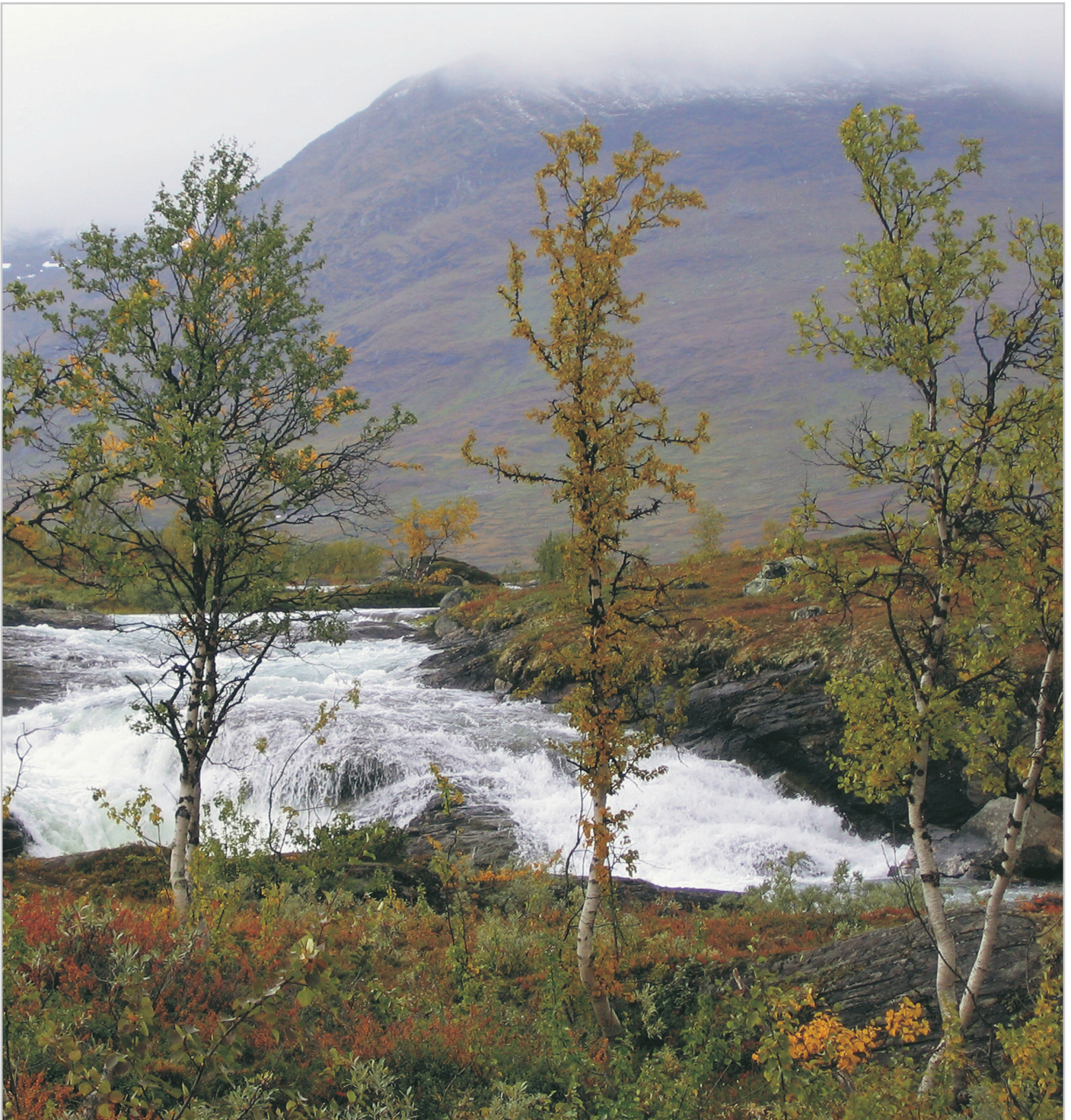


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 6 2006 ÅRGÅNG 27



SFAM.L granskar nytt läkemedel mot fetma/sid 7

FQ-grupp i England/sid 13 • SFAMs höstmöte/sid 23

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.

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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Hur lär vi oss läkaryrket?
Börje Löfgren

Dagbok med reflektioner
Michael Ossenkamp

Examensfoto

Omslagsfoto: Ulf Måwe

3 Ledare

Egen läkare – bättre vård till lägre pris
Roland Morgell

5 Avhandling

Avhandling om Balintgrupper
Inger Holmström

7 SFAM.L granskar

SFAM.L granskar rimonabant (Acomplia®)
Peter Rosenberg, Kersti Christensen, Anders Hernborg

10 Utbildning

NÄSTA – nätverk för ST-läkare
Maria Wolf

13 Praktik

FQ-grupp på besök hos engelska läkare
Eva Kuhlefeldt

Palliativ hemsjukvård i primärvård
– erfarenheter från Nordvästra Skåne
A-M Boeck Gravgaard

Nationella Diabetesregistret
– mer öppen redovisning av resultat
Tomas Fritz

23 SFAMs höstmöte

Vägval i Umeå – rapport från höstmötet
Karin Ranstad, Anders Lundqvist

26 Medicin och samhälle

Folkhälsa i förändring – kommentarer med anledning av några aktuella rapporter
P Owe Petersson

29 Konferens

Primärvårdens nationella kvalitetsdag 2006
Birgitta Danielsson, Robert Svartholm

33 Utbildning

Think globally – act locally
Maria Wolf, Viktoria Kjellin

35 Fortbildning

Hur kan förbättringsarbetet och kompetensutvecklingen i primärvården bli effektivare?
Gunilla Byström

ST-dagar: Världen krymper – perspektiven växer
Pontus Stange

39 SFAM informerar

SFAM har fått råd med hemsjukvård
Gunnar Carlgren

SFAMs forskningsråd har snabbt hittat många arbetsuppgifter
Malin André

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

44 Krönika, kalendarium

Dåliga utsikter utan insikt
Andreas Kasemo



Dorte Kjeldmans avhandling lyfter fram många vinster med Balintgrupper för distriktsläkare. Sidan 5

”Inga studier har hittills visat att rimonabant påverkar sjuklighet och dödlighet.”

SFAM.L granskar rimonabant (Acomplia®). Sidan 7



Tomas Fritz skriver om arbetet med Nationella diabetesregistret. Sidan 21



Linn Getz höll en lysande föreläsning på SFAMs höstmöte. Sidan 23

ANNONS



Egen läkare – bättre vård till lägre pris

Med all rätt förväntas det att vården av enskilda patienter skall baseras på evidensbaserad medicin, vilket innebär att utredningar och behandlingar så långt som möjligt skall baseras på tillgänglig kunskap. Ingen patient skall behöva utsättas för vård som visat sig vara utan effekt eller medföra onödigt stora risker. Det ligger också i samhällets intresse att den vård som ges inte blir onödigt dyr.

