

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 5 2010 ÅRGÅNG 31



Ny reportageserie "Lokalförening" – SFAM Skåne/sid 12

Första nationella forskarskolan i allmänmedicin/sid 19 • Kubas hälso- och sjukvård sid 32

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författar- och redaktionsanvisningar 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: Cecilia Träff
cecilia.traff@gmail.com

3 Ledare

Bakåt och framåt
Eva Jaktlund

5 SFAM informerar

Regionalt kvalitetsregister i primärvården
Jan Sundquist

6 Debatt

Varför är det så svårt att mäta medicinsk kvalitet på vårdcentral?
Kjell Lindström, Sven Engström

12 Lokalförening

SFAM i Skåne
Staffan Olsson, Karin Träff Nordström

14 Reportage

Nordiskt fackligt möte på Svalbard
Karin Träff Nordström, Mats Rydberg

19 Reportage

Forskarskolan
Mats Foldevi

25 Reseberättelse

En månad i Lyon
Thomas Forslund

31 Fortbildning

Protokollet
Erland Svensson

32 Reportage

Kubas hälso- och sjukvård
– anteckningar från en studieresa
Kajsa Nilsson

35 Kulturspalten

I rummet hos en kvartersläkare med Munthe
Magnus Eriksson

36 Recension

Patientens val
Karin Träff Nordström

37 Recension

Den skamlösa nyfikenheten
Tina Nyström Rönnäs

38 SFAM informerar, kalendarium

SFAMs råd och nätverk • Kontaktpersoner

Varför är det så svårt att mäta medicinsk kvalitet på vårdcentral?



Kjell Lindström, Sven Engström
Sidan 6

Nordiskt fackligt möte på Svalbard



Den norska distriktsläkarföreningen bjöd in till det vartannat år återkommande mötet mellan de nordiska ländernas fackliga och vetenskapliga allmänläkarföreningar.
Sidan 14

En månad i Lyon



Thomas Forslund spenderade en månad av sin specialisttjänstgöring i Lyon och ger oss en inblick i en fransk allmänläkares vardag.
Sidan 25

Annons

Bakåt och framåt

På fullmäktigemötet i Uppsala 2009 blev jag vald till ordförande i SFAM. Ett år och fyra tusen mail senare sitter jag här och försöker summera det gångna verksamhetsåret. Årets styrelsearbete har som vanligt bestått av en mängd små frågor att ta ställning till, remisser att besvara, möten att planera men det har ändå dominerats av två stora och viktiga frågor.

Kvalitet och mätning av kvalitet är en stående programpunkt i vår förening. Vi har slitvargar i SFAM som i flera decennier har ägnat tanke och handling till att få oss andra kollegor att tänka på kvalitet och att åstadkomma hållbara verktyg för att ta reda på om vi faktiskt åstadkommer vård med kvalitet och hur vi kan bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete utan en alltför stor arbetsinsats. Under förra året har vi fört debatt med SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) i media och en dialog med dem mer i det tysta. Det arbetet har resulterat i ett skifte i tonläge och i en större förståelse för vad som är mätbart och inte mätbart i våra verksamheter och i en faktisk satsning på pvkvalitet.se, som nu äntligen får ett ekonomiskt bidrag från SKL:s enhet för Nationella kvalitetsregister för att utveckla registret. Jag ser fram emot den fortsatta diskussionen om hur man vidare ska kunna hitta bra sätt att mäta det som är verklig kvalitet i primärvård. Tillfällen för samtal är redan inbokade under hösten.

En pågående tvist mellan en holländsk läkare och Socialstyrelsen om vad som ska krävas för att få ett specialistbevis i allmänmedicin, har blossat upp till ett ärende för EU-kommissionen. Det



gäller om vår specialitet ska jämföras med EU-läkarkompetens. Tillsammans med DLF har vi argumenterat för att det är två helt skilda kompetenser, och bistått Socialdepartementet, som är helt överens med oss, med inlagor. Tyvärr har inte EU-kommissionen köpt de argument som Sverige anför, utan ärendet kommer att dras inför EU-domstol. Det beräknas ta flera år innan det är avgjort, men frågorna är uppenbara:

Vad händer om vi förlorar detta mål? Ska svensk specialistkompetens i Allmänmedicin likställas med en treårig läkartjänstgöring efter grundutbildning som inte behöver innehålla mer än sex månader i allmänmedicinsk verksamhet? Ska vår utbildning kortas ner? Ska vi byta namn på vår specialitet för att undgå att uppslukas i det utspädda begreppet EU-läkare?

Idag har vi inga svar. Det som är helt klart är att det måste till ett tätt samarbete och ett totalgrepp om frågan inom allmänläkarkåren och med hjälp av Läkaresällskapet och Läkarförbundet. En rejäl utmaning som kräver en hållbar strategi från början. Vi är beredda att jobba hårt för bra lösningar. De nordiska allmänläkarföreningarna både inom vetenskap och i den fackliga rörelsen är överens om vad som är nordisk allmänmedicinsk kompetens och vid ett gemensamt möte i Svalbard skrevs ett dokument som befäster detta.

En liten blick bakåt, och ett litet försök att blicka in i kommande verksamhetsår. Som i tungan som Magnus och Eva (Fem Myror är fler än fyra Elefanter) kanske det går framåt, bakåt och så runt en liten stund. Det gäller att hålla blicken stadig med fokus på allmänmedicin, även när det snurrar. Häng med!



Eva Jaktlund
ordförande

Annons

Redaktörer sökes!



Du har ett rykande färskt nummer av AllmänMedicin i din hand tack vare ett gott arbete av våra redaktörer, för närvarande fem stycken.

Tyvärr har två av redaktörerna aviserat sin avgång till årsskiftet och vi behöver fylla på med nya friska krafter.

Du som tycker om att skriva själv och som också gillar att arbeta med andras texter samtidigt som du ut-

vidgar ditt nätverk i allmänläkar-Sverige, hör av dig till mig för mer information om vad uppdraget innebär. Tipsa också gärna om andra som du tror kan vara lämpade och intresserade.

Inför 2011 siktar vi på att höja läsvärdet genom att ge ut fyra lite tjockare nummer i stället för dagens sex nummer per år. Vi har också ambitionen att höja kvaliteten på det vetenskapliga innehållet samt att få en tydligare koppling mellan tidningen och hemsidan.

Välkomna!

Karin Träff Nordström, chefredaktör
Chefredaktor@sfam.a.se

Regionalt kvalitetsregister i primärvården

Den 30 september fick Centrum för Primärvårdsforskning (CPF) ett uppdrag från en helt enig Hälso- och sjukvårdsnämnd i Region Skåne att starta upp det första kompletta regionala kvalitetsregistret i primärvården i Sverige.

För att Region Skåne i framtiden skall kunna fortsätta att leverera en evidensbaserad och kostnadseffektiv sjukvård behövs systematisk utvärdering av nya och gamla behandlingsmetoder. Därmed behövs tillgång till tillförlitliga data från olika regionala kvalitetsregister inom sjukvården, inklusive detta nya regionala Allmänmedicinska Kvalitetsregistret, AKR, som omfattar alla privata och offentliga hälsovalsenheter i primärvården och automatiskt ska samla in vissa patientdata från patientjournalerna med syftet att understödja hälsovalsenheternas kvalitetsutveckling och förbättringsarbete.

Insamlade data till AKR kommer att anonymiseras och de enskilda hälsovalsenheternas egna gruppdata kommer därefter att finnas tillgängliga på enheterna för det lokala utvecklingsarbetet. CPF kommer att stödja hälsovalsenheterna i att utveckla enkla verktyg för analys av egna data utifrån patientinformation på grupp-nivå (specifika patientgrupper). Denna ansats ger sjukvården i regionen goda möjligheter att möta framtida utmaningar och leva upp till visionen ett "Bättre liv i Skåne" med en bättre vård och en friskare befolkning. Förutsättningarna har aldrig varit bättre i Region Skåne än nu för att starta ett regionalt kvalitetsregister i primärvården framför allt då införandet av ett nytt journalsystem pågår samtidigt.

CPF (www.cpf.se) är ett dynamiskt forskningsinstitut vid Clinical Research Center i Malmö – en av Europas modernaste forskningsmiljöer. CPF:s uppdrag är att, med primärvården som bas, bedriva världsledande forskning genom aktivt utbyte av kunskaper mellan akademi och primärvård. Verksamheten sträcker sig över hela Skåne via tio allmänmedicinska kunskaps-

centrum (AKC) ute på Region Skånes vårdcentraler. CPF är därmed ett regionalt nav för forskning och kvalitetsutveckling och har i sitt tidigare arbete med uppbyggnaden av nationella databaser redan lagt grunden kunskapsmässigt för inrättandet av AKR vilket kommer att vara utgångspunkten för ett strukturerat kvalitets- och utvecklingsarbete i primärvården.

CPF är ett konkurrensneutralt samarbete mellan Region Skåne och Lunds universitet, som leds av en partsammansatt styrelse som även inkluderar privata vårdgivare.



Jan Sundquist
 Distriktsläkare, professor i allmänmedicin,
 verksamhetschef CPF

Varför är det svårt att mäta medicinsk kvalitet på vårdcentral?

Det har den senaste tiden förts en välbehövlig debatt i bl.a. Läkartidningen om Kvalitetsregisters ändamål och möjligheter [1-3]. En huvudfråga är om det är möjligt att med dagens kvalitetsindikatorer värdera/gradera/betygsätta vårdkvaliteten vid vårdcentraler. Det finns starka önskemål och förhoppningar från politiker, administratörer, SKL m.fl. att man med några enkla mått skall kunna värdera och jämföra vårdkvaliteten på olika vårdcentraler och deklarera denna öppet för att underlätta för invånarna att välja den "duktigaste" vårdcentralen. Vissa landsting har gått ytterligare ett steg och använder redan idag enstaka kvalitetsindikatorer som underlag för att fördela resurser.

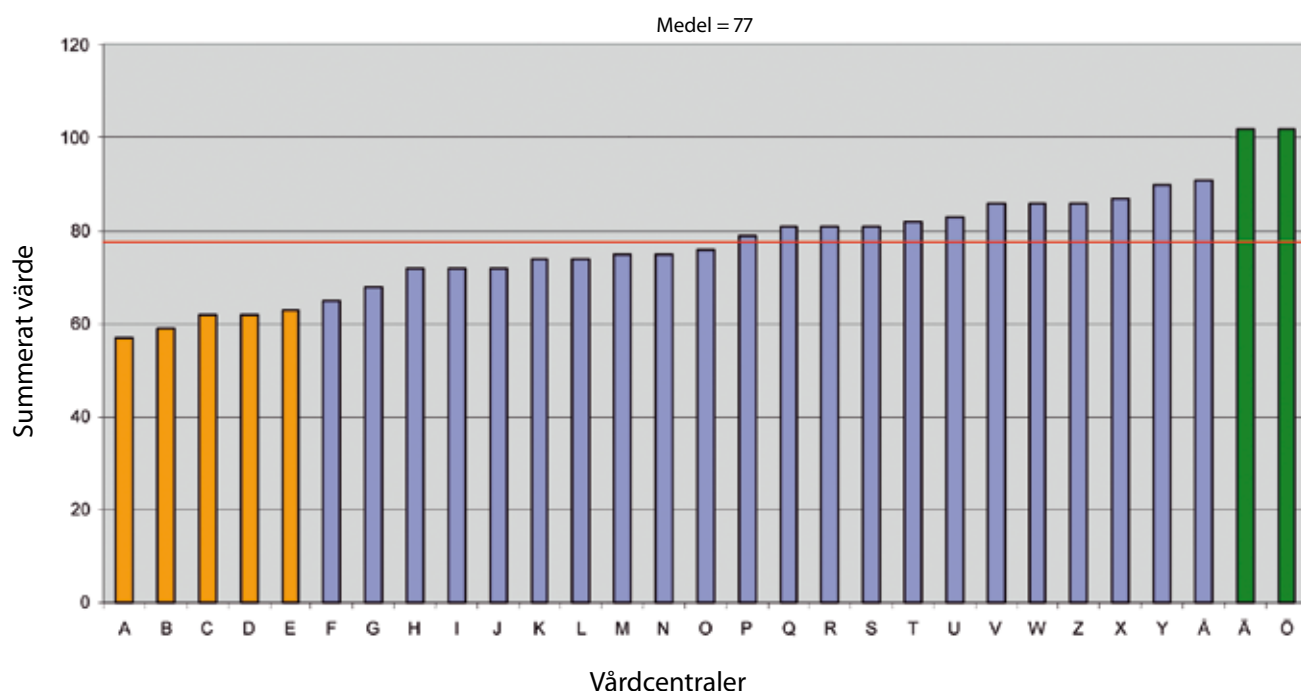
I Jönköpings län har Primärvårdens FoU-enhet genomfört omfattande kvalitetsmätningar på vårdcentralerna i landstinget sedan 2006. Vi har försökt värdera bland annat s.k. medicinsk kvalitet med hjälp av SFAM:s evidensbaserade kvalitetsindikatorer. Vi har värderat fem diagnosgrupper per år. Inom varje diagnosgrupp har vi ur journaldatabasen tagit fram ett representativt och jämförbart urval av 30–80 patienter per vårdcen-

tral. Datainsamlingen har skett genom att FoU-sjuksköterskor granskat de ingående patienternas journaler. Med denna metod återfinns, till skillnad från vid automatiserad datautsköning, fakta i journalen som registrerats på fel sätt. Sammanlagt har man granskat mer än 5 000 journaler per år vid de drygt 30 vårdcentralerna [4].

Vi har också granskat följsamheten till riktlinjer för läkemedelsförskrivning. Utgångspunkten har varit de kvalitetsindikatorer för god läkemedelsförskrivning som vår Läkemedelskommitté fastslår varje år.

När resultatet av medicinsk kvalitet och följsamhet till riktlinjer för läkemedelsförskrivning från tre år (2007–2009) ställs samman finner man att en handfull vårdcentraler (A–E) har något sämre resultat och två vårdcentraler (Ä och Ö) avviker i positiv riktning. Det stora flertalet vårdcentraler presterar kring medelvärdet (figur 1). Vårdcentralerna A–E karaktäriseras av läkarvakanser, korttidsvikarier och läkare utan specialistkompetens i allmänmedicin.

Figur 1. Summerat resultat av 54 kvalitetsindikatorer för 15 diagnoser och 23 indikatorer för god läkemedelsanvändning vid 29 vårdcentraler 2007-2009



Vid en närmare genomgång av resultaten visar det sig att alla vårdcentraler är "bra" inom något område men också att alla är "sämre" inom något område. Olika vårdcentraler är bra på olika saker och ingen är genomgående bättre eller sämre än någon annan.

Vår erfarenhet är alltså att man inte ens med dessa mycket omfattande mätningar kan värdera/betygsätta s.k. medicinsk kvalitet på vårdcentraler så tillförlitligt att man kan påstå att den ena vårdcentralen är bättre än den andra.

Samtidigt är det vår bestämda uppfattning att det skiljer en hel del i vårdkvalitet mellan olika vårdcentraler. Men för att värdera detta krävs andra metoder än resultatet av enstaka kvalitetsindikatorer. Vi har båda erfarenhet av medicinsk kvalitetsrevision, som utöver mätningar även innefattar vårdcentralbesök, personalintervjuer m.m. och vi upplever att detta är en metod som kan ha större möjlighet att fånga och jämföra vårdkvalitet på en vårdcentral.

