

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 6 2007 ÅRGÅNG 28



ABC vid spirometri i primärvården /sid 5

SFAMs Höstmöte/sid 10 • ST-forum utvärderat/sid 25

Skriv i AllmänMedicin!

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



Bildtips!

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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Årets ST-uppsats
Helen Magnusson

Godtycke och rättsosäkerhet
Bengt Järhult

Gastroesofageal reflux
Lars Agréus

Omslagsillustration:
Katarina Liliequist

3 Ledare

Konsten att inte slänga ut barnet med badvattnet
Staffan Olsson

5 Praktik

ABC vid spirometri i primärvården – Björn Stållberg
Skapandet av en webbplats – Fredrik Settergren

10 SFAMs Höstmöte

Om frihet och solidaritet
Tina Nyström Rönnås

SFAMs årsmöte och utmärkelser
Anders Lundqvist

En av höstmötets höjdpunkter
Tina Nyström Rönnås

Om det skapande mellanrummet i patient-läkarmötet
Tina Nyström Rönnås

Igår, idag, imorgon –personlig avslutning på höstmötet
Staffan Olsson

Redaktionens testpatrull sätter betyg på höstmötet

Bot och bättring
Tina Nyström Rönnås

16 Debatt

Vem bär ansvaret för blodsockervården och standardglas – Patienten, Läkaren eller "Beställaren"?
Charlotte Hedberg

Allmänmedicinen i blåsväder – Jonas Sjögreen

19 Konferens

Internationell konferens om utbildning och livslångt lärande – Anders Lundqvist

Med ASK på EURACT om CPD eller CME
Robert Svartholm

Vasco da Gama i Paris
Sofia Hellman

Må bra genom att bli bättre!
Birgitta Danielsson

24 Fortbildning

Ringar på vattnet – Riskbrukslärarkurs
Tomas Havland

25 ST-uppsats

ST-forum – utvärdering av en ny typ av ST-utbildning i allmänmedicin – Thomas Marmolin

27 SFAM informerar

Varför bry sig?
Annika Eklund-Grönberg

Rapport från SFAM Västernorrland
Kjell Sundin

Att ställa de viktiga frågorna
Sara Holmberg

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

32 Krönika, kalendarium

Unna dig utmaningar
Karin Rånstad

Foto: Staffan Olsson



SFAMs Höstmöte: Iona Heath, hedersmedlem i SFAM föreläste på höstmötet på temat Fear, Greed and The Promotion of Disease. Sidan 12

"Behöver patienten läkarens paternalism och behöver läkaren en 'kvalitetsindikatorpaternalism'?"

Läs Charlotte Hedbergs debattartikel på sidan 16.

Foto: Staffan Olsson



Allmänmedicinen i blåsväder. Jonas Sjögreen debatterar på sidan 18.



Sara Holmberg ny vetenskaplig sekreterare, skriver om att ställa de viktiga frågorna. Sidan 29

ANNONS

Konsten att inte slänga ut barnet med badvattnet

Att vi lever i en tid där risk ibland slarvas ihop med sjukdom, och där läkemedelsindustrin påverkar vårt sätt att se på vad som är sjukt och friskt, kan få ha missat. Tydligast blev det för min egen del när jag hörde Linn Getz tala på förra årets höstmöte. Argumenten var knivskarpt formulerade, nytänkandet uppfriskande och framförandet lika underhållande som spektakulärt.

Problemet med strömningar i tiden, är att somligt ibland far med av bara farten, som att hamna i en strid ström av goda argument som ibland har väldigt lite med vartannat att göra. Motståndet mot medikaliseringen har också en tendens att bli polariserat, och tappar ibland skärpan i förmågan att skilja agnarna från vetet.

Under de senaste åren har flera skribenter ondgjort sig över vår tids faror: fibromyalgi, whiplash, samtliga bokstavsdiagnoser hos barn och vuxna, utbrändhet, och andra modediagnoser. Man kallar det för kultursjukdomar och pekar på samvariationen med samhällsliga fenomen.

Andra svingar sina svärd mot PMDD (premenstrual dysforic disorder), och flera diagnoser i ångestspektrat, bland andra social fobi. Här menar man att glidningar i hur man använder diagnoskriterierna gör fler sjuka, som på beställning från industrin. Gränserna mot normala livsförlopp blir suddiga och föremål för subjektiva bedömningar. Här finns också en spänning mellan vår i första hand biomedicinska världs-

bild, och beteendevetarnas kriteriebase-
rade och metodberoende diagnostik.

Sammantaget är kritiken mot medikalisering och riskepidemi fullt rimlig och väl förankrad i den vetenskapliga argumentationen. Problemet uppstår i kölvattnet av diskussionen, där legitima lidanden blir förminskade genom att värdet av diagnosen devalveras. Diagnosen tappar sin potential att hjälpa till rätt behandling, och blir snarare ett stigmata än en tröst och förklaring för patienten.

Tydligaste exemplet är fibromyalgi – diskrepansen mellan patientföreningarnas och läkarkårens uppfattningar kring diagnosen är lika slående som avgrundslig. Här är också problemen med en ifrågasatt diagnos som störst. Den har tappat nästan all sin kraft, framförallt i försäkringsmedicinska sammanhang.

Här kommer också vår komplexa roll som tolk och lots mot den medicinska sfären, patientens advokat samtidigt som samvetsgrann ämbetsman, in i ett riktigt getingbo av patriarkala värderingar gentemot patienten. För visst vet vi bättre än dem att de är lurade av det medicinskt-industriella komplexet att tro att de är sjukare än vad de egentligen är?

Kanske skall vi se diagnoskramandet som ett symptom på det ultimata sammanbrottet av kommunikationen mellan patient och läkare. Patienten når inte fram med budskapet om sitt lidande och sin sorg kring det, får inte minsta gensvar av sin doktor, ingen för-

klaring, ingen tröst och ser inte någon lindring i sikte. I det läget måste det vara en välsignelse att åtminstone få ett namn på sitt lidande, och därigenom en stadga i tillvaron genom en möjlighet att identifiera sig med andra i samma situation. Inte på långt när funktionellt och konstruktivt sett rent objektivt, men en livboj för patienten i ett stormigt hav.

En diagnos eller risketikett blir aldrig bättre än hur den används. Kan vi använda alla nya diagnoser utan att hamna i ett trask av medikalisering och diagnosmångleri? Det krävs i så fall ett nytt anslag i diskussionen där man på ett annat sätt än nu väger in nackdelarna med att pendeln svänger för långt, att somligt inte förtjänar att åka ut med badvattnet. Tyckandet får inte ligga till grund för att slakta illa omtyckta diagnoser. Vetenskaplig stringens måste paras med en strävan att se till patientnyttan med varje diagnos. Ut med allt som inte gagnar våra patienter!



Foto: Carolina Olsson

Staffan Olsson

ANNONS

ABC vid spirometri i primärvården

Syftet med denna artikel är att ge en kort översikt i tolkning av spirometri, och då särskilt vid KOL. Artikeln riktar sig i första hand till den som ibland känner sig osäker vid bedömningen av patientens spirometrvärden.

Spirometri i primärvården

Spirometri är en förutsättning för att kunna ställa diagnosen KOL, men också för att bedöma svårighetsgraden av KOL-sjukdomen. Många patienter med KOL har ändå, trots luftvägssymtom, inte fått diagnosen verifierad med spirometri trots att majoriteten av landets vårdcentraler idag har tillgång till egna spirometrar.

Spirometri är också till nytta vid diagnostik och utredning av rökare med luftvägssymtom, vid misstänkt astma och utredning av vanliga symtom i primärvården såsom vid hosta och dyspné av oklar orsak. Undersökningen är också av värde vid uppföljning av astma- och KOL-patienter.

Patientens läkare har alltid huvudansvaret för att tolka spirometriresultaten, även om undersökningarna i de allra flesta fall görs av en sköterska på mottagningen. En väl genomförd spirometri kräver dessutom utbildning av och erfarenhet hos den personal som utför undersökningen. Det är också nödvändigt att tillräckligt med tid finns avsatt för detta.

Diagnostik av KOL

– enkelt med spirometri

I utredningen vid misstänkt KOL ingår, förutom anamnes, fysikalisk undersökning och lungröntgen alltid spirometri för att fastställa korrekt diagnos. Viktiga differentialdiagnoser att tänka på är bland annat astma, hjärtsvikt och lungcancer. Diagnostik av KOL förutsätter tillgång till spirometri med bestämning av både FEV₁, VC och FVC. Man behöver alltid göra mätningen både före och efter bronkdilatation vid diagnostik

av KOL och bedömning av svårighetsgraden av patientens sjukdom, eftersom detta baseras på värden uppmätta efter bronkdilatation.

Lungfunktionsvariabler att tänka på

Viktiga lungfunktionsvariabler vid spirometritolkning är:

- VC (vitalkapacitet) – Det största andetag man kan ta. Beräknas från en långsam maximal in- och utandning.
- FVC (forcerad vitalkapacitet) – Den luftvolym som kan utandas vid maximal forcerad utandning.
- FEV₁ – Forcerad expiratorisk volym på en sekund.

Lungfunktionsvariablerna VC, FVC och FEV₁ mäts i liter. Normalt skall VC, FVC och FEV₁ vara mer än 80% av förväntat värde. Det förväntade värdet beräknas utifrån kön, ålder och längd. Hos personer som inte röker minskar FEV₁ med cirka 20–30 ml/år, medan för rökare är minskningen betydligt större (50–90 ml/år).

FEV% – (FEV₁ i % av VC alternativt FVC). FEV% är kvoten mellan FEV₁/FVC eller FEV₁/VC, det vill säga den del av utandad volym som blåses ut under första sekunden. Att tänka på är att FEV% uttrycks som ett absolutvärde i procentenheter, och alltså inte i procent av förväntat värde.

Andra variabler såsom delflöden till exempel FEF₇₅, FEF₅₀, FEF₂₅ som ofta fås fram på spirometriresultaten är betydligt mer svårtolkade, och den ovane bör definitivt avstå från tolkningen av dessa värden. Även spirometerns PEF-värde kan man avstå från, då detta är gjort med annan teknik än den som används vid blåsning i en vanlig PEF-mätare, och dessa värden är därför inte jämförbara.

Beräkning av FEV%

För beräkning av FEV% skall man alltid använda det högsta värdet av FEV₁ och

det högsta av antingen VC eller FVC. Värdena kan vara från olika blås men tas från uppmätta värden efter bronkdilatation. Vid KOL kan, till skillnad från hos friska, VC vara betydligt högre än FVC på grund av dynamisk kompression vid forcerad expiration. Hos friska och för patienter med lindrig till medelsvår astma är dessa värden vanligtvis rätt lika.

Har man vid misstanke om KOL avstått från att beräkna VC, finns risk att FEV% blir falskt för hög om FVC används i stället för VC i nämnaren – se även exempel i textruta 1. Detta kan då innebära att man på felaktig grund inte ställer rätt diagnos. I vissa spirometriprogram som används görs inte heller denna beräkning helt korrekt. I dessa fall måste man kontrollera värdet av FEV% med miniräknare.

Ett vanligt fel som görs av den som är ovan att tolka spirometrirapporter, är att man läser resultatet av FEV% från den kolumn som anger värdet som procent av förväntat värde. Att titta på värden som procent av förväntat värde är endast intressant för variablerna FEV₁, FVC, och VC, men används alltså inte för FEV%. ►►

Textruta 1

Ett exempel av beräkning av FEV% för en 59-årig man med mångårig rökkanamnes och luftvägsbesvär. Samtliga värden är efter bronkdilatation.

FVC = 2,9 l

VC = 3,3 l

FEV₁ = 2,1 l

FEV% (FEV₁/VC) = 2,1/3,3 = 64% (procentenheter)

FEV% (FEV₁/FVC) = 2,1/3,3 = 72% (procentenheter)

Tolkning: Patienten har sänkt FEV% (64%). Hade man i detta exempel inte blåst VC utan endast beräknat FEV% som FEV₁/FVC hade KOL-diagnosen missats.

Diagnoskriterier för KOL

Enligt både svenska och internationella guidelines bekräftas diagnosen KOL genom att med spirometri påvisa en luftvägsobstruktion det vill säga $FEV_1 < 70\%$ ($FEV_1/VC < 70\%$ alternativt $FEV_1/FVC < 70\%$).

Värdena skall ej normaliseras efter bronkdilaterande behandling eller efter eventuell steroidbehandling. Samtliga värden skall vara uppmätta efter bronkdilatation.

Då FEV_1 är relaterat till åldern finns i högre ålder en risk för överdiagnostik när gränsen $FEV_1 < 70\%$ används som diagnostiskt kriterium för KOL. För att undvika detta används i Sverige numera gränsvärdet $FEV_1 < 65\%$ som diagnostiskt kriterium av KOL för patienter som är 65 år och äldre, den så kallade "65/65-regeln".

Svårighetsgradering av KOL

KOL-patienternas vårdbehov, liksom risken för komplikationer, ökar och prognosen försämras med ökande svårighetsgrad. Svårighetsgraden av KOL fastställs utifrån spirometrvärden enligt tabell 1. Svårighetsgraderingen baseras på FEV_1 uppmätt efter bronkdilatation i procent av patientens förväntade värde. Detta är vid sidan av åldern den viktigaste prognosfaktorn vid KOL. Svårighetsgraderingen är också till hjälp vid val av lämplig farmakologisk behandling, och har betydelse för hur uppföljningen bör ske.

Obstruktiv eller restriktiv bild

Typiskt vid enbart obstruktiv lungsjukdom är sänkt FEV_1 . Värdet är i många fall helt normalt hos patienter med välbehandlad astma. Däremot är detta alltid sänkt vid KOL.

Vid restriktiva sjukdomar är FEV_1 normalt eller förhöjt, samtidigt som både FEV_1 , FVC och VC är sänkta.

Många sjukdomar kan ge en restriktiv bild på spirometrin. Exempel på restriktiva lungsjukdomar är sjukdomar i lungparenkymet såsom till exempel fibros och asbestos, pleurasjukdomar, neuromuskulära sjukdomar samt patienter med Mb Bechterew eller kraftig

Tabell 1. Klassifikation av svårighetsgrad vid KOL	
Svårighetsgrad	Definition (FEV_1 avser värden uppmätta efter bronkdilatation!)
Preklinisk KOL	$FEV_1 \geq 80\%$ av beräknat normalvärde
Lindrig KOL	FEV_1 50–79% av beräknat normalvärde.
Medelsvår KOL	FEV_1 30–49% av beräknat normalvärde
Svår KOL	$FEV_1 < 30\%$ beräknat, eller $FEV_1 < 50\%$ beräknat och samtidigt förekomst av andra negativa prognosfaktorer såsom svår kronisk hypoxi, hyperkapni, ödem, tachycardi eller lågt BMI.

kyfoscolios. Även kraftig övervikt kan ge en restriktiv spirometribild.