När läkemedelskommittéer skall rekommendera att man övergår till att använda ett annat läkemedel än det som tidigare använts, så görs först en omfattande och systematisk genomgång av vad vetenskapliga studier visar om de olika preparatens effekter och eventuella biverkningar. Priset kan sedan ha stor betydelse om alternativen är likvärdiga i övrigt.

Det finns dock ännu inte någon tydlig strävan att tillämpa evidensbaserad sjukvård när det gäller sjukvårdens organisation och ersättningsystem, vilket är märkligt med tanke på sjukvårdens stora betydelse för många människors livskvalitet och att den omsätter väldigt mycket av samhällets pengar, skattebetalarnas pengar.

I Sverige och andra länder ser vi en tydlig trend att ersättningen till vårdgivare åtminstone delvis baseras på ett antal kvalitetsparametrar, vilket bland annat en grupp svenska läkare på besök i England beskriver i detta nummer. Som allmänläkarnas vetenskapliga förening är SFAM inte på något vis emot att relevanta kvalitetsparametrar tas fram och kommer till användning, utan föreningen bedriver tvärtom ett målmedvetet arbete med kvalitetsutveckling, såväl lokalt som nationellt, vilket delvis skett tillsammans med primärvårdens andra yrkesgrupper inom Fammi.

Man måste dock vara medveten om att dessa parametrar inte säger hela sanningen om vilken typ av sjukvård som är mest effektiv. I bästa fall säger de något om det de avser att mäta, men sällan eller aldrig något om sjukvårdens effekter på befolkningsnivå. Om man vill veta hur sjukvården bäst bör organiseras så bör man på befolkningsnivå titta på övergripande aspekter, som dödlighet, sjukdomsförekomst och tillgänglighet. Och då finns det vetenskapliga utvärderingar som visar en tydlig tendens att länder och regioner med utbyggd primärvård, där befolkningen har tillgång till en allmänläkare som man själv valt, ger bättre vård till lägre kostnad.

Vi har fått ny politisk ledning i landet och flera landsting. Alliansen har nu möjlighet att se till att de skattemedel som går till sjukvården används på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt. Den möjligheten finns förstås även för socialdemokratiskt styrda landsting och regioner. Det är angeläget att även sjukvårdens organisation baseras på tillgänglig kunskap och blir föremål för systematiska utvärderingar. Så länge det inte tillkommer rön som visar annorlunda, så bör sjukvårdens bas vara en utbyggd primärvård, där alla invånare tillförsäkras möjligheten att välja en egen vald läkare med den breda kompetens som allmänmedicin innebär. Ett tungt ansvar åvilar den beslutsfattare som inte medverkar till ett sådant system för svensk sjukvård.



Foto: Gunnar Brink

Roland Morgell

ANNONS

Avhandling om Balintgrupper

Dorte Kjeldmands avhandling kan sägas vara ett pionjärbete, vilket också påpekades av opponenter Bengt Mattsson. Det har länge funnits en utbred uppfattning att Balintgrupper är en god och välfungerande verksamhet, men forskningen inom området har i stort sett inskränkt sig till enstaka fallstudier och berättelser. Avhandlingen lyfter fram många vinster med Balintgrupper för distriktsläkare, t.ex. att de upplever mer kontroll i sin arbetssituation och har lättare att hantera "besvärliga patienter" jämfört med en kontrollgrupp. I en intervjustudie beskriver deltagare hur de upplever Balintgruppen som ett sätt att skapa trygghet och tillfredsställelse i arbetet.

I ett delarbete har svårigheter i och avhopp från Balintgrupper undersökts genom intervjuer med erfarna Balintgruppledare. Den studien visar att Balintgrupper är underkastade samma gruppdynamiska processer som andra grupper, och att syndabocksfenomen kan uppträda. Professor Mattson framhöll dessa fynd som speciellt intressanta. Han visade även en videobandad intervju

med engelsmannen Michael Courteney, en grand old man inom Balintrörelsen, som läst Dorte Kjeldmands avhandling. Även han betonade att delarbetet om problem i Balintgrupper är höginträsant och viktigt att ta till sig i sitt arbete, speciellt för Balintgruppledare.

I ett annat delarbete presenteras ett instrument som Dorte Kjeldmand har utvecklat till självskattning av läkares upplevelse av vad som är viktigt i patientmötet och vilka roller som läkare anser sig ha i arbetet. Instrumentet kan användas som hjälp vid handledning och reflektion över arbetet samt vid framtida studier av "patient-centredness"-begreppet.

Avhandlingsarbetet har möjliggjorts genom att Futurum, Landstinget i Jönköping, har finansierat en doktorandtjänst på 50%, och att forskningsmedel har beviljats av FORSS, Forskningsrådet i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Inger Holmström,
docent Uppsala Universitet
inger.holmstrom@pubcare.uu.se



Dorte Kjeldman

Datum: 2006-09-19

Avhandling: The Doctor, the Task and the Group. Balintgroups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship.

Doktorand: Dorte Kjeldmand, Eksjö distriktsläkarmottagning, dorte.kjeldmand@lj.se

Handledare: Inger Holmström, docent och Urban Rosenqvist, professor emeritus

Opponent: Bengt Mattsson, professor, Allmänmedicin Göteborgs universitet

Institution: Folkhälso- och vårdvetenskap, sektion för Hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala Universitet.

Reykjavik • Iceland • June 13-16 • 2007
www.meetingiceland.com/gp2007
 E-mail: gp2007@hi.is • Phone: + 354 588 97 00 • Fax: + 354 588 97 01

Photo: Freysteinn G. Jonsson

ANNONS

SFAM.L granskar rimonabant (Acomplia®)

Nu väcks åter förhoppningar hos överviktiga människor om ett nytt undergörande "bantningsmedel". Den här gången antyds dessutom att man får lite av en pakettlösning på välfärdsrelaterade ohälsoproblem.

Under det senaste året har det kommande läkemedlet rimonabant (Acomplia) intensivt lanserats till allmänheten. "Storlek 40–36 på 9 veckor! ... bantningsmedicinen som minskar din vikt, gör att du slutar röka och reducerar ditt behov av alkohol", lockar internetförsäljare med. Aftonbladet skrev i november 2005: "Nu kommer superpillret – Gör dig både smal och frisk", och i Expressen kunde man samtidigt läsa: "Nu finns bantningspillret som fungerar. Undermedlet som gör dig smal, frisk och rökfri – utan att vara farligt".

Verkningsmekanism

Både i hjärnan och i vissa perifera vävnader finns endogena cannabinoidreceptorer.

Cannabinoidreceptorn CB1 antas påverka motivation/belöningssystemet i hjärnan och vara inblandad i regleringen av aptiten och drogberoende [1]. I djurförsök medför stimulering av CB1 smärtlindring, sänkt kroppstemperatur, sederig, ökad aptit och förstärker beroende av alkohol och nikotin [2].