Hur kan man då förklara att det är så svårt att mäta s.k. medicinsk kvalitet via kvalitetsindikatorer?

Det vi har mätt och redovisat ovan är följsamhet till riktlinjer som är en del i medicinsk kvalitet. Den minst lika viktiga men svårämbar delen "läkekonst" (förmågan att individualisera vården, att skapa delaktighet, att skapa det goda, förtroendefulla mötet m.m.) har vi inte försökt att mäta. Om man är duktig på att individualisera vården, som är en viktig uppgift inom allmänmedicinen, blir naturligtvis följsamheten till riktlinjer mindre bra.

När man mäter följsamhet till riktlinjer finns en rad felkällor som måste beaktas:

1. Ofullständiga mått

Ett exempel på detta är HbA1c-värden vid diabetes. HbA1c är ett blodprov som speglar den metabola kontrollen av sjukdomen. Detta mått har länge ansetts vara ett bra exempel på en kvalitetsindikator och målet har angetts till < 6,0. Har en stor del av patienterna haft < 6,0 har diabetesvården fått högt betyg.

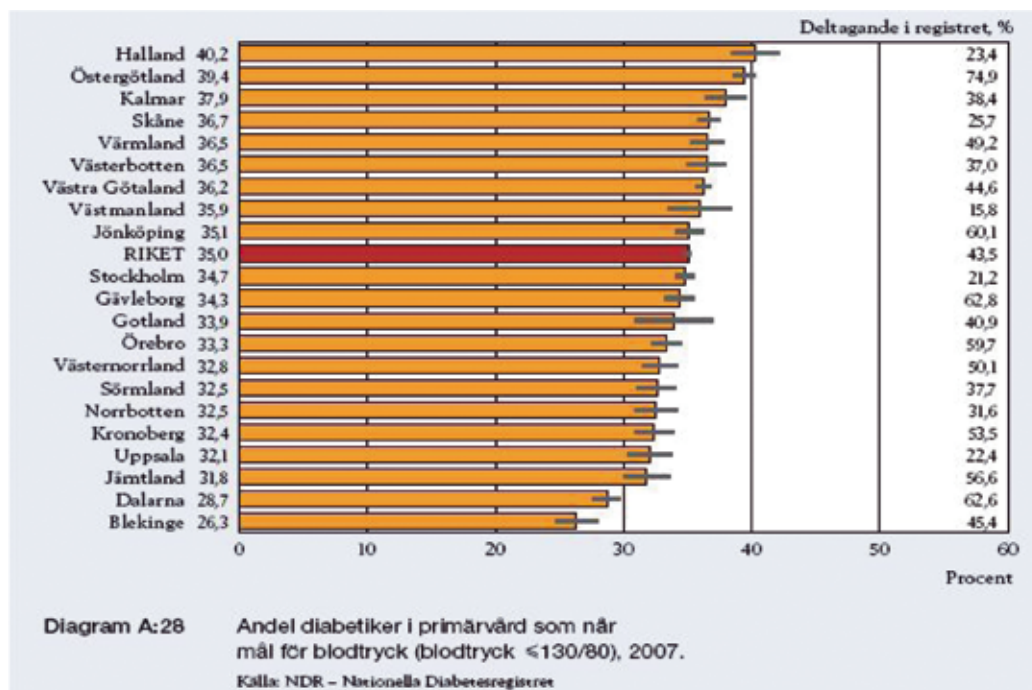
De senaste åren har framkommit att det är skadligt för äldre att ligga alltför lågt, målet för HbA1c skall snarare vara 7,0. De som haft diabetes av typ 2 i mer än 5 år mår också sannolikt bättre av ett högre målvärde [5, 6]. Det finns alltså bara evidens för att nydebuterade typ 2 diabetiker skall pressas till HbA1c-värden under 6,0 och detta är en relativt liten grupp av diabetikerna på en vårdcentral. Således krävs subgruppsanalyser för att kunna värdera HbA1c resultaten. Sådana görs sällan i t.ex. NDR:s redovisningar.

Trots att diabetes är en ovanligt välstuderad sjukdom är det svårt att hitta bra och allmängiltiga kvalitetsindikatorer. För de flesta sjukdomar som sköts i primärvården saknas evidens för vilka mål man skall sträva mot, speciellt hos multisjuka och äldre. De studier som finns är som regel gjorda på unga patienter med en sjukdom. Detta gör kvalitetsindikatorerna för en rad sjukdomar i allmänmedicin mindre tillförlitliga.

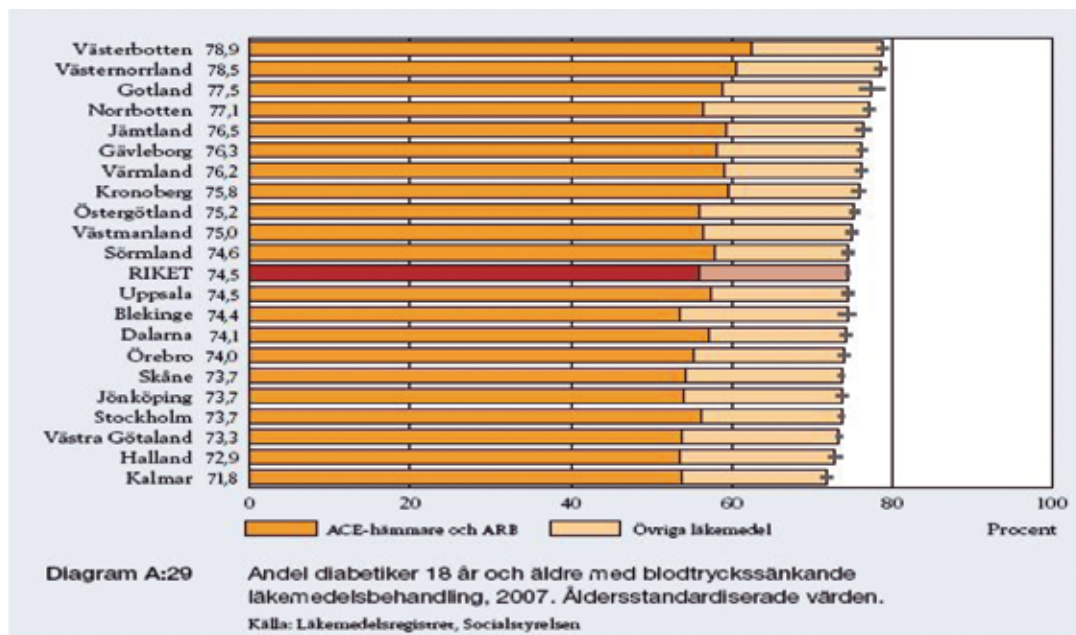
2. Bortfall

I primärvården kan bortfall framförallt uppstå genom ofullständig diagnosättning men också genom bortfall i inregistreringen till databaser och register.

Bortfallens betydelse även i stora material framgår i nedanstående figurer hämtade från Öppna jämförelser 2008.



Utfallet i ovanstående figur redovisas med en decimal, deltagandefrekvens anges och konfidensintervall är inritade på staplarna. Man förleds att tro att t.ex. Halland och Kalmar är duktiga på att behandla diabetikers blodtryck.



När den noggranne läsaren vänder på bladet i Öppna jämförelser och får se nästa figur (ovan) blir han mer tveksam. Är verkligen Halland och Kalmar duktiga på blodtrycksbehandling?

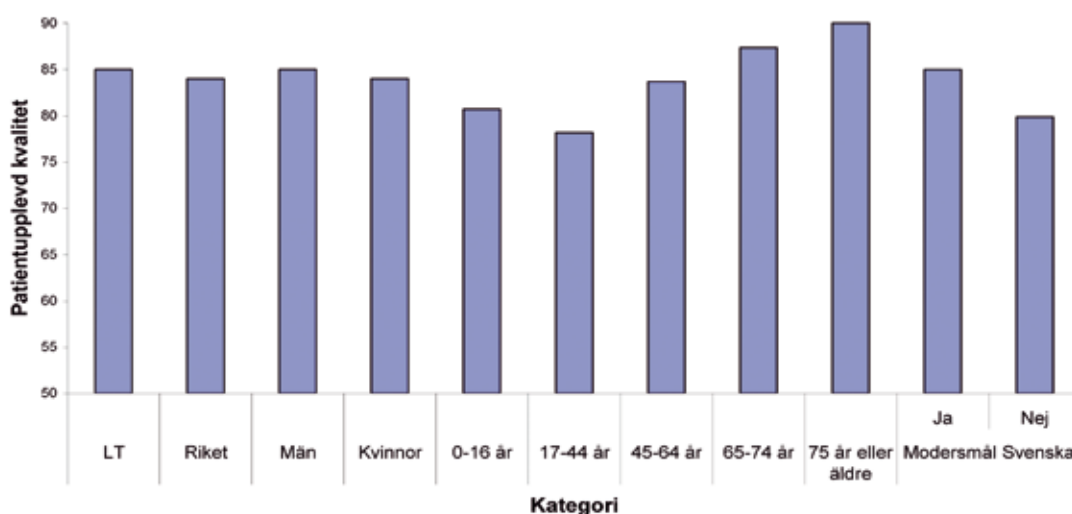
Författarna borde förklarat att angivna konfidensintervall är beräknade på gruppernas storlek. Om man också tar hänsyn till de stora bortfallen blir "konfidensintervallen" många gånger större vilket gör att man inte kan veta om det ena resultatet är bättre eller sämre än andras. Detta gör att landsting med stora bortfall kan hamna var som helst i diagrammen! Inte ens på

landstingsnivå kan man alltså på ett tillförlitligt sätt redovisa kvaliteten på diabetesvården. På vårdcentralsnivå blir effekten av bortfallen än större.

3. Case-mix

Den nationella patientenkäten som genomfördes hösten 2009 innehöll frågor om ålder, kön och om man hade svenska som modersmål. Om man fördelar svaren efter dessa parametrar ser man ofta stora skillnader i svaren t.ex. fråga C12 (figur 2).

Figur 2. Fråga C12. Kände du förtroende för den läkare som du träffade?



I Jönköping innebar detta att den vårdcentral som i pressen utpekades som den sämsta vårdcentralen uppnådde genomsnittliga resultat efter korrigering för ålder och svenska som modersmål. Bland de som svarat från denna vårdcentral var, jämfört med genomsnittet, andelen i den äldsta åldersgruppen hälften så stor och andelen som inte hade svenska som modersmål tre gånger så stor.

Att det kan vara stora variationer i befolkningens sammansättning (case-mix) mellan olika vårdcentraler i samma stad framgår av tabell I. Detta påverkar naturligtvis många mätningar och försvårar jämförelser mellan vårdcentraler.

Tabell I. Variationer i befolkningen mellan de sju vårdcentralerna i Jönköpings kommun. Data från barnhälsovården.

Vårdcentralens namn	Medelinkomst 20-64 år (tkr)	Antal barn som utsätts för rök i hemmet (%)*	Antal barn som BCG-vacc (%)**
Bankeryd	264,1	2,8	0,8
Hälsan 1	223,7	4,6	8,4
Hälsan 2	257,1	4,6	8,4
Norrahammar	236,9	12,2	8,6
Rosenlund	228,2	12,6	18,4
Råslätt	204,7	15,7	41,8
Öxnehaga	178,2	28,9	72,3

* någon eller båda av föräldrarna är rökare

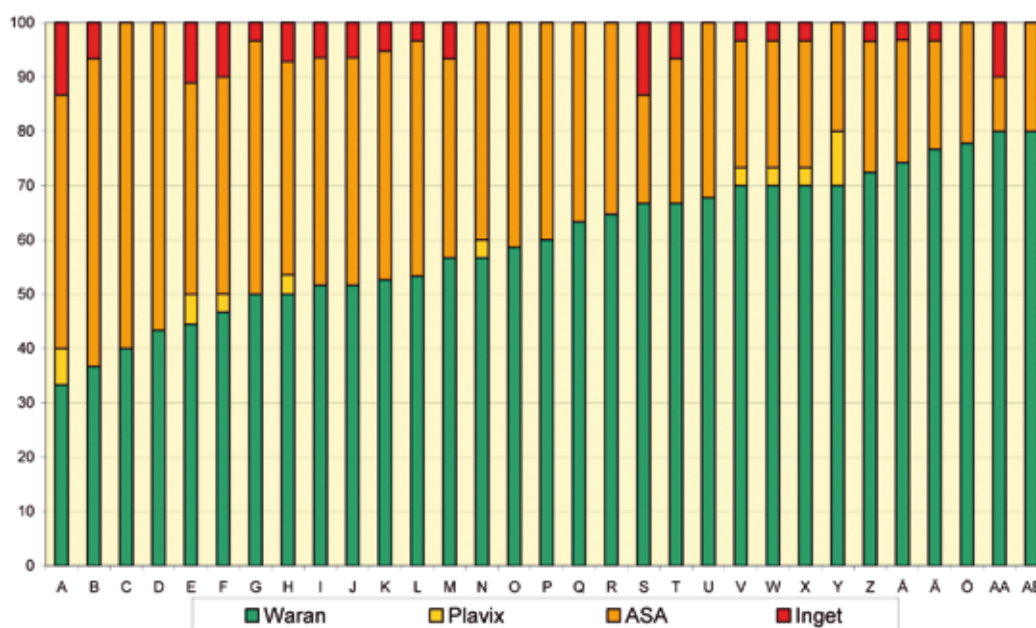
** visar andelen av föräldrarna (en eller båda) som är födda i ett utomeuropeiskt land

4. Små material

Vid en kvalitetsjämförelse 2007 av hur de 32 vårdcentralerna i Jönköpings Landsting behandlar patienter mellan 60-84 år med förmaksflimmer framkom på en vårdcentral att "bara"

50% hade Waranbehandling som emboliprofylax (vårdcentral E i figur 3). De allra flesta vårdcentraler låg på betydligt högre värden.

Figur 3. Emboliprofylax vid förmaksflimmer hos patienter 60-84 år



Det visade sig att materialet bestod av 18 patienter, det fanns inte fler, varav 9 saknade Waranbehandling. Vid en noggrann journalgenomgång hittade man kontraindikationer eller att patienten aktivt valt att avstå från Waranbehandling hos alla utom hos en patient (78-årig, icke svensktalande man med nydebuterat förmaksflimmer och lindrig hypertoni) där Waranbehandling möjligen kunde övervägas. Det som tycktes vara tveksam kvalitet var i själva verket god kvalitet!

Exemplet visar att när man kommer ner på vårdcentralsnivå blir patientgrupperna ofta så små att trots att man har bra, evidensbaserade kvalitetsindikatorer så går enkla kvalitetsjämförelser inte att genomföra.

Sammanfattningsvis är medicinsk kvalitet, även om den reduceras till att omfatta följsamhet till riktlinjer och man bortser från läkekonst, svår att mäta på vårdcentralsnivå beroende på bland annat ofullständiga mätetal, varierande bortfall, varierande befolkning och små patientgrupper. Säkert finns ytterligare faktorer som försvårar mätningar och jämförelser.

