

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 2 2010 ÅRGÅNG 31



Vårdbehov hos papperslösa/sid 15

Örebro- Värmlands allmänläkardagar/sid 19 • Om kontinuitetens betydelse/sid 22

Skriv i AllmänMedicin!

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



Bildtips!



Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn. Det går bra med papperskopior och digitala fotografier. Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning. Tekniska frågor om bilder besvaras av Peo Göthesson peo@mediahuset.se Tel 0525-323 50



Omslagbild: Stockphoto

3 Ledare

Kristallklart
Eva Jaktland

5 Vetenskap & Utveckling

HbA1c – Nya referensvärden
Tomas Fritz

6 Vetenskap & Utveckling

Hur premiera hälsofrämjande arbete i vårdval?
Sven Wåhlin

11 Porträtt

Anders Håkansson har lämnat oss i förtid
Malin André, Christer Petersson

12 Fortbildning

Är det sjukdomen eller är det patienten som är viktigast?
Anna Karin Svensson

15 Vetenskap & Utveckling

Vårdbehov hos papperslösa
Helena Granslandt, Magdalena Fresk

19 Referat

Örebro-Värmlands allmänläkardagar
Bengt Karlsson

22 Reportage/Porträtt

Om kontinuitetens betydelse – Intervju med Iona Heath
Mats Hogmark

24 Krönika

Mitt livs misstag: Blev det rätt till slut?
Distriktsläkare

26 Recension

Det tystade samtalet
Tina Nyström Rönnås
Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva
Stig Andersson

28 Kulturspalten

Journal i odölig kontext – pristävling
Inge Carlsson

30 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

Vårdvalsreformen medför nu ökade krav på kvalitetsmätning, och betonar särskilt kvaliteten på hälsofrämjande insatser. Därför vill jag här belysa just den aspekten av kvalitet; Hur mäta, värdera och stimulera ett hälsofrämjande arbetssätt?



Sven Wåhlin, Riskbruksprojektet – SFHI
Sidan 6

I Sverige finns fyra mer etablerade frivilliga vårdinrättningar som på olika sätt ger eller förmedlar vård till papperslösa. Denna studie bekräftar att det finns ett behov av primärvård för papperslösa som ej tillgodoses inom den offentliga sjukvården.

Sidan 15



Intervju med Iona Heath om kontinuitetens betydelse.
Sidan 22

Annons

Kristallklart

Snön droppar från taket, och det är en känsla av att bråttom har infunnit sig. Bråttom att hinna nyttja de fina vårvinterdagarna till en skidtur, eller kanske bråttom att vara tydliga.

Vi är mitt i en debatt om kvalitet. Vi blir ifrågasatta och sedda som bakåträvarare vad gäller kvalitet av kollegor i andra specialiteter som har intresse av att få data om sin sjukdom eller sitt organ registrerade av olika anledningar. Den största anledningen är att man vill höja kvaliteten på vård för just denna diagnos. SFAM tycker att det är bra att ha sådana ambitioner, men att delta i så kallat kvalitetsregister tar stora resurser från verksamheten. Det krävs fysiska personer som registrerar indata. Det krävs fysiska personer som tar ut data från registren och analyserar ur verksamhetens perspektiv. Det krävs fysiska personer som funderar över hur man ska ändra arbetssätt för att höja kvaliteten. Alla ska ha lön ur verksamhetens budget. Till det kan man lägga att en mycket välfungerande enhet i primärvården maktar med högst 2–4 förbättringsprojekt per år och att det finns nästan 70 så kallade kvalitetsregister som får finansiellt stöd av SKL, totalt 59 miljoner av våra skatte-

pengar. SFAM Q:s pvkvalitet.se har fått avslag när det gäller bidragsfinansiering för tredje året i rad.

Förbättringsarbete är en nödvändig process som tar resurser från den praktiska hälso- och sjukvård som är vårt huvudsakliga uppdrag. Det är en ständig balansgång att ha tillräckligt mycket av det ena för att det andra ska flyta smidigt och säkert. SFAM har sedan länge tagit ställning för att mäta och jämföra med ett givet mål som en process i kvalitetsarbete på våra arbetsplatser. Vi har också tagit ställning mot att delta i register som inte ger någon reell patientnytta och som tar för stora resurser i anspråk för att delta i registret. SFAM anser att det inte är ett allmänmedicinskt arbetsätt, och det gagnar inte patienten ur ett hälsoperspektiv. Det finns inte heller något som visar att det blir mer kostnadseffektivt vård.

Representanter för SFAM:s styrelse och råd träffar representanter för SKL, SBU och andra intressenter för att diskutera kvalitetsregister under våren. Vi kommer att vara mycket tydliga när vi förklarar och försvarar ett allmänme-

dicinskt sätt att jobba med kvalitet. Vi kommer att förorda att SKL skjuter till pengar för att utveckla pvkvalitet.se som är ett verktyg framtaget av allmänläkare för allmänläkare, och vi kommer att jobba mycket hårt för att det ska bildas en allmänmedicinsk forskningsdatabas. Vi behöver mer än ett sätt att arbeta med kvalitet i primärvården, och det är alldeles nödvändigt att vi själva är med och utformar dessa.

Jag tycker att alla allmänmedicinska värdenheter i Sverige ska gå med i pvkvalitet.se för att visa just hur viktigt detta är.



Eva Jaktlund
Ordförande SFAM

Förväntansfull

Ett rykande färskt nummer av AllmänMedicin! Det är antagligen inte det första numret du håller i din hand, men för min del är det väldigt nytt. Och det är så spännande! Det bästa av allt är att resan bara har börjat.

Innan resan fortsätter tänkte jag ta tillfället i akt och kort presentera mig själv. Jag heter Sophia Carlsson och är ny chefredaktör för tidningen. I botten är jag vetenskapsjournalist och har skri-

vit inom många medicinska områden, främst inom områdena bioteknik och läkemedelsforskning. Allmänmedicin är ett område med ständig växtvärk. Det är ett område som kräver mycket uppmärksamhet och bevakning, vilket min ambition är att AllmänMedicin ska fortsätta med. Det är en ära att få möjligheten att vara med i den processen.

Jag är övertygad om att min resa med AllmänMedicin kommer att bjuda på många positiva intryck, mycket kun-

skap och en hel del överraskningar. Jag är nyfiken på vad som komma skall, men mest av allt är jag nog nyfiken på er. Vad tycker du om tidningen? Har du frågor eller synpunkter på något av innehållet? Har du något du vill dela med dig av? Du är mer än välkommen att höra av dig, antingen till mig eller någon annan i redaktionen.

Må gott!
Sophia Carlsson

Annons

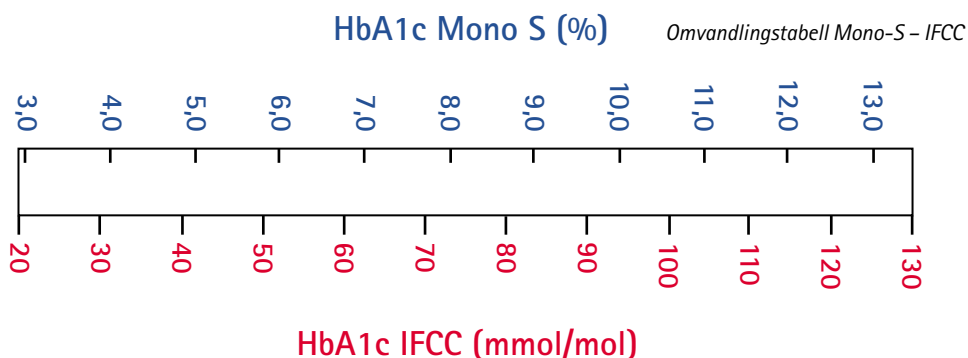
HbA1c 6 % = 52 mmol/mol fr.o.m. den 1 September 2010

Nya referensvärden, ny enhet men samma mätmetod.

HbA1c har sedan 1970-talet utgjort ett laboratorieprov som speglar blodsockernivån hos en diabetespatient under cirka 6 veckor innan provtagningen. Det man mäter är andelen hemoglobinmolekyler som är bundna till glukos, så kallat glykerat hemoglobin. Denna bindning mellan glukos och hemoglobin är irreversibel, vilket betyder att det glykerade hemoglobinet finns kvar i blodcirkulationen under den röda blodkroppens återstående livslängd. Ett högre blodsocker leder till en högre andel glykerat hemoglobin. De röda blodkropparnas livslängd är 120 dagar.

Jag lämnar de laboratorietekniska detaljerna därhän men ett problem med HbA1c-metoden har varit att den även mäter en del andra produkter än glykerat hemoglobin. Mätvärdet är alltså inte helt rättvisande. För att ytterligare komplicera det hela så har Sverige i alla år haft en egen HbA1c-standard, Mono-S. Den amerikanska DCCT-standarderna har varit förhärskande i den övriga världen, förutom i Japan som också haft en egen HbA1c-standard. Dessutom skiljer sig referensområdena åt mellan de olika metoderna. HbA1c på 5–6 % enligt den svenska Mono-S-standarderna motsvaras av 6–7 % enligt DCCT-standarderna. Detta ställer till uppenbara problem i internationella jämförelser. När vi svenskar läser vetenskapliga diabetesartiklar är vi kanske inte alltid på det klara med att de HbA1c-nivåer som presenteras av icke-svenska forskare ligger cirka 1 % över våra nivåer.

Nu är det alltså dags att övergå till en ny, internationell gemensam HbA1c-standard, som innebär att analysmeto-



den för HbA1c kommer att kalibreras till en referensmetod som är framtagen av IFCC (International Federation of Clinical Chemistry). IFCC-standarderna mäter endast glykerat hemoglobin och ger alltså ett sant mätvärde. Den är dyr och komplicerad och lämpar sig inte för att installeras på varje sjukhuslaboratorium. Därför kommer mätmetoden att också i fortsättningen vara den ”gamla” HbA1c-metoden, men mätvärdena kommer att kalibreras om till IFCC-standard. Enheten för HbA1c kommer inte att vara % som tidigare, utan mmol/mol. Det betyder att HbA1c kommer att anges som ”andel mmol glykerat hemoglobin av den totala hemoglobinmängden”.

Startdatum för HbA1c enligt IFCC-standard är 1 september 2010. Under en övergångsperiod kommer vi att få svar från kem lab i form av både IFCC- och Mono-S-standard. Troligen kommer övergångsperioden att vara ganska kort, enligt nuvarande förslag till och med årsskiftet 2010-11.

Information om övergången till IFCC-standard är under utformande och kommer att tillhandahållas från våra lokala laboratorier, dels till vårdpersonal, dels till våra patienter.

Den arbetsgrupp som förbereder övergången till IFCC-standard i Sverige utgörs av representanter för Svensk Förening för Klinisk Kemi (SFKK), Svensk Förening för Diabetologi (SFD), Barnäkarförningens sektion för endokrinologi och diabetes (BLF), Svensk förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD), Svenska Diabetesförbundet (SDF) och Equalis. Undertecknad sitter med i gruppen i egenskap av allmänmedicinsk representant och vice ordförande i SFD.



Tomas Fritz,
Gustavsbergs Vårdcentral

Hur premiera hälsofrämjande arbete i vårdval?



Svårigheterna med att värdera och jämföra vårdkvalitet genom kvalitetsregister etc. har diskuterats livligt senaste året [1–2]. Vårdvalsreformen medför nu ökade krav på kvalitetsmätning, och betonar särskilt kvaliteten på hälsofrämjande insatser. Därför vill jag här belysa just den aspekten av kvalitet; Hur mäta, värdera och stimulera ett hälsofrämjande arbetssätt?

Hälsofrämjandet på frammarsch

Hälsofrämjande synsätt har framtiden för sig och upplevs oftast som både berikande och avlastande för oss läkare. Levnadsvanor har betydelse för hälsan och patienterna vill ofta slippa piller och själva göra något åt sitt liv. Detta kan vi stärka dem till, resursmobilisering är en viktig del i hälsofrämjandet. I höst kommer hälsofrämjandet än mer i fokus då Socialstyrelsens nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder publiceras. Då vet vi vilka metoder för att påverka levnadsvanor som har evidens. Det hälsofrämjande arbetet konkretiseras och blir tydligare verktyg i vår behandlingsarsenal. Riktlinjerna kommer även att innehålla indikatorer på god hälsofrämjande vård, vilka man vill använda för nationella jämförelser.

Samtidigt medför vårdvalsreformen ökat behov för landstingen att mäta vårdens innehåll och kvalitet. Registrerad kvalitet kopplas till styrmedel såsom kvalitetsbonus eller målrelaterade ersättningar. Syftet är att stimulera till god vård, inklusive ett hälsofrämjande arbetssätt. Vi familjeläkare har visserligen gemensamt intresse med landstingen att främja kvalitet, evidensbaserade metoder och hälsofrämjande insatser, men det måste även stämma med ett allmänmedicinskt arbetssätt och

värdegrund. Ett exempel är att personkännedom och kontinuitet i allmänmedicin medför ett långsiktigt, individ- och situationsanpassat arbetssätt med levnadsvanor, där mätning av enstaka variabel vid olämpligt tillfälle kan vara irrelevant eller till och med sabotera konsultationen. Dessutom är mycket av det mest väsentliga i vården är inte enkelt mätbart, såsom terapeutisk allians, resursmobilisering, tillit, empati och humanism i patientmötet. Rutinmässig irrelevant journaldokumentation kan därutöver försämra överblickbarhet och utgöra medicinsk risk. Det finns många skäl för att vi i professionen också är med i utformning av de olika vårdvalsalternativens styrsystem.