Ett bra sätt vid spirometritolkning är att alltid först översiktligt bedöma om spirometrin är normal eller patologisk. Därefter bedöms om spirometrin visar en obstruktiv eller restriktiv bild.

Visar bilden en obstruktiv bild fortsätter man med att se om det finns en relevant reversibilitet eller ej (se avsnittet reversibilitetstest).

Flöde-volymkurvan

De allra flesta spirometrar presenterar en flöde-volymkurva från mätningen av FVC och FEV_1 som i många fall är till stor hjälp vid tolkningen. Figur 1 visar tre kurvor, en typisk normalkurva, en kurva med en lätt obstruktiv bild ("liten hängmatta") och en restriktiv kurva (liknar en liten normalkurva). Ibland ses en liten hängmatta även vid normala spirometrvärden, vilket kan vara fallet vid en mycket tidig luftvägsskada orsakad av rökning. Vid medelsvår till svår KOL ses ofta en typisk flöde-volymkurva med påtaglig hängmatteform på grund av uttalad luftvägsskada och elasticitetsförlust. I dessa fall är spirometrvärden också klart sänkta, och diagnosen brukar då inte vara svår att ställa.

Reversibilitetstest

Spirometri efter bronkdilatation (reversibilitetstest) ingår rutinmässigt vid spirometri. För bronkdilatation används antingen salbutamol 0,8 mg eller terbutalin 1 mg. Efter bronkdilatation upprepas efter 15 minuter mätningarna av VC, FVC och FEV_1 . En ökning av FEV_1 med minst 12% beräknat från ursprungsvär-

Textruta 2

Bedöm alltid reversibiliteten med hänsyn till anamnesen.

För Astma talar:

- FEV_1 ökar $> 12\%$ (och samtidigt minst 200 ml)
- Normalisering av lungfunktionsvärden efter behandling

För KOL talar:

- $FEV_1 < 70\%$
- Reversibilitet $< 12\%$ (eller mindre än 200 ml)

OBS! Reversibilitet utesluter inte KOL

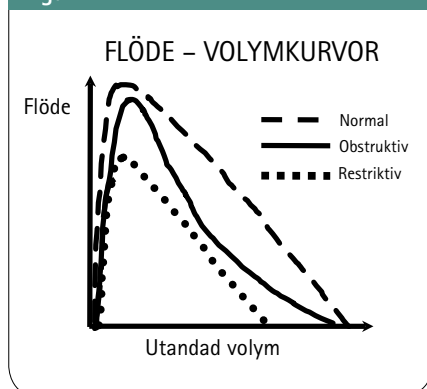
det, brukar anges som en relevant reversibilitet förutsatt att FEV_1 samtidigt också ökat med minst 200 ml.

Tänk på att det inte är ovanligt att patienter med en typisk anamnes på KOL kan ha en reversibilitet som är betydligt större än 12% och även mer än 200 ml, framför allt vid låga FEV_1 -värden, se även textruta 2. En påvisad reversibilitet är också av mycket begränsad betydelse för att bedöma eventuella effekter av insatta läkemedel.

Viktiga skillnader astma – KOL

Anamnesen är alltid viktig vid differentialdiagnostik mellan astma och KOL. Patienter med astma har ofta attackvisa symtom som utlöses av exponering för allergen, luftvägsirriterande ämnen, kyla, träning eller infektioner. Vid KOL har sjukdomen ofta en smygande debut med tilltagande andnöd och det finns en anamnes på rökning.

Figur 1



Enkla tumregler vid KOL

- Spirometri är en förutsättning för korrekt diagnos och svårighetsgradering.
- FEV₁ används för diagnostik ("absolutvärdet").
 - Diagnosen KOL verifieras om FEV₁ < 70% efter bronkdil vid KOL.
 - Undantag: FEV₁ > 65% bedöms som normalt för patienter 65 år och äldre.
- FEV₁ används för svårighetsgradering. Använd procent av det förväntade värdet efter bronkdilatation.

Praktiska undersökningstips

Patienten bör blåsa minst två långsamma VC och minst tre FVC och FEV₁ både före och efter reversibilitetstest. Patienten skall använda näsklämma, och bäst är att låta patienten sitta. Spirometern bör kalibreras med en 1 eller 3 liters spruta, helst före varje undersökning.

Referensvärden

I många spirometriprogram kan man ställa in de referensvärden som skall användas för beräkning av det förväntade värdet. Spirometern bör då om möjligt alltid vara inställd på Hedenströms svenska referensmaterial för beräkning av det förväntade värdet. Till skillnad från andra förekommande normalvärden, t.ex. Kol & Stålunionen (ECCS), baseras Hedenströms värden på ett svenskt normalmaterial av icke-rökare.

Att tänka på vid spirometritolkning

- Granska alltid testet kritiskt.
- Är undersökningen korrekt utförd?
- Har patienten samarbetat maximalt?

- Är det utfört under optimala förhållanden?
- Värdera resultatet utifrån anamnes och klinik.



Björn Stållberg, Trosa vårdcentral
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Litteraturtips:

Nationellt vårdprogram för KOL. <http://www.slmf.se/kol>

Bäcklund L, Hedenstierna G, Hedenström H (red). Lungfysiologi och diagnostik vid lungsjukdom. Studentlitteratur 2000.

ANNONS

Skapandet av en webbplats @ allmänmedicin.se

–lätt att nå det bästa på nätet!

Internet innehåller fantastiska resurser i form av medicinsk information och olika kliniska hjälpmedel men det är svårt att sälla ut det riktigt användbara. Jag har som ST-arbete skapat en länkportal med föresatsen att ge mina kolleger runt om i landet ett effektivt arbetsredskap som underlättar den kliniska vardagen. Artikeln beskriver hur sidan fungerar och hur det kan gå till när en webbplats går från idé till verklighet.

Bakgrund

Som allmänmedicinare har man ett stort behov av att snabbt hitta information inom ett stort antal och varierande områden. Med den hastighet den medicinska utvecklingen har är det viktigt att informationen är uppdaterad. Ofta arbetar vi under tidspress vilket gör att det ska gå snabbt att hitta de svar man söker. Med datajournal så spenderar vi på gott och ont större delen av vår mottagningstid med en dator inom räckhåll.

Ända sedan grundutbildningstiden har jag använt webbens resurser mycket i mitt informationssökande och det har accelererat under tiden som ST-läkare.

Det har gjort att jag har samlat på mig favoritlänkar till sidor som jag besöker ofta. Samtidigt har jag saknat en bra, enkel och uppdaterad sida som samlar dessa länkar och gör dem lättåtkomliga.

Jag har också upplevt att det finns ett underutnyttjande av resurserna på Internet hos många av mina kolleger. En anledning tror jag är att det är svårt att sälla fram det som verkligen är användbart i den störtflod av information som möter oss när vi startar webbläsaren.

När jag visat de resurser jag använder finns det ett stort intresse och inte sällan blir det en "aha-upplevelse".

Det finns sedan tidigare några länksamlingar som riktar sig till allmänmedicinare. Ofta innehåller de ett stort antal länkar som gör dem oöverskådliga och svåra att hålla uppdaterade. Enligt min mening gör det att de blir mindre lättanvända i det dagliga arbetet.



Jag har som ST-arbete skapat en webbsida, allmänmedicin.se (*www.allmanmedicin.se*).

Genomförande

Idén till arbetet fick jag under hösten 2006. Det började med att jag lade upp en lokal länksida på vårdcentralen Norslund i Falun, där jag genomförde de första fyra åren av min ST. Den innehöll länkar till de sidor jag själv använde oftast i mitt arbete. På ett enkelt sätt kunde jag dela med mig av mina favoriter och det blev uppskattat.

Samtidigt hade jag förstått att det inte bara var i Falun som det saknades erfarenheter av medicinska resurser på nätet. I olika sammanhang märkte jag att de sidor jag har svårt att klara mig utan var okända för andra. Kanske kunde det vara en idé att skapa en resurs tillgänglig för alla? En vidareutvecklad nationell webbsida?

Jag insåg att en förutsättning för att sidan ska användas är att den har en adress som är lätt att komma ihåg. Efter lite

funderande kom jag fram till att *www.allmanmedicin.se* skulle vara en bra adress (å, ä, ö fungerar dåligt på nätet). Specialiteten heter allmänmedicin och på så sätt kommer man runt problemet med om beteckningen för vår yrkesgrupp ska vara familjeläkare, distriktsläkare eller husläkare. .se är en domän som enligt min uppfattning inger större förtroende än t.ex. .org, .eu eller .nu.

Det finns sajter där man kan testa om en webbadress redan är upptagen och det var några spännande minuter innan jag till min lättnad (och förvåning) kunde konstatera att adressen var ledig. Jag registrerade den samma dag.

I samband med registreringen skaffade jag också plats på ett så kallat webbhotell. Det är företag som erbjuder plats på snabba, brandsäkra servrar (datorer med stor kapacitet) där man placerar de filer som utgör sidan.

Den sammanlagda kostnaden för att äga en domän och plats på ett webbhotell ligger omkring 400 kr/år.

Med dessa detaljer avklarade var det

bara att sätta igång med att skapa själva webbsidan. Jag har tidigare gjort enkla hemsidor och har en del datorvana. Någon formell utbildning har jag dock inte och det mesta har jag fått lära mig allt eftersom. Även när det gäller skapandet av webbplatser finns utmärkta resurser och inspiration på nätet. Jag har också kontinuerligt hämtat in synpunkter från den närmaste omgivningen.

Tanken med sidan är inte att den ska innehålla så många länkar som möjligt. Tvärtom ska den innehålla ett fåtal väl utvalda länkar som presenteras på ett så överskådligt och stilrent sätt som möjligt. Dessutom presenteras för tydlighetens skull varje länk med en liten informationsruta om man placerar muspekaren över den.

Efter det att en första version av sidan lagts ut på nätet så tog jag hjälp av kolleger på tre vårdcentraler för att få synpunkter. De ombads använda sidan under en månads tid och därefter träffade jag dem för feedback. Det ledde till en del justeringar.

Som handledare och bollplank för arbetet har jag haft en datorkunnig allmänmedicinare på en av Faluns vårdcentraler, Tomas Vanky. Han väckte idén med att försöka skapa en sökfunktion på sidan som ger sökresultat endast från utvalda kvalitativa resurser. Det visade sig möjligt och webbplatsen fick därmed en ny dimension. Nu kan man direkt i en sökruta på sidan skriva in ett sökord, till exempel "hypotyreo" och få en hanterbar och bra träfflista. Sökfunktionen tillhandahålls av Google, men jag har begränsat antalet sidor den söker igenom och styr den med vissa nyckelord.

När man gjort sin sökning når man därefter direkt rätt kapitel i läkemedelsboken, rätt sida på Internetmedicin, patientinformation från Sjukvårdsrådgivningen.se eller en SBU-rapport i ämnet. Skriver man sökordet på engelska "hypothyroidism" får man träffar från Cochrane, TRIP-database eller e-medicine för att ta några exempel. Skriver man ett sjukdomsnamn och lägger till ordet "image" är chansen stor att man får en direktlänk till en bild från hudatlasen

dermis.net som också är indexerad. Med ett läkemedelsnamn i sökrutan får du en direktlänk till rätt sida i FASS.se. Den här sökfunktionen har kommit att bli det jag själv uppskattar mest.

Den första tiden

Sidan har varit igång på riktigt sedan i början av februari 2006. Jag har ett statistikverktyg som bl.a. räknar besökare och de ökar stadigt vilket är glädjande. Jag får också information om vilka länkar som är populärast, vilket gör att jag kan plocka bort länkar som inte används så mycket och flytta fram länkar som används mycket till startsidan.

En artikel om webbplatsen i Dagens Medicins temanummer om allmänmedicin gav besöksstatistiken en skjuts uppåt och användandet spreds från Dalarna till hela landet.

Jag har också fått mycket positiv feedback från kolleger ute i landet, vilket är inspirerande.

Fortsättningen

Nu när sidan är uppbyggd och igång handlar arbetet mest om justeringar av innehållet utifrån synpunkter från användare och statistik, samt att se till att länkarna fungerar. Hur mycket tid det kommer att ta beror mycket på hur många användare webbplatsen får framöver.

Jag får ofta frågor om finansieringen. Den tid jag hittills lagt ner har huvudsakligen varit fritid men också en del arbetstid, eftersom det handlar om ett ST-arbete. Om jag märker att skötseln av webbplatsen tar mycket tid i anspråk måste jag förstås hitta ett sätt få betalt för det arbete jag lägger ner, men jag är väl medveten om vinsterna med att hålla sidan oberoende.

Till slut

Arbetet med webbplatsen har varit roligt och stimulerande och det har varit en väldigt kreativ process. Även om den är skapad med fokus på allmänmedicin så är jag övertygad om att den är användbar också för läkare inom andra specialiteter och för sjuksköterskor i rådgivning.



Foto: Helena Janols

Fredrik Settergren,

ST-läkare,

Kroksbäcks Vårdcentral, Malmö

Notis



Hedersutmärkelse för Allan Pelch

Allan Pelch pensionerad allmänläkare från Herlufmagle, Danmark, har av AAFP (American Academy of Family Physicians) tilldelats "The 2007 Award of Merit" vid organisationens årsmöte i Chicago den 2 oktober. Han har under nästan 20 år organiserat resor för närmare tusen skandinaviska allmänläkare till AAFP Scientific Assemblies. Dessutom sprider han information och arrangerar resor till andra internationella allmänmedicinska kongresser exempelvis WONCAs olika arrangemang runt om i världen. Redaktionen ber att få gratulera Allan till den fina utmärkelsen.

Om frihet och solidaritet

Som invigningstalare på höstmötet i Visby hade SFAM Gotland bjudit in Sven-Erik Liedman, författare och nyligen pensionerad professor i idé- och lärdoms historia vid Göteborgs Universitet. Titeln på anförandet var "Frihet och solidaritet". Genom att berätta om dessa ords ursprung och genom tiderna växlande innebörder gav Sven-Erik Liedman oss en bild av hur världen och samhället genomgått förändringar i tänkesätt och värderingar. Hur vi använder orden frihet och solidaritet säger en del om vår inställning till livet och världen. Ordet fri har funnits i alla språk genom alla tider. Dess ursprungliga innebörd var att man var trygg och säker i en bestämd gemenskap. Ordet "frälsa" skall ha kommit från "fri hals", det vill säga man var fri, inte slav, ingen järnring runt halsen. Även det tyska ordet "freund" har sitt ursprung i fri. På 400-talet f. Kr. började frihetsbegreppet vidgas till sin innebörd. Athens sofister ifrågasatte om man inte också inom en gemenskap kunde vara fri, den individuella friheten och den historien fortsätter in i vår tid. Man talar också om begreppen negativ frihet, till exempel fri från något, och positiv frihet, fri till något. Det har varierat genom tiderna om man framför allt talar om negativ eller positiv frihet, med tonvikt för den negativa friheten i våra dagar.