Vi menar att vi nu är inne i en farlig utveckling där många okritiskt mäter och redovisar s.k. medicinsk kvalitet på vårdcentralsnivå. Mätningar avsedda att vara underlag för förbättringsarbete missbrukas och feltolkas i raskt ökande takt. Det finns stora förhoppningar om att automatisk datafångst skall lösa problemen med datafångst, istället riskerar man enl. vår uppfattning ökande tolkningsproblem av dåligt validerade data. Dåliga data och feltolkningar leder tyvärr till att även viktiga kvalitetsmätningar hamnar i vanrykte och att man ute i den praktiska verkligheten blir alltmer tveksamma.

Vem vinner på att en massa data sammanställs och presenteras i offentliga jämförelser när tolkningen av dessa data förutsätter ingående kunskap om de lokala förhållandena på olika vårdcentraler. Vi är i början av en utveckling som vi allmänläkare behöver vara med och styra. Det är hög tid att agera! Att titta kan uppfattas som att vi instämmer!



Kjell Lindström, Sven Engström
Jönköping

Referenser

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen. 2008;105:3452-5.
2. Bejerot S. Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning? Läkartidningen. 2009;106:986.
3. Lindström K. Behöver svensk primärvård förmyndare? Läkartidningen. 2010;107:656.
4. Lindström K, Engström S. Kvalitetsmätning behövs – men kan inte värdera vårdkvalitet. Läkartidningen. 2009;106:2067-8.
5. Currie C, Peters J, Tynan A, Evans M, Heine R et al. Survival as a funktion of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort studt. The Lancet, Early Online Publication 27 January 2010, <http://www.lancet.com>.
6. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. www.socialstyrelsen.se

Fortbildnings- och kongresskalender 2010–2015

2010

2 – 4/12 Kathmandu, Nepal. South Asia Regional Wonca Conference. www.gpan.org.np

2011

15 – 22/1 Lech. 10th Austrian Winter Conference on General Practice and Family Medicine. www.oegam.at

21 – 24/2 Cebu, Philippines. Wonca Asia Pacific Regional Conference. www.woncacebu2011.org

4 – 17/6 Tromsø, Norge. Nordisk Kongres for Almen Medicin. www.gp2011tos.com

23 – 26/6 Brasilia, Brasilien. 11th. Brazilian Congress of Family and Community Medicine. www.sbmfc.org.br

8 – 11/9 Warszawa. Wonca Regional Conference.

14 – 17/9 Orlando. The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly.

2012

24 – 27/5 Jeju, Sydkorea. Wonca Asia Pacific Regional Conference.

4 – 7/7 Wien. Wonca Europe Regional Conference.

17 – 20/10 Philadelphia. The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly. www.aafp.org

2013

Juni Prag. 20th Wonca World Conference. www.wonca2013.com

25 – 28/9 San Diego. The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly. www.aafp.org

2014

Kuala Lumpur. Wonca Asia Pacific Regional Conference.

2015

Marts Taiwan. Wonca Asia Pacific Regional Conference.



17th Nordic Congress of General Practice

Tromsø – Norway, 14-17 June 2011

17. Nordiske Kongress i Allmennmedisin * 17. davviriikalas dábálas-medisiinna konferánssa



Caring for people where they are

Our vision for the congress in Tromsø 2011 is inspired by life and nature in northern and rural areas. It raises a double challenge for all doctors in general practice: to care for people where they are living, and where they are in their lives. The congress programme will address this from scientific, theoretic, educational and clinical practice perspectives.

17th
Nordic Congress
of General Practice
Tromsø, Norway



More info on www.gp2011tos.com * You're welcome!

Ny reportageserie

AllmänMedicin inleder nu en serie reportage som ska skildra arbetet i några av SFAMs råd, nätverk och lokalföreningar. Vi upplever att många inte vet vad SFAM gör ute i landet och hoppas att på detta sätt öka intresset och engagemanget för föreningens arbete.

Du som vill berätta om ditt/ert arbete lokalt eller i råd och nätverk är välkommen att kontakta redaktionen för ett reportage. Vi kommer också själva att ta kontakt med representanter för råd, nätverk och lokalföreningar framöver. Först ut är SFAM i Skåne.

SFAM i Skåne

SFAM har fem lokalföreningar i Skåne och då saknas det ändå en lokalförening i nordöstra delarna av länet. Tidigare motsvarades indelningen av en organisatorisk indelning i sjukvårdsdistrikt men sedan 2007 är Region Skåne ett sjukvårdsdistrikt, Primärvården Skåne en förvaltning och Hälsovalskontoret en producentneutral förvaltning i hela regionen.

Behovet finns därför för de skånska lokalföreningarna att agera gemensamt i Skånegemensamma frågor för att få största möjliga inflytande. I våras träffades styrelserna och beslutade att när någon av oss träffar politiker eller tjänstemän som representanter för SFAM har vi mandat att företräda samtliga skånska SFAM-föreningar. Några planer på samgående mellan lokalföreningar finns dock inte i nuläget.

Dialog med Hälsovalskontoret

Vårt främsta mål för vårt gemensamma arbete var initialt att få till stånd en dialog med tjänstemännen på Hälsovalskontoret i syfte att påverka utvecklingen av Hälsoval Skåne, som infördes i maj 2009, närmast ackrediteringsvillkoren inför 2011.

Glädjande nog är ledningen för Hälsovalskontoret angelägna om en dialog med oss allmänläkare och det första konkreta resultatet av denna dialog var ett medlemsmöte den 15 september som samlade närmare 40 allmänläkare från Skånes olika delar, såväl offentligt anställda som privata aktörer. Region Skåne representerades av chefen för Hälsovalskontoret, den medicinske rådgivaren (allmänläkare), en representant för den medicinska revisionsenheten (allmänläkare) samt en av sjukvårdsstrategerna som arbetar för att locka in primärvårdsaktörer med andra typer av avtal till Hälsoval Skåne.

Vid mötet presenterades en del resultat från det första året med Hälsoval Skåne, bland annat uppfyllande av kvalitetsmål och eventuella skillnader i måluppfyllelse mellan offentliga och privata hälsovalsenheter.

Inför 2011

Det planeras inga stora förändringar inom Hälsoval Skåne inför 2011, så vitt är känt nu. Samtliga partier säger att Hälsovalet är underfinansierat och utlovar mer pengar nästa år, några siffror har dock inte nämnts och budgeten och därmed ackrediterings-

villkoren beslutas inte av regionfullmäktige förrän i december eftersom det är valår.

Det som redan nu verkar klart är att vårdenheterna kommer att få ett ökat kostnadsansvar för förskrivningen av basläkemedel för listade patienter, från dagens 50 % till 75 %. Läkemedelsersättningen kommer också att viktas enligt ACG (80 %) och CNI (20 %) på samma sätt som vårdersättningen eftersom simuleringar har visat att denna viktning bättre stämmer överens med de verkliga kostnaderna än dagens viktning efter kön och ålder enbart.

Kvalitetsindikatorer

Det planeras inga större förändringar av kvalitetsindikatorer 2011, huvudsakligen beroende på svårigheter till en producentneutral datainhämtning. 2012 kommer förhoppningsvis samtliga Hälsovalsenheter, såväl offentliga som privata, att ha ett gemensamt journalsystem och då finns möjligheter till en utökning av indikatorer. En del av kvalitetsindikatorernas mål är kopplade till ekonomisk ersättning medan flertalet följs upp i samband med en årlig medicinsk revision. Allmänläkarkåren finns väl representerad i den grupp som arbetar med utveckling av kvalitetsindikatorer.

Kostnadsansvar

Diskussionen blev lång kring Hälsovalsenheternas totala kostnadsansvar för all primärvård, inklusive rehabilitering, och de konsekvenser det får främst i de större städerna, där utbudet är stort. Främst påpekades nackdelen med att ha kostnadsansvar över något som man inte kan påverka eftersom patienterna kan söka fritt. Några planer på att förändra systemet finns dock inte och det tydliggjordes att eftersom alla primärvårdsbesök räknas in i täckningsgraden (se nedan) blir inte kostnaden för vårdenheterna så stor som det kan verka och man behöver ju heller inte ha en bemanning för att ta hand om dessa besök.

Att kvaliteten skulle bli bättre med en ökad kontinuitet och ett mer samlat teamarbete var dock alla eniga om och det är åt det hållet Region Skåne strävar. Det som förlångsamar processen är att man är bunden av tidigare ingångna vårdavtal och avtal enligt taxan och det kommer att ta några år innan flertalet primärvårdsaktörer finns samlade under Hälsovalstaket.

Täckningsgrad

Täckningsgraden (se faktaruta) förtydligades och problematiserades. Tankar finns på att höja utväxlingen (dvs att varje procents förändring i täckningsgrad ska ge ett större tillägg/avdrag på vårdersättningen än idag) för att stimulera en överflyttning av övriga specialistbesök till primärvården. Nuvarande nivå täcker möjligen lönekostnaden men inte kostnaden för utrustning eller en ökad kostnad för medicinsk service.

Nackdelen med en ökad täckningsgradsutväxling är att antal besök blir viktigare igen vilket går stick i stäv mot intentionen i Hälsoval Skåne med sin stora andel kapiteringsersättning. Det finns därför tankar på att inkludera telefonkonsultationer i täckningsgraden men detta är inte praktiskt genomförbart förrän vi har det gemensamma journalsystemet på plats så att registreringarna kan överföras automatiskt även för privata vårdgivare.

Framtidsfrågor

Mötet blev mycket uppskattat av alla inblandade och vi var överens om en upprepning nästa höst. Lokalföreningen i Malmö tog över stafettpinnen från Mellansköne och planerar ett medlemsmöte med tema forskning och utveckling i slutet av januari 2011. Planer finns också på att kontakta våra nyvalda politiker när de nya nämndssammansättningar är klara.



för SFAM i Skåne
Staffan Olsson och Karin Träff Nordström

Täckningsgrad i Hälsoval Skåne

antal primärvårdsbesök

antal primärvårdsbesök + antal övriga öppenvårdsbesök

Primärvårdsbesök

- alla besök oavsett vårdgivarkategori, så länge de är registrerade i besöksdatabasen
- alla besök på andra vårdenheter, kvälls- o helgmottagningar
- alla besök på vårdenheter, sjukgymnaster, kiropraktorer o andra med vårdavtal
- alla besök hos sjukgymnaster och allmänläkare på taxan
- EJ BVC, MVC, ungdomsmott, rehabiliteringsgarantin (KBT, MMS)

Övriga öppenvårdsbesök

- alla besök oavsett vårdgivarkategori inom annan öppenvård än primärvård, såväl i offentlig som privat drift, såväl på sjukhus som på fristående läkarmottagningar

Vad innebär det i pengar?

$P + X$

$P+X+\bar{O}$

Med hjälp av denna ekvation kan man räkna ut hur många primärvårdsbesök som krävs för att höja täckningsgraden med t. ex. 1 % och därmed räkna ut hur mycket ett primärvårdsbesök "är värt" i intäkt om man ligger över 59 % eller i minskat avdrag om man ligger under 57 %. För privat vårdgivare (inkl moms-kompensation) 2010 är ett besök "värt" 192 kr.

P

$P+\bar{O}+Y$

Med hjälp av denna ekvation kan man i stället beräkna hur många besök inom övrig öppenvård som krävs för att täckningsgraden ska minska med t. ex. 1 % och därmed hur mycket ett sådant besök "kostar" vårdenheten, i vårt exempel 285 kr.

Om man kan "ta hem" ett besök till vårdenheten, som annars skulle genererat en remiss till övrig öppenvård "tjänar" man alltså $192+285 = 477$ kr

Hur kan vi påverka täckningsgraden?

- Öka antalet besök på vårdenheten, t. ex. genom att utnyttja annan personal än läkare bättre eftersom ett besök är lika mycket värt oavsett vem patienten varit hos.
- Minska antalet remisser till annan öppenvård genom t.ex. fortbildning, anställande av personal med bredare/djupare kompetens.



Mötesförhandlingar pågår. Foto: Mats Rydberg

Nordiskt fackligt möte på Svalbard

Den norska distriktsläkarföreningen bjöd in till det vartannat år återkommande mötet mellan de nordiska ländernas fackliga och vetenskapliga allmänläkarföreningar. Då föreningens ordförande, Trond Egil Hansen, sedan två år arbetar som en av tre läkare (två allmänläkare och en kirurg) på Svalbard ägde mötet rum i Longyearbyen, Svalbards största samhälle. På Svalbard finns också världens nordligast belägna samhälle, Ny-Ålesund.

När mötet ägde rum den 26–29 augusti hade den fyra månader långa perioden med midnattssol precis tagit slut, men det var fortfarande ljus dygnet runt. Detta ljus präglade också mötesatmosfären som kännetecknades av öppenhet och samförstånd.

23 deltagare från de fem nordiska länderna samlades på torsdagsförmiddagen på Radisson Blue Polar Hotel efter att ha tagit av skorna enligt den sed som lever kvar sedan kolgruvorna var den helt dominerande näringen på öarna.

Nyheter från deltagande länder

Vi fick höra presentationer från de olika länderna med fokus på vad som hänt sedan man sågs senast vid kongressen i Köpenhamn för ett drygt år sedan.

Från Norge fick vi höra att myndigheterna nu vill ge kommunerna möjligheter att göra lokala anpassningar av fastlegeförordningen. Ett lagförslag ska presenteras den 1 oktober, men man hade ännu inte fått se hur förslaget kommer att se ut.

Den svenska presentationen dominerades av Vårdvalsreformen och dess olika varianter runtom i landet, våra många olika ersättningssystem för allmänläkare (vårdval, vårdavtal och

nationella taxan) samt frågetecknen kring vad som kommer att hända efter valet den 19 september. Den svenska delegationen bestod av Ove Andersson, Britt Bergström och Ann-Christine Sjöblom från DLF, Elisabeth Zetterström från SPLF och underrepresenterade från SFAM.

I Finland drivs primärvården av kommunerna som efter en större kommunsammanslagning uppgår till 346 stycken. Hälsocentralerna har minskat från 240 till 115 och har fått ett allt bredare uppdrag. I allt högre grad ser man att chefskapet för hälsocentralerna tas över av andra yrkesgrupper än läkare. I maj 2011 planeras en vårdvalsreform.

Efter Islands djupa ekonomiska kris 2008 har man haft tre olika regeringar och har nu sedan några månader sin fjärde hälsominister på två år. Det har gjorts stora nedskärningar i all offentlig förvaltning och allmänläkarlönerna har sänkts med 10 % räknat i lokal valuta, vilket motsvarar 55 % omräknat i euro. Restriktionerna har ökat avseende subventionering av dyrare läkemedel. Var tionde isländsk allmänläkare har flyttat utomlands och många utbildningsläkare väljer att inte återvända efter fullbordad specialistutbildning.

Från Danmark fick vi veta att allmänläkarorganisationen och myndigheterna inte lyckats enas om ett nytt avtal efter att det gamla gick ut hösten 2009 utan det gamla avtalet har fortsatt att gälla. Nya förhandlingar är på gång i oktober. Myndigheterna vill höja produktionskraven och liststorleken och man vill, precis som i Norge, ge regionala myndigheter större makt, främst på grund av svårigheter att rekrytera allmänläkare till den danska "glesbygden".