Riskbruksprojektet arrangerade ett symposium på detta tema i januari [3]. Deltagare var politiska företrädare för landstingen, utredare och ekonomer på SKL samt SFAM. Det speglade ett behov av möte mellan politiken och professionen i dessa frågor så att implementering av hälsofrämjande metoder överensstämmer med allmänmedicinens grundvalar. Detta ligger även i landstingens intresse, då acceptans i kåren är en förutsättning för framgångsrik implementering. Till Läkarestämman planeras nu ett symposium med samma tema.

Det nya med Vårdval

Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, är obligatorisk för alla landsting från 1 januari 2010, men har "tjuvstartat" i några landsting sedan två år. Syftet med reformen anges till: 1) att öka valfrihet för brukarna, 2) att främja en mångfald av utövare samt 3) att få ett större erfarenhetsutbyte av olika system.

Syftet att ge ökad valfrihet åt brukarna (patienterna) har gett namn åt reformen; Vårdval. Detta uppnås genom att patienter ska kunna välja "leverantör av primärvårdstjänster" inom sitt landsting/region.

Att främja en mångfald av utövare uppnås genom att alla får rätt att starta primärvård, lagen om offentlig upphandling gäller inte om LOV tillämpas. Alla utövare ska ha samma villkor, landstingen kan inte ställa särskilda krav på privata eller ge sina egna utövare företräde. Att detta i praktiken inte visat sig fungera helt lämnar jag därhän [4]. Landstinget ska ha löpande annonsering och ett s.k. förfrågningsunderlag tillgängligt. Detta ska innehålla allt man behöver veta för att starta upp en mottagning. Centralt i förfrågningsunderlaget är en omfattande "Regelbok". Här finns landstingets regler och krav för ackreditering, vilka gäller för alla, såväl egen verksamhet som privat. Regelboken beskriver hur vården ska bedrivas, dels i allmänna ordalag och dels detaljerat, om till exempel kompetens, öppettider, utbud och även den ekonomiska ersättningen.

Hälsofrämjande visioner är framträdande

Regelböckerna inleds med övergripande beskrivning av uppdrag, visioner och mål för primärvården. Här är hälsofrämjandet och förebyggande arbete mycket framträdande hos alla landsting [5]. Det finns en god ambition att hälsofrämjande arbete ska bedrivas. Exempel: "Vården skall ske utifrån patientens förutsättningar och integreras med ett hälsofrämjande synsätt." Eller mer specificerat: "Vårdenheten ska lägga stor vikt vid patienternas och invånarnas levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, fysisk inaktivitet och dåliga matvanor) för behandling och förebyggande av sjukdom samt för att främja hälsa och livskvalitet." Ibland specificeras hur uppdraget ska utföras: "För att påverka levnadsvanor ska vårdenheten använda metoder som till exempel fysisk aktivitet på recept (FaR) och en patientcentrerad samtalsmetodik enskilt eller i grupp."

Från allmänmedicinsk synpunkt är det utmärkt att förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt främjas, det är ett underutnyttjat behandlingsalternativ. Det kan också bidra till att motverka socioekonomiskt betingad ojämlikhet i hälsa, eftersom även levnadsvanor och kunskap om levnadsvanors betydelse är ojämnt fördelade. Prevention och hälsofrämjande bör vara basen i hälso- och sjukvården enligt "Marmotkommissionens" förslag [6].

Dessa allmänna visioner är emellertid inte förenade med uppföljningskrav eller ekonomiska incitament. Det är visserligen värdefullt att veta vad beställaren anser viktigt, men än viktigare hur denna viljeinriktning konkretiseras i ekonomisk ersättning eller andra mer styrande direktiv. Här saknas dock en hel del och landstingen är ännu trevande.

Vårdval gör det viktigare att följa upp våra insatser

Tidigare har landstingen inte behövt specificera detaljerat i förväg hur utövarna ska bedriva vården, det mesta har ju varit i egen regi och man har kunnat formulera krav på privata entreprenörer inför varje upphandling. Nu kan vem som helst starta verksamhet när som helst, bara man uppfyller kraven i regelboken. Detta är en ny situation och landstingen söker nu efter bra modeller för att mäta kvaliteten på det hälsofrämjande arbetet, med syfte stimulera kvalitetsarbete genom ekonomisk ersättning.

Vilka hälsofrämjande metoder och strukturer bör premieras?

I höst presenteras Socialstyrelsens nationella riktlinjer om sjukdomsförebyggande metoder och levnadsvanor. Då vet vi vilka metoder som har evidens. Detta kommer att väga tungt och påverka ersättningsmodellerna. Förhandsbesked säger att det finns många hälsofrämjande metoder med god evidens. Det ligger i såväl huvudmannens som vårt intresse att dessa metoder används och vi kan förvänta oss ekonomiska styrmedel för att stimulera metodernas användning.

För oss i professionen och för patienterna är det dessutom ytterst viktigt att metoderna passar ett allmänmedicinskt arbetssätt. Därför bör vi, även i avvaktan på riktlinjerna, diskutera för- och nackdelar med olika metoder samt även andra sätt att stärka ett hälsofrämjande arbetssätt utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv. Vi vet väl att en förutsättning för framgångsrik implementering är att metoden är förankrad i professionens värderingar och attityder, och detta ligger därför i en klok huvudmans intresse [7]. Implementering i strid mot professionens värderingar, riskerar även lojaliteten med vårduppdraget och därutöver att sätta hälsofrämjandet i dålig dager.

SFAM har varit förutseende och klubbat ett dokument med förslag till vad som bör mätas och följas upp i vårdval [8]. SFAM-Q har tidigare formulerat "Mål och Mått i primärvården" där man visar på möjliga kvalitetsindikatorer [9]. I dessa dokument nämns dock bara kort om hälsofrämjande arbetssätt. Jag vill därför visa på några ytterligare styrmedel och främjande faktorer. Listan nedan baseras på vad som förekommer eller har diskuterats, men gör inte anspråk på fullständighet. Jag kommenterar bara kort, men gör ingen djupare analys eller värdering här. Det arbetet är ett nästa steg och just det arbete som bör göras i varje landsting tillsammans med oss allmänmedicinare och övriga professioner inom primärvården.

Några styrmedel med syfte att stärka hälsofrämjande arbete

1. Kompetens

Det är svårt att mäta kompetens på hälsofrämjande eller på patientcentrerat arbetssätt och därmed att premiera detta. Att ekonomiskt premiera deltagande i relevant utbildning kan vara ett försök. Motiverande samtal och riskbruksverkstad kan vara relevanta. Många länder har krav på viss omfattning av vidareutbildning för att få behålla certifiering. Kommandoutbildning eller ekonomiska motiv riskerar dock att motverka motivation





Nu kan vem som helst starta verksamhet när som helst, bara man uppfyller kraven i regelboken

till lärande och därmed utbildningsvärdet [10]. Säkrad tillgång till lämpliga utbildningar är dock en bra grund. Troligen kan ett förhållningssätt med fortlöpande aktiv kompetensutveckling eller förbättringsarbete utgående från professionen ge bättre resultat än att premiera enstaka utbildningar?

2. Aktivt förbättringsarbete

Livslång fortbildning är ett måste för vår profession, ny kunskap och nya förhållningssätt tillkommer (hälsofrämjande, patientcentrerad, värdebaserad medicin). Lämpliga aktiviteter är FQ-grupper, regelbundna medsitningar, videofilmning, systematisk avvikelserapportering, individuella fortbildningsplaner, regelbundna arbetsplatsbyten eller deltagande i SFAM-Q:s kvalitetsregister www.pvkvalitet.se vilken även ger möjlighet till jämförelser med andra. Stimulansmedel för sådant förbättringsarbete kan rekommenderas och även en vidareutveckling av www.pvkvalitet.se så att det inkluderar mer av hälsofrämjande. Då de flesta enheter är små behövs ofta stödresurser som kan underlätta enheternas förbättringsarbete.

3. Bra resurser och struktur på mottagningen

Kvalitet kan bestå av bra strukturer på vårdcentralen såsom tillgång till dietist eller en sjuksköterska som arbetar med levnadsvanor. Arbetet kan bestå i patientarbete, men även ansvar för utformning av väntrum, informationsmaterial och andra hjälpmedel. Förekomst av aktuell samarbetsrutin med vårdgrannar och enkla remissvägar som underlättar arbetet kan premieras.

4. Stöd från ledning

En förutsättning för implementering är stöd från ledning, både politisk och verksamhetsledning. Särskilt i vår verksamhet, där det inte finns utrymme för ytterligare arbetsuppgifter utan att prioriteringar måste göras. Detta stöd kan, förutom ekonomiska incitament, uttryckas på minst två andra sätt. Först och främst måste stödet finnas i form av både uppdrag och frihet för professionen att själva utveckla sin profession, inklusive en hälsofrämjande inriktning. Det finns många eldsjälar och engagerade kollegor, det gäller att ta vara på den resursen. För det andra är även ett ideellt stöd viktigt, såsom ett visat engagemang, uppmuntrande massmediala uttalanden om utförda aktiviteter. Detta är inget ekonomiskt styrmedel, men jag vill ändå nämna det som en viktig komponent.

5. Befolknings- och patientenkäter

Befolkningsundersökningar såsom Nationella folkhälsoenkäten från Folkhälsoinstitutet, Liv och Hälsa och SKL:s Vårdbarometern kan användas för att mäta förändringar i hälsoläget och levnadsvanor. Den nya Nationella patientenkäten från SKL visar än mer detaljerat patienternas syn på vården på kommun- och vårdcentralsnivå och huruvida man diskuterat levnadsvanor. Befolkningar är så olika att man inte kan jämföra kommuner, men förändringar över tid i en kommun eller vårdcentral kan troligen återspeglas. Lokala patientenkäter på vårdcentraler kan utformas så hälsofrämjande insatser kan mätas och ersättas.

6. Journaldata om patienters levnadsvanor

En modell som vuxit fram med den sökordsbaserade datajournalen är mätning och ersättningar kopplade till vissa sökord. Vanligast är uppgift om rökning, motion, kostvanor eller alkoholkonsumtion. Ibland registreras detaljerade uppgifter om beteendet, ibland bara att levnadsvanan diskuterats. Frågeformulär om levnadsvanor är ett hjälpmedel som använts med syfte att få standardiserade svar för journalföring samt för att få igång samtal. Det är positivt att främja samtal om levnadsvanor, men det kan ifrågasättas om systematisk journalföring av levnadsvanor är ändamålsenlig och etiskt riktig samt om frågeformulär främjar god patientkontakt. Formulär som efterfrågar beteende (t.ex. hur mycket alkohol man dricker) uppfattas ibland integritetskränkande. Att efterfråga önskemål om förändring och behov av stöd kan vara mer patientcentrerat. Jag har tidigare diskuterat problematiken i AllmänMedicin [11].

7. Journaldata om åtgärder

Andra journaldata som är teoretiskt möjliga att mäta och ersätta är förskrivning av de underutnyttjade alkoholläkemedlen Naltrexon och Acamprosat eller rökavvänjningsmedel. Här kan man diskutera risker i form av indikationsglidning. Samma vid registrering av lab-provtagning som har samband med levnadsvanor (BMI, GT, PEth och CDT, lipider etc.).

Mer realistiska alternativ, som också speglar aktivitet på hälsoområdet, är antal recept på fysisk aktivitet (FaR), remiss till rökavvänjning, livsstilssjuksköterska, beroendesjuksköterska eller dietist. Eller bara att levnadsvanor diskuterats. Resultatindikatorer (t.ex. hur många som går på ordinerad träning) kan ibland vara att föredra framför processindikatorer (antal utskrivna FaR-recept).

8. Storlek på besöksersättning kontra listningsersättning

För samtliga ovanstående åtgärder kan kopplas målrelaterade ersättningar med syfte att öka aktiviteten. Dessa ersättningar har hittills aldrig varit mer än några få procent av primärvårdens totalbudget, men flera landsting har ambitionen att det ska vara en stor del. Största delen av dagens ersättning utgörs av besöksersättning och kapitering (listningsersättning). En stor besöksersättning i förhållande till listningsersättning (Stockholmsmodellen) har rapporterats styra mot ökad tillgänglighet men samtidigt kortare besök, receptåtgärder och antas missgynna mer tidskrävande arbetssätt såsom samtal om levnadsvanor och motiverande samtal. Det är dock inte utvärderat om den motsatta modellen (Halland) medfört att hälsofrämjande arbete stärkts.

9. Flexibla ersättningssystem

Då många olika ersättningssystem nu testas kommer såväl bra som mindre bra varianter att se dagens ljus. Därför är det också nödvändigt att modellerna snabbt kan justeras. Möjligheten till snabba justeringar är också viktig då vissa ersättningsmodeller kan medföra osund indikationsglidning och falsifiering av data. Detta kontrasterar dock mot krav på stabila ekonomiska spelregler. Sammantaget talar detta för en liten målrelaterad ersättning som kan växa när man funnit fungerande modeller.

10. Passiv listning

System med listning av invånare som inte gjort eget val (passiv listning) kan ha många nackdelar, bl.a. försvärad nyetablering, men kanske kan den ökade kostnadskontrollen underlätta för att utveckla hälsofrämjande arbetssätt [4].

11. Fast läkarkontakt

Läkarkontinuitet medför tidseffektiva besök, mindre behov av medicinsk service och färre akutbesök. Kännedom om patientens livssituation gör det lättare att diskutera levnadsvanors betydelse, och att prata om rätt sak vid rätt tillfälle. Diskutera rökningen lite extra när patienten söker för hosta eller fysisk aktivitet när han söker för ryggvärk.