Solidaritet är ett mycket yngre ord och dök upp i det franska språket under 1500-talet. Från början var det en juridisk term som hade med hur man delade upp borgenslån att göra, en för alla, alla för en. Detta var inskrivet i Code Civil. I mitten av 1800-talet, som var en tid av stor förändring och utveckling, började ordet dyka upp i flera språk och med en delvis annan innebörd. Som ett uttryck för att alla behövs i ett väl sammansvetsat samhälle – en för alla, alla för en, på ett annat sätt. Så småningom kom ordet solidaritet att stå för arbetarklassens sammanhållning, de förtrycktas sam-



Foto: Staffan Olsson

Sven-Erik Liedman, författare och nyligen pensionerad professor i idé- och lärdoms historia.

manhållning i sin kamp på väg mot ett jämlikt samhälle där solidariteten till slut skulle gälla för alla. Under andra hälften av 1800-talet började tyska katolska teologer, socialteologer, ta upp ordet. De hade en konservativ samhällssyn och såg hot från två håll, dels från kapitalismen som slet sönder alla sociala band, men också från socialisterna och anarkisterna som hotade grundvärden som familjen och den religiösa tron. De betonade behovet av caritas – charity/välgörenhet och kom att använda solidaritetsbegreppet mer med den betydelsen. Sättet att använda av ordet solidaritet växlar. Det förekommer i alla svenska partiers partiprogram, men ges olika innebörd och blir därmed egentligen ganska betydelselöst. Sven-Erik Liedman menar att vi nu ofta använder ordet solidaritet litet högtidligen, men sedan snabbt glömmet det och går vidare. Dessutom kan man inte koppla solidaritet till det frihetsbegrepp som råder idag – frihet från, eller möjligen frihet till – att välja el-bolag, pensionsfonder. Vad är det för frihet?

Vi borde istället se till att utveckla samhället i den riktning så att vi återigen ger solidaritet innebörden att vi är ömsesidigt beroende av varandra, att alla behövs och att när man hjälper någon annan, gör man det och vet att man själv

kunde vara i den behovandes situation. Och när det gäller frihet – se till att ge människorna möjlighet att välja vad de själv skall välja, välja sina val själva.

Att lyssna till Sven-Erik Liedman var mycket intressant och man blir nyfiken att ta del av hans böcker, se faktaruta här intill. Det påminner också om vikten av att då och då lyfta sig ur sin medicinska eller allmänmedicinska värld och ta del av andra vetenskapers sätt att beskriva och förstå tillvaron.

Tina Nyström Rönnäs

Sven-Erik Liedman har bland annat skrivit:
Att se sig själv i andra. Om solidaritet.
Albert Bonniers förlag AB, 2000.

Tankens lätthet, tingens tyngd. Om frihet.
Albert Bonniers förlag AB, 2004.



SFAMs årsmöte och utmärkelser



Meta Wiborgh och Gösta Eliasson
Årets Lejon



Patrik Midlöv
Årets Avhandling



Helen Magnusson
Årets Uppsats



Gabriella Barabas
Hedersnämnan



Åsa Jansson
Årets Handledare

Efter en intensiv dag av nätverksmöten och andra aktiviteter vidtog årsmötet som leddes exemplariskt av Margareta Troein Töllfors. Föreningens ekonomi är god och det finns en rejäl buffert. Några moln tornar ändå upp sig vid horisonten. SFAMs kansli behöver förstärkas med sekreterarresurser. I nuläget finns inhyrd hjälp för att klara administration av specialistexamen och mitt-i-ST. Senaste året har annonsmarknaden för medicinska tidskrifter sviktat rejält. Det nya avtalet med Mediahuset som hjälper oss att färdigställa och distribuera denna tidskrift, innebär ett inkomstbortfall på 300 000 kronor om året för annonsrättigheterna. Scandinavian Journal of Primary Health Care kommer i fortsättningen enbart finnas tillgänglig i nätversion för SFAMs medlemmar. Sara Holmberg efterträder Lars Borgquist som vetenskaplig sekreterare och Robert Svartholm invaldes som övrig ledamot i styrelsen efter Pär Säberg. En principiellt viktig diskussion handlade om att de medlemmar som tar ledigt från sin ordinarie tjänst för att fullgöra uppdrag för SFAMs räkning ska kompenseras fullt ut för detta. Respektive arbetsplats erhåller då ersättningen. Detta innebär inget hinder för de huvudmän som vill fortsätta att ge tjänstledighet med full lön, och stå för resekostnader och uppehälle. En föreslagen höjning av årsavgiften avsågs efter sedvanlig diskussion.

ÅRETS LEJON

Meta Wiborgh, Luleå får priset med motiveringen:

Omutlig – Hederlig – Tydlig. Ständigt med djupt mänsklig omtanke om såväl patienterna som medarbetare.

Gösta Eliasson, Falkenberg får priset med motiveringen:

att han i ord och handling, är en god allmänmedicinsk förebild, och i många år verkat för att höja allmänmedicinens status och kvalitet, inte minst genom sina insatser för en god och strukturerad kontinuerlig professionell utveckling, med ett interkollegialt lärande. Gösta Eliasson har själv förmågan att arbeta i nätverk, och tillsammans med andra verka på ett sådant sätt att allas kompetenser kommer till sin rätt och tillväxer.

ÅRETS AVHANDLING

(avser avhandlingar 2006)

Patrik Midlöv, Täbelunds VC, Eslöv
Drug-related problems in the elderly. Interventions to improve the quality of pharmacotherapy.

Patrik Midlöv har hela tiden bedrivit sin kliniska forskning parallellt med sitt kliniska arbete. Han försvarade framgångsrikt sin avhandling i början på juni i fjol. Den behandlar ett för primärvården centralt, och dessutom växande, område – läkemedel och äldre. I fyra artiklar inte bara beskrev han problemen; han gav dessutom förslag på vad man kan göra åt dem. Samtliga artiklar är numera publicerade i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter.

Patrik Midlöv har ställt upp som verksamhetschef för sin vårdcentral. På så sätt

riskerar han få mindre tid för egen forskning, men samtidigt får han bättre möjligheter att applicera sina forskningsrön i den kliniska vardagen. Efter disputationen har han dessutom engagerat sig som handledare, såväl inom grundutbildning som inom forskarutbildning.

ÅRETS UPPSATS FÖR SPECIALISTEXAMEN Helen Magnusson

Kan patientansvarig läkare i både primär och slutenvård bli problematisk i palliativ vård? En fallbeskrivning med självreflexion.

HEDERSNÄMNA:

Gabriella Barabas,

Inget samband mellan bakteriuri och residualurin hos äldre i särskilt boende.

ÅRETS HANDELDARE

Åsa Jansson, Kvartersakuten Matteus, Stockholm som var handledare åt Sofia Hellman

”Åsa Jansson har som handledare med sin breda medicinska kunskap och kliniska erfarenhet varit en inspirerande och stimulerande förebild. Hennes styrka som handledare är att visa stor följsamhet i handledningssituationen. Hon har lika självklart avhandlat systematiskt och teoretiskt genomgång av målbeskrivningen som mer filosofiska ämnen som förhållningssätt till patienter och vad som händer i konsultationen.

Åsa har givit sin adept uppmuntran, stimulans och mental vägledning i hennes utveckling till en allmänläkare.”

Anders Lundqvist



Examinandfoto

Första raden (från vänster): Helen Magnusson, Karin Kullberg, Rita Fernholm, Fredrika Haegström, Anna Blomquist

Andra raden: Magdalena Stachowska, Berit Edvardsson, Ulrika Frosteman, Gabriella Barabas, Henrik Åhsberg.

Tredje raden: Sofia Hellman, Karin Hed.

Fjärde raden: Anna Maria Ingvarsson, Anna Marinko, Thomas Marmolin.

Femte raden: Mats Kährström, Magnus Tufvesson, Love Gidlund.

Saknas på bilden gör Malin Johansson.



Examinatorer

Nedre raden från vänster: Gunilla Byström, Birgit Breitholtz, Gertrud Sandberg, Cecilia Ryding, Ulf Måwe.

Andra raden: Nisse Åhman, Christine Hallgren, Ylva Johansson.

Tredje raden: Urban Brunell, Mogens Hey, Karin Lindhagen.

Fjärde raden: Peter Olsson, Mats Rydberg, Inge Carlsson.

En av höstmötets höjdpunkter...

... var att lyssna till Iona Heath, engelsk allmänläkare, författare, debattör och hedersmedlem i SFAM. Titeln på föredraget var: "Fear, Greed and the Promotion of Disease", med också den alternativa titeln, hämtad från Becket; "A Ray of Sunshine and a Free Bench".

I korthet kan berättas att det bärande temat var tidens tendens till medikalisering av livet, och den ganska tunga industrialisering/kommersialisering av hälsovården som pågår världen över. Får människor lida?, frågar sig Iona Heath. I konsultationsrummet borde det finnas plats att dela känslor av sorg, tvivel och osäkerhet utan att nödvändigtvis förskriva ett piller. Kanske är det viktigare att höra sig för hur människorna vi möter tar hand om nuet och hanterar livet i stort, i stället för att stirra oss blinda på kolesterolvärden och blodtryck. Vi fick också ta del av siffror över medellivslängd i olika delar av världen. Att i ett land som Sverige, med hög medellivslängd, ge friska människor mediciner på grund av att de har en viss risk för att utveckla sjukdom, känns onekligen litet fel när man vet att människor i Kenya och Irak i genomsnitt dör vid 50 års ålder.

Tina Nyström Rönnäs

Notis

Adjungerad professor

Anders Wimo har blivit utnämnd till adjungerad professor i geriatrisk allmänmedicin med inriktning på hälsoekonomi på Karolinska Institutet vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle. Han är verksam som familjeläkare i Harmånger i norra Hälsingland. Sedan 1983 har han bedrivit forskning i hälsoekonomi och epidemiologi med fokus på demenssjukdomar och äldre. Adjungeringen innebär att han kan fortsätta sin forskning på Karolinska Institutet på 20 procent av arbetstiden inom Primärvården Hälsingland.



Om det skapande mellanrummet i patient-läkarmötet...

... berättade på Höstmötet Eli Berg, norsk allmänläkare sedan 1975, först verksam under 25 år på samma ort i Finnskogen (Norges Värmland), sedan i Nord-Norge, där hon också bedriver forskning vid Tromsø Universitet. Hon inledde med att tala varmt om allmänläkararbetet, om vilken skatt för lärdom om livet detta arbete är. Det är allmänläkarna som är de riktiga doktorerna, som följer patienterna genom åren och arbetar med patienten i centrum – som en sol.

Eli Berg har lagt fram en avhandling med titeln "Det skapande mellanrummet i mötet mellan pasient og lege". Om patient-läkarmötet handlar denna, med inriktning på värdet av patientens berättelse, eller på den berättelse som patienten och läkaren tillsammans kan skapa, och som gör att patienten kanske kan leva vidare med en större känsla av mening och sammanhang.

Tanken att börja arbeta på ett annat sätt kom till Eli Berg under en period då hon efter många år som allmänläkare kände sig sliten, trött och frustrerad. Patienter kom om och om igen med samma åkommor och var svåra att hjälpa. Som doktor fick hon stå i spagat med ena benet i patientens livsvärld, och det andra i den medicinska världen. Det blev svårt eller omöjligt att gå framåt när de två världarna inte kunde förenas. Hon beskriver att hon nästan fick en känsla av att snarare skada än hjälpa patienterna.

Ytterligare en tankeställare fick Eli Berg när hon vid ett tillfälle mötte en treårig flicka med skador i underlivet efter övergrepp. Vad händer med en människa som förråds på det sättet av sina närmaste? Vad sker med ens fortsatta hälsa när man blivit utsatt för övergrepp och kränkningar?

Eli Berg började systematiskt fråga alla patienter med psykiska besvär om de varit utsatta för kränkande behandling. Det visade sig att det ofta var så, och att möjligheten att få berätta detta, att bli lyssnad på, många gånger ledde till läkning, till bättre hälsa för patienterna. Så småningom tog Eli Berg hjälp av en psykolog och tillsammans med honom träffade hon ett trettiotal patienter. Även här fokuserades på patienternas berättelse om sina liv, om sorg, om att behöva vara vuxen och ansvarstagande som barn, om övergrepp, om misär. Ofta krävdes bara några samtal innan en tydlig förbättring i patientens hälsoläge kunde ses. Ofta kunde både blodtrycksmediciner och astmamediciner sättas ut. Antalet provtagningar på mottagningen sjönk och väntelistorna blev kortare.

Eli Berg beskriver vidare hur hon allt mer började arbeta patientcentrerat, välkomnade patienten som en gäst, satte sig mittemot patienten och var tyst, lyssnade och var uppmärksam på känslolägen i rummet. En patient, en man i 50-årsåldern med astma, gikt, diabetes, högt blodtryck, huvudvärk, hudutslag, blev egentligen inte



Eli Berg

bättre trots flera möten, även med psykolog. Med honom företog Eli Berg till slut en riktig resa, en resa till hans hemtrakter. Där förvärrades till en början hans symptom, han fick ångest, ont i magen, and-täppa. Men som dagarna gick kunde han börja fylla sig själv med berättelser från sin barndom, om misshandel, om att vara negligerad och så småningom blev livssmärtan förståelig och kunde hanteras.

Att lyssna till Eli Berg gav mod att fortsätta försöka träffa alla patienter förutsättningslöst och med stort allvar. Att inte genast tänka "remiss till psyk" när man anar kränkningar eller övergrepp som bakgrund till symtombilden. Att lita till sin egen förmåga att tillsammans med patienten skapa en ny och förståelig livsberättelse.

Tina Nyström Rönnäs

Igår, idag, imorgon – personlig avslutning på höstmötet

Årets höstmöte avslutades på ett mer personligt sätt än vad vi varit vana vid sedan tidigare möten. Mogens Hey, den svenska allmänmedicinens nestor och grand old man, bildade genom berättelsen om sitt professionella liv en belysande nutidshistorisk bakgrund till både dagens och morgondagens allmänmedicin. Inge Carlsson och Ulf Måwe var ciceroner, men ställde också frågor som problematiserade kring hur vår verklighet idag har blivit som den är.

Den yngre generationen representerades av Viktoria Kjellin och Åsa Wetterqvist, relativt nyblivna specialister i allmänmedi-

cin. De tog rollspelet till hjälp för att göra en nulägesbeskrivning från deras horisont. Med stor inlevelse spelades en alltför vanlig scen upp: gnälligt, klagande och pessimistiskt. Men ändå ställer vi upp på att arbeta under villkor som bara leder neråt i en spiral av allt sämre arbetsmiljö, kollektivt självförtroende och undervisningsklimat för ST-läkare. Mest imponerades jag av energin i framförandet, och att de inte gick i samma fälla som de kollegor de porträtterade – här finns framtidstro och jävlar anamma!