Figur 1. Cannabinoid-1-receptorer finns bl.a. i hjärnan. Bildmontage: P. Rosenberg

Rimonabant är en selektiv antagonist till CB1. Genom denna effekt antas man kunna minska aptiten och göra det lättare att sluta röka.

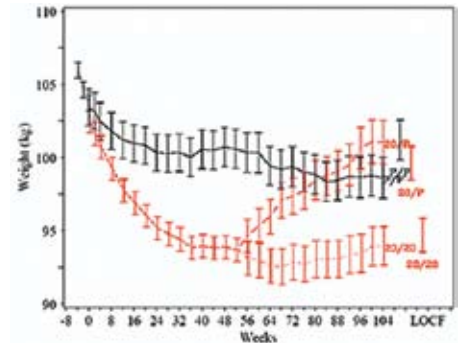
Indikationer för rimonabant är tilläggsbehandling till diet och motion för behandling av feta patienter (BMI ≥ 30 kg/m²), eller överviktiga patienter (BMI > 27 kg/m²) vid samtidig förekomst av riskfaktor(er), såsom typ 2-diabetes eller dyslipidemi [3].

Fördelar med rimonabant

1. Överviktiga och feta går ner i vikt. Fyra dubbelblinda, randomiserade studier ("RIO-studierna") har givit likartade resultat. Viktnedgången efter ett år är cirka fem kg större än med placebo. Patienterna som fick placebo och ordinerades kalorireducerad kost gick ned två kg på ett år. Viktnedgången med rimonabant skedde gradvis och var störst det första halvåret.
2. Den minskade vikten bibehålls om behandlingen fortsätter ytterligare ett år [4].
3. Vissa riskfaktorer påverkas gynnsamt. HDL ökar något (0,09 mmol/L), triglycerider minskar något (0,22 mmol/L), midjemåttet minskar med genomsnittligt 3,8 cm, insulinkänslighet ökar, och HbA1C förbättras hos diabetiker [5].

Nackdelar med rimonabant

1. Viktnedgången är måttlig, cirka 5 procent mer än placebo.
2. Vikten fortsätter inte nedåt ytterligare vid behandling utöver ett år.
3. När behandlingen avslutas startar omedelbart en viktuppgång, all effekt är borta på nio månader (figur 2).
4. Inte heller de gynnsamma förändringarna av riskfaktorerna, t.ex. midjemåttet, kvarstår efter att behandlingen har upphört [4].
5. Vissa riskfaktorer påverkas inte, t.ex. LDL-kolesterol.



Figur 2.

Förändring av kroppsvikten under två år (mean \pm SEM) i studien RIO North America – ITT population. 20 mg/20 mg = 20 mg rimonabant under två år, 20 mg/P = 20 mg rimonabant under ett år, härefter placebo under ett år, P/P = placebo under två år. Hos de patienter som efter ett år re-randomiserades från rimonabant till placebo återgick kroppsvikten inom ytterligare ett år till en nivå som till och med var högre än för dem som erhållit placebo hela tiden. Figur och text från Läkemedelsverkets produktmonografi.

6. Biverkningar. Psykiska besvär som ångest, depression och sömnbesvär var vanligare vid behandling med rimonabant än med placebo. Detta trots att patienter med psykiska besvär inte fick ingå i studierna. Andra biverkningar som förekom i högre frekvens var illamående, yrsel och diarré, liksom behandlingsavbrott på grund av biverkningar. Fler fall av allvarliga kardiella biverkningar noterades med rimonabant än placebo.
7. Hög andel slutar ta läkemedlet, med eller utan biverkningar (gäller de flesta behandlingar med viktreducerande medel).
8. Effekten av rimonabant på rökavvänjning är sämre än för flera andra metoder. Ansökan om registrering för denna indikation i Europa drogs tillbaka av tillverkaren.

Osäkerhet beträffande rimonabant

1. Inga studier med hårda endpoints (sjuklighet, dödlighet). ►►

ANNONS

- Inga jämförande studier med orlistat (Xenical) eller sibutramin (Reductil).
- Många behandlingsavbrott och stort bortfall i studierna.
- Vilka långtidseffekter kan blockeringen av cannabinoidreceptorn ha? Hur mycket vet vi om receptorn, varför finns den? Är det bra att ta bort en stor del av människans normala fysiologiska belöningssystem. Finns utsättningsfenomenet?

Många behandlingsavbrott i studierna

Behandlingsavbrotten i RIO-studierna har varit många. Efter ett år hade omkring 40 procent av deltagarna avbrutit studien.

I RIO-North America hoppade 49 procent i placebogruppen och 45 procent i den grupp som fick 20 mg rimonabant av. Fler hoppade av på grund av biverkningar i rimonabantgruppen och fler på grund av bristande effekt i placebogruppen. Men dessa siffror är osäkra eftersom de flesta studieavbrotten skedde på patientens begäran och ganska många pga. bristande compliance. 7 procent var "Lost to follow-up".

Man har med hjälp av matematiska modeller försökt kompensera för bortfallet [4]. Uppföljningen sägs vara gjord enligt Intention To Treat. Men man kallade inte in de patienter som avbrutit studien för att mäta deras vikt efter ett år. Man använde den senast registrerade vikten i beräkningarna. Har man inte dessa mätvärden blir felan systematiska, oavsett vilka matematiska modeller man tar till. Detta kritiserades i en ledare i JAMA [6].

Att man inte fick tag i de 7 procent som var "Lost to follow up" är förståeligt, men man borde åtminstone ha försökt få vikten tagen på övriga 40 procent.

Metabola syndromet

Eftersom man får en viktminskning och påverkan på vissa riskfaktorer, så blir andelen patienter som uppfyller kriterierna för "metabolt syndrom" lägre (22 procent jämfört med 35 procent i placebogruppen). Men "metabolt syndrom" är ingen sjukdom, bara en metod att försöka förutsäga risken för kardiovaskulära händelser och begreppets kliniska användbarhet har under senare år diskuterats [7].

Även om det otvetydigt är av klinisk betydelse att uppmärksamma de olika riskfaktorer som ingår i det metabola syndromet, så är deras inbördes förhållande och additiva eller eventuellt synergetiska inverkan på kardiovaskulär risk fortfarande otillräckligt känd. Inga studier har hittills visat att rimonabant påverkar sjuklighet och dödlighet.

Ta det lugnt...

Psykiska besvär som depression och ångest är vanliga bland överviktiga och feta patienter. Behandling med rimonabant ökar risken för psykiska biverkningar, vilket är bekymmersamt [8]. Förskrivning av medlet bör ske under noggrann uppföljning med avseende på framför allt psykiska biverkningar [3]. Vårt viktigaste skäl att rekommendera återhållsamhet med detta nya preparat är att rimonabant är det första medel som specifikt påverkar cannabinoidreceptorn i hjärnan.

Vi vet inte vilka långtidseffekter detta kan medföra och behandlingen måste rimligen pågå under lång tid, eftersom all effekt upphör så fort patienten slutar ta preparatet.