Slutord

"Det systematiska förbättringsarbetet ska vara väl förankrat bland alla medarbetare." SOSF 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Oavsett vilket styrsystem som införs med syfte att stärka hälsofrämjande och förebyggande arbete är min bedömning att Socialstyrelsens skrivning måste vara en utgångspunkt. Detta innefattar även att skapa en förståelse för innebörden av begreppet och betydelsen av hälsofrämjande och förebyggande, samt utbildningar i hur man praktiskt jobbar med detta.



Sven Wählin
Bålsta vårdcentral
Projektledare i Riskbruksprojektet,
Statens folkhälsoinstitut
sven.wahlin@fhi.se

Referenser

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen. 2008;105(47):3452-5.
 2. Lindström K, Engström S. Att ekonomiskt stimulera till bättre kvalitet i vården – några förslag. Läkartidningen. 2009;106(14):1028-9.
 3. Statens folkhälsoinstitut. Riskbruksprojektet. http://www2.fhi.se/templates/Page_16282.aspx.
 4. Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder. Delrapport 1. Konkurrensverkets rapportserie 2009:5. Stockholm: Konkurrensverket; 2009.
 5. Hälsofrämjande och förebyggande i vårdval 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
 6. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organisation; 2008.
 7. Gulbrandsson K. Från nyhet till vardagsnytta - Om implementeringens svåra konst. Rapport 2007:20. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
 8. Uppföljning av primärvård i vårdvalssystem. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) rekommendationer avseende mätetal. Antagen av SFAMs styrelse 2010-02-09. Tillgänglig på www.sfam.se.
 9. Mål & mått i allmänmedicin. Kvalitetsindikatorer i primärvård framtagna av SFAM-Q kvalitetsråd inom Svensk förening för allmänmedicin. Tillgänglig på www.sfam.se.
 10. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translation guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. Can Med Assoc J. 1997;157:408-16.
- Wählin S. Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. AllmänMedicin. 2009;4:27-30.

Vi kan lova lönsamhet på långsiktiga investeringar.

Ni är svaret på utsatta barns önskan om en bättre framtid. Tack vare företag som tror på att investera långsiktigt kan vi ge så många barn som möjligt ett hem, en familj och utbildning.

BLI FADDERFÖRETAG PÅ WWW.SOS-BARNBYAR.SE/FORETAG



SOS-BARNBYAR

Signerade reproduktioner av omslagsbilderna från Läkarmatrikeln

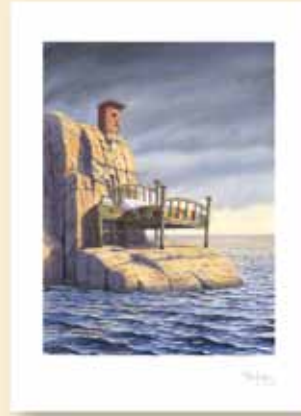
Vårdval • 2009



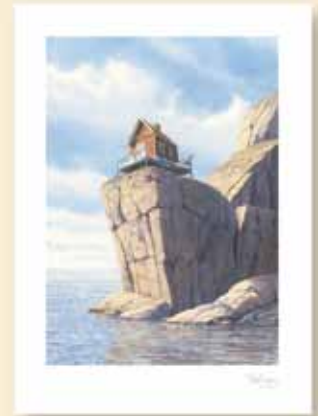
Sjuktransport • 2008



Sängläge • 2007



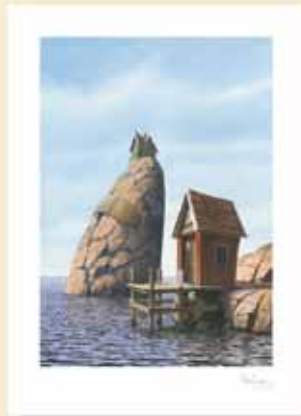
Sjukstuga • 2006



Stenbrott • 2005



Sjösjukan • 2004



Ö-Lasarett • 2003



Gör er beställning på www.mediahuset.se, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30.

Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg. Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr). Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären. Gör er beställning på www.mediahuset.se, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30.

PETER ENGBERG

Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning. Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från bohuslän.

Anders Håkansson har lämnat oss i förtid

Efter en tids svår sjukdom har professor Anders Håkansson i Malmö avlidit strax efter fyllda 60 år. Anders var en akademisk allmänläkare, som aldrig förlorade kontakten med och respekten för den allmänmedicinska vardagen. Han började som allmänläkare i Växjö, där han under en dryg tioårsperiod var chef för vårdcentralen Teleborg. Här startade han en liten FoU-enhet i primärvården, som så småningom kom att växa och bli FoU-centrum Kronoberg. Då hade Anders redan lämnat Växjö för ett lektorat vid allmänmedicinska institutionen i Malmö, där han så småningom blev professor.

Forskningsintresset fanns med redan från start och han disputerade 1989 på en avhandling som utgick ifrån hans eget arbete med mödra- och barnhälsovård. Han var en sann pionjär inom allmänmedicinsk forskning i periferin och det säger mycket om hans person, att han stod som ensam författare till samtliga fem artiklar i sin avhandling. Han var alltid pålitlig, noggrann, strukturerad och intellektuellt vass in i det sista. Vi som jobbade med honom vet att han var fenomenal på att göra tabeller och figurer. Den rörigaste resultatredovisningen kunde han kondensera och fånga i en tydlig tabell, utan att våldföra sig på verkligheten. Som medarbetare avundades man, men uppskattade samtidigt denna egenskap!

Anders hade en underfundig humor och en god självkänsla, men han var helt befriad från akademiskt snobberi och hade sällan behov av att själv stå i rampljuset. Därför var det så lätt för honom att attrahera och inspirera kollegor med olika bakgrund till att börja forska och skriva. Vi vågar säga att han var den bästa av forskningshandledare. Han hjälpte många med artikelskrivande, handledde studenter och doktorander. Inte mindre än 15 doktorander hann han leda fram till disputation och ytterligare nio var på gång. Kurser i forskningsmetodik utanför universitetssjukhusen var hans särskilda skötebarn ända in i det sista. I samarbete med danska kollegor drog han igång kurser i forskningsmetodik även i Danmark. Så sent som dagen före hans död fick vi ett artikelmanus i det ämnet.

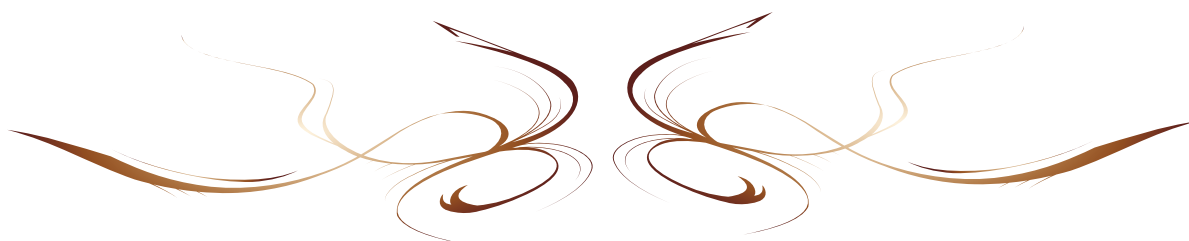
Anders var chefredaktör för AllmänMedicin under många år. Vi som hade förmånen att samarbeta med honom i redaktionen i mer än tio år, minns med stor glädje den redaktionella kreativiteten under hans ledning. Han var också redaktör på Läkartidningen och Scand J Prim Health Care och drog hela tiden aktivt med sig kollegor i arbetet som skribenter och referees. Det var ett av hans många sätt att låta allmänmedicinen få inflytande på det medicinska kunskapsfältet.

Under en lång period var Anders svensk representant i EGPRN, det europeiska nätverket för forskning inom allmänmedicin och tillsammans med Ingvar Ovhed i Blekinge var han också aktiv i forskningssamarbetet med Baltstaterna framförallt genom sin medverkan i Forum Balticum. Anders var aktiv i SFAMs forskningsråd, där han bland annat sammanställde alla allmänläkares avhandlingar som nu finns tillgängliga på SFAMs hemsida.

Det är lätt att ta till stora ord i ett sorgligt sammanhang som detta, men utan överdrift har svensk allmänmedicin förlorat en av sina allra starkaste företrädare med Anders Håkansson. Och vi har förlorat en av våra bästa vänner och en mycket uppskattad kollega.

Malin André
Bristarvets VC, Falun
ordförande forskningsrådet

Christer Petersson
Strandbjörkets VC och FoU-Kronoberg
Växjö



Är det sjukdomen eller är det patienten som är viktigast?

Iona Heath om allmänläkarens uppgift

Det kostar inget att fråga, tänkte jag, när jag tog reda på Iona Heaths mailadress för att fråga om hon ville komma till vårt årsmöte i SFAM Gävleborg. Sagt och gjort, och efter några dagar ett svar:

- Jo, det skulle kunna fungera!
- Oj!

I några år har vi i SFAM Gävleborg, tillsammans med utbildningsordnaren i landstinget, gjort vårt årsmöte till en utbildningsdag för alla familjeläkare. Det har varit värdefullt på många sätt. I ett län som detta med stora avstånd ser man inte sina kollegor från andra länsdelar så ofta. Vakanserna är många, Hälsovalet (jo, det heter så hos oss också) och andra aktuella organisatoriska klåfingrigheter ökar förvirring och osäkerhet i vardagen på ett sätt som hotar kliva över gränsen till uppgivenhet. Därför såg vi i styrelsen fram emot denna dag med förväntan. Vi behöver få träffas, vi behöver få reflektera över innehållet i det vi gör till vardags, vi behöver få känna att det är viktigt, och möjligt.

Salen var överfull. ST-läkarna hade detta som sin månatliga träff. Ionas titel var: "General Practice as an essential part of a socially responsible health care system". Hon började med att beskriva den historiska utvecklingen i Storbritannien och i dialog jämförde vi med den svenska. Det finns paralleller, men också skillnader. Hon beskrev hur "sjukhusen tog hand om sjukdomarna, medan patienterna stannade hos sin GP". Hur tog man i Sveriges 60- och 70-tal hand om *patienten* under uppbyggnaden av vår stora sjukhusbaserade vårdapparat? Iona Heath beskrev hur den allmänprakti-



serande doktorn lärde sig att balansera mellan befolkningsperspektiv och den enskildes perspektiv och att man i den balansakten riskerar att drabbas av försiktighet, misstänksamhet och snålhet, vilket i sig försvårar och undergräver arbetet. Hon beskrev den personliga relationen – det personliga kontraktet till och med – mellan läkaren och patienten, som det viktigaste.

Detta är sagt så många gånger, det riskerar att bli en floskel, men när jag reflekterar över vad Iona beskrev så tror jag det beror på att vi ofta tar till oss orden utan att riktigt fatta vad de betyder. Är det sjukdomen eller är det patienten som är det viktigaste i min värld? Är patienten en bärare av min arbetsuppgift sjukdomen, eller är hon/han i sig själv min uppdragsgivare? Iona tog senare i föredraget bilden av patienten som en skärm, som sjukdomen är projicerad på, ointressant i sig själv men visande doktorn det som ska åtgärdas. Är doktorn mer rädd för att missa något i det föreskrivna sjukdomshanterandet än för att skada patienten?

Ionas budskap var att allmänmedicin är nödvändig i ett socialt ansvarigt sjukvårdssystem av tre skäl:

1. En människa är både subjekt och objekt.
2. Sjukdomsupplevelse (illness) och sjukdom (disease) är inte samma sak.
3. Behov och efterfrågan är inte samma sak.

Att människan är både subjekt och objekt innebär att hon som subjekt själv påverkar och utformar sitt liv och sin upplevelse av sitt liv. Om man ser henne som en bildskärm som den biologiskt/psykologiskt reproducerbara sjukdomen projiceras på, förloras både möjligheter att ge den vård som den människan behöver och potentialen av hennes egna läkande krafter.

Vi har vår viktigaste uppgift i skiktet mellan illness och disease. Våra patienter måste kunna lita på vår diagnostiska förmåga. En allmänläkare behöver behärska ett stort biomedicinskt fält. Det är en stor tjänst vi gör våra patienter – men också våra sjukhuskollegor – genom att lära oss att tolka "illness", sjukdomsupplevelsen,

i patientens livskontext. Vi ska se till att, när det behövs, ge och förmedla vård för "disease"/sjukdom. Men vi ska också skydda från onödig och skadlig vård. Iona Heath upprepade: "Vi får aldrig glömma hur farlig sjukvården är där den inte behövs!"

Det brittiska, liksom det svenska sjukvårdssystemet, är uppbyggt på solidaritet. Det faktum att behov och efterfrågan inte är samma sak kan bli ett gigantiskt hot mot ett ansvarigt solidariskt system när det infiltreras av fruktan för sjukdom, ivrigt underblåst av ekonomiska krafter. Industrin uppfinner nu på löpande band nya sjukdomar som man kan drab-

bas av, och kanske redan ha? Normala livstillstånd kan sjukdomsförklaras och behandlas. Allt detta tränger undan den lidande personen utan röst, i ett system där vi tillsammans ska dela på en given kaka.

Vi har som allmänläkare en uppgift att se dessa fenomen, påtala vad som riskerar att hända. På en av Ionas bilder citerades Georges Elliot 1872: "You must be sure of two things; you must love your work and not be always looking over the edge of it, wanting your play to begin, and the other is, you must not be ashamed of your work and think it would be more honourable to you to be doing something else. You must have pride in your own work, and in learning to do it well."

Vid detta årsmöte med internationell gäst, hade vi också glädjen att få vidareförmedla en utmärkelse. Monica Lindh, erfaren studierektor, har i flera år varit Sveriges representant i Euract och i det arbetet gjort en stor insats för SFAMs internationella arbete, och samtidigt för den allmänmedicinska utbildningen. För det fick hon på höstmötet i november utmärkelsen SFAM lejon. Men när höstmötet gick av stapeln i Uppsala var Monica i Sydafrika, så vi passade på att dela ut priset hemma hos oss. Ett grattis till Monica, med tack för din insats!