Staffan Olsson



Mogens Hey

Foto: Staffan Olsson

ANNONS

Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAMs höstmöte

Betyget är subjektivt. Det är till för att ge arrangörerna en feedback samt förhoppningsvis för att kunna vara till nytta för framtida arrangörer och stimulera dessa till att ytterligare höja ribban . . .

0 = usest, 1 = dåligt, 2 = ganska dåligt, 3 = bra, 4 = mycket bra, 5 = fantastiskt bra.

Förhandsinformation	Lite synd att man inte kunde läsa mer om programpunkterna innan. En del programpunkter visade sig vara något helt annat än förväntat. I övrigt var innehållet tydligt och klart i utskick och webbinfo.	3
Tillgänglighet	Bra med tanke på att öar av naturliga skäl är lite svårtillgängliga. Viss oro kunde skönjas när vinden friskade i framåt fredagen.	3
Hotell	Det fanns hotell i alla prisklasser, och flertalet inom kort promenadvstånd..	5
Anläggning	Splitternya Wisby Strand Congress Et Event visade sig vara en utmärkt kongresshall. Samtliga lokaler var ändamålsenliga. Toaletterna var en upplevelse bortom allt annat.	5
Program	Många fina programpunkter, ibland svårt att välja bland parallella sessioner. Bra avvägning mellan "hårda" och "mjuka" ämnen. Saknades debatt och konfrontation kring viktiga och aktuella frågor. Höjdpunkter: Sven-Erik Liedman, Iona Heath, Owe Ronström och Eli Berg.	4
ST	Presentationen av ST-uppsatserna gav upphov till fina diskussioner.	4
Examinationshögtid	Fint genomförd utan onödiga longörer och en trivsam stämning infann sig innan banketten.	4
Socialt	Goda tillfällen till mingel och diskussion kollegor emellan. Välordnade goda middagar, trevlig danstillställning.	4
Sponsorer	Verkade i det tysta.	4
Miljö	Fantastiskt att få möjlighet att promenera vid havet, ringmuren och i Botaniska trädgården. Visby med sin historia lämpade sig för reflekterande promenader. Anläggningen bjöd på vidunderlig utsikt mot det upproriska havet.	4
Genomförande	Inga tekniska problem och en strålande arbetsinsats av den lilla grupp som arrangerade mötet.	5
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överlåter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna.	45
Sammanfattning	Ett fint arrangerat möte där programmet höll hög klass genomgående i en härlig miljö. På minussidan saknades debatt i angelägna frågor.	

Bot och bättring

På SFAM-höstmötets sista dag var Owe Ronström inbjuden att tala om bot och bättring ur ett etnologiskt perspektiv. Owe Ronström är professor i etnologi vid Högskolan på Gotland.



Foto: Staffan Olsson

Han är tillika musiker, och vi fick först avnjuta ett underbart stycke fiolmusik från Transsylvanien och därefter en Gotlandsvisa på balalajka.

Hur ser vi idag på bot och bättring? Owe Ronström menar att vi lever i en förtrollad, magisk tid. En mångfaldernas tid där det finns många sätt att leva och dö på, dessutom många idéer om vad sjukdom är. Med ökad mångfald ökar mystiken. Vi glider fram och tillbaka över gränser mellan folklig praxis, alternativmedicin och medicinsk vetenskap, utan att tycka att det egentligen är konstigt att söka förklaringar och förståelse ur alla dessa världar. Det är magi, menar Ronström, att dessa system kan fungera och existera ihop.

Vad är hälsa? Tidigare har man betraktat hälsa som en Gudagåva, som något som var få förunnat. Under 1900-talet blev hälsan så en samhällelig rättighet, medan den idag snarare betraktas som en individuell plikt. "Jaså, du är rökare? Det skulle du kanske ha tänkt på innan du fick lungcancer...". Hur vi ser på sjukdom och hälsa säger mycket om samhällsutvecklingen i stort.

Avslutningsvis betonade Owe Ronström vikten av att vara medveten om den hjälpbehövandes olika föreställningsvärldar. Vi måste förstå att chans till bot och bättring ligger i tillit, eller symmetri mellan den som vill ha boten och den som ger den. Inte tilltro, utan tillit.

Tina Nyström Rönnäs

Vem bär ansvaret för blodsockervärden och "standardglas" – Patienten, Läkaren eller "Beställaren"?

Paternalismen är välvillig och vill patientens bästa men ger samtidigt patienten barnets roll – den som inte riktigt vet sig eget bästa, och därför behöver en klok förälder; läkaren.

Anders Lundqvist tog i en ledare upp frågan om paternalism i samband med kallelsesystem [1]. Vår nuvarande Hälso- och sjukvårdslag har som Anders Lundqvist betonat lämnat paternalism som värdegrund och förhållningssätt. Idag är patientens autonomi utgångspunkten för både läkarens och sjuksköterskans uppdrag. Vår uppgift är att "förse patienten med bästa underlag för beslut om sin hälsa". Den bästa pedagogiken är ju den som gör eleven vuxen, så att denne med gott omdöme tar ansvar för sin egen utbildning och sina livsval. Patientcentrering som samtalsmetod är just en sådan pedagogik; den både utgår ifrån och stärker elevens/patientens autonomi, vilket har visat sig ge bland annat bättre compliance och bättre hälsoparametrar, till exempel HbA_{1c} [2,3,4,5].

Sven Engström problematiserade frågan utifrån bland annat det egna behovet av paternalistisk omsorg som tandläkarpatient [6]. Det här är en viktig diskussion, inte minst därför att diskussionen också leder vidare in i diskussionen om kvalitetsindikatorer.

Frågan gäller här som jag ser det två saker; dels den om vilka indikatorer som är de bästa för en bestämd målsättning; dels om vem som då skall formulera och bestämma indikatorerna. Det handlar alltså här inte bara om patientens autonomi, utan även om läkarens professionella autonomi.

Kvalitetsindikatorpaternalism?

Behöver patienten läkarens paternalism och behöver läkaren en "kvalitetsindikatorpaternalism"? Skall ett kallelsesystem ingå i kvalitetsindikatorer för vården av



diabetespatienten? Vet varken läkaren eller patienten sitt eget bästa, utan behöver bägge en paternalistisk omsorg? När det gäller kvalitetsindikatorer har diabetessjukdomen tagit upp stora delar av spelplanen – varför det blivit så är i sig en intressant fråga – men jag lämnar den diskussionen tills vidare och tar det som första exempel för att sedan gå in i ett område som engagerat mig och många andra i SFAM i mer än tio år, nämligen området Riskbruk av alkohol.

Patientcentrering som kvalitetsindikator?

När det gäller vårt medicinska uppdrag ingår självklart liksom tidigare att det är ett nödvändigt villkor att ha aktuell medicinsk kunskap, men detta är inte tillräckligt. Denna kunskap har inget värde i sig, den skall också ha förmedlats så att patienten förstått och tagit till sig kunskapen, och därmed fått bästa underlag för sitt val. Den uppgiften är alltså främst pedagogisk och handlar om hur man kommunicerar respekt-

fullt med den individ som är patient. Kommunikationen baseras på relation och interaktion mellan läkare/sjuksköterska och patient. Patientcentrering är en evidensbaserad metod, bland annat när det gäller compliance/concordance/adherence. Om man tar detta på allvar så borde man också ha kvalitetsindikatorer som kan tänkas mäta detta:

- 1) Mått på patientcentrering i samtalet läkare/sjuksköterska och patient.
- 2) Mått på att verksamheten till exempel vårdcentralens organisation befrämjar patientcentrering; eller alternativt ett mått på att organisationsformen i sig i alla fall inte motverkar patientcentrering.

Salutogenes som perspektiv

När det gäller det andra området – ansvaret för utfallet av interventionen – blir konsekvensen särskilt intressant. Om vi till exempel förmodar att patienten verkligen fått det bästa underlaget för beslut om sin hälsa, och sedan gjort ett val, så bör ju konsekvensen av detta vara att patienten tagit över ansvaret. Patienten har själv "valt" vilken nivå av blodsocker han eller hon vill ha i förhållande till andra för patienten viktiga delar av sitt liv, äta gott, dricka gott umgås med vänner istället för att motionera. Kanske har patienten också upplevt att hon/han blir nedstämd av att följa sitt blodsocker, och med det minskat sin livsupplevelse och livskvalitet. Att stärka det som patienten själv upplever som hälsobefrämjande – det salutogeniska perspektivet får här en chans. Det finns stark evidens för att de patienter som upplever sig må bra och vara vid god hälsa, också lever längre [7,8]. Patienten kan inte då heller regressivt ge "skulden" till någon annan än sig själv för sina val och sitt förhöjda HbA_{1c}.

Om vi framhåller i att det ändå är vårt ansvar, så är den första invändningen att pedagogiken brustit; men det kan också vara så vi återigen är tillbaka i den paternalism som vi bär med oss av gammal

” Vet varken läkaren eller patienten sitt eget bästa, utan behöver bägge en paternalistisk omsorg?

vana. En av de vanligast förekommande kvalitetsindikatorerna idag är våra patienters HbA_{1c}-värden, vilket i sig då kan befästa denna paternalism, motverka patientens autonomi och i förlängningen också motarbeta själva den pedagogik som patientcentrering bygger på. Ett är att det ”skall” finnas kvalitetsindikatorer och verkligheten är för komplicerad, så därför tar man något enkelt som kan mätas (HbA_{1c}) oavsett om det är där kruset ligger eller ej.

Vem skall

formulera kvalitetsindikatorer?

Sedan har vi då diskussionen om kvalitetsindikatorpaternalismen. Läkare och speciellt inte familjeläkare kan inte anförtros att själva autonomt bedöma vad som i det enskilda patientmötet är det bästa för patienten, utan behöver en kontroll av sin verksamhet.

Problemet blir särskilt stort när indikatorerna inte skapats utifrån familjeläkarens kliniskt praktiska behov i sin kontext, utan av andras behov.

Senaste exemplet rör ett för mig angeläget område – riskbruket. I Socialstyrelsens riktlinjer för missbruk och beroende kan experterna och referensgruppen inte låta bli att ge riktlinjer för hur samtalet med den vanlige patienten med riskbruk (inte patienten med missbruk eller beroende) skall ske hos familjeläkaren – och detta trots att det inte ingår en enda familjeläkare i gruppen om 32 experter. Man utgår från ett folkhälsoperspektiv och anger i riktlinjerna att en kvantifierad alkoholanamnes – till exempel i form av antalet standardglas – skall ingå som en standardfråga i början av varje nytt besök! Och detta trots att SFAM i sitt remissvar påpekat att detta förfaringssätt kan vara kontraproduktivt [9,10]. Det finns ett alternativt förfaringssätt – så kallad patientcentrerad ”brief intervention”. Detta förfaringssätt har starkt stöd i familjeläkarens beprövade erfarenhet

och har gång på gång visat sig fungera i de Riskbruksverkstäder som nu snart 1 000 familjeläkare och ST-läkare medverkat i [11].

Patient-läkarkontrakt

Finns det då en lösning på Sven Engströms behov av en omhändertagande tandläkare som påminner om kontroller och som samtidigt styrker det i längden mest hållbara, att Sven själv tar beslut om sina tänder hälsa? Ja, det verkar inte så svårt tycker jag. Han kan väl göra upp ett kontrakt med tandläkaren baserat på hans självkännedom som förefaller rätt god. Tandläkaren och Sven kan ju göra upp ett kontrakt om kallelse och ändra den överenskommelsen när som helst. Och tandläkaren behöver inte ha ett prissatt kvalitetssystem för sina kallelselistor.

Det finns redan idag familjeläkare som inte kommer in i sina två-åringars journaler utan att ha angett tobaksvanor och standardglas, och andra som inte får full ersättning för sina patientbesök om inte standardglas angetts i lablistan. Här öppnas verkligen upp till ren kulissartad och proforma kvalitetsindikatorpaternalism. Ett förfaringssätt som gör att varje meningsfullt samtal om patientens hälsoproblems eventuella samband med alkoholkonsumtion försöks, och som gör att det inledande så viktiga samtalet och relationsskapandet störs eller förstörs.

Och när det gäller frågan om hur konkret en alternativ strategi kan se ut när det gäller Riskbruk hänvisar jag till Läkemedelsboken [12] och till en kommande artikel.



Charlotte Hedberg, Stockholm
charlotte.hedberg@sll.se

Referenser:

- [1] Lundqvist A. Kallelsesystem – paternalism på gott och ont, AllmänMedicin nr 3 2007
- [2] Rost KM, Flavin KS, Cole K, Mc Gill JB. Change in metabolic control and functional status after hospitalisation. Diabetic Care. 1991;14:881-9.
- [3] Huygen F, Mookink H, Smits A, Van Son J, Meyboom W, Van Eyk J. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. Brit J Gen Pract 1992;42:141-144.
En ofta citerad artikel som visar att ett patientcentrerat arbetssätt positivt påverkar patientens hälsa i en rad mätbara variabler!
- [4] Martin FJ, Bass MJ. The impact of discussion of non medical problem in the physicians office. Fam Pract 1989 ;6: 254-258
Undersökningen visar stor följsamhet till given ordination när läkaren är patientcentrerad.
- [5] Greenfield S; Kaplan S, Ware J . Patients participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J gen Intern med 1988 ;3:448-457.
HbA_{1c} värden förbättras när patienten uppmuntras till att ta egna initiativ i kontakten med läkaren samt ta ansvar för egenvård.
- [6] Engström S. Att kalla eller inte kalla sina patienter – en fråga om medicinsk kvalitet snarare än fräntagande av ansvar, AllmänMedicin nr 5 2007
- [7] Mossey, J.M. & Shapiro, E. (1982). Self-related health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health, 72, 800-808.
- [8] Idler, E.L. & Benyamini, Y.(1997). Self-related health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior, 38, 21-37.
- [9] FAM och Läkarsällskapets remissvar på SoS riktlinjer 2007 maj.
- [10] Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Check lists and screening--a threat against the consultation. Lakartidningen. 2004 Apr 7;101(15-16):1412-5.
- [11] Hedberg C, Hallberg H, Urwitz V. Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor Lakartidningen 2000 Nr 1-2 48-50.
- [12] Franck J, Hedberg C. Alkohol-riskbruk, missbruk och beroende, Läkemedelsboken 2007/2008, s 880-892.

Allmänmedicinen i blåsväder

Det blåser hårda "Vårdval"-vindar över landet. Nya friska politiska fläktar skall blåsa bort problem med allmänläkarbrist, blåsa liv i patientmakten och göra vårdens skattepengar väderbeständiga.