Peter Rosenberg, Gävle,
Kersti Christensen, Umeå
Anders Hernborg, Halmstad

Samtliga är allmänläkare, arbetar som informationsläkare i Läkemiddelskommittéer och är medlemmar av SFAM:s läkemedelsråd
Kontaktperson: peter.rosenberg@lg.se
Jäv: Inga uppgivna

Referenser

- EMA. Acomplia, Epar Scientific Discussion. www.emea.eu.int 2006-10-03
- Prescrire Editorial Staff. Rimonabant. *Prescrire Int* 2006;15 (84) Augusti,123-6
- Läkemedelsverket. Läkemedelsmonografi Acomplia. 2006-10-11.
- Pi-Sunyer FX, Aronne LJ, Heshmati HM, Devin J, Rosenstock J. Effect of Rimonabant, a Cannabinoid-1 Receptor Blocker, on Weight and Cardiometabolic Risk Factors in Overweight or Obese Patients. RIO-North America: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2006;295 (7) 761-75
- Curioni C, André C. Rimonabant for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd
- Simons-Morton DG, Obarzanek E, Cutler JA. Obesity Research – Limitations of Methods, Measurements and Medications. *JAMA* 2006;295 (7) 826-8
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation. Förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. 2006-05-09
- Cleland SJ, Sattar N. Does rimonabant pull its weight for type 2 diabetes? www.thelancet.com Published online October 27, 2006
- LIF. NBL-ärende 710/04. www.lif.se/nbligm/NBL/Word/710-04.doc
- Rössner S. Rimonabant bra även vid metabola syndromet. *Läkartidningen* 2006; 103; 24 ▶▶



Figur 3. Kurvan 1998–2001 visar den ungefärliga försäljningen av Xenical. Kurvan är omräknad till DDD från försäljningsvärdet AUP. Den röda siffran (1) markerar den tidpunkt när subventionen för Xenical upphörde. Kurvan 2003–2006 visar försäljningen i DDD. Den röda siffran (2) markerar den tidpunkt då medlen kom att omfattas av läkemedelsförmånen igen. Källa: Apoteket AB

Vilken information har svenska läkare hittills (oktober 2006) fått om rimonabant?

Företaget Sanofi publicerade i sin tidskrift "Santé" 2004 en intervju med professor Lars Sjöström om rimonabant. Artikeln anmäldes av Läkemedelsverket till Nämnden för Bedömning av Läkemedelsinformation (NBL). Enligt verket framförs i artikeln påståenden om "slående effekter på viktreduktion, beskedligt biverkningsmönster och lovande medel som rökavvänjningsmedel". NBL fann dock att den påtalade informationen inte utgjorde kommersiell information, och att den därför inte kunde prövas av formella skäl [9].

Den enda artikeln i Läkartidningen hittills om rimonabant förmedlade en positiv bild av preparatet: "Biverkningarna i denna studie liknade dem som har setts vid behandling med rimonabant tidigare och var mycket måttliga. Fynden styrker alltså uppfattningen att rimonabant kan komma att bli ett viktigt hjälpmedel i arsenalen för att behandla inte bara fetmaepidemin utan också den specifika komplikation som metabola syndromet utgör." [10]

Under oktober 2006 startade företaget Sanofi Aventis sin informationskampanj om rimonabant. I utskick till läkarna och annonser i Läkartidningen inbjöd man till ett tvådagars symposium om kardiometabol prevention och den nya farmakologiska möjligheten Acomplia. Man publicerade även annonser som talade om att läkarna snart skulle kunna behandla kardiometabola riskfaktorer på ett helt nytt sätt. Den godkända indikationen, fetma och övervikt, är nedtonad.

Läkemedelsverkets värdering publicerades på deras hemsida på internet 2006-10-11: "Acomplia (rimonabant) är det första godkända medlet i en ny klass (cannabinoidreceptorblockerare) av läkemedel för behandling av övervikt. Liksom för övriga läkemedel med viktreducerande effekter svarar endast en mindre andel patienter med kliniskt relevant viktreduktion. Tillgängliga data talar för att behandling måste fortsätta för att uppnådd viktreduktion skall upprätthållas. Biverkningsprofilen skiljer sig från redan godkända alternativ varför Acomplia utgör ett intressant tillskott till behandlingsarsenal." [11]

NÄSTA

Nätverk för ST-läkare

Ett nytt nationellt nätverk för ST-läkare har under det senaste året startats på Fammi (Familjemedicinska Institutet). Den tredje träffen hålls den 4-5 december i Fammis lokaler i Stockholm. Efter årsskiftet blir nätverket en del av SFAM.

Upstart

NÄSTA-Nätverk för ST-läkare i Allmänmedicin startades på Fammi förra hösten. Det är ett forum för ST-läkare från hela landet där vi framför allt diskuterar utbildningsfrågor och delar med oss av varandras olika erfarenheter av ST-utbildningen. Målsättningen är att varje studierektorsområde/studierektor ska ha en ST-läkare som är med i detta nätverk och representerar sin ST-grupp. När man sedan kommer tillbaka till sin ST-grupp från mötet är tanken att man ska dela med sig av sina nya erfarenheter direkt till sina kollegor. Träffar med nätverket hålls ca två gånger per år. Däremellan håller vi mailkontakt med varandra. För närvarande är vi ca 35 medlemmar i NÄSTA.

Förra mötet

Vid det föregående mötet i april hade vi förutom diskussioner kring ST-utbildningen i Sverige två inbjudna ST-läkare från Danmark och Norge. Detta blev för många ett givande möte och gav oss en del nya idéer kring hur man kan lägga upp ST-utbildning. Exempelvis har man i Danmark en utbildningsportfölj på Internat som man ständigt kan uppdatera och föra sin loggbok på, och i Norge har man ett större personligt ansvar med listade patienter.

Ett annat tema var ledarskap och ledarskapsutbildning. Gösta Eliasson, direktör på Fammi och allmänläkare, höll ett intressant inledningstal. Annette Friström, specialist i allmänmedicin, delgav oss sedan sina personliga erfarenheter av olika typer av ledarskap. Diskussionerna var livliga kring vikten av att gå en ledarskapsutbildning och vilket utbud av utbildningar som finns idag.

Journalisten Anders Åkerblom gav oss matnyttiga tips och idéer om hur man kan skriva en debattartikel i en tidskrift och bröt ner en hel del av de barriärer som många av oss behöver ta oss igenom innan vi tar steget och publicerar något.

SFAMs ordförande Annika Eklund-Grönberg berättade om SFAM och möjligheterna att som ST-läkare och färdig specialist vara med och påverka utvecklingen inom allmänmedicinen. Det framkom att det fortfarande är många ST-läkare som blivit dåligt informerade om vad SFAM kan erbjuda och vi försöker nu råda bot på detta.