Deltagarna vid nordiska fackliga mötet på Svalbard. Foto: Karsten Kehlet



Koordinater Longyearbyens flygplats. Foto: Mats Rydberg

Risk, kvalitet och organisation

På fredagen återupptogs mötesdiskussionerna med frågor som de olika ländernas delegationer hade förberett.

Först ut och störst utrymme tog frågan om primärprevention. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har skrivit ett policydokument man problematiserar riskfaktorintervention hos friska personer ur medicinsk, etisk och politisk/ekonomisk synvinkel. Detta dokument har legat till grund för ett fortsatt arbete inom Europrev, Woncas nätverk för förebyggande hälsoarbete och resulterat i ett gemensamt europeiskt policydokument med samma inriktning. Vid WONCA-mötet i Cancun våren 2010 antog WONCA Europe en förkortad version, (se faktaruta) och arbete pågår för att få WONCA World att anta samma eller ett liknande dokument.

Från Danmark hade man tagit fram ett förslag om en Information Charter, en slags kunskapsbank för profession och allmänhet för att underlätta värdering av riskfaktorer och mötesdeltagarna enades om att skriva under en avsiktsförklaring att driva frågan på hemmaplan via sina respektive organisationer. Mats Rydberg tog på sig uppdraget att representera Sverige i den arbetsgrupp som ska skapas för nordisk samordning av detta arbete och som ska återföra frågan till nästa möte i Tromsø i samband med kongressen i juni 2011.

Danmark berättade om att de har en av stat och kommuner finansierad Kvalitet & Informatikfond som finansierar utvecklingen av diagnosregister, kvalitetsindikatorer samt datainfångst av desamma. Datainsamlingen (data över labsvar, läkemedelsförskrivning, diagnoser och produktion) sker varje natt och deltagande mottagningar får en rapport varje söndag. Patienterna kan också ta del av sina egna uppgifter via säker inloggning. Deltagandet är ännu så länge frivilligt och ca 10 % av de danska allmänläkarna deltar. Man vill från fackligt håll förhindra ett obligatoriskt deltagande så länge inte systemet är bättre. Information till allmänheten finns på www.sundhed.dk,

som drivs av motsvarigheten till SKL. I Danmark finansieras också centralt en översättning och fördanskning av den norska Internetbaserade Legehandboken som beräknas bli helt klar i maj 2011 och som är gratis tillgänglig för alla.

Från svenskt håll hade DLF förberett en redogörelse för de olika former av allmänpraktiserande läkare som finns inom EU, dels de olika ländernas krav för specialistkompetens i allmänmedicin, dels Europaläkare, för vilka det krävs tre års tjänstgöring efter legitimation varav sex månader primärvård. Som Europaläkare har du rätt till fast anställning på vårdcentral, men inte till specialistkompetens. En rättslig process för att klargöra skiljelinjerna pågår på departementsnivå och man väntar på ett utlåtande från EU-kommissionen under hösten. Även här enades mötesdeltagarna om att skriva under en avsiktsförklaring att på hemmaplan arbeta för att behålla en hög kvalitet i vår specialistutbildning och minst fem års specialistutbildning.

Mötet avslutades med att Island och Finland berättade om hur respektive land organiserar sin jourtjänstgöring för allmänläkarna. Övriga deltagare kompletterade och vi kunde konstatera att vi alla brottas med en utveckling där vi förväntas ta hand om allt mer dagtid samtidigt som vi ska vara tillgängliga på jourtid, gärna också bemanna närakuter el dyl. Övriga länder förundrades åter igen över att vi i Sverige har minst 23 olika system.

Glaciärer, shopping och rysk kolgruva

Efter mötets formella del vidtog ett socialt program med god mat och intensiva samtal på engelska/skandinaviska under promenader, shopping eller över ett glas öl. På lördagen bjöds vi på en 10 timmars båttur längs Isfjorden till Esmarkbreen (glaciär) och med stopp i Barentsburg som är en rysk bosättning sedan tidigt 1900-tal. De drygt 400 invånarna livnär sig främst vid kolgruvan (man exporterar kol till bl a Tyskland och England)

men för att få dit fler kvinnor och barn har man även startat en textilindustri. Från Leninstatyn har man en vidunderlig utsikt över fjorden och fjällen samt över den lilla staden.

Västerlänningar såg nog på bebyggelsen med viss förfäran, slitet och relativt omodernt som det var. Enligt den ryske guiden är det dock lätt att få dit arbetare från Ryssland och Ukraina eftersom standarden är högre än vad man kan få på hemmaplan. Man har t ex sporthall, skola, post, bank, elektricitet, satellit-TV, värme, vatten, ett litet sjukhus och t o m en internetanslutning, om än långsam.

När sjukhuset i Barentsburg inte har tillräcklig kapacitet samarbetar man med Longyearbyen som i sin tur skickar patienten till sjukhuset i Tromsø vid behov. I Longyearbyen finns en modernt utrustad läkarmottagning samt sjukhusavdelning med åtta platser. Sjuktransporter sker med snöskoter, bil eller helikopter om avstånden är långa eller terrängen svårframkomlig, t ex vid det tillfälle tidigare i sommar då en kajakande turist blev riven i ansikte och på bröstet av en isbjörn som tagit sig in i tältet under natten. Lyckligtvis var reskamratens gevär laddat och isbjörnens tid var snabbt ute och den skadade klarade sig utan allvarliga skador. Isbjörnshotet är således reellt och det är bara sommartid inne i själva Longyearbyen som man kan röra sig fritt utan att vara beväpnad. Vintertid händer det att man ser björn även inne i byn.

Det finns mycket att berätta om detta lågskatteparadis där vem som helst, från världens alla länder får bo så länge man kan försörja sig, men där man inte får bli gammal och/eller skröplig eftersom det inte finns någon socialtjänst eller hemsjukvård/äldreomsorg. Dock finns skola för 200 barn och tre dagis.

Vi avslutar med att tacka våra norska värdar för att de gett oss möjligheten att få resa till Svalbard och ser fram emot ett fortsatt gott nordiskt samarbete.



Mats Rydberg och Karin Träff Nordström

European Network for Prevention and Health Promotion
in General Practice / Family Medicine (EUROPREV)

**POLICY STATEMENT ON PREVENTION AND
HEALTH PROMOTION IN PRIMARY CARE**

May 2010

Over the past thirty years general practice/family medicine (GP/FM) has become the cornerstone of most national healthcare systems in Europe. New research and evidence and other advances are inspiring major changes in health care systems all over the globe and in GP/FM.

Medical organisations representing GP/FM both nationally and internationally strongly believe that health promotion and disease prevention should represent an essential part of primary care.

From this standpoint, EUROPREV makes the following observations:

- a) Recommendations on preventive care may come from multiple sources, sometimes contradicting each other.
- b) Although the evidence on effectiveness and efficiency of some preventive interventions is not always well assessed, they are still promoted.
- c) The 'media' and other interest groups stimulate consumerism amongst patients in the field of preventive activities, resulting in a variety of interventions that are not evidence-based or needed, but might be expensive, and have no impact on the health of the population.
- d) A patient undertaking preventive activities can require simultaneous treatments, increasing the risk of interactions and adverse effects.
- e) The agenda of diseases doctors are encouraged to prevent may be influenced by commercial interests, resulting in low priority given to prevention of certain areas of ill-health such as psychosocial problems.
- f) Strong and selective preventive interventions may result in undue worry for the individual if not perceived as relevant or realistic, and may also distract attention from other healthcare issues of importance to the patient.

Bearing these observations in mind, EUROPREV strongly endorses the following statements:

1. Disease prevention and health promotion should form an important part of the daily practice of European general practitioners/family physicians.
2. High-quality primary care emphasises evidence-based health promotion and disease prevention. All preventive activities in GP/FM must be based on evidence and consider all possible iatrogenic and/or psychological risks.
3. Most chronic non-communicable diseases have common avoidable risk factors (smoking, unhealthy diet, physical inactivity, risky alcohol consumption). General practitioners/family physicians have a particularly important role in:
 - a. counselling and promoting healthy lifestyles;
 - b. identifying possible health risks in their patients;
 - c. offering interventions to decrease health risks;
 - d. evaluating outcomes.
4. When implementing preventive activities in clinical practice, issues such as cost effectiveness, resource prioritization and other logistical factors should be considered at local, national and international levels.
5. Ethical and legal concerns must be resolved before any preventive activity in GP/FM is undertaken. The benefits and any possible harm should be clearly explained to adult patients and the parents of child patients, maintaining respect for the patient's autonomy and informed choice.
6. Adult patients and the parents of child patients must be involved as a partner in the planning of preventive activities and also in decision making as regards the measures needed. Their decisions, concerns and preferences must be respected. Unless public health is threatened, patients or their parents should be free to decline the preventive activities offered with no repercussions regarding any other health care provided.
7. A high level of vigilance is required when medications are used to prevent illness in healthy individuals. Such measures should be evidence-based, focused on individuals at high risk, and accompanied by rigorous documentation for long-term results and side effects.
8. While appreciating the benefits of preventive activities, general practitioners/family physicians should be fully aware of the possible harm that these may entail (i.e. unnecessary preventive activities, medicalisation and overestimation of individual or societal expectations). Relevant medical education of general practitioners/family physicians should only be carried out by independent parties with no conflict of interest and by the national and regional public health services.
9. General practitioners/family physicians should consider equity and accessibility issues in preventive tasks, ensuring these reach those who need them most.

Annons

Nu har den första nationella forskarskolan i allmänmedicin startat!

Mats Foldevi, Linköpings Universitet, Kristina Boström, medicine doktor, Göteborgs Universitet, Olov Rolandsson, docent allmänmedicin, Umeå Universitet.



Den nationella forskarskolan i allmänmedicins tio första doktorander. Från vänster Margareta Hellgren, Andy Maun, Bledar Daka, Pär Jennersjö, Mikael Lilja, Malin Sjöström, Kristian Gjessing, i främre raden Eva Melin, Elzbieta Kaszuba och Jenny Eckner.

Det bästa var;

- *Roligt att träffa andra i samma situation. God stämning och öppenhet i gruppen. Onsdagen med Simon och Stuart var helt fantastisk. Obetalbart!*
- *Kontakterna, nätverket, stimulans av att träffa bra personer.*
- *Det var möjligheten till direkt återkoppling från världsberömda forskare.*
- *Få feedback från Stuart och Simon. Träffa andra doktorander.*
- *Att det varit så inspirerande! Roligt att på träffa fler i liknande sits.*
- *Simon och Stuart.*

Så skriver de tio först antagna doktoranderna i sina utvärderingar av upptakten till den nationella forskarskolan i allmänmedicin, som just gått av stapeln i Vindeln och Umeå i september. Stuart Spencer, en av föreläsarna på kursen summerar så här;

"It was good to see the National Research School getting underway. The students seemed committed, and there is potential that can be nurtured through the activities of the school. I found it a very encouraging start."



Hur kom denna forskarskola till?

Vetenskapsrådet utannonserade våren 2009 medel för att starta en forskarskola i allmänmedicin. Den nationella forskarskolan i allmänmedicin är resultatet av denna satsning. Vetenskapsrådets syften var att skapa livskraftiga kliniska forskningsmiljöer och vetenskapligt mervärde, att stimulera och förstärka forskarutbildning och därigenom främja rekrytering inom det kliniska forskningsområdet, att skapa grund för nätverksbygge och handledning samt tid för forskning och utbildning för forskare med klinisk frågeställning, att stimulera mångfald och tvärvetenskap samt att bidra till samverkan nationellt och internationellt. Ett initiativ som även i ett internationellt perspektiv är både ovanligt och nyskapande.

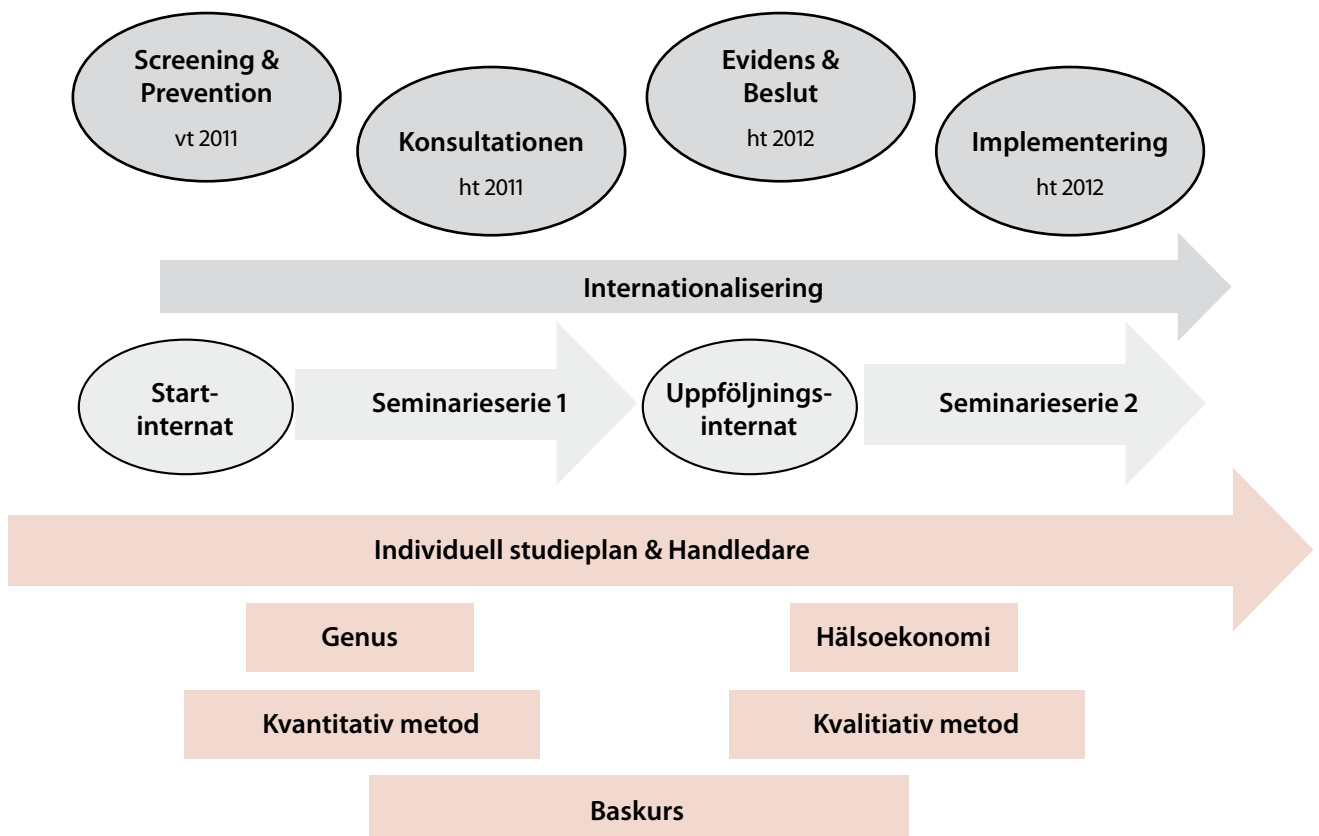
Allmänmedicin vid Umeå Universitet initierade ett samarbete med de allmänmedicinska enheterna vid Linköping och Göteborgs universitet i syfte att skapa ett nätverk som kunde uppfylla de målsättningar som Vetenskapsrådet angett. På kort tid skapades en gemensam ansökan med de tre enheterna som samarbetspartners. Utlysningen från Vetenskapsrådet resulterade i tre konkurrerade ansökningar om att få starta Sveriges första nationella forskarskola i allmänmedicin. Efter en bedömning av internationella granskare rankades vår ansökan som nummer ett, tätt följd av ansökningar från Lunds Universitet,

Stockholms Universitet och Uppsala Universitet. I granskar-
nas bedömning framgick bland annat att man såg det som en styrka att tre allmänmedicinska enheter med lite olika profiler kunde samarbeta och att organisationen var genomtänkt med en god struktur.