I "Vårdval Västmanland" slopas kravet på specialistkompetens i allmänmedicin – simsalabim – och borta är bristen. Västmanlänningarna, som under tolv år lärt känna sin egen läkare, skall nu lista sig på mottagning. Borta är alla begränsningar och en mottagning kan ta emot hur många patienter som helst och därmed kunna tjäna hur mycket pengar som helst. Styrningen sker via beräkningar av täckningsgrad. Det betyder att mottagningen får betala tillbaka pengar för allt "spill" till annan öppenvård. Styrningen sker också genom detaljerade kvalitetskrav, som leder ända in i val av samtalsämne i konsultationsrummet. I "Vårdval Stockholm" utdelas premier om läkare kvantifierar och journalför sina patienters alkoholvanor – stick i stäv mot allt vad konsultationskonst och patientcentrering heter. Man får helt enkelt betalt för att göra fel!

Privata aktörer inbjuds nu brett till auktorisation för att etablera verksamhet. Nu öppnar sig en jungfrulig vårdmarknad med miljarder i omsättning. Den envisa snålblåsten, som landstingens vårdcentraler strävar mot, ökar till kulingstyrka. Nya ekonomiska drivkrafter kommer att ge en helt ny dynamik och gradvis – inte hastigt och dramatiskt – leda till en helt ny sjukvårdsstruktur.

Vårdvalens starka ekonomiska incitament är lagda så att utvecklingstrycket leder i riktning mot mottagningar som kan hantera stora patientströmmar. Patienter med stora vårdbehov blir förlustaffärer och kommer att utgöra marknadsspelets "Svarte Petter". Att starta nytt kräver ett stadigt riskkapital och etablerade mottagningar kan säljas till stora kapitalägare. På sikt kommer därför primärvården att domineras av några få stora multinationella vårdbolag. Prioriteringarna kommer att styras av lönsamhetskalkyler

i bolagsstyrelserna. Statistikekvilibristen kommer att optimera ekonomin med de nya Vårdvalens pekuniära lockbeten. Helt förutsägbart kommer det att ske på bekostnad av en individualiserad professionell bedömning av vårdbehov. Ut i det blå far helhetssyn, reflektion och personligt ansvar. In kommer nya läkare med "snabba ryck" och pengar i blick. Fortbildning, handledning och barnafödande blir negativa produktionsfaktorer. Social kompetens hos läkarna kommer att bli den främsta framgångsfaktorn och professionell kompetens knappt efterfrågad.

Väl inne på marknaden kommer aktieägare och bolagsstyrelser sträva efter vinstmaximering och ökad omsättning, genom att successivt lägga under sig mer och mer av den nya vårdmarknaden. I förlängningen ligger ett "joint venture"

med den redan expanderande branschen med privata sjukförsäkringar. Det gör att det kommer att bli än mer lönsamt att vårda de minst vårdbehövande och mest bemedlade människorna.

Det är hög tid att analysera och förstå vart vindarna blåser. Att ligga i lä och utvärdera håller inte. När vårdvalsvindarna mojnar kommer det inte att vara möjligt att vända skutan.



Foto: Eva Sjögren

Jonas Sjögren, Västerås
jonas.sjogren@ptj.se

Notis

Förespråkare för husläkarsystemet avliden

Andres Käärik har vid 53 års ålder hastigt avlidit efter en hjärnblödning. Under perioderna 1991–1994 och 1998–2002 var Andres Käärik sjukvårdslandstingsråd i Stockholms län med ansvar för primärvård, psykiatri, geriatrik och kultur. Genom sin öppenhet för samtal och samråd hade Käärik en ovanlig förmåga att överbrygga motsättningar och taktikspel. Uppskattad var även hans förmåga att kunna lyfta diskussioner till ett principiellt plan och sedan återföra diskussionen till konkreta handlingsförslag.

Som sjukvårdspolitiker med tillhörighet i Folkpartiet har Käärik varit en intensiv och energisk förespråkare för husläkartanken, där den av patienten valde husläkaren skall vara basen i sjukvården. Eller för att använda hans egna ord: "Egen doktor är grunden för en bra vård. Bra sjukvård bygger på en personlig relation mellan patienten och doktorn."



En långvarig och personlig läkarkontakt leder till bättre uppföljning, färre felbehandlingar, mindre utskrivning av felaktiga läkemedel och färre onödiga remisser och läkarbesök. Det behövs fler husläkare och distriktssköterskor."

Med Kääriks bortgång har svensk allmänmedicinen förlorat en av sina främsta förespråkare inom politiken.

Carina Widlund, SFAM-Stockholm
car.ina@telia.com

Internationell konferens om utbildning och livslångt lärande



Älvkarleö Herrgård



Gruppdiskussion



Ylva Johansson i intensiv diskussion

Foton: Mogens Hey

På vackert belägna Älvkarleö herrgård arrangerade Monica Lindh, svensk representant i EURACT Council (European Academy of Teachers in General Practice), den 4 oktober en konferens om utbildning och livslångt lärande. Ett sextiototal deltagare från sammanlagt 28 (av 38 möjliga) länder träffades för att utbyta erfarenheter. Av dessa var ungefär hälften svenskar med uppdrag som lärare inom grundutbildningen, studierektorer och/eller fortbildnings-samordnare.

Presidenten i EURACT heter Egle Zebiene och kommer från Litauen. Hon berättade om EURACTs olika aktiviteter, bland annat om de så kallade Leonardokurserna som riktar sig till handledare i allmänmedicin. Närmare tusen personer har deltagit hittills. EURACT har som syfte att stärka allmänmedicinen genom att främja utbildning, lärande och forskning. Internationellt samarbete och erfarenhetsutbyte har resulterat i informativa sammanställningar av olika metoder för lärande och bedömning av kompetens. EURACT Educational Agenda är kanske det mest kända av dessa gedigna utbildningsdokument. På www.euract.org hittar Du mer information.

Björn Nilsson, som representerade SFAMs styrelse, delgav oss i sitt inledningsanförande sina reflektioner över allmänmedicinens svårigheter att få berättigat utrymme i det svenska sjukvårdssystemet, som han menade har utvecklats till ett paradys för byråkrater. Karin Lindhagen från SFAMs styrelse ersatte med kort varsel den för dagen insjuknade Pontus Stange i ST-rådet, och med hjälp av hans Powerpointbilder presenterade hon de svenska ST-läkarnas aktiviteter i utbildningsfrågor på ett galant sätt.

Bengt Mattsson, professor i allmänmedicin i Göteborg, berättade om allmänmedicinens roll i den tidiga grundutbildningen. Genom att erbjuda tidig kontakt med vårt yrke hoppas man kunna uppnå en integration av teori och praktik, förstärka inlärningsprocessen, samt öka motivationen till att så småningom välja allmänmedicin som specialitet. Resultaten av olika studier när det gäller tidig yrkeskontakt pekar mot att dessa studenter i högre utsträckning väljer ST i allmänmedicin än de som saknar denna erfarenhet. De blir också mer positivt inställda till yrkesverksamhet utanför städerna, utvecklar sin empatiska förmåga och känner sig tryggare i mötet med patienterna. De lär sig också sådant

som inte står att läsa i några läroböcker, får nya kunskaper om hur hälso- och sjukvården fungerar i praktiken, får en förståelse för hur sjukdomar påverkar människors livsvillkor och erhåller insikter om teamarbetets betydelse. De biomedicinska kunskaperna sätts in i ett socialt sammanhang och yrkesrollen blir tidigt bekräftad. Rent praktiskt gör studenterna vid Göteborgs universitet en vecka varje termin under de första två åren en tjänstgöring på vårdcentraler (50 procent) respektive sjukhusmottagningar (50 procent).

I mitten av 90-talet stod man i Storbritannien inför ett relativt nytt problem: en ökande andel svagpresterande ST-läkare med för arbetet olämpliga värderingar och attityder. För att komma tillrätta med detta gick det åt mer tid för handledning, och det tog längre tid för dessa läkare att uppnå specialistkompetens. Kostnaden i tid, pengar och försämrad kvalitet i vården upplevdes som oförsvarlig på sikt. Om detta berättade Roger Price, chef för deras nationella Selection Centre, i ett fängslande anförande. En urvalsprocedur för att redan från början välja ut lämpliga kandidater till ST, tog sin form med början i Sheffield, Nottingham och Leicester år 1995, för att ►►



Foton: Anders Lundqvist



Roger Price

Monica Lindh

senare långsamt spridas över landet som helhet. Efter tolv års erfarenhet finns nu en nationell plattform med validerade urvalskriterier.

Olika slags kompetenser ska bedömas:

- Empati och sensitivitet
- Kommunikativ förmåga
- Professionell integritet
- Problemlösning
- Förmågan att hantera pressade situationer
- Klinisk expertis
- Lagarbete, organisatorisk förmåga, juridik, etiskt förhållningssätt, personlig utveckling

Professionella skådespelare som simulerar patienter, skriftligt prov och gruppövning ingår i bedömningen, vilket innebär att de olika efterfrågade kompetenserna synliggörs på olika nivåer. De sökande rankas inbördes och det finns en lägsta "ribba" för bedömningen (som aldrig underskrids). Bedömningen görs under en dag, och man klarar tillsammans över hela landet att handlägga cirka 100 ansökningar per dag.

Urvalsproceduren är föremål för forskning, men redan nu konstaterar man att problemet med svagpresterande ST-läkare blivit marginellt. Alla verkar nöjda, till och med de som inte passerar genom nålsögat. De presumtiva ST-läkarna får bara en chans per år att söka. Det är en kulturell omställning för alla inblandade parter visserligen, men sammantaget tycks detta system vara mer kostnadseffektivt än det gamla systemet. I egenskap av studierektor som upplever rekryteringsproblem till specialiteten var det spännande att höra om detta, även om jag tror att vi kanske skulle välja en

annan modell i Sverige, utifall vi skulle hamna i ett sådant läge att vi skulle ha förmånen att välja ut de till synes bäst lämpade till yrket.

Förmiddagen avslutades med att Robert Svartholm och Gunnar Axelsson tillsammans presenterade ASK – kollegial dialog i praktiken. Efter lunch var vi uppdelade i tre olika workshops och här bredvid berättar Robert Svartholm om den som också jag deltog i. Den handlade om hur man bäst befrämjar professionell utveckling och samtidigt bedömer kvaliteten i våra prestationer. De andra handlade om hur man introducerar kärnan i allmänmedicinen i grundutbildningen, och hur man bedömer skicklighet under ST. Avslutningsvis fick vi en kortare rapport från varje workshop. En stimulerande dag för alla parter, och Monica Lindh i synnerhet ska ha en eloge för ett välfungerande arrangemang.

Anders Lundqvist

ANNONS



ASK – Allmänläkarens Självvärdering i Kollegial dialog

CPD – Continuing Professional Development

FQ – fortbildnings- och kvalitetsgrupper

CME – Continuous Medical Education

QI – Quality Improvement

SFAM.Q – Kvalitetsrådet

Med ASK på EURACT om CPD eller CME

Hur många bokstavskombinationer klarar man av på en dag? Förkortningarna haglade på EURACT-mötet i Älvkarleö under en gemytlig höstdag vid Dalälvens kant.

Jag representerade ASK-nätverket tillsammans med Gunnar Axelsson från Oxelösund. ASK arbetar för att stimulera kompetensvärdering som grund för professionell utveckling, och vi demonstrerade våra arbetsmetoder för auditoriet. Nyfikenheten var stor, mottagandet hjärtligt och det framgick klart att våra verktyg ligger långt framme i ett europeiskt perspektiv.

”Man måste veta var man står, för att veta vart man ska gå” är ett Kirkegaards-citat som är känt över hela Europa. ASK analyserar den egna kompetensen för att ge ett framtida underlag för en recertifiering, och för att direkt effektivisera fortbildningsplaneringen. Vår metod anslöt perfekt till EURACTs policy för QI. Vi kunde också demonstrera att våra metoder är både roliga och intressanta utan att vara märkvärdiga.

Varför ägnar sig inte Sveriges och Europas läkare åt CPD? Varför nyttjar vi inte

SFAM.Q:s kvalitetsindikatorer, trots uppmaning och pekpinna? Varför har Fortbildningsrådets ramar för fortbildning inte nått fram? Dessa frågor belystes under dagens workshops. Hur ska vi motivera våra kollegor till deltagande i CME? Motståndet beskrevs tydligt: ”No time, No reward, Bad environment”, men hur påverkar vi detta? Det mesta står ju utanför vår egen kontroll!

Den ryska delegaten pekade på Maslows berömda behovstrappa som bakgrund. Först våra basala behov, sedan våra behov av säkerhet, därefter behoven av social acceptans, och sist självkänsla. Hon menade att i hennes land var kampen för brödfödan allt överskuggande. Då tydliggjordes ju våra egna problem med ”säkerhet”. Visst är vår professionella existens ”hotad” – vi ifrågasätts från alla håll, vi kan inget, alla vill utbilda oss, och den nya vågen av ”Vårdval” ifrågasätter ju tydligt behovet av allmänläkare – en specialist per vårdcentral ska räcka! Om inte behoven enligt Maslow tillfredsställs begränsar vi oss.

Ägnar sig inte Sveriges och Europas läkare åt fortbildning blev sedan följdfrågan. Men, visst gör vi väl det? Kanske

inte så mycket som vi vill – men då är det väl i så fall ogina enhetsledningar som begränsar satsningarna. Vi får väl inte heller direkt uppmuntran efter att ha inhämtat ny kunskap? Inte syns erfarenhet och specialistexamen i lönekuvertet? Uppmuntran får vi från våra patienter – och kanske från våra kollegor i FQ-grupper. Utan att ha funnit den tulipanas som optimalt utvecklar ”the Lifelong Learning”, så blev nog slutsatserna av dagen att den framtida utvecklingen kräver Enkla och Roliga metoder, som ger Belöning från patienter och omgivning och som sker i Gemenskap med kollegor. ASK-konceptet ”fits in” – välkomna ombord!



Robert Svartholm

ASK-nätverkskoordinator, Björknäs VC Boden
polarull.svartholm@telia.com

Vasco da Gama i Paris

En klar, lite blåsig höstdag i Paris samlades mellan 50–60 blivande allmänläkare i Paris för att diskutera hur vår framtid ser ut. Tilldragelsen var Vasco da Gama Movement's förkonferens 16–17 oktober inför Woncakongressen i Paris 17–20 oktober.

Vasco da Gama Movement grundades i Amsterdam 2004 och är en arbetsgrupp inom Wonca Europe för unga och framtida specialister i allmänmedicin.

Syftet är att befrämja den allmänmedicinska specialiteten genom att skapa ett forum respektive bilda ett nätverk för ST-läkare och nyblivna allmänläkare och identifiera deras önskemål och behov.

VdGM arbetar för att höja kvaliteten på specialistutbildningen genom att bilda en central databas för information om ST-utbildning i Europa och arbeta för gemensamma kvalitetsmål.