Social gemenskap

I samband med varje nätverksträff har vi alltid gemensamma luncher och en gemensam middag. Det spontana utbytet av tankar och idéer sker ofta under mer informella former har vi märkt. Ett effektivt och trevligt tillfälle att lära känna varandra i nätverket är just i samband med dessa sociala aktiviteter. Vid förra mötet gick vi en spökvandring mitt under middagen, hu!

Framtiden

Nästa möte hålls 4-5 december på Fammi, och några teman som då kommer att tas upp är bland annat allmänmedicinsk forskning, kreativitet i vardagen, den nya regeringens visioner för sjukvården och allmänmedicinen samt att jobba för Läkare utan gränser. Under våren kommer en träff med nätverket läggas in under SFAMs ST-dagar i Jönköping. Väl mött!



Maria Wolf

ST-läkare Stockholm, SFAMs ST-råd
maria.wolf@sns.sll.se

ANNONS

ANNONS

FQ-grupp på besök hos engelska allmänläkare

Vi är en grupp allmänläkare som arbetar på olika håll i Jämtland, men som varje månad träffas i en FQ-grupp. April 2006 gjorde vi studiebesök på två engelska vårdcentraler. Resan kunde finansieras via våra respektive arbetsplatser.

Besöken gav många intressanta reflexioner. Mycket är likt, som stora delar av den medicinska handläggningen, samtalen med patienterna och förtroendefulla relationer mellan patienter och läkare, som underlättar kommunikation kring det aktuella. Andra saker görs annorlunda, t.ex. har man kraftig betoning på snabb tillgänglighet till korta läkarbesök, där vi kanske först skulle försöka möta upp behovet med telefonrådgivning eller besök hos sköterska. Vad är bäst för patienten? Vad är mest kostnadseffektivt?

Vi såg en trend att sköterskor arbetar utifrån checklistor för patienter med kroniska sjukdomar. Även s.k. *new-patient-check-up* där en undersköterska tillsammans med patienten skriver in tidigare sjukdomar, allergier, riskfaktorer mm, när patienten första gången listar sig på sitt *Health Care Center*. Detta finns sedan lättillgängligt i datajournalen. Vi fick uppleva välfungerande IT-system, där man satsat konsekvent och utan resursmässiga begränsningar och därmed kommit en god bit på väg mot en papperslös verksamhet med hög användarvänlighet. Bägge vårdcentralerna hade egna fylliga hemsidor som kan vara intressanta att studera [1, 2].

Det nya ersättningssystemet med poängsättning av vissa åtgärder (*QOF*) verkar ha både för och nackdelar. Teoretiskt är det en bra idé att man har ekonomisk styrning efter innehållet och inte bara räknar antalet besök. Ett problem är att verksamheten är så mångfacetterad att en rak poängsättning blir ett trubbigt styrinstrument. Till exempel tror man att blodtrycksmätningar ökat på bekostnad av ännu inte poängsatta områden som psykosomatik och värkproblem.



Från vänster: Eje Åhlander (Kälarne Hälsocentral), Klaus Karlsen (Stugun HC), Eva Kuhlefelt (Brunflo HC), Per Magnusson (Järpen HC), EvaPia Darsbo (Odensala HC) och Ingeborg Redfors (Lugnviks HC).

Detta nationella poängsättningssystem är tänkt att utvecklas och finslipas. För oss känns det som ett mycket intressant och storskaligt projekt som Sverige skulle kunna dra lärdom av.

Vi rekommenderar att fler gör studiebesök utomlands, eftersom det berikar diskussionen om hur vi själva arbetar. En fördel att resa som FQ-grupp är att man kommer från olika vårdcentraler och att frånvaron inte påverkar verksamheten så mycket. *The Royal Collage of General Practitioner* organiserar studiebesök. Information och anmälan via deras hemsida [3].

Pip Fischer – en engelsk primärvårdsläkare

Pip Fischer arbetar deltid på en klinik som är knuten till Manchester University och liksom flera av sina övriga femton kollegor undervisar hon också. Upptagningsområdet har 17 000 patienter på motsvarande nio heltider, dvs. knappt 2 000 patienter per heltid. Befolkningen är ung, till stor del invandrare från Asien

och Afrika. Alla patienter är listade hos en *General Practitioner* (GP) och kan antingen ringa till receptionen och boka tid eller komma direkt till mottagningen. Ingen prioritering verkar göras, utan receptionister sköter bokningen och patienterna bokar själva återbesök. De flesta besöken är gratis för patienten förutom vissa intyg för vilka man tar ut en avgift.

Mottagningen öppnar 8.30 på morgonen och varje GP har 16 tider om vardera tio minuter på förmiddagen och lika många tider på eftermiddagen. Om hembesök behöver utföras sker detta kring lunchtid eller efter eftermiddagsmottagningen, som håller på till 18.30 då mottagningen stänger. Om tolk behöver användas eller ärendet är av mera komplicerad natur kan tiden dubbleras. Det går också lätt att ordna återbesökstid inom snar framtid om så behövs.

Jag fick följa Pip under några timmars mottagning. Hennes mottagningsrum var ganska litet men rymde ett skrivbord, ett par stolar och en undersökningsbänk ►►



Dr Pip Fischer vid the Robert Darbishire Practice skriver själv summariska journalanteckningar med bra datastöd.

bakom ett skynke. På skrivbordet fanns en dator och skrivare samt en digital blodtrycksmanschett som hon ofta använde medan hon satt och pratade med patienten. Bakgrunden till detta var säkert det system som ger extra ersättning om man mäter blodtrycket. Vid fönstret fanns undersökningsbritten, som inte användes under mitt besök utan status blev summariskt. Gynekologiska undersökningar eller prokto-/rektoskopi utförs inte, utan är specialistangelägenheter. Jag fick uppfattningen att det var ganska lätt att remittera patienter till specialister.

Även om besöken är korta hann dr Fischer med förvånansvärt mycket. Hon hämtade först patienten och eventuell medföljande tolk, anhörig eller socialtjänstpersonal. Hon ställde öppna frågor om varför man söker. Först sökte en ung man för nästäppa. Han var redan specialistbedömd, men det kom ganska snart fram att han var orolig för att bli utvisad. Hon småpratade med honom och rekommenderade att han kom med till en grupp utländska studenter som träffas på universitetet. En snabb titt i näsan blev det också och löfte om ny specialistremiss om inte de nasala steroiderna hjälper. Receptet skrevs snabbt utan många klick på datorn, men kunde ännu inte skickas elektroniskt.

Nästa kvinna var en invandrarkvinna med ont i nacken. Det blev blodtryck, snabbt nackstatus, lite empatiskt småprat om hennes sociala situation och rekommendation att söka privat massör för

” *Doktorn skriver själv journal med bra datastöd. Anteckningarna är summariska med få negationer, och provsvar ansvarar patienterna själva för att ta reda på.*

nackbesvären. Så rullade mottagningen på. Pip var duktig på att snabbt ringa in problemet, försäkra att det inte är farligt och sannolikt kommer att försvinna, annars är det bara att återkomma. Några svåra medicinska problem såg vi inte denna dag och status var mycket riktat och summariskt, men egentligen kan jag inte se att det skulle ha behövts något mera utförligt heller. Patienterna föreföll också nöjda.