Hur ser forskarskolan ut?

Det är viktigt att påpeka att forskarskolan kompletterar den redan befintliga forskarutbildningen och att den vänder sig till redan antagna doktorander.

Till forskarskolan kommer doktoranderna med sina individuella studieplaner, handledare och planerade forskarkurser. Skolan erbjuder dem en seminarierie, som inleds med gemensamt internat och sedan genomförs på distans med hjälp av videokonferenser och elektronisk kommunikation. I skolan träffas doktorander från olika universitet och kan då bygga nätverk för sin forskarutbildning och fortsatta forskning. De deltar i denna under två år för att sedan fortsätta enligt sina egna planer. En ökad internationalisering uppmuntras genom ett individuellt ekonomiskt bidrag och internationella föreläsare. Doktoranderna har tillgång till redan befintliga forskarkurser (ses figur 1), inklusive baskurser som sannolikt genomförs på eget universitet. Skolan ger även doktoranderna tillgång



Figur 1

Till forskarskolan kommer doktoranden med sin individuella studieplan, handledare och planerade befintliga forskarkurser, detta kompletteras med en seminarierie som sker på distans med hjälp av videoteknik och elektronisk kommunikation. Internationalisering uppmuntras genom ett individuellt ekonomiskt bidrag och internationella föreläsare. Skolan introducerar även fyra nya forskarkurser, särskilt framtagna för allmänmedicin.

till andra befintliga kurser, varav flera kommer anpassas till distansundervisning (som kvalitativ metodik). Forskarskolan kommer också att skapa nya forskarkurser, särskilt framtagna för allmänmedicin, de som redan är planerade ses överst i figur 1 (med planerad start).

Såväl ordförandeskapet i ledningsgruppen som ansvaret för seminarieriet kommer att alternera mellan universiteten. Varje universitet har en utsedd koordinator, Olov Rolandsson, Umeå (huvudkoordinator), Kristina Bengtsson, Göteborg och Mats Foldevi, Linköping, som kommer att arbeta med genomförande och utveckling av skolan. Administrationen är placerad i Umeå där Maria Boström anställts, med uppgift att vara den sammanhållande länken.

Efter annonsering kom 14 ansökningar in varav de tio högst rankade antogs. Först bedömdes om de planerade forskningsprojekten hörde hemma i allmänmedicin, vilket samtliga gjorde. I nästa steg prioriterades de först som var antagna som doktorander, därefter doktorander som passerat mittseminarium, och sedan de som ännu inte är doktorander, de som inte antogs var alla i den senaste gruppen och har fått återkopplingen att gärna återkomma med nya ansökningar längre fram. Ytterligare tio kommer antas för start i januari 2012, sista ansökningsdatum 28 november. Sedan kommer ytterligare tio antas till varje hösttermin.

28 november 2010

Sista dag för ansökningshandlingar inför intag av 10 nya forskarstuderande med kursstart januari 2011.

Se ytterligare information på www.forskarskolanallmanmedicin.se

Vilka blev antagna till forskarskolan?

De tio antagna och deras projekt ses i tabell 1. Deras projekt kommer senare presenteras fylligare på forskarskolan hemsida, www.forskarskolanallmanmedicin.se, där mycket annan information redan finns, besök den gärna. Där kommer också deras fortsatta forskning och skolan verksamhet kunna följas. Doktoranderna har en geografisk spridning över hela Sverige från Falsterbo i söder till Östersund i norr. Deras projekt har också en stor spännvidd med en dominans för hjärt- kärlsjukdomar och diabetes, kompletterat av inkontinens, effektivitet och förbättringsarbete i primärvård.

Tabell 1. De tio först antagna doktoranderna till den nationella forskarskolan i allmänmedicin och deras forskningsprojekt.

Bledar Daka	Göteborg	Testosteron – Insulinresistens – Hjärt- kärlsjuklighet
Jenny Eckner	Falsterbo	Utveckling av hypertoni
Kristian Gjessing	Linköping	Förändringsarbete i primärvård
Margareta Hellgren	Skövde	Diabetesprevention – Fysisk aktivitet
Pär Jennersjö	Linköping	Markörer för hjärt- kärlsjuklighet hos diabetiker
Elzbieta Kaszuba	Karlshamn	Kan impedans kardiografi diagnostisera hjärtsvikt?
Mikael Lilja	Östersund	Adipokiners roll för störd glukosmetabolism
Andy Maun	Mölnadal	Kunskap om vårdprocesser – primärvårdens effektivitet
Eva Melin	Växjö	Affektskola för personer med diabetes
Malin Sjöström	Östersund	Handläggning av kvinnors inkontinens via internet

Vilka förväntningar finns på skolan?

- *Möjligheter till många intressanta möten, till fördjupad kunskap samt skapa nätverk.*
- *Skolan erbjuder ett smidigt sätt att kombinera arbete och forskarutbildning.*
- *Möjlighet att utveckla mitt nätverk både nationellt och internationellt.*
- *Möjliggör ett vidgat synfält på forskning, såväl nationellt som internationellt.*
- *Att knyta kontakter med andra forskare inom allmänmedicin och därigenom bli del i ett stimulerande nätverk.*
- *Bli till hjälp att lösa problem, behålla entusiasm och gå framåt.*
- *Skapa synergieffekter som leder till att den allmänmedicinska forskningen får större betydelse*

Dessa är några av de sökandes förhoppningar på forskarskolan, som stämmer väl överens med skolans målsättning. Det är påtagligt hur många som framhåller nätverksbyggande som viktigt, att inte vara ensam. Att forskarskolan kommer att kunna följas på distans ses också av flera som en fördel, genom att underlätta kombinerandet av forskarstudier och familjeliv. De farhågor som kommit fram finns inom samma område, att det trots allt kommer att innebära ett merarbete.

Att forskarskolan permanentas och utvecklas till en verkligt nationell forskarskola med ökade kontakter mellan doktorander i allmänmedicin är en förhoppning som delas av ledningen för skolan. Personerna i ledningen har också gett uttryck för sin stora uppskattning av det nya samarbetet avdelningarna emellan som kommit stånd, en önskan till ökat samarbete har funnits länge men haft svårt att finna konkreta former.

Starten av forskarskolan i Vindeln 14 – 16 september

Äntligen var det dags, de tio doktoranderna, ledningsgruppen med professorerna Lars Hjalmar Lindholm, Cecilia Björkelund och Lars Borgquist, Maria Boström och de tre koordinatörerna kunde starta med en presentation av skolan, lärarna och doktoranderna.

Efter inledningen började den seminarieriet som utgör den egentliga stommen i forskarskolan, denna gång också tydligt präglad av forskarskolans strävan att öka internationaliseringen.



Stuart Spencer, editor på tidskriften Lancet, delade med sig av sin stora erfarenhet av hur man skriver sitt manuskript för att på bästa sätt sälja det till editörer, granskare och läsare.

Först höll Stuart Spencer, editor på den högt ansedda tidskriften Lancet, en mycket uppskattad föreläsning om hur man på bästa sätt "säljer" sitt skriftliga manuskript till editörer, granskare och läsare. En för alla matnyttig föredragning grundad på hans stora erfarenhet av att snabbt och effektivt värdera manuskript.

Varje doktorand fick också direkt återkoppling på sitt abstrakt om det egna forskningsprojektet. I flera fall resulterande det i en omfattande omredigering, det var mycket relevant och uppskattat. Resultaten kommer snart kunna ses när dessa abstrakt förs in på forskarskolans hemsida.

Därefter höll Simon Griffin en presentation, "Research in General practice from a British point of view". Simon är allmänläkare, epidemiolog och assistant director på MRC Epidemiology Unit i Cambridge. Han ledde sedan en diskussion utifrån doktorandernas skrivna texter om de egna projektens relevans, där Simon gav återkoppling och framhöll vikten av att tydligt kunna besvara frågan, so what?



Simon Griffin, allmänläkare, epidemiolog och assistant director på MRC Epidemiology Unit, berättar om sin arbetsplats i Cambridge och sin stora hobby, surfing.

Den tredje dagen tillbringades på allmänmedicin i Umeå där alla fick träna på att använda ett program för videokonferenser, ett instrument som är nödvändigt för att på distans kunna delta i kommande forskningsseminarier. En helt ny erfarenhet för de flesta och något som behöver tränas mer. Det är också ett instrument som möjliggör fortsatta kontakter med Simon och Stuart utan att de behöver resa till Sverige, liksom för andra kommande internationella deltagare.

Nu har forskarskolan startat med en mycket positiv anda och många förhoppningar, både bland doktorander och ledning. Hur den lyckas uppfylla dessa och utvecklas vidare kommer dels kunna följas på forskarskolans hemsida men förhoppningsvis också här i Allmänmedicin.

Mats Foldevi

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

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin
bjuder genom sitt Kvalitetsråd SFAM Q in till den

VII:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården

Torsdagen den 11 november 2010
Stockholmsmässan i Älvsjö

Förbättringsarbete...

Låt oss visa att det är något vi i primärvården
både vet hur man gör och verkligen genomför...



Teman ur programmet:

- Tystnadsplikten räcker den, när doktorn ger dig diagnoser för maximal ACG ersättning, och alla i landstinget kan läsa din journal och alla i Sverige din läkemedelslista?
- ACG är inte så bra mått för ekonomisk ersättning till vårdcentraler!
- Kan patientenkäter mäta även medicinsk kvalitet?
- Så kan vi förbättra tillgänglighet och arbetsglädje.
- Höftartros – artroplastik är inte lösningen för alla.
- Så här kommer du igång med kvalitetsutveckling på din vårdcentral!

SFAMs Nationella Kvalitetsdagar har varit populära och alla som önskat komma har inte fått plats.
Anmäl dig redan nu om du vill vara säker på att få en plats.

Konferensavgiften 1400 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.
Sista dag för anmälan är den 20 oktober. Avgiften faktureras i efterhand via SFAM.
Vid återbud efter 20 oktober utgår full avgift.

Fullständigt program och anmälan på www.sfam.se

Har du frågor om din konferensanmälan: kontakta kansli@sfam.se

Har du frågor i övrigt kontakta sven.engstrom@lj.se

Annons



En månad i Lyon

Allmänmedicinen i Frankrike håller, liksom övriga delar av sjukvården, hög kvalitet. Tillgängligheten är god. Läkarna är generellt kunniga, känner sina patienter väl samt följer dem kontinuerligt. Kunskapsnivån vad gäller psykiska åkommor är dock lägre och läkemedelsanvändningen vid dessa tillstånd ibland tveksam. Kompletterande undersökningar och laboratorieprover görs oftare än i Sverige. Mediciner förskrivs mer frikostigt och kostnadsmedvetenheten är lägre än i Sverige. Mindre tid läggs på dokumentation. Läkarna arbetar med kortare besök som dock ofta är förhållandevis enklare, men arbetsdagarna är längre. Både patienter och läkare verkar nöjda med kontakten.

En dag på jobbet

Jag har under en månad haft förmånen att följa Dr. Samuel Guévart på hans mottagning i Lyon, Frankrike, som en del av min specialisttjänstgöring. Dr Guévart är en ung och ambitiös allmänläkare. Han har valt specialiteten av intresse och tycker om sitt jobb. Ett år av grundutbildningen gjorde han i Tyskland, vilket får ses som ovanligt då det är mycket vanligare att tyska läkarstudenter gör upp till ett år av sin utbildning i Frankrike. Han är gift med en barnläkare och har två pojkar som är tre och fem år gamla. Han började sin karriär med att vikariera på mottagningen och har gradvis tagit över patientklientelet sedan knappt tre år tillbaka, då den tidigare läkaren omskolat sig till KBT-terapeut och nu bedriver terapi på heltid i samma lokaler. Dr Guévart tar också mot läkarstudenter i perioder. De tillbringar 1–2 dagar i veckan hos honom och 1–2 dagar hos en annan kollega. Han har även ambitionen att i framtiden hjälpa till med utbildningen av ST-läkare.

Dr Guévart träffar cirka 20–25 patienter per dag, vilket är något under genomsnittet. Mottagningen är öppen måndag–fredag samt lördag förmiddag. Som hjälp har han en vikarie som ersätter honom onsdagar, fredag eftermiddag samt varannan lördag förmiddag. Vikarien är en läkare som avslutat sin ST-tjänst men ännu inte försvarat sin thèse (se nedan). Det är vanligt att börja sin karriär med att vikariera på detta sätt. Som vikarie är man oftast också mindre belastad, då de flesta patienter om möjligt väljer att komma till sin ordinarie läkare. För att kunna ta semester behöver läkaren också hitta en vikarie.

Dr Guévart kommer vanligen vid 08.50 och börjar med att gå genom den inkommande posten. Första patienten kommer 09.00 och sedan fortsätter patienterna komma på 15-minuters-besök fram till cirka 12.00–13.00. Dr Guévart känner de flesta och har ofta träffat dem 1-2 gånger sista halvåret. Ett ordentligt status görs på de flesta patienter, medan anamnesupptagandet är mer kortfattat. Flera problem hanteras på ett enskilt besök,



"Kvaliteten är generellt hög, med reservation för psykiatrin, och bedömningarna så vitt jag kan bedöma helt korrekta."

men patienterna får ofta återkomma för uppföljning. Laboratorieprover svaras ut via Internet men ingen koppling finns till journalsystemet. Patienten återkommer ofta för uppföljande konsultation med remissvar och provresultat i handen.

Många av besöken är av enklare rutinkaraktär och handlar om vaccinationer, receptförnyelser, förstadagsintyg, förkylningar etc. En sekreterare finns på förmiddagen de flesta dagar i veckan. Övrig tid ringer telefonen oavbrutet under pågående konsultation. Telefonsamtalen går ofta ut på att boka patienten till mottagningen och de flesta får tid samma dag eller dagen efter. Medicinska diskussioner telefonledes med patienter, hemtjänst eller sjuksköterskor i hemsjukvård förekommer i begränsad omfattning då ingen tid finns avsatt för detta. Dokumentation är generellt betydligt mer kortfattad och enkel, likaså konsultationsremisser och remisser för röntgen och lab. Lunchavbrottet 12.00–15.00 används oftast för hembesök, administration, akuta ärenden etc. Akuta hembesök sker under lunchavbrottet, medan planerade hembesök sker fredag innan lunch. Hemsjukvården sker ofta i samarbete med sjukgymnast, sjuksköterska, hemtjänst etc. som också ofta är egenföretagare. Dr Guévart är ansvarig för ett 50-tal hemsjukvårdspatienter. Patienterna är bokade fram till klockan 19.00, men ofta pågår konsultationerna ända tills 20.00 och därefter följer kvarvarande administration och bokföring.