Delegater från närmare 30 medlemsländer i Wonca Europe var närvarande. Jag var en av tre representanter från Sverige. De andra två var Pontus Stange och Åsa Wetterqvist.

Vi delades upp i olika grupper med blandade nationaliteter. I min arbetsgrupp var vi ST-läkare och nyfärdiga allmänläkare från Frankrike, Holland, Rumänien, England. Till stöd hade vi tre "lärare", två franska allmänläkare och en spansk allmänläkare.

Fulla av entusiasm diskuterade vi hur vår situation som utbildningsläkare ser ut i respektive land, hur sjukvården skiljer sig i uppbyggnad i olika länder och hur allmänläkarens status är.

Diskussionen utgick från Euract-dokumentet "The European definition of general practice/family medicine" från 2005.

Glädjande nog har arbetet med att förbättra kvaliteten på utbildningen fortgått i flera av länderna sedan den andra VdGM förkonferensen på Kos år 2005, den första som vi från Sverige deltog i.

De flesta av oss hade målbeskrivningar som överensstämde ganska bra med Euracts definition. "Kärnkompetenserna" inom allmänmedicinen var i fokus i ST-utbildningen i samtliga länder representerade i min arbetsgrupp. Hur vi arbetade i praktiken hann vi tyvärr inte gå in på, tiden blev allt för knapp.

Stor uppmärksamhet fick tidsaspekten av patientmötet, de andra i gruppen kunde inte förstå hur vi svenska allmänläkare kan ta 30 minuter på ett patientbesök! "Vad gör vi som inte de gör?" Lyckligtvis hade en av de franska ST-läkarna i gruppen, Andrea Poppelier, gjort en undersökning om längden på konsultationen i olika länder i Europa. Hennes slutsats var att där man betalade på plats för konsultationen fanns ett outtalat krav från patienten att få längre tid med doktorn och konsultationen tog längre tid än i de länder där det inte fanns någon patientavgift. Det är sannolikt en av många orsaker till vår längd på konsultationer. En annan är att vi utför mycket mer undersökningar, utredningar och ingrepp inom den svenska primärvården än vad flera av våra europeiska kollegor gör.

Vi avhandlade många diskussionsämnen kring hur allmänmedicinen ser ut och vad vi vill förändra.

Gemensamt för alla var att vi var stolta över vårt val av specialitet. Vårt gemensamma intryck är att allmänmedicinen är på frammarsch i Europa! Det är fortfarande svårigheter med rekrytering i flera Europeiska länder men fler studenter kan tänka sig att bli allmänläkare än tidigare.

I Storbritannien har man även diskuterat att, liksom inom de andra specialiteterna, förlänga ST-utbildningen i allmänmedicin till fem år för att höja förtroendet för GP:s och öka specialitetens status. För mig är det svårt att förstå hur man kan bli en bra allmänläkare på tre års ST-utbildning. Speciellt där endast ett år av dessa tre utgörs av tjänstgöring vid allmänmedicinsk mottagning och resten på sjukhus!



Triumfbågen

Foto: Sofia Hellman

Efter en intensiv och mycket inspirerande förkonferens känner jag mig stärkt av vetskapen att vi har en ST-utbildning i Sverige som ligger i täten när det gäller att utbilda färdiga allmänläkare som uppfyller "The European definition of General Practice/Family Medicine".

Jag är stolt över vår ST-utbildning i allmänmedicin och ser oss som en förebild i Europa. Vi kan bara bli ännu bättre!

Med en starkt självkänsla och många nyknytta kontakter trädde vi, som representerar "allmänmedicinens framtid", in på den större arenan, Woncakongressen.



Foto: Måns Hellman

Sofia Hellman, Stockholm
sofiahellman@spray.se

Må bra genom att bli bättre!

Mottot för kvalitetsdagen 2007 var "Må bra genom att bli bättre!" det vill säga må bättre genom att arbeta bättre. Utgångspunkten var som vid tidigare tillfällen att dela med sig av sina erfarenheter och lära av andras. I år samlades 200 personer i Älvsjö, och programmet bestod av 27 presentationer och sex posters.

I nledningen satte en hög nivå på dagen: "Hur blir primärvård bra?" och svaren ligger i organisationen, konsultationen, och i den goda kvaliteten. Sven Engström visade på evidens över hur primärvård ska organiseras – och citerade samtidigt en holländsk organisationsforskare som pekade på Sverige som en unik organisatorisk experimentverkstad, där tyvärr inga utvärderingar av resultaten sker. Annika Andén har studerat konsultationen och konstaterar att resultaten ses från tre olika utgångspunkter: patientens, läkarens och forskarens, vilket självklart ger olika resultat. Hon adresserade ett flertal begrepp, varav det mest svårdefinierade och mångtydiga begreppet var "nöjdhet". Detta sätt att titta på konsultationen ser hon som "en bas för tanken". Kjell Lindström reflekterade utifrån 80 medicinska kvalitetsrevisioner på vårdcentraler under tio år – och poängterade att en bra vårdcentral är bra för patienten, för personalen, har god medicinsk kvalitet och en god ekonomi. Men vilka når dit? De vårdcentraler som har goda resurser, ledarskap, och tydligt patientfokus.

I Kalmar har SFAMs kvalitetsindikatorer introducerats i praktisk användning på vårdcentraler. Data har tagits fram, presenterats och diskuterats, och följts av ändrade rutiner och tankesätt. Detta sätt att arbeta var välkänt, man kunde därför snabbt upptäcka åtgärdbara kvalitetsbrister, genomföra förändring och sedan mäta igen. Ett liknande arbete bedrivs på 120 vårdcentraler i västra Götaland.

En nivå uppåt läggs data in på www.pvkvalitet.se – en webbportal för benchmarking. Den finns nu lokalt i sydöstra Sverige, men öppnar snart för hela Sverige som ett gemensamt register. Syftet är att med snabb återkoppling uppnå reflektion och förbättring i arbetet, inte att enbart skicka in till register. I Falun arbetar cheferna med kvalitetsansvariga läkare på alla vårdcentraler med att ta fram och följa upp rutiner och riktlinjer. Arbetet har snabbt fått genomslag ute i verksamheten. En stor sjukskrivningsstudie visade bland annat ökad psykisk sjukdom hos unga kvinnor och att ett gott stöd från FK sänker sjukskrivningsgraden.

Det är väl känt att vi inte kan mäta njurfunktion hos äldre genom att bara använda P-Kreatinin, men detta är tyvärr fortfarande vanligast. Två projekt presenterades där man tagit itu med detta – ett genom att mäta cystatin-c, det andra genom att räkna ut njurfunktionen via en "dator-knapp" i journalen Vi hoppas att detta kommer att spridas eftersom känd njurfunktion är en grund för läkemedelsbehandling av äldre.

Information på nätet underlättar våra dagar men den ska vara bra! Hemsidan www.viss.nu i Stockholm, är stabil, och används flitigt. I Jönköping har AKO-läkare arbetat med att samla kunskaps- och beslutsstöd (<http://www.lj.se/index.jsf?nodeType=12&nodeId=31815&childId=4090>) och i Falun resulterade Fredrik Settergrens ST-projekt i www.allmanmedicin.se som är snygg och lättillgänglig. Prova dem alla!

Förebyggande hälsovård presenterades i olika projekt. På en metabol mottagning visade sig just riskvärderingar vara svårare än man trott. På en distriktssköterskemottagning lade man in förebyggande arbete i stället för att bara mäta blodtrycket – och det tog inte längre tid.



Flera projekt för att förebygga övervikt hos barn presenterades. Arbetet består i att utbilda både personal i vård och i skolan, och självklart barnen och deras föräldrar. Framgångsfaktor har varit ett brett samarbete som givit uthållighet. Andra projekt för att nå ut med hälsofrågor presenterades också. En Höftskola – konservativ behandling av höftartros ger minskade besvär och förbättrar livskvaliteten (Jönköping). "Fysisk aktivitet på recept"-projekt är på gång i Stockholm, och är populära, men har ännu inte utvärderats.

En både seriös och rolig dag avslutades med kvalitetsteater av Lennart Holmquist, och vi fick dessutom med oss hem flera fiffiga förslag som har kunnat lösa svåra problem. Sammanfattningar, posters och webbadresser kommer att ligga på vår hemsida www.sfam.se/kvalitet.



Birgitta Danielsson, Stockholm
birgitta.danielsson@ki.se

Ringar på vattnet – Riskbrukslärarkurs

Riskbruk av alkohol som begrepp uppfanns i primärvården på 90-talet, och drivande för att sprida kunskapen har varit Charlotte Hedberg, Jonas Sjögren, Hans Hallberg och Renée Vickhoff genom den pedagogiska modell som kallas Riskbruksverkstad.

Frågor om alkohol tillhör det som ofta "glöms bort" i samtalet med patienten, och därmed missar vi möjligheten att relatera den delen av livsstilen till de besvär patienten söker för.

Fortfarande finns många kollegor som inte deltagit i en Riskbruksverkstad, samtidigt som Riskbruksprojektet – numera under Folkhälsoinstitutets hatt – ger

ekonomiska möjligheter att arrangera Riskbruksverkstäder. Fler lärare behövs för att möta efterfrågan på kurser.

Första kursen för lärare i Riskbruksverkstad gick av stapeln på Svenska Läkaresällskapet 20–21 september på initiativ av projektledarna på Folkhälsoinstitutet, Anna-Karin Svensson, Sven Wåhlin och Åsa Wetterqvist. Lärare var Hans Hallberg, Charlotte Hedberg och psykologen Hjärdi Nilsson-Ahlin som tog upp gruppdynamiska frågor.

Vi var en handfull deltagare som tidigare deltagit i Riskbruksverkstäder, som nu fick möjlighet att gå in i lärarrollen. Det var stimulerande och inspirerande, och genom att man arbetar med två lärare i en Riskbruksverkstad, kan den

som är erfaren stödja en nybliven lärare i kommande kurser.

Du som redan deltagit i en Riskbruksverkstad och är intresserad av att stiga in i lärarrollen, passa på att söka nästa lärarkurs som är planerad till 30–31 januari 2008. Se annons nedan.



Tomas Havland,
Strängnäs VC
Tomas.Havland@dll.se

Riskbruksprojektet i samarbete med SFAM söker Lärare till Riskbruksverkstäder



Är Du intresserad av Undervisning, Konsultationsteknik och Livsstilsförändringar?

Du ska vara specialist eller ST-läkare i Allmänmedicin, ha ovanstående intressen, och helst ha varit med på en riskbruksverkstad, samt ha någon kunskap i patientcentrerad konsultation. Du inbjuds till **lärarkurs för riskbruksverkstadsledare**.

Nästa lärarkurs äger rum den 30–31 januari, på Läkaresällskapet, Stockholm, Klara Östra kyrkogata 10. Kursen, inklusive middag 30/1 är kostnadsfri, men resa och logi ordnar man själv.

Riskbruksverkstad är en interaktiv utbildningsform som är anpassad för att aktivera och förnya läkares förmåga att samtala med sina patienter om alkohol.

Föreläsare/mentor är Hans Hallberg som är specialist i allmänmedicin och har mångårig erfarenhet av att leda Riskbruksverkstäder, samt Hjärdi Nilsson-Ahlin, leg psykoterapeut, om gruppdynamik. Kursledare och ansvarig: Anna-Karin Svensson och Sven Wåhlin, projektledare Riskbruksprojektet, familjeläkardelen

Hör av Dig till Anna-Karin Svensson
Mail: anna-karin.svensson@sfam.a.se tel: 08-566 135 45

ST-forum

Utvärdering av ny utbildningsform för ST i allmänmedicin

Jag har som projektarbete inför specialistexamen valt att göra en utvärdering av den nyorganisation av ST-utbildningen som infördes i Stockholms landsting 2006. Den innebär att en stor del av ansvaret med att organisera ST-läkarna och utforma ST-utbildningen flyttades från studierektorerna till ST-läkarna själva.

Bakgrund

På Södermalm i Stockholm har man sedan 2002 drivit ett pilotprojekt där man organiserat ST-utbildningen på ett nytt sätt [1]. Konceptet bygger till stor del på idéer från allmänläkaren Ulf Måwe som på uppdrag av Södra Stockholms Sjukvårdsområde 2001 beskrev en ny syn på ST-läkaren som nu skulle arbeta under mer eget ansvar under systematisk handledning och att "ST-läkaren skall ha förutsättningar att, tillsammans med sin handledare, ta fullt ansvar för sin kompetensutveckling" [2,3,4]. På Södermalm i Stockholm startade man i februari 2002 i linje med detta ett så kallat ST-forum vilket resulterade i många nöjda ST-läkare [5]. Från och med januari 2006 beslöt Centrum för allmänmedicin (CeFAM) att införa denna organisation på bred front i hela Stockholmsområdet. Denna förändring togs initialt emot med en del skepsis och diskussionerna om alla eventuella konsekvenser var många. Ett flertal uttryckte rädsla för vad som skulle hända med ST-utbildningen. Var detta inte bara ett påfund för att dra ned på kostnaden för ST-utbildningen? Skulle resurserna bli mindre och utbildningen urvattnas? Klart var att vi skulle trampa ny mark och att det inte skulle fungera friktionsfritt från första början.

Konceptet innebär att man drog ned på studierektorstjänsterna och flyttade delar av dessa pengar till ST-läkarna som själva fick ansvar för utbildningsbudgeten. Rent praktiskt delades Stockholm in i sju ST-fora med 30–50 ST-läkare i varje. Varje sådant forum fick hjälp av en deltidstudierektorstjänst på mellan 20 och 50 procent vilket var betydligt mindre än ti-

digare. Varje forum fick tilldelat 150 000 kr per år för utbildningsaktiviteter och inom respektive forum bildades styrgrupper bestående av ST-representanter, studierektor och handledarrepresentanter.

Syfte

Syftet med detta examensarbete är att utvärdera omorganisationen med ST-forum. Två primära frågeställningar har formulerats:

- Hur har ST-utbildningen i Stockholm varit under 2006, alltså första året efter att ST-forum införts, jämfört med ST-utbildningen i övriga landet samma år?
- Hur har ST-utbildningen i Stockholm varit under 2006 jämfört med ST-utbildningen i Stockholm året innan ST-forum infördes?

Frågeställningar:

- Har utbildningens kvalitet förbättrats?
- Hur har ST-läkarnas inställning till sin specialitet och till sin ST-tjänst förändrats?
- Har samarbetet med studierektorn och handledaren påverkats på något sätt?
- Vilka ekonomiska konsekvenser har ST-forum inneburit?

Om det går att visa att ST-forum både är billigare och ger en förbättrad utbildning med mer engagerade ST-läkare som resultat är det kanske något att rekommendera till övriga landsting.

