med jämna mellanrum. Hon har alltid ställt upp på arbetsgivarens förslag om att gå tillbaka till äldrevården tills senast när hennes chef bedömde att det inte var meningsfullt att rehabilitera henne till tidigare arbetsuppgifter. Omplacering till annat arbete inom kommunen var dock inte möjligt, men arbetsprövning som städerska gick att ordna.

Kvinnan vill arbeta, men arbete bland åldringar utlöser snabbare och snabbare depression, enligt sedvanlig kriteriediagnos. Hon har ett fast arbete som hon inte ”tål” och en situation på arbetsmarknaden som gör att konsekvensen om hon säger upp sitt arbete är en långvarig arbetslöshet, sannolikt fram till ålderspensionen.

Arbetsgivaren anser sig inte kunna erbjuda annat arbete än det hon haft tidigare, trots att det är en stor arbetsgivare med varierad verksamhet.

Försäkringskassan ska enbart ta hänsyn till om hon kan utföra något på arbetsmarknaden allmänt förekommande arbete.

Har jag som allmänläkare överhuvudtaget med situationen att göra längre?

Det är ju en fråga om det är individen, samhället eller arbetsgivaren som ska ta de ekonomiska konsekvenserna i en omöjlig situation.

Karin Ranstad
Redaktör

2004

Augusti
ASK-seminarium i Husarö 27-29/8. Anmälan till Robert Svartholm, polarull.svartholm@telia.com eller tele 0706-234509

September
FQ-gruppledarseminarium För Dig som är eller skulle vilja bli FQ-gruppledare
9-10 september. Inspirationsdagar om lärande och fortbildning med Gösta Eliasson, Fammi, Eva Pia Darsbo, Östersund och Gynilla Byström, Örnsköldsvik. Hussborg, Ljungaverk. För närmare information kontakta: gunilla.bystrom@lvn.se

Sjukdom som berättelse/ symposium om berättelsens roll i sjukdomens värld
Den 19/9, Södertörns högskola, Campus Flemingsberg, Stockholm www.sh.se/centrum

The Royal Australian College of General Practitioners´ Annual General Meeting
30 september–3 oktober, Melbourne, Australien

Oktober
17th WONCA World Conference, USA
Den 13–17 oktober
www.wonca2004.org

Medicinen och det mänskliga
21 oktober. Carl-Magnus Stolt professor humanistisk medicin KI. Fortegruppen i Västernorrland arrangerar genom Göran Umefjord. Plats: Landstingets kansli, Härnösand. Närmare information umefjord@ymex.net

Primaermedisinsk uke 2004
25–29 oktober, Soria Moria Hotell og Konferensesenter, Oslo

EGPRW, Theme: ”Diagnosis and Prevention of Cancer General Practice ”
Den 16–19/10, Verona, Italien
http://egprw.adimtravel.com/index2.html

November
Laegedage 2004
8–12 november
Köpenhamn
För mer information se www.laegedage.dk

SFAMs höstmöte
Den 10–12/11 i Lund

Riksstämman 2004
24–26 november Svenska Mässan, Göteborg

Family Medicine Forum 2004
(College of Family Physicians of Canada)
25–27 november Toronto, Canada

2005

Maj
Wonca Asia Pacific Regional Conference
27–31 maj Kyoto, Japan

Juni
14:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin
Stockholm 16-18 juni 2005

Augusti
The International Balint Congress
Stockholm 24-28 augusti 2005

September
11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine
3–7 september Kos, Grekland

SFAM granskar

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

Senaste granskning genomfördes 040406. För närmare presentation av aktuella kurser var god se *www.kursdoktorn.nu*