Anna-Karin Svensson
anna-karin.svensson@lg.se

Annons

Annons

Vårdbehov hos papperslösa

Erfarenheter från Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm 2008

SAMMANFATTAT

I Sverige finns fyra mer etablerade frivilliga vårdinrättningar som på olika sätt ger eller förmedlar vård till papperslösa. Studiens främsta syfte är att bedöma vårdbehovet för de som söker vård vid en av dem; Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm.

Resultaten visar att den optimala initiala vårdnivån till övervägande del var primärvård. Specialist i allmänmedicin kunde handlägga 81% av läkarbesöken och 93% av de vårdinsatser som dessa patienter behövde.

Studien bekräftar att det finns ett behov av primärvård för papperslösa som ej tillgodoses inom den offentliga sjukvården.



Helena Ganslandt

Magdalena Fresk

Bakgrund

Det finns ingen tillförlitlig statistik om hur många papperslösa som lever i Sverige och mycket litet är känt om gruppens hälsa och behov av hälso- och sjukvård. Papperslösa upp till 18 år vars föräldrar tidigare sökt asyl har rätt till hälso- och sjukvård i samma utsträckning som andra barn i Sverige [1]. Vuxna papperslösa däremot har endast laglig rätt till akut sjukvård [2, 3, 4] och i de flesta landsting erbjuds ingen kostnadsreduktion. I Stockholms läns landsting kostar ett läkarbesök vid en vårdcentral 1600 kronor och ett besök på mödravårdscentral 700 kronor. Vid akutmottagningar på sjukhus varierar kostnaden mellan 1600 kr – 2000 kr [5].

För att täcka upp behovet av vård för denna grupp människor finns i Stockholm, Göteborg och Malmö fyra mer etablerade frivilliga vårdinrättningar som på olika sätt ger eller förmedlar vård till papperslösa. En av dem är Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm där denna studie är utförd. Internationellt finns studier gjorda som behandlar papperslösa ur olika medicin-

ska aspekter men i Sverige är kunskapen begränsad. I Läkartidningen publicerades 2006 en studie i ämnet baserad på data ifrån Läkare Utan Gränsers vårdförmedling för irreguljära immigranter [6]. Det framgår av studien att vårdcentraler är svårtillgängliga för papperslösa och att kostnaderna är ett av de största hindren för tillgång till adekvat vård.

För att närmare undersöka vårdbehovet för gruppen papperslösa ur ett primärvårdsperspektiv har denna studie genomförts vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling. Studiens syfte är att beskriva patientgruppen och bedöma vårdbehovet samt för gruppen allmänmedicinska patienter även klassificera behovet av utredning och behandling.

Metod

Design

Studien riktar sig mot patienter som sökt vård vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling. Beskrivning av patientgruppen har gjorts och vårdbehovet för patienterna har kartlagts efter initial bedömning av allmänläkare. Kvantitativa metoder har använts.

Undersökningsgrupp

Under mätperioderna 31 mars – 30 maj samt 29 juli – 2 september 2008 tillfrågades alla patienter som fyllt 18 år och som sökte vård för första gången vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling om de ville delta i studien. Muntlig information om studien gavs till alla patienter och skriftlig information fanns tillgänglig på fem språk. Muntligt samtycke var obligatoriskt för inklusion i studien.

Totalt uppfyllde 104 patienter inklusionskriterierna och av dessa inkluderades 83 patienter. 21 patienter kunde inte inkluderas i studien vilket ger ett bortfall på 20%. Av bortfallet var det enbart tre patienter som avböjde deltagande i studien.

Undersökningsprocedur

Efter inkludering gavs patienten ett löpande studienummer av inskrivande sjuksköterska som även fyllde i det initiala studieformuläret samt registrerade aktuell besöksorsak, en eller flera. Det gjordes en registrering per diagnos som patienten sökte för, således har studien 83 patienter och 108 diagnoser.

Alla patienter som inkluderats i stu-



dien diskuterades därefter vid en muntlig rond mellan sjuksköterska från Röda Korsets sjukvårdsförmedling och minst en av författarna.

Utifrån ifyllda formulär och sjuksköterskans samtal med patienten gjordes en läkarbedömning av optimal initial vårdnivå. För de patienter som hänvisades vidare gjordes notering om pågående behandling, klassificering av aktuella diagnoser enligt ICPC-2, bedömning av akut eller kronisk karaktär och om vård borde ha givits tidigare.

De patienter som initialt bedömdes ha behov av att träffa en specialist i allmänmedicin bokades in till en av författarna för ett läkarbesök. Efter läkarbesöket gjordes notering om pågående behandling, klassificering av aktuella diagnoser enligt ICPC-2, bedömning av akut eller kronisk karaktär och bedömning om vård borde ha givits tidigare. För varje diagnos bedömdes för dessa patienter också behovet av utredning och behandling genom klassificering med processkoder enligt ICPC-2.

Mätmetoder

Papperslös definieras i studien som en person som saknar uppehålls- eller arbetstillstånd, inte har visum och inte aktuellt är asylsökande.

De variabler som användes för beskrivning av patientgruppen var kön, ålder, ursprungsland, om patienten tidigare sökt om asyl/uppehållstillstånd, hur länge patienten levt i Sverige och hur länge patienten varit papperslös.

För självskattning av självupplevd hälsa användes den standardiserade fråga som används vid Statistiska Centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden. Denna fråga används även av EU vid motsvarande undersökningar och valdes för att kunna jämföra resultat med såväl svensk som europeisk statistik [7, 8].

För diagnosklassificering användes den svenska översättningen av ICPC-2, ver. 1.2 [9] som är ett mer primärvårdsanpassat diagnossystem än ICD-10.

Vårdbehovet bedömdes dels genom en läkarbedömning av optimal initial vårdnivå (akut sjukhusvård, specialist i allmänmedicin, annan specialistläkare, annan vårdinstans eller annan vårdkate-

gori inkluderande barnmorska, distriktsköterska, psykolog och sjukgymnast) dels genom att behovet av utredning och behandling klassificerades med processkoder enligt ICPC-2 för de patienter som handlagts av specialist i allmänmedicin.

Bedömningen om vård borde givits tidigare baserades på risken för medicinska komplikationer i och med att vård fördröjts. Akut eller kronisk karaktär vid ett sjukdomstillstånd bedömdes efter sedvanliga principer vid respektive åkomma.

Forskningsetiska överväganden

Patientjournalerna förvaras i enlighet med patientdatalagen på Röda Korsets sjukvårdsförmedling och i studieformulären registrerades inga namn eller andra identitetsuppgifter. De patienter som valde att inte delta i studien omhändertogs medicinskt likvärdigt med studiepopulationen. Då studieplanen gjordes bedömdes studien kunna klassificeras som ett kvalitetsprojekt vid den egna arbetsplatsen och genomgick därför ej prövning i etikprövningsnämnden.

Resultat

Geografiskt ursprung

Studiepopulationen kom från 32 olika länder och de vanligast förekommande länderna var Bolivia, Mongoliet och Chile. 43,5% kom från Syd- och Mellanamerika.

Kön och ålder

Studiepopulationen utgjordes av 69% kvinnor och 31% män. Om patienter som sökte pga. graviditet eller önskan om preventivmedel utesluts ur statistiken finns fortfarande en viss kvinnlig dominans, 59% kvinnor respektive 41% män. Studiepopulationens ålder var i genomsnitt 35,7 år med medianålder 32,0 år. Om patienter som sökte på grund av graviditet eller önskan om preventivmedel exkluderades var åldern i genomsnitt 36,5 år med medianålder 38,2 år.

Tid i Sverige och tid som papperslös

Studiepopulationen hade i genomsnitt varit i Sverige i 37 månader vid tiden för inskrivning vid mottagningen men variationen var mycket stor. Hälften hade varit i Sverige mer än tre år och

10% mer än sex år. Hälften hade levt som papperslösa minst ett år och 10% hade varit papperslösa i tre år eller mer. Sju patienter uppgav inte antal månader som papperslös då de inte uppfattade sig själva som papperslösa, men bedömdes ändå som papperslösa enligt studiens definition. 81% av studiepopulationen angav att de tidigare sökt asyl eller uppehållstillstånd på annan grund och 19% uppgav att de inte sökt någon form av uppehållstillstånd.

Självupplevd hälsa

På frågan: "Hur bedömer du din hälsa i allmänhet?" klassade 38% sin hälsa som "god eller mycket god" och 35% sin hälsa som "dålig eller mycket dålig". Det fanns en könsskillnad i självskattad hälsa där kvinnor upplevde att de mätte signifikant bättre än män. Efter att ha korrekterat för graviditet skattade dock män och kvinnor sin hälsa lika. Det fanns en skillnad i självupplevd hälsa beroende på geografiskt ursprung där patienter från Asien och Syd- och Mellanamerika i högre omfattning än övriga klassade sin hälsa som "god eller mycket god".

Optimal initial vårdnivå

Av alla diagnoser bedömdes 64% primärt kunna handläggas av en specialist i allmänmedicin vilket motsvarar 81% av de diagnoser som krävde läkarbesök. 21% av alla diagnoser hänvisades primärt till "annan vårdkategori" inom vilken besök hos barnmorska dominerar. För de 13% av diagnoserna där den optimala initiala vårdnivån var "annan specialistläkare" dominerade behov av gynekolog (57%) och psykiater (21%). Övriga hänvisades till venerolog, onkolog och endokrinolog.

Diagnosklassificering

Diagnoskategorier och enskilda specificerade diagnoser redovisas i figur 2 respektive tabell 1. De flesta patienter sökte vård för endast en diagnos. 18% sökte för två diagnoser och 4% för fler än två diagnoser och dessa patienter var jämnt fördelade mellan ursprungsländerna.

I gruppen som sökt vård på grund av graviditet och familjeplanering dominerade patienter från Asien (42%), därefter följde Syd- och Mellanamerika (37%).

Av diagnoserna klassificerades 57% som akuta och 43% som kroniska. Vid kronisk diagnos hade 35% pågående behandling. För 46% av diagnoserna bedömdes att vård borde ha givits tidigare av medicinska skäl.

Behov av utredning och behandling

Vid diagnosklassificering efter besök hos specialist i allmänmedicin faller Graviditet och familjeplanering bort som diagnoskategori och gynekologiska besvär minskar betydligt. Efter läkarbesöket gjordes klassificering av de insatser som bedömdes vara nödvändiga för utredning och behandling. Det framkom då att 7% hade behov av remiss till annan läkare. Övriga kategorier kunde även

Tabell 1.

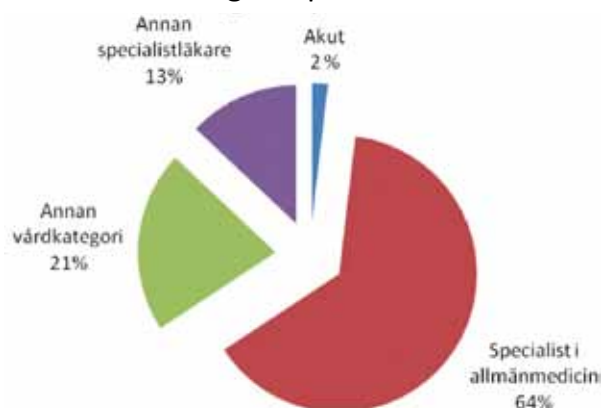
Vanligast förekommande enskilda diagnoser

Diagnos	Antal
Graviditet	12
Depression	7
Oönskad graviditet	5
Ryggsymtom	4
Gastrit	3
Svampinfektion i huden	3
Vuxendiabetes	3
Flytning ur slidan	

Tabell 2. Insatser nödvändiga för utredning och behandling för diagnoser med allmänmedicin som optimal initial vårdnivå.

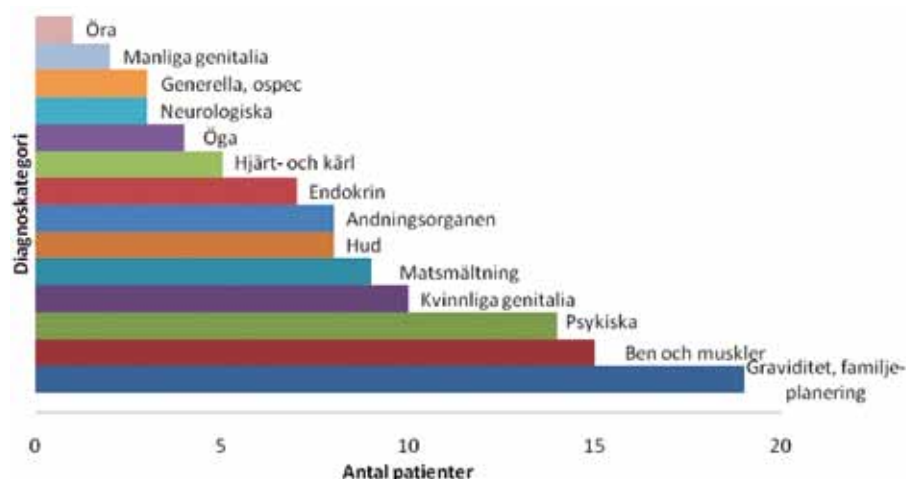
Åtgärder enligt ICPC-2	Antal
Partiell/grundlig undersökning	66
Medicinering	36
Blodprov	19
Observation och rådgivning	18
Remiss annan läkare/sjukhus	14
Röntgen	10
Uppföljningsbesök	9
Remiss annan vårdgivare (ej läk)	5
Urinprov	4
Kliniskt funktionstest (arbetsprov)	2
Terapeutisk rådgivning, lyssnande	2
Klinisk endoskopi	1
EKG	1
Konsultation inom primärvård	1
Totalt	188

Bedömning av optimal vårdnivå



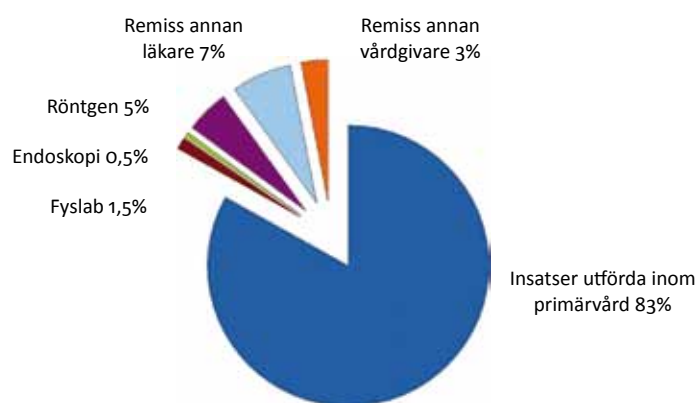
Figur 1. Läkarbedömning av optimal initial vårdnivå.