Metod

För att utvärdera ST-utbildningen utfördes två enkäter. En version riktade sig till ST-läkarna utanför Stockholm och bestod av 14 flervalsfrågor om ST-utbildningen och om attityden till den allmänmedicinska specialiteten. Den andra enkäten riktade sig till Stockholms ST-läkare och bestod av samma 14 flervalsfrågor men med tillägget att varje fråga dels skulle besvaras utifrån hur det varit under ST-forum och dels utifrån hur det varit året innan ST-forum infördes (2005 för de flesta). Alla

frågorna besvarades kvantitativt med hjälp av en femgradig Likertskala med poäng från ett till fem.

En databas med 1 254 ST-läkare i allmänmedicin sammanställdes. Enligt SFAMs kansli fanns det 1 402 ST-läkare under 2006 vilket innebär att åtminstone 89 procent av landets ST-läkare inkluderades. Enkäterna lades upp på en lösenordsskyddad hemsida på Internet och ett e-postmeddelande skickade till samtliga i databasen med en klickbar direktlänk till webbenkäten. Tre påminnelser skickades till dem som inte besvarade enkäten. I och med att enkäten lades ut på Internet och ST-läkarna kontaktades via ett automatiskt e-postmeddelande fanns ingen anledning att göra något randomiserat urval utan enkäten har helt enkelt ställts till samtliga ST-läkare i databasen.

För att besvara de primära frågeställningarna delades svaren upp i tre grupper; ST-läkare från Stockholm under ST-forum (1), ST-läkare från Stockholm året innan ST-forum (2) och ST-läkare utanför Stockholms läns landsting (3).

Resultat

Totalt inkom 834 av 1 254 svar (67 procent). Av dessa var 350 män och 484 kvinnor. Åldersspannet var mellan 22 och 59 år, medianåldern var 36 år.

Handledning/studierektor

De flesta ST-läkarna har en timme avsatt i veckan för handledning. I Stockholm är denna andel högre (77–78 procent) jämfört med övriga landet (65 procent) där fler har mindre tid avsatt. ST-läkarna tycks vara nöjda med sina handledare, endast fyra procent gav betyget 1 eller 2 på denna fråga. Efter att ST-forum infördes steg medelbetyget i Stockholm till samma nivå som i övriga landet. Man tycks vara mer nöjd med studierektorerna i övriga landet än i Stockholm. Lite förvånande blev Stockholms inställning till studierektorn något mer positiv efter att ST-forum införts, trots att ST-forum inneburit neddragningar av studierektorstjänsterna. ►►

Utbildningsprogram

ST-forum har inneburit att ST-läkarna i Stockholm fått mer tid avsatt för utbildning, 68 procent har fyra timmar eller mer per vecka, jämfört med 52 procent innan ST-forum infördes. I övriga landet är motsvarande andel endast 41 procent. I Stockholm träffar man sina ST-kollegor oftare än i övriga landet och frekvensen ökar klart efter att ST-forum införts. I ST-forum träffas 29 procent av ST-läkarna fyra ggr/månad jämfört med fyra procent i övriga landet.

Ekonomi

Det var stor skillnad mellan hur mycket pengar man fått avsatt för sin utbildning. Innan ST-forum infördes fick 64 procent av Stockholmsläkarna 20 000 kr/år eller mer och i ST-forum steg den andelen till 79 procent. I övriga landet var denna andel 23 procent och där låg den vanligaste utbildningssumman i intervallet 10 000–20 000 kr. Det är intressant att notera att 31 procent inte visste hur mycket pengar man hade avsatt för utbildning innan ST-forum infördes och att denna andel sjönk till 17 procent efter att ST-forum infördes.

Övrigt

Andelen ST-läkarna som haft förtroendeuppdrag steg från nio procent till 28 procent efter att ST-forum infördes. Skillnaden gentemot övriga landet var däremot inte lika stor. I ST-forum fördubblas andelen fyror och femmor på frågan om sammanhållningen mellan ST-läkarna jämfört med innan ST-forum, och man ligger även klart högre än i övriga landet. Vad gäller ST-läkarens identitet som allmänläkare kan man konstatera att andelen höga betyg steg väsentligt i Stockholm efter att ST-forum infördes, från 50 procent till 74 procent fyror och femmor. Andelen femmor mer än fördubblades från 13 procent till 28 procent. I övriga landet angavs alternativ fyra eller fem i 70 procent av svaren.

Endast två procent svarade med betyget ett eller två på frågan om hur nöjd man är med sitt val av specialitet. Andelen femmor är störst i gruppen ST-forum även om skillnaderna generellt är små. Den sista frågan var ett övergripande mått på hur nöjd man är med sin ST-utbildning. Även denna fråga besvarades generellt med höga betyg och andelen fyror och femmor är störst för ST-läkarna i ST-forum. Svaren

Fråga	Sthlm under ST-forum (1)	std	Sthlm innan ST-forum (2)	std	ST utanför Sthlm (3)	std
Hur mycket tid per vecka har du haft avsatt för handledning (min/vecka)?	57,91	18,12	54,84	17,73	56,59	28,77
Hur nöjd är du med den hjälp du fått av din handledare (betyg 1-5)?	3,93	1,02	3,84	1,06	3,95	0,99
Hur tillgänglig har din studierektor varit (betyg 1-5)?	3,97	0,98	3,92	0,92	4,12	0,93
Hur nöjd är du med den hjälp du fått av din studierektor (betyg 1-5)?	3,79	0,99	3,67	1,02	3,90	1,00
Hur mycket tid per vecka har du haft avsatt för utbildning (ej handledning) (tim/vecka)?	3,65	1,24	3,06	1,54	2,54	1,63
Hur ofta träffade du dina ST-kollegor i utbildningssyfte (ggr/mån)?	2,79	1,08	2,01	1,45	1,22	1,03
I vilken utsträckning påverkade du själv utbudet av föreläsningar/kurser (betyg 1-5)?	3,36	1,32	2,36	1,22	3,21	1,28
Hur mycket pengar hade du totalt avsatt för utbildning (kr/år)?	17 550	6210	13780	8670	11020	8060
I vilken utsträckning bestämde du själv vad utbildningspengarna skulle gå till (betyg 1-5)?	4,13	0,96	3,66	1,26	3,91	1,22
Har du under 2006 haft några förtroendeuppdrag (Ja)?	28%	0,45	9%	0,29	23%	0,42
Hur har sammanhållningen mellan ST-läkarna i allmänmedicin i ditt studierektorsområde varit (betyg 1-5)?	4,07	0,73	3,26	1,08	3,56	0,94
Hur stark är din identitet som ST-läkare i allmänmedicin (betyg 1-5)?	3,94	0,90	3,34	1,12	3,83	0,90
Hur nöjd är du med ditt val av specialitet (betyg 1-5)?	4,19	0,85	3,86	1,13	4,10	0,89
Hur nöjd är du med din ST-utbildning som helhet 2006 (betyg 1-5)?	3,91	0,80	3,53	1,08	3,75	0,84

Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelser (std) på enkätfrågorna för ST-läkare från Stockholm under ST-forum (1), ST-läkare från Stockholm året innan ST-forum (2), ST-läkare utanför Stockholms läns landsting (3)

från ST-läkare i övriga landet låg på samma nivå som ST-forums läkare.

Slås svarspoängen från frågorna om identitet som allmänläkare, hur nöjd man är med specialitetsvalet och hur nöjd man är med sin ST-utbildning och jämför med övriga landsting har Stockholm avancerat från tredje platsen från botten till tredje platsen från toppen i och med ST-forum. I topp ligger Jämtland, som intressant nog också toppar lönestatistiken.

Diskussion

Vad visar resultaten?

Sammantaget talar resultaten för att ST-forum inneburit många fördelar. Man har i ST-forum haft tätare kontakt med sina kollegor. Man har fått mer tid till handledning och vare sig tillgänglighe-

ten eller inställningen till studierektorn har försämrats trots neddragningarna av studierektorstjänsterna. Detta kan tolkas som att ST-representanterna tagit över en del av de funktioner som studierektorerna tidigare hade och att studierektorerna numera kan koncentrera sig på de uppgifter där de behövs allra mest. Resultaten visar också att i ST-forum är ens identitet som allmänläkare starkare, man är mer nöjd med sitt val av specialitet och man är mer nöjd med sin ST-tjänst än innan ST-forum infördes. Betygen på dessa frågor är också högre än i övriga landet, även om skillnaderna då är mindre.

Vad kan bli bättre?

Vad kan göra ST-forum ännu bättre i framtiden? Även om svaren talar till ST-

forums fördel har det i kommentarerna framkommit en del negativa synpunkter. Några har tyckt att arbetet med ST-forum har tagit tid ifrån deras traditionella utbildningsaktiviteter:

”...Jag gick in på ST-utbildning i tron att jag skulle få en utbildning, inte att jag skulle ställa upp och ordna utbildning för 54 andra!! Så är fallet nu då vi tvingas turas om att ta ansvar för seminarie- och lokalbokning m.m.”

Ett annan negativ åsikt som framkommit är att det har blivit krångligare med beslutsordningen och mer byråkratiskt i ST-forum:

”Tycker att det har blivit mycket krångligare att söka och få ersättning för kurser och resor efter att ST-forum och Cefam centralt tog över ansvaret för utbildningspengarna. Väldigt mycket byråkrati. Jag tycker att det ska räcka med att jag och min handledare kommer överens om vilka kurser som jag behöver gå för att tillgodogöra mig kunskaper viktiga för att uppnå målen i målbeskrivningen utan att studierektor och Cefam behöver godkänna allt.”

Dessa synpunkter är sannolikt del av igångsättningsproblemen med ST-forum. Vare sig ST-läkarna eller studierektorerna är vana vid detta sätt att arbeta och man får räkna med att det tar tid innan arbetet flyter på. Jag tror det kommer vara avgörande för ST-forums framtid att studierektorerna vågar släppa ansvaret fullt ut och att man från CeFAM mer tydligt lägger över det ekonomiska ansvaret till styrgrupperna.

Slutsats

Sammanfattningsvis talar resultaten för att försöket med ST-forum har fallit väl ut. Fortsatta utvärderingar behövs för att långsiktigt följa utvecklingen och se vilka effekter ST-forum kan ha för dem som blir färdiga specialister. Redan idag kan man ändå säga att fördelarna tycks vara så många att denna omorganisation borde vara intressant för andra landsting att ta efter.

Referenser:

1. Macris, D. (2006). *ST-utbildning på frammarsch*, AHA! (1): 11-12. Centrum för Allmänmedicin.
2. Måwe, U. (2001). *Specialiseringstjänstgöring i ett entreprenörssystem*. Förslag till Stockholms Södra Sjukvårdsområde (SSSO) Bo Nyström programchef.
3. Måwe, U. (2001). *Specialiseringstjänstgöring i ett entreprenörssystem – Fördjupningsförslag*. Förslag till Stockholms Södra Sjukvårdsområde (SSSO) Bo Nyström programchef.
4. Samadi, H. (2006). *ST-forum – Tio studierektorer berättar om omorganisationen*. Magisteruppsats, Karolinska Institutet.
5. Barnéus, A. (2005). Självstyre och inflytande. *Allmänmedicin* (4): 15.



Thomas Marmolin
Kvartersakuten Essingen
thomas@marmolin-jonsson.se

Varför bry sig?

Är du helt nöjd med din utbildning, dina fortbildningsmöjligheter, din lön och andra anställningsvillkor, allmänmedicinens status i samhället och inriktningen på dagens medicinska forskning så kan du sluta läsa här.

Om inte – är du beredd att ändra din situation? Vilka frågor är i så fall viktigast för dig att driva? Har du tid och ork att arbeta aktivt, eller vill du just nu enbart stötta arbetet via medlemskap? Vår trovärdighet och tyngd i de diskussioner vi har med politiker och myndigheter är direkt kopplat till vårt medlemsantal. Ju fler vi är, desto mer lyssnar man till oss.

Vill du förbättra ST, ha ett tydligt och avgränsat arbetsuppdrag, få tid till bra fortbildning, ordna rimliga arbetsförhållanden för handledarna, ta fram vettiga kvalitetskriterier som underlag för förbättringsarbete och ersättningar? Eller kanske gå på fler ST-dagar, se till att det går att forska på hemmaplan, stödja fortsatt utgivning av denna tidskrift? Då är det Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) <http://www.sfam.se/> som väntar på din insats.

Du som mest funderar över våra yttre arbetsförhållanden, avtal, driftsformer, jourersättning, chefsfrågor kan hämta mer information och driva dina frågor via Distriktsläkarföreningen (DLF) <http://www.svdlf.se>, eller, om du ännu inte är färdig specialist, via Sveriges yngre läkares förening (SYLF) www.sylf.se.

Är det däremot det direkta fackliga arbetet som intresserar dig är det din lokalförening, exempelvis Norrbottens läkarförening <http://www.slf.se/templates/AssociationStartPage.aspx?id=3002> som du ska kontakta.

Varför skriver då SFAMs ordförande i SFAMs tidning om andra läkarorganisationer? Jo, för att jag tror att det viktiga är att vi alla bryr oss, att vi engagerar oss i vårt gemensamma uppdrag och yrke. Sen har vi alla olika intressen – som dessutom ändras i livets olika faser. Du måste välja det som känns viktigt och roligt för dig. Och anpassa insatsen till vad du för tillfället maktar med. Från att enbart betala medlemsavgift till att aktivt driva någon fråga. Tur att det finns så många sätt att vara med!



Foto: Bengt Grönberg

Annika Eklund-Grönberg,
ordförande i SFAM

Rapport från SFAM Västernorrland

Om politikerkontakter och kvalitetsindikatorer

Efter årsmötet januari 2007 i Härnösand med deltagande av SFAMs ordförande Annika Eklund-Grönberg som inspirator har styrelsen verkat efter två linjer – kontakt med politiker och med primärvårdsledningen.

Styrelsen träffade landstingsråd och andra politiker från den politiska ledningen i maj och juni. Ett möte till är planerat till i december. Mötena kom framför allt att handla om rekrytering, kvalitet och primärvårdens betydelse för befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens ekonomi. I den senare diskussionen fick vi stöd av material från SFAM centralt. Ett tydligt intresse mötte oss och vid andra mötet hade antalet politiker ökat.

Primärvården är nu en egen förvaltning i landstinget. Det utlösande för vår kontakt med primärvårdsdirektör och chefläkare, var signaler om att kvalitetsindikatorer skulle påverka fem procent av kapiteringen från 2009. Vi upplevde att primärvårdsledningen inte hade naturliga direktkontakter med familjeläkarna. Nästan alla verksamhetschefer är icke-läkare och direktören har deklarerat att hans ledning sker i linjeorganisationen.

Vi kände det angeläget att få ett inflytande över de kvalitetsindikatorer (Q-ind) som skulle väljas. Det vill säga de som vi kan uppleva relevanta och vettiga. Att mäta och värdera kvalitet i stället för som nu kvantitet – som är lättare att mäta och därför gärna mäts.