Doktorn skriver själv journal med bra datastöd. Anteckningarna är summariska med få negationer, och provsvar ansvarar patienterna själva för att ta reda på. Det verkar heller inte vara mycket administration kring besöken. Sjukintygen består av små lappar där man bara behöver fylla i några få handskrivna uppgifter. Alla inkommande dokument skannas direkt och är lätt åtkomliga i journalen.

På klinikens hemsida finns tydlig information vad som förväntas av dig som patient, men också vad du som patient kan förvänta dig av vården. Vid akuta ärenden skall man få träffa någon i teamet samma dag, om det inte är akut skall man få träffa sin GP inom två arbetsdagar. Här verkar tillgänglighet prioriteras högt, men man får ingen längre stund med doktorn!

Hembesök med dr Bossano

Vi fick tillfälle att följa med dr Bossano på hembesök. Han tar en liten ryggsäck med utrustning över axeln och läser en utskrift av en kortfattad epikris medan vi promenerar iväg ett par kvarter. Dr Bossano känner inte patienten sen tidigare. Det är en man i 60-årsåldern som nyligen skrivits ut från sjukhus, där han vårdats länge för komplikationer efter bukoperation. Orsaken till hembesöket

är ”chest problems”, dvs. hosta eller luftvägsproblem.

Vi kommer fram till ett minimalt engelskt radhus och visas in av en ung kvinna som är patientens systerdotter. Patienten ligger i en sjukhussäng som fyller upp halva vardagsrummet. Under sängen står en pump som med jämna mellanrum ger ifrån sig ett svagt surplande ljud. Det är näringslösning som via en fistel pumpas in i patientens magsäck. Patienten är även stomiopererad. Det är något oklart vad patientens grundsjukdom är, det tycks dock inte vara cancer.

Dr Bossano tar god tid på sig att lyssna till patienten och systerdottern om patientens besvär. Han undersöker noga, lyssnar på lungor, mäter blodtryck och temperatur. Patientens enda läkemedel är tre flaskor med hostmedicin med likartad verkan. Dr Bossano informerar patienten om hur han bör använda läkemedlen. Något allvarligt fel på lungorna kan inte konstateras.

Patienten har daglig hjälp med den medicinska vården av sjuksköterskor, hemtjänst i övrigt står systerdottern för. Han har nu behov av ytterligare hjälpmedel för att förflytta sig med pump och allt. Han vill gärna kunna gå ut i den lilla trädgården. Dr Bossano lovar ta reda på hur man kan söka hjälp från olika fonder som finansierar hjälpmedel.

När vi går tillbaka till mottagningen konstaterar dr Bossano att detta besök inte ger så många poäng i det nya systemet för finansiering av engelsk primärvård. Det enda han kommer på är poäng för blodtrycksmätningen. Men poängsystemet utvecklas vartefter och mer poäng för psykosociala insatser förväntas komma. Patienten själv betalar ingen avgift för hembesöket.



På The Village Medical Centre har varje arbetsplats dator med två skärmar, så man kan arbeta med två program samtidigt.

En ny mottagning som satsar på IT

The Village Medical Centre öppnade 2004 efter att dr Andrew Gray fått uppdrag av Bedford Primary Care Trust att starta en mottagning i jordbruksområde några mil norr om London.

Medel fick man via statliga fonder. Liksom i de större städerna finns ett ganska stort antal olika etniska grupper med olika språk. Man räknar med en stark befolkningsökning under de närmaste åren. För närvarande har man 1 500 patienter listade, men listar flera hundra varje månad och räknar med 10 000 listade om några år, då mottagningen behöver utökas till fyra–fem läkare samt tre sjuksköterskor med förskrivningsrätt.

Läkarna har här femton minuter per patient mot tio på traditionella mottagningar och kliniken ligger i frontlinjen vad gäller teknik för kommunikation och dokumentation, man har nästan uppnått sin målsättning pappersfri verksamhet. Alla pappersdokument skannas omedelbart när de kommer. Patienterna har en dator för registrering i väntrummet, där det även finns en dator uppkopplad till Internet. I konferensrummet har man två stora skärmar på kortväggen med plasmaskärm respektive projektduk för visning på väggen. Där kan man ta fram journal, annat dataprogram eller Internet. Man kan också visa TV, liksom bilder. Den ena skärmen är interaktiv, vilket innebär att man kan arbeta i programmet med sina fingrar på väggen (trolleri!).

Via hemsida kan patienter både registrera sig, begära recept och ge kommentarer om verksamheten on-line. Patienterna kan nå kliniken när som helst under dygnet, när bemanning inte finns kan man beställa tid via telefonsvarare. Läkarna är utrustade med PDA (*Personal Digital Assistant*), en handdator med aktuell information, som kan medföras vid hembesök.

Man har även ett omfattande säkerhets- och larmsystem. Runt om byggnaden och inne i rummen har man kameraövervakning. Övervakningsbilderna kan ses från ett apparatrum på övervåningen i huset. Man har två stycken larmsystem inne på varje rum, ett som går till de andra rummen och ett som går till polisen. Dessutom har man ett larmsystem där man med ett kodord per telefon kan meddela de andra att en hotfull situation uppstått.

Man får en tankeställare av den konsekventa satsningen på datateknik, där man inte backar för kostnaderna och där man inte nöjer sig med mindre än den bästa programvaran. En intressant iakttagelse är att utformningen av verksamheten och av byggnaden, liksom designen av de tekniska installationerna, skett av mottagningens *Business Manager* i samarbete med den medicinska ansvarige läkaren och den IT-ansvarige. Det är också

de – och inte politiker eller personer på avstånd i en tjänstemannaorganisation – som lagt fast målen för verksamheten, givetvis inom det regelsystem som gäller för primärvården i landet. Man kan fråga sig om inte verksamheten bäst utformas av dem som arbetar i den.

Nurse practitioners – ny funktion i engelsk primärvård

Efter åtta år som *Practise Nurse* (mottagningsköterska) har Lyndsey Janes på the Village Medical Centre i Denham vidareutbildat sig och arbetar nu självständigt som *Nurse Practitioner* med kontroller av kroniska sjukdomar (astma, diabetes och hjärtsvikt) och akuta infektioner. Hon har rätt att förskriva läkemedel inom sitt kompetensområde. Lindsey betonar att en *Nurse Practitioner* är betydligt billigare än en GP och fler NPs kommer att anställas när mottagningen nu expanderar. Mottagningen har två *Practise Nurses*, dessutom en *Specialist Nurse* som sköter resevacinationer. Två *Health Care Assistants* (undersköterskor) arbetar bl.a. med labprover, blodtryckskontroller och "New patient check ups". Alla nya patienter på mottagningen får fylla i ett dataformulär med hälsouppgifter (allergi, alkohol, tobak). Man mäter BMI, blodtryck och tar bl.a. blodsockerprov. *Health visitors* ►►



Personalen diskuterar över en kopp te. Lyndsey Janes till höger på bilden.