Diagnoskategorier



Figur 2. Totalt antal diagnoser per diagnoskategori klassificerade enligt ICPC-2.

Nödvändiga insatser för utredning och behandling



Figur 3. Gruppering av insatser nödvändiga för utredning och behandling av diagnoser med allmänmedicin som optimal initial vårdnivå.

fortsättningsvis hanteras av specialist i allmänmedicin verksam vid vårdcentral med ordinära resurser för provtagning, tillgång till distriktsköterska och möjlighet att remittera för röntgen och andra undersökningar.

Diskussion

Den optimala initiala vårdnivån var till övervägande del primärvård. Specialist i allmänmedicin kunde handlägga 81% av läkarbesöken och 93% av de vårdinsatser som dessa patienter behövde. Detta innebär att en betydligt större andel patienter bedöms kunna handläggas inom primärvård än vad som antytts tidigare [6] och detta är enligt vår uppfattning ett tillförlitligt resultat mot bakgrund av den metod som använts.

Graviditet och familjeplanering var den vanligaste diagnoskategorin och 18% av alla som sökt vård kunde hänvisas direkt till MVC. En studie från Genève bland gravida papperslösa påvisade fler oönskade graviditeter och försenad tillgång till prenatal vård, mindre användning av preventivmedel och högre grad av våld under graviditeten än för en i övrigt jämförbar kontrollgrupp [10] vilket visar på de komplexa följder brist på tillgång till vård i samband med graviditet och familjeplanering kan orsaka.

Resultaten visar att de patienter som varit längre i Sverige tenderar att må sämre. Patienter med ursprung från Syd- och Mellanamerika och Asien skattar sin hälsa som bättre än övriga grupper och det är även dessa geografiska områden som dominerar bland de som sökt för graviditet och familjeplanering. Således skiljer sig självupplevd hälsa mellan olika undergrupper av papperslösa.

Att nästan hälften av diagnoserna enligt läkarbedömning borde ha erhållit vård tidigare måste anses anmärkningsvärt. Det har till exempel handlat om felaktig egenbehandling, behandlingsuppehåll trots medicinskt behov av kontinuerlig medicinering och långt gången graviditet utan kontakt med mödravården. Detta resultat stämmer väl överens med vad som framkommer i Médecins du Monde studie som genomfördes år 2005–2006 i sju europeiska länder [11].

Av resultaten framgår att studiepopulationens geografiska ursprung skiljer sig från gruppen asylsökande registrerade i den offentliga statistiken [12] och nästan en femtedel angav att de ej sökt någon form av uppehållstillstånd. Kunskap om asylsökandes hälsa och vårdbehov kan därför inte automatiskt överföras på gruppen papperslösa.

Till studiens styrkor hör att den utförts vid en etablerad vårdförmedling för papperslösa med goda rutiner för dokumentation av data som använts för analys. Bedömningen av vårdbehovet har gjorts i enlighet med diagnosklassificeringssystem som är väl utvecklade för primärvården. Studiepopulationen är representativ för patientklientelet på Röda Korsets sjukvårdsförmedling vid jämförelse med aktuell besöksstatistik [13] och enbart tre patienter avstod från att delta i studien. Det finns inte skäl att misstänka att det övriga bortfallet särskiljer sig från studiepopulationen då anledningarna till bortfallet framförallt var tidsbrist hos personalen och andra organisatoriska skäl. Studiepopulationen var således representativ för den grupp som var avsedd att undersöka.

Slutsats

Studien bekräftar att det finns ett behov av primärvård och mödravård för gruppen papperslösa vilket idag hanteras via frivilliga vårdinrättningar parallellt med den offentliga sjukvården. Studien visar att de patienter som behövde läkarkontakt vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling i Stockholm till största delen skulle kunna handläggas inom primärvård. Eftersom tillgången till primärvård för denna grupp är så begränsad finns risk för medicinska komplikationer som kan medföra lidande för patienten och ökat vårdbehov på sikt. Därutöver tillkommer hela den etiska och folkrättsliga problematik som det innebär att neka adekvat vård till vissa grupper av människor på grund av deras sociala och rättsliga status. Vi anser det därför angeläget att utvidga papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige och då i synnerhet till primärvård och mödravård.

Magdalena Fresk,
ST-läkare i allmänmedicin,
Kista Vårdcentral, Stockholm.
magdalena.fresk@sll.se

Helena Ganslandt,
ST-läkare i allmänmedicin,
Björnstigens Vårdcentral, Solna.
helena.ganslandt@sll.se

Båda ideellt verksamma vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm

Referenser

- Hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl. (SFS 2008:344, 5§). Stockholm: Justitiedepartementet.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 4 §). Stockholm: Socialdepartementet.
- Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2008:345). Stockholm: Socialdepartementet.
- Hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl. (SFS 2008:344, 5§). Stockholm: Justitiedepartementet.
- Avgiftshandboken 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting [online]. 2009 [citerad 2009 jan 27]. <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Mota-patienten/Ta-betalt/Avgiftshandboken-2008/9-Utlandska-medborgare-/Prislista>.
- Ohlson M. Irreguljära immigranter står utanför svensk sjukvård. Läkartidningen. 2006; 103 (45): 3452-5.
- Undersökning av levnadsförhållanden 2004. LE0101(5120). Statistiska centralbyrån [online]. 2004 [citerad 2009 jan 27]. http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/_documents/LE0101_DO_2004.pdf.
- Health interview surveys guidelines for the collection of data on 18 HIS items. Round 2004. European Commission Statistical Office of the European Communities. Directorate Social Statistics and Information Society. Unit Health and Food safety [online]. 2004 [citerad 2009 jan 27]. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.
- International Classification for Primary Care. Wonca International Classification Committee [online]. [Citerad 2009 jan 28]. <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/sensi.html>.
- Wolff H, Epiney M, Lourenco A, Costanza M, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health [online]. 2008; 8(93) [citerad 2009 jan 28]. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-93.pdf>.
- Chauvin P, Parizot I, Drovot N, Simmonot N, Tomasino A. Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care. Villejust; 2007.
- Årsstatistik och översikter. Migrationsverket [online]. [Citerad 2009 juni 04]. <http://www.migrationsverket.se/>



Örebro – Värmlands allmänläkardagar – en ny komet på fortbildningshimlen

Ett vinterfagert Loka Brunn välkomnade ca 150 allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin 13–14 januari 2010 från Örebro och Värmlands län till fortbildningsdagar med titeln "Du är vad Du äter – kost och hälsa för allmänmedicinare".

Organisationskommittén för SFAM:s höstmöte 2008 hade fått smak på att ordna fortbildning. Man hade en massa idéer kvar från SFAM-mötet och ville gärna att fler kollegor skulle få ta del av goda programpunkter. Det konkreta planeringsarbetet genomfördes av lokala SFAM i samverkan med landstingen i Värmland och Örebro.

Upplägget var sådant att samma program gavs två dagar för att ge så många som möjligt chansen att delta. På kvällen första dagen anordnades en festlig middag där lokala SFAM passade på att dela ut sina priser till uppskattade kollegor. Det artade sig till en mycket trevlig kväll som avslutades med underhållning av showgruppen *Sex Kex och dans*.

Programmet bestod av tre huvuddelar som avhandlade centrala och relevanta teman för allmänmedicinare:

- Kost och hälsa
- Evidensbaserat omhändertagande av IBS
- 24-timmars blodtrycksmätning

Kost och hälsa

Ingen kan väl undgå den kontrovers som råder beträffande dagens kostrekommendationer. Arrangörerna hade bjudit in två framstående föreläsare med lite olika ståndpunkter i kostfrågan. De fick först ge sin egen syn på dagens kostrekommendationer för att på slutet sammanföras i en diskussion med varandra och auditoriet.

Andreas Eenfeldt är ST-läkare i allmänmedicin i Karlstad och driver hälsobloggen Kostdoktor.se. Andreas är en varm förespråkare för LCHF-kosten. Han beskrev den markanta förändringen som skett av människans kost genom in-

förändret av socker och vitt mjöl under en mycket kort tid av mänsklighetens historia. Han gav också en skrämmande illustration till den fetmaexplosion som drabbat USA under den senaste 20-årsperioden. Flera studier presenterades vilka gavs stöd för LCHF dieten effekter för viktsreduktion, kontroll av diabetes samt för att förebygga hjärtsjukdom.

Mai-Lis Hellenius, professor i allmänmedicin vid KI med inriktning mot kardiovaskulär prevention, fick så ge sin bild av debatten. Hon beskrev kostdebatten som högljudd och förvirrad och påhejad av media som gärna skildrar kontroverser. Hon rekapitulerade riskfaktorerna för hjärtinfarkt såsom de framgår av Interheart-studien och också det faktum att dödligheten i hjärtinfarkt halverats i Sverige under tiden 1986–2002. Hon framhöll svårigheterna med att göra studier på kost och varnade också för övertolkning av epidemiologiska studier





Andreas Eenfeldt



Mai-Lis Hellenius

som ju främst är hypotesskapande. När det gäller interventionsstudier framstår ju Lyon Diet Heart Trial som ett lysande exemplet på studier som ger stöd för medelhavskostens effekter för att minska hjärt-kärl dödligheten. Men vad är det i medelhavskosten som har den förebyggande effekten? Det kanske inte är möjligt att utröna och det är kanske mer relevant att tala om kostmönster. Vi fick en genomgång av medelhavskostens karakteristiska innehåll – det låter inte bara nyttigt utan också gott.

Nya kunskaper inom genetik ger också bidrag till förståelsen varför exempelvis fysisk aktivitet kan innebära stor viktsnedgång hos en individ och inte en annan.

Är det något man tar med sig från dessa föreläsningar så är det att det inte finns ett svar på frågan vilken kost som är mest lämplig att rekommendera. Vi kommer sannolikt att få lov att lära oss att individualisera råden och att en regim som fungerar för en person inte fungerar för en annan beroende bland annat på olika genetiska förutsättningar.

Evidensbaserat omhändertagande av patienter med IBS

Funktionella mag-tarmbesvär är ett vanligt problemområde för den praktiserande allmänmedicinaren. IBS har tagit steget från att vara en exklusionsdiagnos, en slaskgrupp där man vid undersökningar

inte hittat något fel, en information som varit svår att ta till sig för den som har mycket konkreta och besvärande symtom. Mycket arbete har lagts ner på att utveckla diagnostiken och förståelsen av problemområdet. Professor **Hans Törnblom**, KI, gav en fin översikt över den moderna klassifikationen av IBS såsom framgår av klassifikationsdokumentet Rome III.

Hans presenterade en beslutsalgoritm som kan användas för diagnostik av tillstånden med hjälp av symtomkriterier, statusfynd och enkla laborationer samt gav han exempel på ”alarmsymtom” som bör föranleda vidare utredning. En styrka med beslutsalgoritmen är att IBS blir en positiv diagnos som både patient och läkare kan känna sig trygga med. Den viktigaste delen av behandlingen blir information samt att man i övrigt kan praktisera symptomatisk behandling beroende på vilka besvär som dominerar bilden. Många patienter med IBS får ökade besvär av mjölk. Här ger Hans ett pragmatiskt råd: Låt patienten pröva om besvären blir bättre av minskat mjölkintag istället för att göra gentester eller belastningar.

Varför är en del människor mer känsliga för stimuli från mag-tarmkanalen? Hans menar att det rör sig om en störning i nervsystemet där sensoriska systemets volymknapp bildligt talat är uppskruvad och där signaler också når emotionella centra i hjärnan. En modell

som vi känner igen från fibromyalgi och idiopatiska smärttillstånd.

En immunologisk aktivering kan sannolikt också föreligga. Det är inte ovanligt att besvär kan debutera efter en magtarminfektion, där besvär kvarstår långt efter att smittämnet är eliminerat.

Föreläsningen gav sammanfattningsvis hjälpmedel för att ställa rätt diagnos vid funktionella magtarmbesvär med förhållandevis enkla medel samt vägar till behandling av besvären grundade på modern kunskap. En utmärkt sammanfattning går att läsa på www.svenskgastroenterologi.se/riktlinjer.