Vi bildade ihop med delar av primärvårdsledningen en arbetsgrupp inför ett hel-dagsseminarium om kvalitetsindikatorer som gick av stapeln den 4 oktober. Inbjudare var primärvårdsdirektören och SFAM Västernorrlands ordförande. Inbjudna var representanter för alla yrkeskategorier i primärvården. Syftet var att informera och ge möjlighet att ge synpunkter och påverka utvecklingsarbetet med Q-ind för primärvården i Västernorrland.

Kvalitetsindikatorerna är tänkta att "bidra till en säker och bättre vård för patienterna, vara en integrerad del i den enskildes professionella utveckling och kliniska vardag, kunna användas för uppföljning utveckling och ledning av PV, och ingå som en del i den framtida kapiteringen" som det stod i inbjudan.

Deltagandet var gott med ett femtiotal medarbetare varav en stor andel läkare. Hela förmiddagen deltog även en politiker med ansvar för primärvården samt landstingsdirektören.

Huvudtalare var familjeläkaren i Luleå, Anders Lindman, som var projektledare för Fammiprojektet "Nationella kvalitetsindikatorer i primärvården – NKI-P".

"Utan spaning ingen aning"

Att mäta struktur och process räcker inte utan även resultat bör mätas. Fokusera på resultat i primärvården. Mätning ska göras för patientens skull. Det är lättare att mäta i den specialiserade vården där det finns kring 70 kvalitetsregister. Primärvården har inget nationellt kompetenscentrum eller organisation, därför mäts till exempel tillgänglighet på cirka 30 olika sätt och nationella enkäter finns inte. Hjulet uppfylls i varje landsting.

"Term- och begreppsträsket"

Utan gemensamma termer och begrepp kan resultat inte jämföras. Kvalitetsmätning innebär en kedja som består av term – begrepp – indikator (mätt med hög kvalitet och relevans) – register – utvärdering – göra på annat sätt.

I kvalitetstänkandet ingår inte bara kunskap utan även färdigheter och beteende.

NKI-P på Fammi tog fram en rad allmänna indikatorer, medicinska indikatorer och för hemsjukvård. Allt blev dock inte färdigt och indikatorerna är inte eller föga prövade i praktiken.

Nationella diabetesregistret (NDR)

En brist är att det inte mäter levnadsvanor, upplevd hälsa med mera.

Internationellt har Danmark ett av allmänmedicinare utformat kvalitetssystem med databaser som automatiskt ur datajournalerna hämtar den information som behövs.

Familjeläkare Gunilla Byström från Örnsköldsvik gjorde tillsammans med oss en så kallad SWOT-analys av att arbeta med Q-ind.

- styrka (lust, nyfikenhet)
- svaghet (tar tid)
- hot (jag dålig?)
- möjlighet (återkoppling, kompetenshöjning, kollegiala reflektioner)

Efter lunch hade vi under tre timmar grupparbeten kring tre teman: Allmänna indikatorer, medicinska indikatorer och kompetensutveckling. Detta genomfördes med stort engagemang och livlig diskussion, inte minst vid redovisningen.

Efter denna förutskickade direktören fler rådslag. Även en konferens i Sundsvall i vinter planeras ihop med flera landsting kring Q-ind.

I eftersnacket förde direktören fram tanken att sända den gemensamma arbetsgruppen (primärvårdsledningen + SFAM Västernorrlands styrelse) tillsammans med Anders Lindman till Danmark för att se på möjligheten att ansluta Västernorrland till deras primärvårdsdatabas.

SFAM Västernorrlands styrelse:

Kjell Sundin, VC Sundet Härnösand, ordförande

Kerstin Rydeman, VC Centrum Sundsvall, sekreterare

Eva Jaktlund, VC Fränsta, kassör

Anna Elmerfeldt-Wallinder, ST-läkare VC Centrum Sundsvall, övrig ledamot



Kjell Sundin, kjell.sundin@lvn.se

Att ställa de viktiga frågorna

Med den utvecklingen vi ser av ökad subspecialisering och tilltagande detaljerad genetisk och molekylärbiologisk kunskap om sjukdomar och sjukdomsmekanismer, desto större blir behovet av ett systemteoretiskt tänkande kring människans biologi, hennes upplevelse av hälsa/sjukdom och hennes plats i ett globalt och evolutionärt perspektiv. Allmänläkaren är den doktor som kanske har allra bäst förutsättningar att se helheten med människan i hennes sammanhang och med alla hennes krämpor.

grund. Vi har alla ett ansvar att bidra till att det underlaget skapas och utvecklas. Den ständigt flödande informationen om nya forskningsrön, nya studier kring läkemedel och annat, nya vårdprogram, nya organisationer är ändlös. För att kunna orientera oss, kunna värdera information och ta ställning behöver vi alla vetenskaplig kompetens. Alla behöver inte skriva avhandlingar, men alla behöver tillgodogöra sig ett kritiskt förhållningssätt. Men, många fler skulle behöva disputera. Det är bara cirka tre procent av specialister i allmänmedicin

sekreterare. Jag vet inte om föreningen förstår vad den har gjort när den valt en nyfärdig specialist, förvisso disputerad, men från landsbygden och med sin vetenskapliga hemvist på en liten FoU-enhet i Kronoberg till denna post. Jag jobbar 50 procent som distriktsläkare på Rottne vårdcentral utanför Växjö, och den andra halvan av min arbetstid går till forskning och folkhälsoarbete inom landstinget.

Sedan ett par år är jag medlem av SFAMs forskningsråd. Det är stimulerande.

” Alla behöver inte skriva avhandlingar, men alla behöver tillgodogöra sig ett kritiskt förhållningssätt.

Jag tror att vi inom allmänmedicinen kan formulera många viktiga frågor som behöver utforskas. Inom andra specialiteter ställs naturligtvis frågor och kunskap utvecklas utifrån deras horisonter. Att sedan överföra resultaten till primärvården, är inte alltid så enkelt. Det är en sak att visa effekt av läkemedel i välkontrollerade randomiserade studier med strikta in- och exklusionskriterier. Det är en helt annan sak att få dessa mediciner att fungera hos patienter som i genomsnitt inte alls ser ut som de utvalda individerna i studierna. Vi vet väldigt lite om den egentliga effekten i patientgrupper och i befolkningen. Likaså har vi otillräcklig kunskap om vad nettoeffekten blir av olika insatser som görs i hälsofrämjande syfte. Vi behöver vara med och ställa de viktiga frågorna.

För mig är SFAM i första hand en vetenskaplig förening och har sitt berättigande som sådan. Vi står som allmänläkare starkare och kan driva våra frågor kring fortbildning, kvalitetsarbete, sjukvårdsorganisation med mera, kraftfullare om våra argument vilar på vetenskaplig

som avlagt doktorsexamen och det ska jämföras med i genomsnitt 30 procent bland övriga specialister.

Det är många allmänläkare som är forskningsaktiva på ett eller annat sätt, men vi borde vara så många fler. Det är roligt och stimulerande att söka ny kunskap och att bidra till ökad förståelse. Det berikar livet och för egen del upplever jag att det berikar också det kliniska arbetet, även om det rent praktiskt kan vara svårt att få ihop de två världarna. Andelen läkare som ger sig in forskning och registrerar sig som doktorander har sjunkit på senare år. En förklaring är att många anser att det inte lönar sig vare sig ekonomiskt eller på annat sätt. Så kan vi inte fortsätta att resonera. Skall vi vara med och påverka framtiden, hur den medicinska kunskapen formas, hur våra patienter bäst ska tas om hand, hur sjukvården ska organiseras och ledas, ja, då måste vi vara med och bidra till den gemensamma kunskapsmassan.

Vid SFAMs årsmöte i Visby den 10 oktober valdes undertecknad till ny vetenskaplig

Forskningsrådet är aktivt på olika sätt och uppgiften är förstås att stärka den allmänmedicinska forskningen och att utveckla nätverk mellan kollegor med vetenskapliga intressen.

Jag hoppas många läsare av *AllmänMedicin* kommer till Riksstämman och tar del av det allmänmedicinska programmet. Jag önskar att ännu fler kommer att bidra på olika sätt i framtiden. Det vill jag arbeta för som vetenskaplig sekreterare.



Sara Holmberg, Rottne vårdcentral
Vetenskaplig sekreterare SFAMs styrelse
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

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

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

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

Skattmästare

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

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16
Froken_andersson@hotmail.com

Karin Lindhagen

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

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

Pär Säberg

070-765 448
Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

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

Kansli

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

Examenskansliet

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

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

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@livmedicus.eu

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

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

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

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

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

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

Diplomerade allmänläkare

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

Etiskt nätverk

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Olof Englund
olof.englund@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

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

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogren@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Tomas Havland
t.havland@telia.com

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

Hemsjukvård
Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

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

Palliativ vård
Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@ltdalarna.se
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltbkeinge.se

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

Internationella kontaktpersoner

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström

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

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Kerstin Holmberg
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

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

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2008

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	8/1	22/2
2	17/3	2/5
3	10/5	25/6
4	4/8	19/9
5	15/9	31/10
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda



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

Kursledning: Gunnar Carlgren, allmänläkare, Hemsjukvårdens Hus, Linköping och 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: Ons 23 januari 2008 kl. 09.30 – tors 24 januari 2008 kl. 16.00.

Kursens längd: 2 dagar.

Kurskostnad: Kursen hålls i internatform och kostar totalt 4700 kr, för den som ej behöver nattlogi är kostnaden 3400 kr.

Antal deltagare: 20

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.

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

Hör av Dig angående platstillgång.

Anmälan: Anmälan är bindande, skickas med e-post till helene.sward@sfam.a.se.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Box 503, 114 11 Stockholm, tel 08-232405 www.sfam.se

Unna dig utmaningar

Ganska snart efter specialis-
texamen började jag in-
tressera mig för det som
numera kallas professionell utveck-
ling, men då kallades fortbildning
eller efterutbildning. Tiden var
knapp med små barn hemma och
ett givande, men alltför krävande
arbete. Jag kände att det var lätt
att låta vardagen bli hela världen.
Något behövdes för att få lyfta
blicken.

Jag tog mig tid att delta i ett av
seminarierna i SFAMs fortbild-
ningsprojekt i mitten av 90-talet.
Som följd av detta fick jag möjlig-
het att vara med att bilda Kompe-
tensutvecklingsrådet och arbetet
med fortbildningskatalogen. Nå-
gra år senare var det dags för en ny
redaktion för *AllmänMedicin* och
det behövdes någon som var insatt
i föreningens fortbildningsarbete.
Jag hade skrivit några artiklar och
övertalades om att jag skulle klara
uppgiften.

Det är många arbetsamma år
sedan, det får jag erkänna, men
så roliga.

Jag har fått lära mig att göra en
tidning. Det är mycket som inte
syns, men ändå behöver bli gjort.
Många artiklar får vi för att någon
brinner för sitt ämne och vill dela
med sig till oss andra. Annat behö-
ver vi veta mer om och det gäller
att försöka hitta någon som kan
skriva. Det gäller att ha pekfinger
i luften hela tiden.

Texterna måste man hålla reda
på så de inte råkar försvinna för då
blir det katastrof, chefredaktörens
uppgift tack och lov. Redaktörer-
nas uppgift är att hjälpa författaren
att skriva en text som är läsbar i
tidningen. Det innebär ofta att
korta ner omfånget så läsaren inte
tröttnar, samtidigt som texterna
nästan alltid blir mer stringenta av
behandlingen. Bilder måste fram,
helst bra och många, så att det går
att göra en njutbar layout. Vi har

också turen att ha en kollega som
kan illustrera i redaktionen, vilket
ger tidskriften ett eget uttryck, men
kräver framförhållning, så det blir
inte varje nummer.

Illustrationen på framsidan ska
egentligen höra samman med
numrets huvudartikel, men det är
inte så lätt att få till det, så ibland
blir det något helt annat.

När vi så har fått ihop lagom
många och långa texter ska de ord-
nas i rätt ordning och förvandlas
till tidskrift, som sedan ska detalj-
läsas och rensas från försmädliga
stavfel och extra mellanslag. Det
kräver en annan sorts tålmod än
mitt, tur att det finns andra som
klarar att hålla koncentrationen
uppe. Och sedan kommer numret
ut i din brevlåda, men då är vi fullt
upptagna med nästa nummer.

Nu har jag tackat för mig i re-
daktionen. Jag har börjat känna
mig som inventarium, och då är
det dags att lämna plats till någon
annan. Om jag ska vara ärlig är
jag ganska avundsjuk på dig som
just nu behöver lyfta blicken från
din vardag och är intresserad av att
skriva. Anta utmaningen du också
och lär dig göra tidskriften *Allmän-
Medicin*. På köpet kommer du om
några år att vara väl insatt i svensk
allmänmedicin, lärt dig många oli-
ka ämnen som du inte hade mött
annars och ha haft mycket kul.

Själv ska jag unna mig nya utma-
ningar, men det betyder inte att jag
tänker tystna helt som ni märker.



Karin Ranstad,
Nättraby vårdcentral

2007

Utbildning i Modern Ortopedisk Medicin

För läkare och sjukgymnaster i Kerala, Indien. 29 dec-14 jan
www.langtbortlara.se

2008

Januari

När doktorn tar av sig skorna
(se annons på sidan 30). 23-24 jan

"Vecka-3-kursen" i kompetens- värdering

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

Norrländska Läkemedelsdagar i Umeå

29-30 jan, läs mer på www.IPULS.se

Full fart framåt

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

AllmänläkarDagarna – en mötesplats för professionen

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

Februari

Fortbildningssamordnarmöte

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

April

Läkardagarna i Örebro

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

Kurs i kompetensvärdering i Ystad

16-18 apr. Arrangör: SFAMs kompe-
tensvärderingsråd i samarbete med
Primärvården Skåne. Förfrågningar till
polarull.svartholm@telia.com

8:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin

22-24 apr, Järvsö.
Se www.glesbygdsmedicin.info

Berzelius symposium 71

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

Maj

Berzelius symposium 72

Prehospital care
6-7 maj i Stockholm

Kurs i konsultation och video handledning

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

Forskning i Norr

21-22 maj, Sundsvall

Studierektorskonferens

22-23 maj i Stockholm

2nd Conference of Migrant Health In Europe

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

Europeisk medicinsk informatikkonferens

25-28 maj i Göteborg.
www.mie2008.org

September

Wonca Europe Regional Conference

4-7 sep i Istanbul

Framtidens specialistläkare

10-12 sep i Malmö

Oktober

SFAMs Höstmöte

22-24 okt. i Örebro

November

Riksstämman i Göteborg

26-28 nov i Göteborg



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

Senaste granskning genomfördes
070417. För närmare presentation av
aktuella kurser var god se
www.kursdoktorn.nu