(ung. BVC-sköterskor) och *Community Midwife* (ung. MVC-barnmorska) delas med flera mottagningar. Hemsjukvård sköts av *District Nurses* i ett kommunalt system.

Hela listan finns på <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/59/04078659.pdf>

Mer information om QOF finns på <http://www.ic.nhs.uk/services/qof/index.html/view?searchterm=Quality%20and%20outcomes%20framework>

För FQ-gruppen
Eva Kuhlefeldt, Brunflo
 Eva.kuhlefeldt@jll.se

1. <http://www.rdp.org.uk/>
2. <http://www.gttenham.org/>
3. http://www.rcgp.org.uk/international/_international_home/overseas_faculty/visits.aspx

Hur finansieras en engelsk GP?

C:a 30% utgörs av fast ersättning. Lite intäkter kommer från avgifter för intyg m.m. Största delen av ersättningen baseras numera på de poäng, max 1050, som läkaren uppnår i *Quality and Outcomes Framework*.

Upp till 550 poäng kan uppnås för 76 kliniska kvalitetsindikatorer avseende kranskärslsjukdom, vänsterkammarsvikt, stroke/TIA, hypertoni, diabetes, epilepsi, hypothyreos, cancer, psykiska sjukdomar, astma och KOL. 180 poäng är max för allmän klinisk kvalitet, tillgänglighet m.m. Indikatorer för administrativ kvalitet, patientregister för astmatiker, fortbildning m.m. kan ge upp till 184 poäng. Fyra indikatorer för patienternas upplevelse ger max 100 poäng. Utöver detta finns tio indikatorer för övrig service som MVC, BVC, screening för cervixcancer m.m. vilket kan ge 36 poäng.

Exempel på kliniska kvalitetsindikatorer är andel patienter med kranskärslsjukdom som har anteckning om rökning i journalen, andel med uppgift om totalt kolesterol, andel patienter med tidigare hjärtinfarkt som behandlas med ACE-hämmare, andel astmapatienter som haft uppföljning senaste 15 månader och journaluppgift om rökning för 55% av patienter som är 15–75 år.

När systemet infördes 2004 räknade regeringen med att landets GP skulle uppnå 74% av maximal ersättning i genomsnitt, men det blev i stället 91%, vilket medförde att den årliga genomsnittsinkomsten före skatt ökade från £ 65 000 till £ 94 000 året därpå. Dessutom ökade antalet ST-läkare i allmänmedicin med 68%.

Orion Diagnostica



Ventrombos eller inte ventrombos?

För säker uteslutning av djup ventrombos:

- Klinisk sannolikhetsbedömning
- Diagnostisk algoritm
- Analys av Clearview Simplify D-dimer

Förbättra trombosdiagnostiken på din vårdcentral med Clearview Simplify D-dimer.

Enkel och tillförlitlig snabbtest för användning på vårdcentraler och mottagningar.

Kontakta oss för mer information på 0156-533 60 eller info@oriondiagnostica.se

 **Orion Diagnostica**

 **ISO9001
CERTIFIED**

Orion Diagnostica AB, Industrigatan 8, 619 33 Trosa
 Tel. 0156-533 60, fax 0156-173 55
info@oriondiagnostica.se, www.oriondiagnostica.se

Palliativ hemsjukvård i primärvård – erfarenheter från Nordvästra Skåne

1988 deltog en distriktssköterska och jag i en kongress om vård för patienter i livets slutskede i Bergen. Vi kom hem och rapporterade och våra chefer delade vår uppfattning att det fanns mycket, som kunde förbättras i vårt omhändertagande av döende cancerpatienter.

Prioriteringslagen 1990 fastslog att palliativ vård har hög prioritet. 70% av patienter uppger att de vill vårdas och helst även få dö hemma. Sedan Socialstyrelsen gjort en inventering av hur det såg ut i landet rekommenderades landsting och kommuner att skapa god palliativ vård (SOU2001-6).

En inventering i norra Helsingborg 1989 visade att enstaka cancerpatienter i palliativt skede avled på sjukhem, ingen i hemmet och nästan alla var inlagda länge på lasarettet. När man undersökte varför de blivit inlagda var svaren att patienten är ensamstående, har för mycket ångest eller besvärande symptom som måste behandlas, är för tung att sköta hemma, har otillräcklig hjälp hemma eller önskar att bli inlagd. Huvudproblemen för vården i bostaden tycktes vara otillräcklig *trygghet* för patient, anhöriga och hemsjukvårdspersonal samt för låg psykosocial och medicinsk *kompetens* hos hemsjukvårdspersonal inklusive läkare

Projekt blev verksamhet

För att skapa trygghet för patient och anhöriga bedrevs 1989–1990 ett projekt med två palliativa sjuksköterskor på heltid och tre distriktsläkare som några tim/vecka anställdes som stöd för patienternas vanliga hemsjukvård, där den vanlige distriktsläkaren fortsatte ha medicinskt ansvar. Projektet innebar även att

- Epikriser och journalhandling inskaffades.
- Distriktsläkaren informerades omedelbart, så att inte enbart distriktssköterskan kände patienten.

- Vårdplanering gjordes tillsammans med berörd sjukhusklinik.
- Ordinarie hemsjukvårdspersonal fick handledning i samband med hembesök.
- Patienter och anhöriga fick stöd genom hembesök av distriktssköterska, distriktsläkare och palliativ sjuksköterska.
- Projektets läkare och palliativa sköterskor gjorde punktvis vårdande insatser (sätta upp pump, instruera i spolning av port-a-cath, stöd sista timmarna före döden).

När projektet avslutades beslöt primärvårdsförvaltningen, att det hela skulle fortsätta som en verksamhet med målsättning att de sjuka skall kunna vara hemma så länge de själv önskar, om anhöriga kan och vill ställa upp. Verksamheten utvidgades sedermera också till att omfatta hela Nordvästra Skåne, och bemanningen utökades så småningom. De senaste åren har de palliativa läkarna varit involverade med flera hembesök dagligen.

Studiecirklar

För att öka den psykosociala och medicinska kompetensen ordnades studiecirklar. Personal som arbetade tillsammans fick samtala vid sju tillfällen kring olika ämnen, ventilera personliga upplevelser och svårigheter och diskutera aktuella patienter. Man lärde känna varandras starka och svaga sidor, vilket gav möjlighet att respektera dem i framtiden. Man kan inte ställa samma krav på all personal. Cirkelarna har erbjudits personal i kommunala hemsjukvården och på särskilda boenden samt till distriktssköterskor i hemsjukvården.