Hypertoniker och diabetiker är välskötta med uppnådda målvärden för blodtryck, socker och lipider. Receptförnyelse samt viss rutinprovtagning sker var tredje månad, mer komplett laboratoriestatus tas en gång per år. Dr Guévart tar själv EKG, Strep A, urinstickor, gör spirometri, vaccinerar, tar suturer samt genomför enklare operationer utan lokalbedövning. Antibiotika förskrivs som i Sverige restriktivt.

Psykosocial problematik ligger bakom många av konsultationerna och här är kvaliteten generellt lägre än vad jag är van vid. Många av dessa patienter står på bensodiazepiner, neuroleptika och sömnmedicin, även om det ofta är andra läkare som initierat behandlingen. Många behandlas också med SSRI och SNRI. Skattningsskalor används inte och det förekommer ingen diagnostik enligt DSM-IV eller ICD-10. Ofta är det oklart vilka psykiatriska diagnoser patienten har fått och vem som initierat behandlingen, även om allmänläkaren förnyar recepten. Däremot är kontinuiteten god vilket kanske delvis väger upp nackdelarna. Mest frapperande är den utbredda användningen av neuroleptika hos ångestpatienter

där det ofta är oklart om det finns någon psykossjukdom i botten och där det inte finns någon regelbunden kontakt med psykiater. Vissa av patienterna har också utvecklat varierande grad av parkinsonism och tardiv dyskinesi. Dr Guévart har inte gjort någon psykiatritjänstgöring annat än de kurser som förekommit under grundutbildningen och många allmänläkare har inte haft någon som helst psykiatripraktik under vare sig grundutbildning eller ST-tjänstgöring.

Ett flertal patienter går också på regelbundna besök för alkoholism eller narkomani. Dr Guévart förnyar även recept på Subutex och Metadon vid långtidsbehandling. Sådana receptförnyelser sker på särskilda blanketter var 14:e dag och patienten är tvungen att hämta medicinen på ett i förväg namngivet apotek.

Kvaliteten är generellt hög, med reservation för psykiatrin, och bedömningarna så vitt jag kan bedöma helt korrekta. Laboratorieprover och röntgenundersökningar förskrivs generellt mer frikostigt och tillgången till hjälp från andra specialistkollegor är god. Läkemedel förskrivs också mer frikostigt, de flesta patienter får ett flertal olika medel för symtomatisk behandling utskrivna på recept. Dyrare medicinering typ Lipitor, Atacand, Cipralex och Nexium används relativt ofta.

BAKGRUND

Utbildning

Grundutbildning

Första året på universitetet är det öppna antagning då alla som vill får börja. Efter ett år görs sluttentamen varvid ca 10–15 % antas och får fortsätta utbildningen. Universitetsstudierna pågår totalt 6 år. De första 2 åren är helt teoretiska och motsvarar våra prekliniska kurser. De följs sedan av 4 års kliniska kurser varvat med klinisk tjänstgöring.

ST-utbildning

För att bli antagen till ST-utbildning krävs att man gör ett nationellt prov. Studenterna rangordnas inbördes där den med bäst resultat väljer specialitet och studieort först. Tills nyligen behövde enbart organspecialister göra examen. Allmänmedicin har nu blivit en specialitet och examen görs därför av alla. 2008 erbjöds 5704 ST-tjänster varav 3200 i allmänmedicin. Alla ST-tjänster inom allmänmedicin besätts dock inte utan många studenter föredrar att göra om det nationella provet året efter



Skyltningen som är typisk för läkarmottagningar. Foto: Tomas Forslund

för att möjligen kunna få en ST tjänst i någon specialitet med högre status där arbetsbördan på sikt är lägre. ST-utbildningen för allmänläkare är fortfarande 3 år lång varav 6 månader hos en allmänläkare, vilket är detsamma som innan den blev en specialitet. Kirurgiska och medicinska specialitetsutbildningar är 4–5 år långa.

Thèse

För att bli färdig specialist i Frankrike och få titeln ”Doktor” krävs att man genomför en så kallad ”thèse”, vilket motsvarar en större uppsats som dock inte behöver hålla sådan vetenskaplig kvalitet att den publiceras i någon tidskrift. Uppsatsen försvaras inför en jury på motsvarande sett som en doktorsavhandling. Alla franska läkare gör sin ”thèse”.

Allmänmedicin som specialitet

Allmänmedicin har som sagt blivit en specialitet vilket har möjliggjort tillsättning av professorer och forskare i allmänmedicin, samt att läkarstudenter har möjlighet att till placering hos en allmänläkare redan under grundutbildningen. Specialiteten är dock fortfarande ung i Frankrike och vägen mot akademisk acceptans lång.

Fortbildning

Allmänläkarna får själva avsätta tid för sin fortbildning. De bokat ibland in läkemedelsrepresentanter som informerar om sina produkter. Många abonnerar också på den fristående tidskriften ”Prescrire” som bland annat innehåller behandlingsrekommendationer motsvarande de från Läkemedelsverket och Läkemedelskommittéerna i Sverige. Prescrire erbjuder också vidareutbildning på distans av hög kvalitet inom olika ämnesområden, som de franska allmänläkarna ofta deltar i.

Sjukvårdssystemet

Sjukvårdssystemet i Frankrike rankades år 2000 av WHO som världens bästa, med Sverige på 23:e plats. Frankrike satsar en något större del av sin BNP än Sverige på sjukvård, 9,7 % år 2002 jämfört med 9,2 % i Sverige samma år. Baksidan har



Dr Guévart på sin mottagning. Foto: Tomas Forslund

varit ständigt ökande budgetunderskott vilket föranledde en reform 2004 för att begränsa kostnadsökningen. Reformen medförde bland annat ett system med val av ”behandlande läkare” som ska koordinera vården för att begränsa och effektivisera användningen. Reformen anses vara en av orsakerna till att budgetunderskottet minskade från 13 miljarder Euro 2004 till 9,4 miljarder 2007.

Den franska sjukvården består av offentliga sjukhus, privata vinstdrivande kliniker och privata icke-vinstdrivande kliniker. Enligt uppgift finns 2900 sjukvårdsinrättningar i Frankrike – 31 regionssjukhus (CHR) varav 29 också är universitetssjukhus (CHRU), 520 länssjukhus och 364 lokala sjukhus i små städer och på landsbygden. Övriga är privata kliniker med eller utan vinstsyfte.

Utöver sjukvårdsinrättningarna finns ett stort antal allmänläkare och organspecialister som har egna mottagningar ”en ville”, ofta ensamma eller med några kollegor och som juridiskt sett är egenföretagare. De lever på patientavgifterna varav en del eller hela sedan ersätts patienten av den allmänna sjukförsäkringen och/eller kompletterande försäkringar. Laboratorierna och röntgenklinikerna är ofta organiserade och ersätts på samma sätt. Många av de privatpraktiserande läkarna, framför allt organspecialisterna, befinner sig i ”secteur 2” vilket betyder att de tar ut en extra patientavgift utöver den ordinarie.

Apoteken är också privat ägda av apotekare, men den geografiska spridningen är reglerad, vilket betyder att det endast får finnas ett visst antal apotek inom ett geografiskt område. Nyblivna apotekare köper därför sitt apotek till marknadspris av någon kollega som ska gå i pension. Nyligen har reglerna ändrats och möjliggjort för investerare att köpa ett eller flera apotek utan att ha apoteksutbildning, vilket öppnat för banker och försäkringsbolag att driva apotekskedjor.

Sjukförsäkring

Sjukförsäkringen (”l'Assurance Maladie”) är obligatorisk och sköts av den franska motsvarigheten till Försäkringskassan (”la Sécurité Sociale”). Hela befolkningen täcks av sjukförsäkringen. Det finns flera varianter beroende på vilken typ av arbete pa-

tienten (eller hans närstående) har. Det finns även en speciell sjukförsäkring ("CMU") för de mest utsatta som inte längre själva eller via någon närstående har kontakt med arbetslivet, eller som inte har möjlighet att bekosta någon kompletterande försäkring (5,5 miljoner personer 2008). Dessutom finns "AME" – sjukförsäkring för papperslösa invandrare (190 000 personer 2006).

Sjukförsäkringen ersätter i princip hela kostnaden i vissa situationer som allvarliga sjukdomar, graviditet och förlossning samt olyckor på arbetsplatsen. I övriga fall ersätter sjukförsäkringen endast en del av kostnaden. Den återstående delen kan täckas av kompletterande sjukförsäkring. 93 % av befolkningen har någon form av kompletterande sjukförsäkring som täcker större delen av de kostnader som inte täcks av den obligatoriska sjukförsäkringen i samband med inläggning på sjukhus, läkarbesök, läkemedel, laboratorie-analyser, röntgen, glasögon, tandproteser och protester.

Läkemedel

Användningen av läkemedel är högre i Frankrike än i Sverige. År 2006 var läkemedelskostnaden i Frankrike 500 Euro per invånare jämfört med ca 350 Euro per invånare i Sverige. Den obligatoriska sjukförsäkringen ("Assurance Maladie") i Frankrike täcker ca 67 % av läkemedelskostnaden, 19 % täcks av de kompletterande sjukförsäkringarna, 13 % betalas av patienterna och 1 % står staten för.

Allmänmedicin

Behandlande läkare

Sedan 2004 ska alla över 16 år välja en "behandlande läkare". 2006 hade 85 % valt sin läkare som i 99,6 % av fallen då var en allmänläkare. För de som inte valt en behandlande läkare blir sjukvården dyrare då subventionen av läkarbesök etc. blir lägre än de 70 % som normalt återbetalas. Patienterna kan när som helst byta läkare och man kan göra så många byten man vill. Som läkare har man också rätt att tacka nej till att bli behandlande läkare för en viss patient. Patienter som har en kronisk sjukdom som överstiger en definierad svårighetsgrad (Affections de Longue Durée – ALD) kan deklarera denna med hjälp av sin behandlande läkare och får då en större del av sina sjukvårdskostnader återbetalda från sjukvårdsförsäkringen, men bara för sjukvård och läkemedel som rör denna/dessa sjukdomar. Patienterna har rätt att söka specialistläkare direkt utan att få remiss via allmänläkare för sin kroniska sjukdom, i övrigt behövs alltid remiss för att få full ersättning för sina utlägg. Man har däremot alltid rätt att söka barnläkare, ögonläkare, psykiater och stomatolog utan remiss, liksom till tandläkare, barnmorska och sjukgymnast.

Täta besök

Franska allmänläkare arbetar vanligtvis med bokningar varje kvart. Det är möjligt då många besök består av rutinartad uppföljning och kontinuiteten ofta är mycket god. Recept förnyas var 3:e månad vid en personlig konsultation vilket borgar för

bra uppföljning och god kontinuitet. Patienterna har då också möjlighet att ta upp diverse krämpor. Telefonen är öppen och patienter ringer för att boka tid under pågående konsultation under den tid då ingen sekreterare finns tillgänglig. Däremot sker sällan konsultationer eller uppföljningar telefonledes utan patienterna återkommer ofta för att få svar på laboratorieprover eller röntgen. De har då ofta med sig provsvar, röntgenutlåtanden, röntgenbilder, och remissvar själva.

Symtomatisk behandling

Det är vanligt med förskrivning av symtomatisk behandling på recept vid lindriga tillstånd, sådant som vi betraktar som receptfri egenvård i Sverige. Kanske hänger det ihop med det faktum att patienten samtidigt är kund och avslutar varje besök med att betala sin läkare. Det finns också ett större utbud av symtomatisk behandling i den franska motsvarigheten till FASS, läkemedel som ofta inte finns registrerade i Sverige.

Remissförfarande

Remissförfarandet är enklare än i Sverige då patienten får ett brev i handen och sedan själv ordnar röntgen, laboratorieprover eller konsultation. Tillgängligheten till undersökningar och specialistkollegor är för det mesta mycket god.

Sjukskrivningar

Frånvarointyg eller sjukskrivning görs ofta från dag 1 och alltid från dag 3. I Frankrike görs också skillnad mellan normal sjukskrivning och olycksfall på arbetsplatsen/arbetsskador som innefattar allt som händer på arbetet eller på vägen till och från arbetet. Kostnaden för patienten blir betydligt lägre vid arbetsolyckor/arbetsskador.

Dokumentationskraven är även betydligt lägre än i Sverige vid sjukskrivningar och består i princip av en diagnos/anledning till sjukskrivning samt datum. Om dessa drar ut på tiden gör läkare anställda på motsvarande Försäkringskassan en personlig bedömning av patienten och tar ställning till fortsatt sjukskrivning. Vid stressymtom, konflikter på arbetsplatsen etc. betraktas symtomen alltid initialt som arbetsskada vilket ger en bättre ersättning av sjukvårdskostnader för patienten. De anställda har en mycket stark position vid "arbetsskada" och det slutar i långdragna fall ofta med förhandling då arbetsgivaren tvingas "köpa ut" den anställde.

BVC och MVC

Allmänläkaren eller en barnläkare följer alla barn vid totalt 20 besök upp till 6 års ålder. Upp till 6 månaders ålder följs barnet varje månad, var tredje månad upp till 1 års ålder, var fjärde månad till 2 års ålder, och sedan var sjätte månad till 6 års ålder. I besöken ingår också att läkaren vaccinerar enligt rekommendationerna. Allmänläkaren kan också följa gravida kvinnor, vilket rekommenderas varje månad från den fjärde graviditetsmånaden. Vanligtvis är det dock en gynekolog som följer kvinnan. Utöver besöken görs dessutom ultraljud av gynekolog vid 3 tillfällen under graviditeten.

Resemedicin och vaccinationer

Då många fransmän reser eller jobbar i före detta eller nuvarande kolonier är resemicin och vaccinationer en ganska stor verksamhet. Likaså rekommenderas förnyad vaccination mot tetanus och kikhosta var 10 år vilket genererar en hel del konsultationer.

Jourer

Läkarna jobbar också lördag förmiddag. Jourtid är efter klockan 8 vardagar, lördag kväll och hela söndagen. Det finns speciella centra i större städer där läkarna turas om att gå jour. Jourcen är ofta inte obligatorisk på grund av den förhållandevis goda läkartätheten i städer. Allmänläkare i glesbygd har ofta obligatorisk beredskap i hemmet och gör akuta hembesök vid behov.

Ersättning

Det finns ingen restriktion för allmänläkarnas läkemedelsförskrivning, laboratorieprover eller röntgenundersökningar utan kostnaden ligger helt utanför deras budget. Det finns heller inget tak för det antal konsultationer som de kan få betalt för. Ersättningen till allmänläkare i "secteur 1" är för närvarande 22 Euro per konsultation som då ska täcka lokaler, utrustning, eventuell sekreterar- och bokföringshjälp, utbildning, semester, pension etc. Konsultationer för barn under 6 år ersätts med 25 Euro, för barn under 2 år är ersättningen 27 Euro. EKG och spirometri görs av läkaren med egen utrustning och ersätts med ca 10 Euro extra utöver konsultationen. Hembesök ersätts också med ca 10 Euro extra.

Jag är inne på mitt sista år som ST-läkare på Gröndals Vårdcentral i Stockholm, där jag planerar att fortsätta. Jag har familjeband till Frankrike och reser dit åtminstone ett par gånger per år. Under grundutbildningen har jag också varit ERASMUS-student under ett år i just Lyon.