24-timmars blodtrycksmätning

Blodtryckets betydelse för kardiovaskulär sjuklighet och död beskrevs av professor Fredrik Nyström, Linköpings universitet. Personer som drabbas av stroke har i mycket hög utsträckning högt blodtryck – enligt olika studier 86–99% >140/90. Fredrik beskrev erfarenheterna av 24-registrering av blodtryck som ett sätt att komma längre i diagnostiken. Den utrustning som används gör automatiska registreringar var 20:e minut. Man får således många avläsningar, det sker under ”normala” omständigheter och även nattetid. Manuell blodtrycksmätning är behäftad med det klassiska problemet med ”vitrockshypertoni”, men också en bias där vi som mäter blodtrycket tenderar att avrunda – kanske neråt?

Högt pulstryck markerar i regel stela kärl och är i sig en markör för ökad kardiovaskulär risk, men det kan inte automatiskt användas för att utforma behandlingsmål.

Två patientgrupper är särskilt lämpliga för 24-timmarsmätning av blodtrycket. Äldre personer tycks vara överrepresenterade vid vitrockshypertoni och här kan finnas risk för överbehandling så att patienten råkar ut för symtomgivande hypotoni. Dygnsmätningen ger då värdefull information. Den andra gruppen där man har särskild nytta av dygnsmätning är patienter med refraktär hypertoni definierat som blodtryck >170/110 trots tre läkemedel.

Här finner man att cirka en tredjedel har normala nattblodtryck och dessa personer har inte någon ökad kardiovaskulär risk, medan övriga behöver behandlas ytterligare.

Fredrik drog också en lans för hemblodtrycksmätning. Det finns i dag tillförlitliga blodtrycksmätare att köpa. Egen registrering tycks öka följsamheten i behandling och är ett värdefullt komplement till registreringar inom sjukvården.

Örebro-Värmlands allmänläkardagar är förhoppningsvis en aktivitet som blir en årlig tradition om man ska tolka det entusiastiska mottagandet av auditoriet. Fortbildning inom centrala allmänme-

dicinska fält planerade av allmänmedicinare har alltid en plats. Arrangemanget hyllade också den gamla Tibblinska idén att fortbildning ska innehålla tre K: kunskap, kultur och kul. Vi ser redan fram mot nästa års allmänläkardagar...

Bengt Karlsson, Karlskoga
bengt.karlsson.kga@telia.com

Utmärkelser vid Örebro – Värmlands allmänläkardagar



Peter Engfeldt



Gunilla Steninger



Bengt Hansson

I samband med SFAM Örebro-Värmlands allmänläkardagar i januari 2010 delade föreningen ut sina årliga priser till kollegor som gjort särskilt uppskattade insatser.

Örebro-delen har två årliga priser: "Bästa allmänmedicinska insats" och priset för goda pedagogiska insatser "Kunskapens ljus". Pristagarna utses av två separata jurygrupper, men i år inträffade det unika att båda prisen gick till samma person. Professor **Peter Engfeldt**, Allmänmedicinskt forskningscentrum Örebro, belönades för sina insatser vid bildandet av Hälsoakademien vid Örebro univer-

sitet där Peter givit allmänmedicinen en stark och självklar ställning. Han har också skapat en stödjande miljö för allmänläkare och ST-läkare som vill forska. Juryn för "Kunskapens ljus" lyfte särskilt fram Peters arbete att stödja ST-läkarnas projektarbeten. Båda jurygrupperna lyfte också fram Peters personliga egenskaper - hans anspråkslösa, lågmälda och mycket omtänksamma sätt. Hans person och hans arbete är djupt uppskattat av länet allmänläkare, därom råder inget tvivel.

Värmlandssektionen utdelade tre priser. "Bästa allmänmedicinska insats" gick till distriktsläkare **Bengt Hansson**, Karlstad, för hans mångåriga arbete med

att främja samarbetet mellan sjukhus och primärvård. Priset "Årets kollegiala insats" gick till distriktsläkare **Gunilla Steninger**, Karlskoga, för hennes engagemang för fortbildning och samverkan. Priset "Årets handledare" slutligen tilldelades distriktsläkare **Aino Elfstrand**, Kil.

Priserna består, förutom omätlig ära, för Örebros del av stiliga vandringspriser och diplom. De värmländska pristagarna föräddes diplom och Selma-medalj. Endast det bästa är gott nog i Selma Lagerlöf land!

Bengt Karlsson, Karlskoga
bengt.karlsson.kga@telia.com

Om kontinuitetens betydelse

Interju med Iona Heath

Iona Heath, hedersmedlem i SFAM sedan 2000, installerades som president för the Royal College of General Practitioners (RCGP) i november 2009, den enda post till vilken man väljs av medlemmarna. Hon arbetade i 34 år som G. P. på the Caversham Group Practice i Kentish Town i norra London och slutade där i början av januari för att kunna ägna sig åt sitt College. Mottagningen har ett upptagningsområde på 125 00 personer. Iona hade på grund av deltidarbete en lista som var reducerad till 1 800. Kentish Town är ett område med stor socioekonomisk och etnisk mångfald. Befolkningen har en ovanligt stor belastning av psykisk ohälsa och missbruk. Andelen knivrelaterad brottslighet är hög.

Allmänmedicin passar på att få denna intervju när Iona är på skidsemester i Värmland, på väg till Gävleborg för att träffa allmänläkarna där.

– Du har lång erfarenhet från ditt arbete och har följt en del patienter från det du började som GP vid 25 års ålder. Kan du sammanfatta vad det betyder med en sådan kontinuitet.

– Det är mycket bra, särskilt att växa som läkare tillsammans med människor i din egen ålder eller i samma ålder som dina barn eller dina föräldrar. Det innebär till exempel att du känner igen problem som du möter hos barn, om du har egna barn eller barnbarn.

– Innebär det också att man får en nära personlig relation med sina patienter?

– Ja, det tror jag och det är ett stort privilegium att ta del av människors livsberättelser.

– Hur personlig kan man vara? En del läkare har en stark personlig tro på en religion, en diet eller på fysisk träning som väg till hälsa och välbefinnande.

– Den personliga aspekten har att göra med den terapeutiska relationen. Den har inte att göra med att doktorn försöker anpassa medicinsk vetenskap till sin egen personliga excentricitet.

Det är viktigt att doktorn inte avslöjar för mycket om sina egna personliga förhållanden, kanske särskilt inte för de patienter som är mest nyfikna, eftersom det i så fall kan komma i vägen för den terapeutiska relationen. Läkarens liv skall inte vara tema i konsultationen, det är patientens liv som skall vara det. Patienter vill gärna höra levande berättelser om dina tidigare erfarenheter av liknande sjukdomar och behandling, inte bara höra statistik och sannolikhetskalkyler. Det är bra, och kan vara till tröst, om man på så sätt kan anknyta till något



Iona februari 2010

som upplevs som äkta. Naturligtvis kommer berättelser med ett sorgligt slut inte på tal i dessa sammanhang.

– Man hör ibland kollegor säga att man bör byta mottagning emellanåt eftersom patienter kan "bli beroende" av en.

– Jag tror inte att beroende varierar med tidsaspekten. En del är bara mer beroende och behövande. Någon kan bli beroende av dig efter ett besök. Om du flyttar så ger du upp en stor mängd goodwill. När du en gång byggt upp en relation med människor så är de mer förlåtande om du gör ett misstag, vilket obevekligen kommer att ske vid något tillfälle. Jag tror att du förlorar mer än du vinner genom att flytta.

Om du arbetar i en grupp-mottagning som jag gjorde, kommer folk att vandra iväg och komma tillbaka. Det är en omsättning inom mottagningen. Om du arbetar i en stad som jag gjorde, kommer det också nya patienter hela tiden.

– *Du kan säkert berätta om många där den personliga kontakten haft särskilt stor betydelse.*

– Det har den när du har varit med vid ett betydelsefullt ögonblick; ett nytt barns födelse, en makes död, eller vid ett hembesök mitt i natten vid en kris av något slag. Eller när du märker att en flykting för första gången har hittat någon som det går att lita på. Ett annat exempel är när du vet vad någons föräldrar dog av och du har en känsla av vad den människan själv är orolig för. Bara det att veta att någons barn har dött gör att du kan undvika att säga något olämpligt som beror på bristande kännedom.

När en av mina patienter blev mördad strax före sin 18-årsdag tror jag att det hjälpte den pojkes mor och familjen i övrigt att jag hade känt dem sedan han föddes. Åtminstone tror jag att det var till lite stöd och jag kunde i en viss, förhållandevis mycket liten, utsträckning dela deras sorg.

– *Och vilken betydelse har kontinuiteten för doktorn?*

– Utan tvekan gör den arbetet lättare. Om någon kommer, som sällan söker vård eller klagar, så vet du att du måste tänka efter särskilt noga.

Ett minnesvärt ögonblick var för mig när en ung man, nu 32 år, som jag känt sedan han var en pojke, kom för att berätta hur bra han hade det och hur väl han trivdes med sin kurs i rörläggning. Han kom från en afro-karibisk familj och hade haft svårigheter att anpassa sig på arbetsmarknaden. Han är en storväxt man och arbetar som dörrvakt på en nattklubb på kvällarna. När jag slutade så kom han med en flaska champagne som han räckte över och sa ”nu måste jag gå innan jag blir känslösam”, vände och gick sin väg.

– *NHS har byggt på listning hos läkare sedan 1948. För några år sedan ändrade man till listning på mottagning. Varför, och vad har det fått för följd?*

– Det var 2002. Varför är en mycket bra fråga, för det skedde utan någon som helst offentlig debatt. Många läkare och nästan alla patienter vet inte om att detta genomförts, för det har inte skett öppet. Den enda förklaring jag kan komma på är att ett kontrakt för en mottagning kan säljas och köpas lättare. Det är mycket illa att detta genomförts eftersom det finns evidens för att när en namngiven allmänläkare har ansvar för en person, så har den människan en bättre hälsa.

– *Vad vill du säga till sist?*

– Kontinuitet är viktig i vilken som helst mänsklig relation och den mellan patient och doktor kan inte vara något undantag från det.

Björn Nilsson

Välkommen till SFAM:s höstmöte 2010

Tema: UTSIKT

Ur innehållet:

Steinar Hunskaar
"Allmänläkaren 2020
-onödig eller outhärlig?"

Göran Rosenberg "Vården och rättvisan"
Åsa Kadowaki "Gränssättning och
Professionellt förhållningssätt"

Åsa Nilssonne
"Att välja sin utsikt"

13-15 oktober
Holiday Club, Åre

Mer information och anmälan hittar du på www.sfam.se



Mitt yrkeslvs misstag:

Blev det rätt till slut?

En 73-årig kvinna sökte för allmänkontroll. Hon hade metoprolol för blodtrycket, i övrigt kände hon sig frisk fränsett lite yrsel ibland. Men hon hade en gång haft benign positionell yrsel så hon tyckte inte det var så farligt. Hon hade inga klagomål i functiones naturalis och i status hittade jag inget. Cor 74 slag/min, inga biljud, blodtryck 135/80. Hon hade varit på mammografi. Jag ordinerade kreatinin, urinsticka och då hon var lite blek om nosen ett blodstatus. Jag hade ju varit på afrikansk landsbygd några gånger och tyckte mig kunna se blodvärdet ganska exakt när jag everterade ögonlocket. Sannolikt 113.

När jag kom tillbaka efter en frånvarodag satt det en lapp på datorskärmen – Hb 74 på den aktuella kvinnan! Va? Det måste vara ett felvärde! Men när väl det datoriserade journalsystemet vaknat och blodstatus i sin helhet kunde läsas i lablistan framgick att MCV var mycket lågt liksom hematokrit. Det var fredagseftermiddag och jag blev lite nervös och ringde in kvinnan på ett nytt besök. Blödning någonsans? Nej. Svart avföring? Nej. Inga tarmbesvär. Normal kosthållning? Ja. Coeliaci i familjen eller någon annan sjukdom? Nej. Intag av receptfritt NSAID eller acetylsalicylsyra? Nej. Puls även denna dag strax kring 70.

Aah! Långsam sivande blödning som patienten inte märkt! Hit med F-Hb. Tyvärr, just denna dag var alla Hemocult slut, faktiskt i hela landstinget. Nästkommande vecka skulle en ny metod, ett nytt fabrikat introduceras så kanske provet fanns på vårdcentralen om 5–6 dagar. Typiskt – på just denna patient! – den mest angelägna jag tror jag någonsin haft för detta prov. Vad göra? Skicka till sjukhuset? Kvinnan mår ju utmärkt och var inte särskilt pigg på det. Och så mycket skulle väl inte hända på sjukhuset en helg?

Varför ska läkare i Sverige alltid bli så stirriga för om blodvärdet är lite lågt? Ingen angina, opåverkad patient, bara lite

yrsel. Jag sätter upp henne på måndag eftermiddag för rektoskopi och palpatorisk rektalundersökning. Hon kan komma måndag morgon och ta mer prover. Jag ordinerade bland annat leverstatus, ferritin, fastän det inte var sannolikt kobalamin och folat samt glutenantikroppar. Varför skulle inte jag få ta lite brett med prover någon gång i dessa tjugatiga tider om köp- och sälj, interndebiteringar och kostnadsris? Det här var ju ett spännande fall! Nu ska en van gammal distriktläkare visa vad primärvården och allmänmedicinen går för. Jag beställde en röntgen colon. Det måste väl ändå vara en blödningsanemi. Jag gav kvinnan 200 mg Duroferon.