Tomas Forslund
ST-läkare, Gröndals VC

Källor

Sidoplacering Dr. Samuel Guévert, Lyon, Frankrike
www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/fonction_systeme/organisation.htm
<http://www.lif.se/cs/default.asp?id=36428&ptid>
www.wikipedia.fr
www.who.int

Annons

Annons

Protokollet

Detta var den tid då det inte fanns så många kommunala tjänstemän och rakt inte socialsekreterare. I vår lilla kommun behövdes en ny ordförande i barnavårdsnämnden. Denna syssla hade varit förbehållen präster. Det passade ju bra eftersom många av ärendena handlade om vandel och oäkta barn mm, men kommunister Levén ville inte fortsätta. Det behövdes någon med kompetens. Mamma var kurator och det ansågs passa bra. Hon blev satt på något folkpartistiskt mandat men folkpartist det var hon inte så pappa. Socialdemokrat kanske. Hon sa inget. Pappa som ju mest levde under täcket i vårt sovrum förutom de korta perioder då han fick lite liv och perioder av energimani. Genom mammas ordförandeskap utsåg han sig själv till barnavårdsman samt nämndens sekreterare.

Ordföranden skulle sköta barnbidrag, utbetalningar var tredje månad. Uppgiften delegerades till oss barn. Vi hade ansvar för listorna från pastorsämbetet angående nyfödda barn. Kommunister Levén levererade listorna från pastorsexpeditionen. Nyfödda registrerades. Avflyttade ströks, några döda minns jag inte. Så kom högtidsstunden då min bror och jag fick trycka postanvisningar med apparat med plåtar. Det var viktigt att kontrollera att allt stämde att sätta blankett exakt och sedan trycka med snabbt handtryck. Efter några makulerade anvisningar satt den där. Perfekt.

Barnavårdsmannaskapet gick väl an. Men uppgiften som nämndens sekreterare...

Ja det var Sekreterarskapet som satte hela familjen i ett gastkramande krampgrepp. Efter varje sammanträde med barnavårdsnämnden började han formulera styrelsemötesprotokoll samma natt:

- § 1. Mötet behörigt utlöst
- § 2. Dagordning
- § 3. Justeringsman...

Detta gick smärtfritt. Sedan till besluten. För protokollföraren dvs. min pappa, som förgäves sökte de rätta ordalydelserna, var kanslisvenskan det fullkomliga exakta språket. Ja, överlägset alla andra och man fick inte göra fel. Varje ord, varje sats varje rad, varje stavelse hade avgörande betydelse. Han hade tre veckor på sig till justering.

Det blev åter igen neddragna rullgardiner. Gult nerdraget sovrum. Huvudet under täcket.



Pappa hade en sirlig, mycket vacker handstil. Men detta var ett protokoll och dessa skall skrivas på Maskin. Inte Halda, som var vanligast. Inte Facit. Nej, en Remington, en modernare modell hade han köpt för mammas arvode. Men den var trögare i anslaget. Stora bokstäver, apostrofer och paragraftecken fick på denna modernitet baxas upp med det kraftlösa lillfingret. Det blev många lyft; frågetecken, citattecken, apostrofer, paragrafer.

Prövningen satt i en vecka ungefär. Pappa under täcket. Vi andra ville inte störa. Handfallna, i väntan. Hade vi tur kom han ur någon dag tidigare. Åter hördes Remingtons smattande. Han filade och filade på protokollet, vände och vred på formuleringarna.

Nej det blev fel nånstans, överstrykning, nytt försök, det exakta ordet, exakta, exakt... Nej det lyckades inte.

Dagar gick, spridda försök, en tredjedel avverkade. Barnavårdsärenden, fosterhemsplacering, faderskapsärenden. Beslut redan tagna men skulle nu stadsfästas via protokoll. Och justeras inom tre veckor. Mamma försöker hjälpa till men får inte. Dagarna närmar sig för ett avgörande. Kanske, kanske det denna gång blir färdigt i tid. Nu fattades några rader.

Sista dagen, sista timman, fattas tre ord i en mening. Och mindre än en timme tills protokolljustering.

Det slutade med mamma i taxi ner till kommunalhuset. Så försvann det lilla arvodet hon fick. Men familjen kunde åter igen andas...

Erland Svenson

Texten tillkom vid det av SFAM Mellan-Skåne anordnade skrivarseminariumet i Höör våren 2010.

Kubas hälso- och sjukvård

– anteckningar från en studieresa

Vi var åtta personer från olika delar av Sverige som i tidig vår 2010 reste till Kuba för att studera den kubanska hälso- och sjukvården. En av oss var organisatören från Medicinare för Kuba, Elina Bodin, ST-läkare i anestesi. Resten av gruppen bestod av en sjukgymnast, en journalist, en sjuksköterskestudent, en kardiolog, en ambulanssjuksköterska, en pensionerad tandläkare och jag, ST-läkare i allmänmedicin. Mesta delen av tiden bodde vi i Havanna men ett dygn var vi i Santa Clara och två i Sancti Spiritus. Staden Trinidad besökte vi under en dag. Två härliga dagar vistades vi vid stränder på var sin sida om Havanna.

Bakgrund

På 50 år utvecklades Kuba till världens mest läkartäta land, med en läkare på 170 invånare, jämfört med över 1000 invånare per läkare 1958. Den kubanska sjukvården är fortfarande god och fri för kubanerna men antalet invånare per läkare har nu stigit till samma nivå som Skåne. Spädbarnsdödligheten var 2008 lägre än i USA. Medellivslängden är i nivå med Europas. Nästan hälften av resurserna läggs på sjukvård i andra länder. Motiven är både ren idealism, för att sprida sitt budskap om solidaritet och en annan ekonomisk ordning och beräkning för att få andra länder till vänner och som handelspartners. Sjukvård och kunskap används som bytesvara, t.ex. får Venezuela läkare och lärare till låns i utbyte mot olja.

Den kubanska revolutionen ägde rum 1959 och sedan 1960 har USA en blockad mot Kuba, som innebär att inga amerikanska företag, eller andra länders företag som använder amerikanska komponenter i sina produkter, får handla med Kuba. Amerikanska medborgare får inte resa till Kuba, och om de gör det riskerar de fängelse. Amerikaner kan dock resa via Kanada till Kuba. Ekonomin var nära en kollaps i början av 90-talet efter att Sovjetunionen försvunnit. Mycket av det ekonomiska utbytet hade skett med Sovjet. Svält följde på Kuba under det som de kallar för "den speciella perioden". Trots den satsade man främst på utbildning och sjukvård för invånarna, samt efter ett tag på ett mer småskaligt jordbruk, närmare stadsbefolkningen.

Fortfarande får alla kubaner ransoner med ris, bönor, lite kött mm. per månad. Det är brist på mycket pga. fattigdom och blockaden mot Kuba, t.ex. mediciner och undersökningsinstrument, som mammografiapparater. När jag strosade omkring själv i Havanna såg jag några apotek som hade nästan tomma hyllor.

Fakta

Kuba i siffror

Landet har 11 250 000 invånare. Kvinnornas medellivslängd är 80 år och männens 76 år. (I Sverige är förväntad livslängd för kvinnor 82,9 och män 78,6 år.)
Havanna, huvudstaden, har ca. två miljoner invånare.
Levande födda år 2007 var 113 025. Spädbarnsdödlighet 4,7 per tusen levande födda.
Antal barn per kvinna var 1,42 år 2008.
Antalet invånare per läkare är i nivå med Skåne, ca. 410.
Kubansk sjukvårdspersonal, inklusive läkare, är verksamma i ca. 45 länder. Ögonoperationer, utförda av kubanska läkare har utförts i 15 länder i Karibien och 15 länder i Latinamerika, samt i Mali och Angola.



Havanna. Foto: Kajsa Nilsson

Hälso- och sjukvård

Familjeläkarmottagningar fanns tidigare i varje kvarter. Nu är det ca. 1000–2500 patienter per mottagning mot tidigare 750. Mottagningen bemannas av 1–2 läkare och 1–2 sjuksköterska och ibland en AT-läkare. Laboratorieutrustningen är enkel. Arbetstiden är kl. 8–16 vardagar och inkluderar hembesök. Oftast har läkarna även en rond med hembesök till patienterna på lördagarna och möten med andra läkare på kvällarna. Antal patienter är ca. 35 per dag, medräknat receptförnyelser, fördelat på två läkare. Telefonsamtal tas emot hela öppettiden. En personalbostad för läkaren finns på ovanvåningen till mottagningen och läkaren är tillgänglig dygnet runt. Folk har dock lärt sig att ta mer hänsyn än tidigare och stör enbart om det är nödvändigt. Patienter kan hospitaliseras i sina egna hem och får besök där av familjeläkaren.

Vi besökte även ett neurologiskt sjukhus, ett ögonsjukhus, ett forskningscenter, som alla höll en mycket hög standard. Man forskar bl.a. på anti-AIDS-medicin och cancerbehandlingar. Vi träffade läkarna på en familjeläkarmottagning, och de klagade över arbetsbördan. Vi talade med personal på Policlinica de Revolucion (se faktaruta), ett äldreboende, ett geriatriskt center, ett mödrahem, ett rehabiliteringscenter för barn från Ukraina och Vitryssland som drabbats av Tjernobylnkatastrofen, och när de blivit vuxna, deras barn.

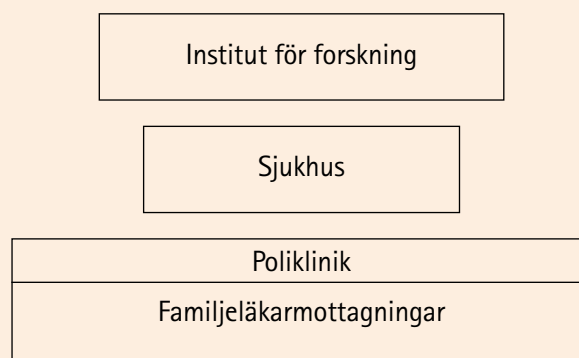
Det finns flera högskolor för läkarutbildning på Kuba. Grundutbildningen tar 6,5 år, sedan ytterligare två år till familjeläkare och därefter eventuellt till sjukhusspecialister. Två av högskolorna är för utländska medicinstuderande, det ena för fransktalande och den andra är ELAM = Escola Latin America de Medico, med 1200 studenter/termin, som garanteras gratis utbildning, skolmaterial, boende (de sover i sovsalar), mat och fickpengar under hela utbildningen. Vi talade med tre studenter från USA på ELAM. Deras glädje över utbildningen var påtaglig.

En förmiddag var vi på ett odlingskooperativ, som var beläget i en förort till Havanna. Över 80 % av de anställda är från det omkringliggande bostadsområdet. På jordbruket bedrivs forskning om olika odlingsmetoder. Området var blomstrande, vackert och mycket inspirerande. Odlingarna har lett till att bristsjukdomar försvunnit, folk är friska med färska grönsaker, frukt och en mindre del kött som produceras.

Vi träffade även folk från socialtjänsten, fackföreningar, studentorganisationer, Senesex (=RFSL/RFSU) och från en CDR-enhet, som är ett kvartersråd och den minsta enheten i

Fakta

Sjukvårdens organisation:



Familjeläkarna är basen och poliklinikerna är resurscentra för primärvården. Familjeläkarna och poliklinikerna, har ett tätt samarbete och remitterar äldre, sjuka patienter till EMAG (multidisciplinärt geriatriskt team med sociologer och psykologer, i kommunerna). Därutöver finns hemtjänst, äldreboende och dagcenter för de äldsta. Det finns 15 kommuner och 82 polikliniker i Havanna och 169 kommuner på Kuba med 492 polikliniker totalt. Dessa har tandläkare, läkare, psykologer, sjukgymnaster, specialister i gynekologi, intermedicin, pediatrik mm, röntgen och laboratorium.

Kommunerna har mödrahem dit familjeläkaren remitterar gravida med risktillstånd som diabetes, hypertoni, psykiska eller sociala problem. De behandlas oftast inlagda. Det finns både allmänna sjukhus med akutmottagningar och olika specialistkliniker och specialistsjukhus. Forskningscentra utvecklar och producerar läkemedel, som säljs även utomlands.

Policlinica de Revolucion, är en universitetsklinik som servar 80 000 personer i Havanna. 324 personer är anställda på denna klinik. Kliniken behandlar kroniskt sjuka, har mödravård, och rehabilitering med sjukgymnastik/arbetsterapi. Läkare och övrig akutpersonal arbetar treskift. Läkare arbetar 40 timmar per vecka samt går jour 12 timmar två gånger per månad. Akutmottagningen här är öppen 24 timmar om dygnet, och tar emot ca. 100 patienter per dygn. Tyvärr är abort den vanligaste preventivmetoden, och den är fri t.o.m. Vecka 17. Det bedrivs forskning och flera tusen studenter per år praktiserar i olika vårdyrken på polikliniken. Varje doktor träffar ca. 15 patienter per dag på mottagningarna. Specialisterna besöker regelbundet de omkringliggande familjeläkarmottagningarna för bedömning och övertagning av patienter. Hembesök sker även från polikliniken för provtagning mm.



ELAM, Escola Latin America de Medico - Fri läkarutbildning för latinamerikanska studenter. Foto: Kajsa Nilsson

Kubas valsystem. Kubaner diskuterar gärna och mycket. De är ett i stort sett öppet och hjälpsamt folk men bjuder inte gärna hem en. Vi fick fråga vilka frågor som helst och fick utförliga svar. Den sociala kontrollen är dock stark, vilket är både bra och dåligt. En ung man som jag talade med var positiv till fler småföretag men han sa att om han nämnde detta till fel person kunde han förlora sitt arbete.

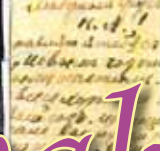
Framtiden

De senaste nyheterna som nått Sverige från Kuba visar dock tecken på en ny perestrojka. Min känsla var att en del kubaner vill att Kuba ska gå sin egen väg ekonomiskt men att andra gärna vill ha del av västvärldens rikedom och då även accepterar marknadsekonomi. Förr åtminstone har några av kubanerna haft en dröm om att Kuba skall vara en delstat i USA, på lika villkor. Mycket av makten är alltså centrerad till Fidel och Raul Castro. Båda är gamla män och framtiden är osäker för kubanerna. Ännu så länge är inte privatisering av sjukvården och skolan aktuell. Förhoppningsvis lyckas Kuba kombinera ekonomisk utveckling för alla och demokrati.

Resan var mycket givande och intressant och jag rekommenderar er att kontakta Medicinare för Kuba, som är en del av Svensk-kubanska föreningen, för att följa med på en liknande studieresa, om det fortfarande finns möjlighet till det.



Kajsa Nilsson
ST-läkare i allmänmedicin på vårdcentralen S: t Lars i Lund



Kultur-spalten

I rummet hos en kvartersläkare med Munthe

När jag i all hast blev tillfrågad om att skriva i vår "kulturella spalt" svarade jag utan eftertanke, "Ja". Kultur är väl det mesta tröstade jag mig med, matkultur, idrottskultur, trädgårdsodling, bastukultur, kamratkultur, odlingskultur, familjekultur, stadskultur. Ja, jag hade ju således en del kulturella upplevelser att berätta om. Lite osäker kände jag mig emellertid och frågade spaltredaktören och fick då besked om att det egentligen avsåg det lite mer "kulturella" som böcker, film, konst, bilder och teater, som jag upplevt och blivit berörd av. Så där satt jag och kände mig inte särskilt kulturell, jag som sällan har tid. Jag satt på mitt arbetsrum, där jag tillbringar sannolikt den största delen av mitt liv. I alla fall finns det inget annat enskilt rum där jag tillbringat så mycket tid, bara det en betraktelse i flera bemärkelser.