På måndag morgon kom kvinnan och då hittades 2 F-Hb i en gömma och hon hann leverera dem under dagen tills återbesöket. De var negativa. Märkligt! Jag får väl ändå gå vidare som jag hade tänkt. Hb var 79. Bra, snabb handläggning krävs men inte akut! Var så god och ligg upp i vänster sidoläge för rektoskopi! Visst, lite stora skinkor men rektoskopet gick lätt in men sedan var det stopp efter 10-12 centimeter. Va, ingen öppning någonsans? Jag gick runt åt alla håll. Skönt att det var rent i alla fall, Microlaxet hade funkat trots den sena tiden på dagen. Stopp i tarmen efter 12 cm! Märkligt att kvinnan inte haft trängningar och fårskt blod. Kunde man inte lita på vad hon sa? Hade hon förträngt denna dödliga sjukdom, solklar ändtarmscancer? Men lumen måste ju finnas på något sätt för faeces? Undersökningen gick bra, kvinnan förnekade att det gjorde ont eller var obehagligt. Jag fick ju säga att jag såg något, men jag måste bli mer säker. Jag gick runt ytterligare en gång med rektoskopet och blåste och blåste luft. Ingen passage – jo, där en liten öppning, rund och lite lättblödande när jag försökte forcera. Nej tack, det ska jag inte göra. Saken är klar, stoppet hittat, diagnosen satt – och jag ska minsann visa de där sjukhusläkarna, som så ofta gnäller över allmänläkarnas

brister i just deras subspecialitet, att en allmänläkare inte glömmer att också palpera vid rektoskopiundersökning. Mycket riktigt! I sidoläge palperades en fast elastisk resistens.

Eftersamtal. Kvinnan såg naturligtvis att jag var allvarlig. Vad skulle jag säga? Jag höll mig till vad jag tyckte var sanning, men i dess utmarker. Kanske det kunde vara en tarmspasm, muskelsammandragning, ett veck i tarmen sa jag. För tidigt att säkert säga hur allvarligt men helt säkert orsaken till den svåra blodbristen. Nu ska du kunna få hjälp! Påse på magen? Nä, det är för tidigt att säga. Jag beklagar, tarmen måste ytterligare undersökas med provtagning på sjukhuset. Cancer? Det kan inte uteslutas men jättebra att du kom för hälsokontroll och att vi nu så snabbt vet vad det är. Det ökar möjligheterna till bot...

Skulle jag ta fram Px-tången? Det fanns faktiskt en i huset men nu var det rätt många år sedan jag använde den. Usch vad osäker man blir. Tänk om jag får en liten men i värsta fall större blödning! 9 mil till sjukhuset, inte så mycket Hb att ta av om... Men det kändes frestande; ska jag ändå göra det? Det hade varit elegant att ha satt diagnosen själv och skicka in patienten direkt till operation. Jag rodnade i mitt inre när jag blev medveten om mina motiv. Men jag ska minsann ringa min gamla kursare, klinikchefen så omhändertagandet blir snabbt och jag får bekräftelse på min egen snabbt ställda diagnos. Men märkligt att hon inte haft några symtom med imperiösa trängningar med en sådan distal cancer rektii. Ja, ja, att vara läkare är svårt; sjukdomar yttrar sig inte alltid enligt läroböcker och ett antal gånger har jag ju funnit långt gången dödlig cancer, ibland postmortem och patienten har inte haft ett enda symtom.

Sagt och gjort, med patienten några minuter i korridoren, fick jag vänligaste bemötande av kirurgchefen. Han skrev ner data, saken var solklar, patienten skulle vara omhändertagen inom mycket

kort tid. Dagen efter ringdes patienten in akut och fick först två påsar blod. Dagen därefter skulle rektoskopi med px göras. Så gick några dagar och jag fick remissvar och började läsa sjukhusets journalanteckning i det gemensamma datasystemet. Underläkaren som skrivit in patienten fann pr u.a. Det kan inte vara möjligt! Min första tanke; har inte unga läkare lärt sig känna per rektum, en solklar resistens? Annat var det när jag var underläkare på 70-talet. Då fick man det fulla ansvaret, var själv jour dygnet runt med bara sura bakjourer. Ekluten tvingade en att ta fullt status, aldrig glömma pr vid bukbesvär och veta vad man gjorde – in i minsta detalj. Det blir inte roligt på morgonronden för den underläkaren när överläkaren upptäcker missen och berättar om att man ska ha respekt för gamla vana distriktsläkare på landet och deras bedömningar.

Så kom då journaltexten om rektoskopiundersökningen. Skönt – en duktig överläkarkollega men – rektoskopi 25 cm upp – ua. Va? Drömmer jag? Vad obehagligt, jag hade ju själv sett... Håller jag på att drabbas av min mors sjukdom, demens? Det måste vara något fel. Är det rätt patient de har rektoskoperat? Men vad är nu detta i journaltexten? Överläkaren skriver: ”Kommer först upp i vagina, mycket tätt sammanväxta ...”. Min röntgen colon ändras till DT-colon, patienten anmodas kolla sitt Hb om 2–3 veckor, svar till inremitterande.

Jag sjönk genom jorden, djupt, djupt. Inte kunna se skillnad på anusöppning och vaginal öppning efter 38 års yrkesverksamhet och tusentals pr-undersökningar och frekvent rektoskoperande. Stackars kvinna, vad har jag ställt till med? Men tanken på henne blev kort. Mitt anseende? Nu har de suttit på morgonsamlingen och skrattat ut mig. Ja, säkert har de hånat läkarna i ”busken” ännu en gång – distriktsläkarna borde hålla sig till att pumpa blodtryck! Ja, jag känner nog kirurgernas grymma humor. De säger säkert lustigheter om mig som inte vet var man stoppar in den. Något förbarmande vad gäller handläggningen kan jag inte räkna med. Som så ofta med första linjens sjukvård i förhållande till sekundärvård – sjukhuskollegorna sitter ju med facit i hand och kan därför skratta. Men denna kanske

förutfattade mening från min sida är ju inte aktuell denna gång – det gäller ju min oskicklighet! Nej, jag kan inte förvänta mig någon förståelse av dessa hårdhudad sjölar – att de skulle släppa en sådan godbit. Visst finns det många bra kirurger med lika mycket helhetssyn som allmänläkarna påstår sig ha – men som flock, som grupp? Jag vågar inte hoppas. Det är bara att bita i det sura äpplet. Vad försmädligt! Det blir väl gapflabb i läkarmatsalen på sjukhuset också. Hur ska jag kunna visa mig för mina kollegor efter detta?

Så går några dagar och självrespekten söker förklaringar, förmildrande omständigheter. Tänk om någon kollega kunde säga: ”Asch, bry dig inte om det, det där har hänt mig många gånger”. Men ingen säger så, för jag vill initialt inte berätta vad som hänt för någon, inte ens för kollegorna på min vårdcentral. Men skammen söker skydd, egot söker undanflykter. Om en van kirurg hamnar fel, i vagina, när anatomien är speciell, varför skulle inte jag kunna göra det? Skillnaden mellan specialisten och mig var ju bara att han med större erfarenhet i just denna undersökning upptäckte felet och kunde korrigera sig. Är det så farligt det som hänt? Jag har ju ändå inte skadat kvinnan utan gjort allt för att hjälpa henne så snabbt som möjligt.

Jag var så inriktad på att hitta orsaken till 74 i Hb. Det ena felet, att jag hamnade i vagina, gav det andra. Jag hade inte en tanke på att jag kunde vara i det organet. Nu efteråt ser jag ju det självklara; uppblåsningen som inte gav någon öppning tills jag tog i så mycket att cervixöppningen simulerade en liten passage mitt i den cirkumväxande canceren. Varför slog det mig inte att det var märkligt, även om det förekommer, att inte se en gnuttu bajs vid undersökningen. Att inte patienten hade haft tömningssvårigheter eller ileus med denna stenosis. Jag var så förblindad av det jag trodde mig se, kanske ville se, att inga larmklockor ringde. Efter rektoskopin var det naturligtvis halt, så jag gled in med fingret i samma hål som jag varit i och där bekräftades fyndet palpatoriskt. Det fynd som redan växt till förvissning i min hjärna.

Berodde allt på mig, min blygsel; att i kvinnans utsatta läge med underlivet ex-

ponerat ville jag inte titta så noga, framför allt inte framåt. Har allt i själva verket att göra med min speciella uppfostran? Varför tittade jag inte bättre så jag såg att det fanns två öppningar även om de gick in i varandra? Eller om det var en som sedan delade sig, en anatomisk anomali, kanske efter förlossningsruptur? Och varför sa inte kvinnan något? Ett tag blev jag nästan arg på henne. Hon kunde ju räddat mig från hela den här pinsamma historien. Känner inte en kvinna skillnad på rektum och vagina? Gjorde det inte ont? Hon förnekade ju det vid undersökningen och sa inget mer. Var det en patients respekt för doktorn, en patriarkal falsk respekt trots allt mitt tal om och mina försök att vara en demokratisk doktor? Är hela min självbild en illusion? Varför sa hon inget? Trodde hon verkligen att undersökningen av tarmen skulle gå till så här. Det är ju på gränsen till ett sexuellt övergrepp – om hon väl tänkt så, men hon tänkte väl gott om mig. Jag har efter sjukhusbesöket träffat patienten och förklarat vad som hänt, bett om ursäkt. Men hon vidimerar att hon inte märkte att rektoskopet var i vagina.

Epilog: Det var i alla fall jag som upptäckte anemin och såg till att hon kom under vård. Det blev rätt till slut trots att jag gjorde så fel. Fast den medicinska slutbedömningen är kanske inte alldeles klar. Röntgen DT-colon, rektoskopi och gastroskopi visade ingen blödningskälla. Möjligen någon erosion distalt i oesophagus. Intermittent blödning, som inte patienten märkte? Patienten fick, trots avsaknad av refluxsymtom, omeprazol. Fem F-Hb har varit negativa, Hb är nu 140. Gliadinantikroppar och px från duodenum talade inte för coeliaci. Folat och andra prover, liksom sjukhistorien, tyder ej på annan malabsorption. Patienten har alltid ätit husmanskost. Jag har efterforskat eventuellt tidigare lågt hemoglobinvärde men inte funnit uppgifter i gamla pappersjournaler. Vilken är orsaken till den entydiga järnbristanemin?

Efter telefonkonsultation med hematolog följs nu patienten med ytterligare några F-Hb och Hb efter avslutad järnmedicinering. Ska jag ändå undersöka tunntarmen? Hur?

Distriktsläkare sedan 38 år

Det tystade samtalet

– Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet

"Är du psyksnackare eller KBT-nisse?" var frågan kollegan Björn Nilsson fick av en kvinna han i ett skört läge skjutade till psykiatriska akutmottagningen i Västerås. "Nej, jag är familjeläkare", blev Björns svar.

Ja, hittills har vi kanske möjligheten att stå mittemellan den psykodynamiskt orienterade världen och den kognitivt/beteendemässiga. Svårt att erbjuda patienter plats för terapi har det alltid varit oavsett metod. Och själva växlar vi mellan arbetssätten när vi möter våra patienter. Vi lyssnar nyfiket till det sagda och det utsagda, vi intresserar oss för patientens förflutna, för livshistorien, vi härbärgerar och blir projektionsskärmar. Vi intresserar oss också för tankemönster, beteenden, ger kanske "hemuppgifter".

När nu Socialstyrelsen är på väg att publicera nya riktlinjer om behandling av depression och ångest där den psykodynamiska modellen verkar ha utmanövrerats nästan helt som terapimetod och ersatts av kognitiv eller kognitiv beteendetapi, är det intressant att ta del av debattinlägg från alla sidor. Kanske handlar det inte bara om vilken slags behandling patienterna slutligen får, utan om större och mer genomgripande förändringar i vår syn på det mänskliga livet. Vilken kunskapsbas, vilka traditioner väljer vi att vila på? Vilket vetenskapligt paradig? Och framför allt, kommer möjligheten att tillsammans med patienten välja vilken väg som passar bäst för just henne att finnas kvar?

Jurgen Reeder, privat verksam psykolog, docent i pedagogik, legitimerad psykoterapeut och psykoanalytiker, har just utkommit med ett debattinlägg i bok-



Det tystade samtalet
Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet
Författare: Jurgen Reeder
ISBN 978-91-1-302645-9
Förlag: Norstedts, 2010

form. Det var tänkt som en artikel men växte till en bok. De nya riktlinjerna, nedläggningen av Psykoterapiinstitutet i Stockholm, framtagna av examensrådet på de flesta utbildningsinstanserna inom psykodynamisk behandling – Reeder gör en tänkvärd och oroande analys över hur detta har kunnat tillåtas ske. Hans teser är flera, bland annat att de mer strikt biomedicinskt, "hjärnorienterade" delarna av psykiatrin tagit sin chans att bortmanövrera sina psykodynamiskt/psykoanalytiskt/humanistiskt orienterade rivaler och kanske framför allt, ett politiskt klimat, som underlättar att så sker.

Inledningsvis talar Reeder om vådan av att ha en alltför psykiatrisk syn på människors själsliga lidanden och argumenterar för den psykodynamiska terapins plats. "Psykologin, medicinen som läkekunst, skönlitteraturen, filosofin och ... vår vardagliga erfarenhet av kärlek och vänskap säger oss att underlaget för mänskligt varande, för lycka och lidande utgörs av våra relationer med andra människor. Genom den dialogiska form som psykodynamisk terapi är uppbyggd kring tar den fasta på just detta."

Livsproblemets möte med primärvården och den vanskliga närheten till medikalisering i och med flitigt användande av diagnosmanualer och med de nu nya riktlinjerna ägnas ett helt kapitel. Här nämns även läkemedelsindustrin som en komplicerande faktor. Han gör en kritisk analys av rådande forskningsparadigmen med evidensbaserad medicin (EBM), randomized controlled trials (RCT) som honnörssord och det psykiatriska diagnossystemet (DSM) av författaren kallat DSM-EBM-RCT-komplexet. Faran med ett samhälle som inte längre vilar ens delvis på humanistisk bas, där komplexiteten inte får utrymme, där människans outgrundlighet inte accepteras eller ses, lyfts fram på en rad olika sätt. Författaren föreslår bland annat att psykiatrin får fortsätta vila på både ett medicinskt och ett humanistiskt ben, att vi nogsamt betänker hur vi möter människors livsproblem, undviker att medikalisera dessa och kanske har en kanal utanför både psykiatri och primärvård, där människor kan få bemötande, behandling som vilar på psykodynamisk, humanistisk, psykologisk grund.