Men så insåg jag att mitt rum är som ett museum. En gång läste jag om en vårdcentral där alla fick välja konst utanför sitt eget rum och det har jag tagit till mig. På väggarna utanför mitt rum hänger små fina kort, enstaka tavlor, en tub Bronzol samt inramade gamla vackra skivfodral med Jimmy Hendrix, Beatles, Trazan och Banarne, Vilse i Pannkakan och några till. De är en del av mitt liv och inte bara mitt, för de kommenteras av gamla och unga.

Inne i mitt rum har jag kopplat högtalare till min dator så jag kan fylla mitt rum med mest gammal pop och i fönstren har jag blommor, för närvarande pelargonier på sista versen. Alla mina väggar är nästan helt klädda av bilder, kort från patienter, oftast med fina motiv från livet och världen men även ibland deras tankar samt tavlor och affischer av konstnärer och från filmer som jag tyckt om.

Jag har ganska mycket bokhyllor för jag är så gammal att jag tror att de inger patienterna ökad tilltro till min kunskap, om än idag det snart är mest skönlitteratur, men det är böcker.

Den viktigaste boken i min bokhylla, som jag återkommer till oerhört ofta till är Boken om San Michele av Axel Munthe, en bok som många haft mycket synpunkter på liksom på författaren. Mycket kan jag om Munthe men för mig i all korthet framstår han som en idealistisk läkare som efter några år blev desil-

lusionerad, inte minst på många av sina kollegor och läkaryrket. Men i denna bok som han gav ut i 70-årsåldern finns det många fina beskrivningar av läkekonst och många stycken har bitit sig fast i mig – framförallt kapitlet Quartier Latin och hans beskrivning av den Obeveklige fienden – Döden. Döden som går med sin lie utan barmhärtighet, utan hänsyn till ålder, kön eller rikedom. Munthe bejakar samtidigt att den i enstaka fall även kan vara en vän som befriar en svårt sjuk, en lidande människa utan hopp om bättring. Jag tycker han har klätt mina känslor inför Döden på ett sätt som jag själv kan identifiera mig med, han har gett mig ett ansikte av Döden. För det är inte bara som en god vän sa lite stoiskt – "det är vårt arbete att följa människan från vaggan till graven". En klen tröst när vaggan ibland står alldeles för nära graven eller människor rycks bort mitt i livet. Boken har emellertid många andra sidor som jag kan identifiera i mitt arbete, t.ex. hans glädje när han utropar – "Tacka vet jag kolitis" när denna diagnos kom på modet samtidigt med Munthe och han kunde

trösta många oroliga magar med den, istället för att i enlighet med tidigare mode operera dem för appendicit.

Denna blandade samling av kultur är mitt livsrum, men nu lämnar jag det för att åka och heja på Finnkampen i Helsingfors en fin upplevelse av idrottskultur, vilket också är viktigt för mig.

Magnus Eriksson,
Stockholm



Patientens val

En bok om primärvård och vårdval

Våra redaktörskollegor på Distriktsläkaren har gett sig i kast med uppgiften att beskriva en av de mest omfattande reformerna i primärvårdens historia, vårdvalsreformen, i sin bok *Patientens val* – en bok om primärvård och vårdval. Vårdvalsnörd som jag är kastade jag mig genast över den.

Detta är inte en bok att läsa från pärm till pärm, därtill är upprepningarna lite för många, men som uppslagsbok att hoppa runt i återvänder jag gärna till den.

Författarna gör en grundlig genomgång av vårdvalsreformen så som den såg ut hösten 2009 då några få landsting hade hunnit följa i Hallands fotspår. Ännu hade dock inte lagen om vårdval trätt i kraft och flera av vårdvalsmodellerna var så nya att det inte fanns någon utvärdering ens av det första årets erfarenheter.

I boken sätts vårdvalsreformen in i sin historiska och politiska kontext och man gör också internationella jämförelser av primärvårdssystem. Man beskriver den svenska specialistutbildningen och primärvårdens/allmänläkarens breda uppdrag samt svårigheterna för såväl den enskilde läkaren som för samhället att definiera var gränserna går för detta uppdrag.

Några av de tidigaste vårdvalsmodellerna beskrivs i detalj och det är svårt att inte förvånas över landstingens starka drivkraft att profilera sig och var och en skapa en egen modell, vilket inte minst

gör det hart när omöjligt att göra vettiga jämförelser framöver. Modellerna skiljer sig åt på alla plan, listning, ersättningssystem, kvalitetsuppföljning och uppdragets bredd.

Det är kanske naturligt med tanke på författarnas uppdrag i Distriktsläkarförbundet, men ändå lite synd, att boken har ett så tydligt läkarfokus och med ett på många håll distriktsläkarfackligt budskap. Det hade varit spännande att läsa mer om andra yrkeskategoriers förhoppningar och farhågor inför reformens utbredning liksom om de problem som uppstår i och med att många landsting har flera olika avtalsformer inom primärvården och för allmänläkarna. Detta nämns bara i förbifarten.

I slutkapitlet försöker författarna blicka framåt och ser då en starkt roll för patienterna och deras företrädare politikerna men också ökade möjligheter för professionen att påverka sin arbetsituation och innehållet i primärvården.

Boken är en gedigen beskrivning och historien bakom, utgångsläget för och de första stapplande stegen för vårdvalsreformen och referenslistan är gedigen. Det ska bli spännande att följa de olika vårdvalsmodellernas utveckling framöver och jag hoppas att någon kommer att känna sig manad att om några år skriva en ny bok om hur det blev. Var detta ett första steg mot en nationell primärvårdsmodell? Hur harmonierar den svenska

primärvården med den i övriga EU? Gav den ökade konkurrensen de fördelar för befolkningen man hoppades och gav den också ökade möjligheter för professionen?

Karin Träff Nordström



Patientens val
– en bok om primärvård och vårdval
Författare: Christer Olofsson, Anders Nilsson
och Ulf Wahllöf
ISBN 978-91-44-05700-2
Förlag: Studentlitteratur

Den skamlösa nyfikenheten

Astrid Seeberger, som är överläkare vid Njurmedicinska kliniken på Huddinge sjukhus, samt docent, lektor och ordförande för den del av nya läkarprogrammet på KI som kallas PU – Professionell utveckling, har skrivit en sällsamt vacker, vis och vindlande bok om – ja, om vad egentligen? Livet! Livet och litteraturen.

Bokens ansats är, som jag förstår det, att belysa det goda samtalets betydelse, men den kommer att handla om så mycket mer. Seeberger påminner oss om att inga enkla lösningar eller mallar finns, att sanningen kan sökas i det på en gång oerhört komplexa och enkla. I en aldrig sinande ström av berättelser om patientmöten, om sin uppväxt i ett litet samhälle i Tyskland, om sina föräldrar och sin älskade morfar, om hennes egen livskamrat Lech, varvade med hundratals små historier ur världslitteraturen får vi följa med på en resa som nyfikenheten närmar sig essensen i det goda mötet. Är det kanske inte kärlek allt handlar om? Eller i alla fall hängivenhet eller en helt enkelt skamlös nyfikenhet, för att låna ett uttryck från författarens morfar.

Funderingarna tar sin början i försöken att förstå de patienter som inte tar emot vård, som inte följer ordinationer, inte kommer på sina återbesök trots att deras hälsa riskeras allvarligt. Hur når vi dem som verkar onåbara? Astrid Seeberger beskriver några sådana situationer från sin läkarvardag där inget möte kom till stånd, ingen förståelse kunde nås.

ASTRID SEEBERGER

Astrid Seeberger är född 1949 och uppvuxen i Syd-tyskland. Hon kom till Sverige ensam som sjuttonåring och tog först en filkan i teater- och filmvetenskap och filosofi och blev sedan läkare och docent i medicinska njursjukdomar. Hon är en efterfrågad föreläsare och leder undervisningen i Professionell utveckling på läkarprogrammet på Karolinska Institutet.



I kapitlet *Berättelsen om en som inte rubbades så lätt* får vi däremot träffa flyttkarlen Bo-Erik med malign hypertoni och njursvikt som efter lång tid av obefintlig compliance börjar följa sina ordinationer. Det var efter ett återbesök då läkaren och patienten tillsammans talat om älgjakt, om hur det är att stå på poststället, om tystnaden efter att drevet gått. "Någon hade kommit underfund med något. Kanske var det han. Eller jag."

Vart och ett av bokens kapitel är guld-korn, man vill läsa dem högt, gärna för läkarstudenter. *Om samhörigheten*, *Om godheten som är större än godmodigheten*, *Berättelsen om Gottlieb och smeden*, *Om närvaro* är namnen på några av dessa.

Att vara levande, nyfiken, beläst, att genom livet häpna och förundras, lära nytt, att älska – det kan vara en del av hemligheterna bakom det goda samtalet – och att aldrig överge dem som inte hittar detta, de som lever slutna i sig själva, innanför en mur. "Även om Muren inte viker till slut, inte ens för vår enträgnaste vädjan, skall ingen behöva möta Muren ensam. Inte en endaste människa"

Tina Nyström Rönnås



Den skamlösa nyfikenheten

Författare: Astrid Seeberger

ISBN 978-91-85849-38-3

Förlag: Svante Weyler Bokförlag

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

Examenskansliet

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

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@ltkalmars.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 Stållberg, 0156-535 07
b.stallberg@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@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

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

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 Svenson
anna-karin.svenson@bredband.net

DALARNA

Nils Rodhe
nils.rodhe@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@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

ÖSTERGÖTLAND

Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK

Maria Liljequist
maria.liljequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.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
Anna-Karin Österlin
anna-karin.osterlin@skane.se

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

STOR-GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

FYRBODAL*

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBOG*

SÖDRA ÄLVSBOG

Christina Vestlund
christina.e.vestlund@vgregion.se

SKARABORG*

* vilande

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



När doktorn tar av sig skorna – en utbildning om sjukvård i hemmet

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, LAH, Linköping, Lena Pomerleau, allmänläkare, Boo vårdcentral, Nacka

Målgrupp: Specialister i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin, gärna tillsammans med handledare.

Arrangör: Kursen planerad och arrangerad av SFAM.

Plats: Sjövillan, Sollentuna.

Tid: Tor 20 januari 2011 kl. 09.30 – fre 21 januari 2011 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar totalt 6000 kr, för den som ej behöver nattlogi är kostnaden 4500 kr.

Antal deltagare: 25

Innehåll:

Syfte: Att både väcka intresse för vård i hemmet och bibringa deltagarna verktyg och kunskap för att framöver kunna erbjuda patienterna trygg och säker sjukvård i det egna hemmet.

Områden: Allmänläkarrollen, anhöriga/närstående, demens, etik, information/dokumentation, kulturmöten, kvalitet/utveckling, lagar & regelverk, läkemedelshantering/läkemedelsgenomgångar, samverkan, sjukvård i hemmet, vård i livets slutskede.

Pedagogik:

Kursen förutsätter deltagarnas personliga engagemang och aktiva medverkan samt intresse för etiska frågor.

Före utbildningen: Skaffar man sig kunskap om hemsjukvård och hembesök i det egna vårdcentralsområdet.

Under utbildningen: Med fallbeskrivningar som bas åskådliggörs väsentliga förutsättningarna för en fungerande basal hemsjukvård och palliativ vård och de möjligheter som hemsjukvården gömmer. Detta sker via diskussioner stödda av presentation av fakta som berör diskussionen.

Kursen avslutas med en reflektion över situationen på den egna arbetsplatsen och planering av hur man kan göra för att utveckla arbetet med hemsjukvård när man kommer hem.

Kontaktpersoner: Heléne Swärd, SFAMs kansli, tel 08-23 24 05, fax 08-20 03 35.

Senaste anmälningsdatum: Onsdag 1 december.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till kansli@sfam.se eller via www.sfam.se/kalendarium

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM),
Box 503, 114 11 Stockholm,
tel 08-23 24 01 • www.sfam.se

SFAMs kansli

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se
kansli@sfam.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

November

7:e nationella kvalitetsdagen

11 nov Stockholmmässan, Älvsjö

Mer info på: www.sfam.se

2011

Juni

Nordic Congress of General Practice

14-17 juni, Tromsø, Norge

Oktober

SFAMs höstmöte

12-14 okt Luleå



Kursdoktors 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.kursdoktor.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

Karin Träff Nordström, chefredaktör
chefredaktor@sfam.a.se

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

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

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

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

Johanna Johansson,
redaktionssekreterare
SFAM
Box 503, 114 11 Stockholm
08-23 24 01
johanna.johansson@sfam.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
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@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	13/8	27/9
5	14/9	3/11
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Signerade reproduktioner av omslagsbilderna från Läkarmatrikeln

Husläkare • 2010



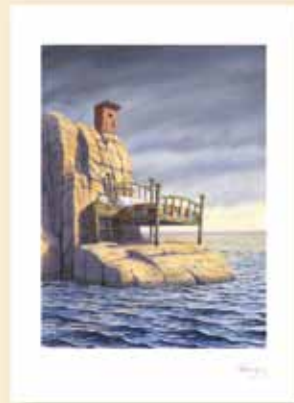
Vårdval • 2009



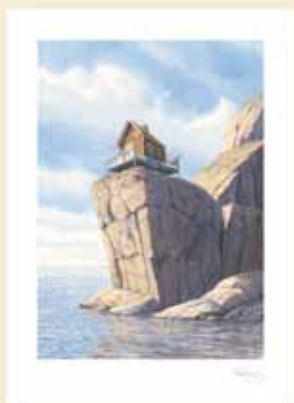
Sjuktransport • 2008



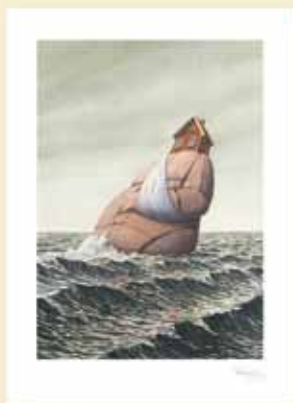
Sängläge • 2007



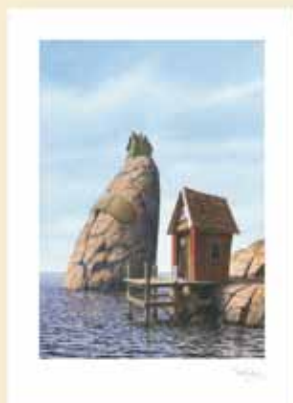
Sjukstuga • 2006



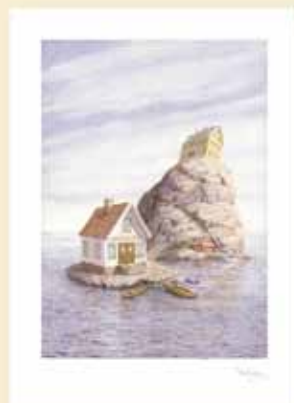
Stenbrott • 2005



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.