Tina Nyström Rönnäs

Själv mordets lockelse och förfärlighet

Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva

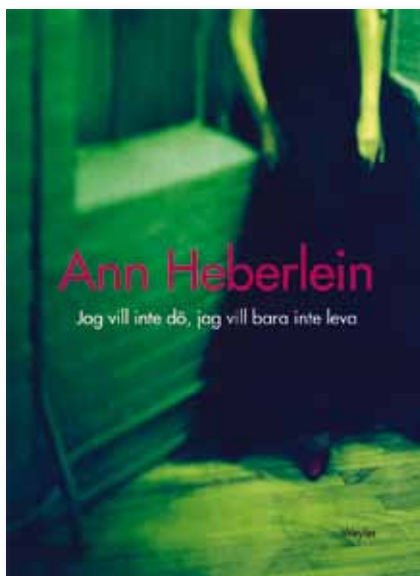
Väntrumsvärlden. Det är en värld jag behärskar. Där är vi jämlika. I psykakutens milt välkomnande ljus finns inga titlar. Fyllbultar och docenter, hemlösa, förgråtna tonårsbrudar, uppgivna medelålderskrisar och stinkande gubbar. Vi som sitter där gör det på lika villkor. Vi är nogga med att inte se på varandra, inte söka ögonkontakt, absolut inte tilltala varandra, absolut inte låtsas om varandras existens över huvud taget. Där skiter folk i vem jag är. Det spelar ingen roll om jag är doktor i etik eller alkis. Där blir jag alltid väl mottagen. Där får jag alltid hjälp. Det är ganska vackert.

Formuleringarna är hämtade från det inledande kapitlet i Ann Heberleins bok. De överraskar. Psykiatrin brukar inte beskrivas som vacker. Det är också förvånande att en volym med titeln *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* under ett års tid varit en av landets allra mest sålda böcker? Vad har den som lockar så många?

Boken är en öppen hjärtig, personlig och delvis – alltför? – privat berättelse som inte väjer för sexualitet, otrohet, ekonomi, vänners egenskaper och sätt att möta berättaren. Den har en lättläst, medryckande stil som på ett ovanligt direkt sätt förmedlar känslor och tankar. Bitvis har satserna en närmast flämtande rytm. Jag får intrycket att den är skriven i hast under korta stunder.

Det är en delvis glödande text om livet i dödens närhet, där frågorna om livets mening och den självvalda dödens möjlighet kämpar med kärleken till barnen och med ansvaret som förälder. Skildringen berör varje reflekterande läsare. Inte så få torde känna igen sig. Den skapar en spänd oro för hur det ska gå.

Boken är ursprungligen dagboksanteckningar, skrivna under några sommar-månader 2008 då författaren är i ropet



Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva

Författare: Ann Heberlein

ISBN 978-91-85849-21-5

Svante Weyler Bokförlag, 2008

genom sin tidigare bok om personligt ansvar, *Det var inte mitt fel*. Hon intervjuas i offentliga medier, deltar i debatter, skriver artiklar och håller föredrag. Mellan de lyckade framträdandena, då hon kan koppla bort sitt känsloliv, berättar hon för sin dagbok om sitt vardagsliv och om episoder ur minnet. Framför allt förmedlar hon plågan från en bottenlös, mörk ångest. Den enda möjliga befrielsen skulle vara att avsluta livet. Hon upplever ett krig i huvudet mellan argumenten för och emot självmordet.

Heberleins beläsenhet som teolog och filosof bidrar i hög grad till att göra hennes text intressant och givande. Det är mot en bakgrund av teologiska och filosofiska argument som hon med sin smärtsamt vassa penna tecknar de egna tankarna och känslorna. De boklärdas hålls dock på avstånd och refereras med den skepsis som det i nuet självupplevda ger. De

flesta filosofer argumenterar mot självmordet. Men hon hittar existentialister och postmoderna filosofer som bejaktar den frivilliga dödens möjlighet. Som teolog måste hon ta ställning till det religiösa budet att livet är en gåva från Gud och något som människan inte har rätt att avbryta. Det är för Heberlein inte något enkelt budord. Hon skriver om sig själv som troende men hennes gudsbild är inte lätt att förstå.

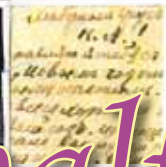
Viktigast för henne är dock de plågsamma och ofta förödande effekter ett självmord har på den dödas familj och omgivning. Det gör barn moderlösa. Det skapar skuld-känslor hos anhöriga och vänner för att de inte ställt upp tillräckligt. Det är detta som "kriget i huvudet" gäller. Annars skulle den andra sidan, självmordsalternativet, segra.

"Jag får inte lämna mina barn", skriver hon. "Min kärlek till barnen är starkare än min ångest, på det hela taget, men inte i varje enskilt ögonblick. Ja, det är skamligt. Det är förfärligt. Gud ska veta att jag skäms. Men ibland är jag så dålig och så usel att jag tillåter mig själv att tänka att världen vore bättre utan mig."

Den som läst slutet i Ann Heberleins bok och därefter får se och höra henne berätta om och läsa ur sin bok, suckar av lättnad för att hon fortfarande lever.

För läkare är Ann Heberleins skildring av ett liv med bipolär (manodepressiv) sjukdom värdefull att ta del av. Sällan får man möjlighet att läsa en så välskriven och djupgående personlig skildring. En bok som motsvarar Heberleins personliga skildring och som dessutom ger en ingående psykiatrisk information är *Mörkret faller snabbt. Till självmordets förståelse* av Kay Redfield Jamison, professor i psykiatri. Den kan användas som påbyggnad till *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*.

Stig Andersson



Illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Journal i odödlig kontext – Pristävling!

I mina studier kring patientjournaler har jag kunnat visa följande:

1. De är inga litterära mästerverk
2. Det står mycket mellan rader (om doktorn)
3. De är aldrig lagom långa
4. De är sällan föremål för vidare utblickar och pristävlingar

Punkt 1-3 har visat sig svåra att fixa. Det här handlar om punkt 4. En vanlig journaltext kan sättas under lupp. Den kan då lyftas, komma i sällskap med litterära förlagor, ses i belysning; helt enkelt bli odödlig!

Men kan samtidigt bli föremål för Pristävlan, något som varje Kulturspalt bör anordna. Julnötter ska knäckas, luckor ska öppnas, påskägg ska kläckas.

Vi börjar med en vanlig journal. Så skrev doktorn (hårddata ändrade):

Läkarjournal

Utskriftsdatum 2010-01-21

Dr ---

35--

--, Kristina

Kontaktorsak: Oro, ledsen, hitskickad av sonen

Tid sjd: Vårdad barnförlamn Allm Sjh Malmö 1950

Soc: Änka sedan 12 år. Fd telefonist, en son, "högt uppsatt" i Göteborg.

Akt: Sista halvåret ökad oro, bekymrar sig över allt möjligt, svårt att besluta sig, vankelmodig, ångrar sig. Tror sig göra fel. Tvekar och blir osäker. Känner sig ensam, övergiven. Isolerar sig. Besviken på en väninna. Och på sonen som bara hör av sig på födelsedag och Mors dag. Han är självupptagen. Pt saknar att inte ha en dotter. Kom ihåg hur trevligt hon hade med sin egen mamma. Avskyr vintern, blir frusen och trött. Inga andra kroppsliga symtom. Ej sömnstörd.

Status: Blek och sorgsen. Ingen svårare depr hämning, kan avledas, vid tal om sonen skrattar hon till.

Bedömn: Åldersdepr, vi pratar om detta, ej intresserad av mediciner men gärna ett blodvärde. Vi funderar på saken, jag ringer om en vecka.

1. På "Allmänna Sjukhuset Malmö" ... blev dessa rader till

*Här ligger jag, en fånge mellan lakan,
och lyssnar i en mörklagd paviljong.
Jag älskar mörkret och jag älskar vakan;
jag älskar tystnaden som blir till sång.*

2. "Bekymmer över allt" ... en svärmodstyngd elegiker inledde så här

Grymt verklighetens hårda band mig trycka

3. Svårt "besluta", tvekar... känt örhänge i vankelmod – må vara förbytt i jubel

*Ja nog är det svårt när droppar faller.
Skälvande av ängslan tungt de hänger,
klamrar sig vid kvisten, sväller, glider –*

4. Den "självupptagne" sonen - Å mors dag hyllande sig själv... en parodisk klassiker

*Ej lyser ditt namn i bemärkt "Vem är vem?",
ej heller i "Rikstelefon".
Men jag kommer ändock å var årsdag hem,
så förunderligt dragen, din son.*

5. Bilden av en mor ... lyrikern blev publicist, ser sin mor som tös innan det stora mörkret...

*En gång var jag en liten tös med hårdflätad kringla
en vid vart öra och stod tyst i sängkammardörren
Solen sken in på blommig tapet och barnsligt betagen
såg jag vid spegeln min mor leende kamma sitt hår*

6. Infrusenheten... i en haiku av en av våra främsta...

*Kraftledningarna
spända i köldens rike
norr om all musik*

Så här kan man hålla på. Och det är bara drygt halva journalen!

PRISTÄVLING: Vilka är de sex författarna? Skicka till adress nedan, senast före 1 maj!

Hedersomnämmande i tidningen utlovas.

Så vill jag skicka kulturstaffetten vidare till Dorte Kjeldmand i Eksjö, hon brukar förgylla våra skrivarkurser med sin närvaro och sina fina berättelser. Själv säger hon att dansk-svenskarna bara har $\frac{3}{4}$ språk i vardera lägret. Å andra sidan ger addition sammanlagt $1\frac{1}{2}$ (1,5) språk, so what?

Inge Carlsson, Eslöv
inge.karin@telia.com

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Eva Jaktlund
0702-53 42 41
eva.jaktlund@sfam.a.se

Vice ordförande

Mats Rydberg, 0702-07 23 24
mats.rydberg@sfam.a.se

Facklig sekreterare

Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

Vetenskaplig sekreterare

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare

Ulf Peber
ulf.peber@sfam.a.se

Övriga ledamöter

Madelene Andersson
froken_andersson@hotmail.com

Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

Lars Henrikson
lars_henrikson@hotmail.com

Jana Risk
jana.risk@jll.se

Arbetsutskott:

Eva Jaktlund, Mats Rydberg
Karin Träff Nordström, Ulf Peber och
Sara Holmberg

Kansli

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

Examenskansliet

examen@sfam.a.se
Johanna Johansson, Tel: 08-232401,
säkrast mån, tis samt ons förmiddag

Tidningen AllmänMedicin

chefredaktor@sfam.a.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.a.se

Läkemedelsterapirådet

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

Kompetensvärdering i ST (Kvist)

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Daniel Bäck
egelstig.back@gmail.com

Utbildningsrådet

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

Hemsjukvård

Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

Rådet för levnadsvanor

Lars Jerden
lars.jerden@ltdalarna.se

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

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

Astma och allergiintresserade

Björn Ställberg, 0156-535 07
b.stallberg@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@sll.se

Diabetesnätverk

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

Gastroprima – för mag-tarminträs-

serade allmänläkare
Lars Agréus & Ture Ålander
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

Fortbildningssamordnarna

Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

NÄSTA - nationellt nätverk för

ST-läkare i allmänmedicin
Maria Lütkekan & Anna Nilsson
marialutkeman@hotmail.com
Anna.AN.Nilsson@skane.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

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

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Magnus Gustafsson
magnus.gustafsson@dll.se

STOCKHOLM

Roland Morgell
roland.morgell@sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lthblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Karin Träff Nordström
karin.traff.nordstrom@ptj.se

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Riskbruk

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

Studierektorskollegiet

Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

Internationella kontaktpersoner

Euract

Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip

Eva Arvidsson
eva.andersson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

Monica Löfvander
monica.lofvander@sll.se

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

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*

Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG

Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli

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

Kalendarium

2010

Maj

2010 års Strama-dag
26 maj, Arlandia Hotell

September

EACH International Conference on Communication in Health-care 2010
7-10 sept. Verona, Italien

Oktober

Höstmöte i Åre
13-15 okt.
SFAM Jämtland arrangerar

November

7:e nationella kvalitetsdagen,
11 nov Stockholmmässan, Älvsjö
Mer info på: www.sfam.se



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

Granskning genomförs vår och höst. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdiktorn.nu

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: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@klinvet.ki.se

Redaktion

Sophia Carlsson, chefredaktör
sophia.carlsson@gmail.com

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

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

Tina Nyström Rönnäs, adjungerad redaktör, distriktsläkare, Sthlm
tina.ronnas@home.se

Björn Nilsson, adjungerad redaktör
070-210 20 16
bjorn.nilsson@sfam.a.se

Johanna Johansson, redaktionssekreterare, SFAMs kansli
chefredaktor@sfam.a.se

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

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
Peo Göthesson
Box 29, 457 29 Fjällbacka
0525-323 50, fax 0525-329 29
peo@mediahuset.se

Annonser

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

Tryck

Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida: www.sfam.se

Webbredaktör: Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

Utgivningsplan för 2010

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	5/1	24/2
2	16/3	5/5
3	5/5	23/6
4	3/8	17/9
5	14/9	3/11
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Annons