Ämnen som behandlades är traditioner (präst), psykologiska frågor (psykolog), dödsprocessen, anhörigstöd, stöd till personalen, smärtbehandling (lä-

kare), dödens biologi samt formalia vid dödsfall (begravningsentreprenör). Det var värdefullt att få prästen direkt med i arbetet, så det senare blev lättare att ta kontakt. En del diakonissor och präster har deltagit i hela cirkeln.

Temadagar och undervisning

1990–1999 har varje vår och höst ordnats temadagar med ämnen som behandling av bröstcancer initialt och vid recidiv, indikationer för strålbehandling och cytostatikabehandling, komplikationer, behandling av skelettmetastaser, etiska frågor, nätverksarbete, nutrition, smärtbehandling samt symptombehandling. Det är väsentligt att få uppdaterade kunskaper, så att rätt behandling sätts in vid avancerad sjukdom. Bland annat har nya läkemedel och behandlingsmetoder tillkommit vid skelettmetastaser och vid hypercalcemi, metoder som är möjliga att använda utanför sjukhus och som påtagligt kan förbättra de sjukas livskvalitet.

Dietister och sköterskorna har undervisat anhöriga och hemtjänstpersonal om kostfinesser. Primärvårdsläkarna har fått praktiska tips om smärtbehandling och om behandling av vanliga symptom. Antalet intresserade läkare har ökat markant sedan vi började. Resurspersoner är smärtläkare, onkologer, kirurger, medicinare, kuratorer, psykologer, dietister och präster från sjukhuset i Helsingborg.

Eftersamtal med personal och anhöriga

Efter varje dödsfall har palliativa sköterskan haft samtal med den personal som utfört vården i hemmet, för att ta reda på var svårigheterna har legat och för att se vad som har gått bra. Det ger personalen tillfälle att bearbeta intryck och känslor och klara nästa patient. Det är väsentligt att kunna tala med en ut-
anförstående person, som man kan ha förtroende för. Ibland är vården svår när ►►

det gäller patienter, som man identifierar sig med och man kan behöva öppet tala med och stödja varandra. Utan ordentlig uppbackning kan vården av döende vara mycket tung.

Det brukar vara bra att den behandlande allmänläkaren någon månad efter dödsfallet ordnar ett samtal, där de anhöriga får ställa frågor som kommit upp. Läkaren får tillfälle att bedöma, om de sörjande behöver särskilt stöd, eventuellt att gå i en sorggrupp i kyrkans regi eller hos en av sjuksköterskorna. Anhöriga behöver stöd efter dödsfallet, för några räcker ett samtal, andra behöver många samtal. Vissa behöver en psykolog/psykiater/präst, andra klarar sig med stöd av familj och vänner, ibland är det naturligt att läkaren själv följer upp. Ibland är det bra om samtalen sker i hemmet, ibland är mottagningen den naturliga platsen. De flesta uppskattar att läkaren alltid sätter upp ett eftersamtal, ty de klarar ofta inte att komma över den tröskeln som det innebär att själv behöva beställa tid. Vid samtalen får personalen också reda på sådant, som anhöriga inte varit belättna med och då får man möjlighet att förhindra en upprepning.

Nuvarande organisation

Förutom ett Palliativt konsultteam (PKT) med tio sjuksköterskor består den Palliativa Enheten i Nordvästra Skåne sedan september 2005 av ett hospice med tio enkelrum och ett Palliativt Hemsjukvårdsteam (PHT) med fullt medicinskt ansvar för 28 patienter. De palliativa sköterskorna har fått en gedigen utbildning i symptomlindring m.m. samt har regelbunden fortbildning med kurser och läsning av tidskrifter.

Efter remiss från läkare gör vi värdering av remissen, varefter information lämnas till distriktssköterska och distriktsläkare. Journaler inhämtas så vi kan bedöma om patienten är i livets slutskede, på grund av cancer, ALS, KOL, uremi, leversvikt, grav hjärtsvikt eller annan *obotlig* sjukdom. Vi tar hand om alla som remitteras till oss, inte enbart dem som önskar att få dö hemma. Det är sålunda ett utsnitt av hela befolkningen som vi har hand om, ca 750 patienter per år.

Ordinarie hemsjukvårdsteam tar sedan oftast hand om patienten, men den palliativa sköterskan och distriktssköterskan/distriktsläkaren träffas med adekvata intervall hos patienten för stöd och uppföljning av insatt behandling. Distriktsläkaren eller distriktssköterskan kan också ta kontakt för diskussion mellan de avtalade hembesöken. Det är helt nödvändigt att distriktsläkaren gör regelbundna hembesök.

Ofta kan de sjuka stanna hemma mycket länge beroende på anhöriga och personalen i hemmet, deras trygghet och kunnande fram till döden. 30% dör hemma. Orsakerna till att inte fler dör hemma är att det fortfarande är problem med alltför få hembesök av husläkare, att denne inte känner sig som patientens PAL eller vet för lite om behandlingen av symptomen i livets slutskede.

Det finns planer på omorganisation, där de tio palliativa konsultsjuksköterskorna flyttas till Palliativa Hemsjukvårdsteamet, som redan nu har hela ansvaret för sina 28 patienter som personalförstärkning. Detta vore i så fall en mycket allvarlig försämring, eftersom det stöd, som PKT direkt och indirekt nu har för primärvårdens läkare, kommunernas distriktssköterskor och för de 300 patienter, som PKT följer noggrant då försvinner.

Konklusion

Det har blivit bättre än tidigare, då knappt någon dog hemma. Men det kan fortfarande vara en för stor press för anhöriga eller att de sjuka önskar få komma till hospice eller lasarettet, för att de känner sig otrygga hemma. För anhöriga är det ett stort arbete med störda nätter att vara med om att vårda en döende, och vi måste ta till avlastningsplatser på sjukhemmen eller på hospice för att hjälpa dem. En del familjer har dåliga relationer och makar är inte alltid så vänliga mot varandra att vården kan ske hemma, fast den sjuka så önskar. Många patienter kan vårdas hemma i mycket lång tid för att åka till hospice eller sjukhem de sista dagarna. Mycket färre inläggningar på sjukhuset har ägt rum för dessa patienter jämfört med hur det var tidigare.

Vad behöver förbättras?

- Utbildning i palliativ medicin för att ändra förhållningssätt, färdigheter och kunskaper både under grundutbildning och specialistutbildning.
- Tre månaders tjänstgöring i palliativ medicin under ST-utbildningen för allmänläkare (som i England).
- Inrätta specialitet palliativ medicin.
- Utbilda utbildningsansvariga allmänläkare i palliativ medicin.
- 1 500 patienter/husläkare maximalt.
- Remisstväng till sjukhus.
- Regelbundna falldiskussioner i läkargrupperna.
- Respektfull kommunikation mellan läkare på lasarett och läkare i primärvården, med bland annat tydligt överlämnande av ansvar.
- Provinsialläkarfondens kurser behöver fortsätta tills ämnet kommer med i grundutbildning och specialistutbildning.

WHO's definition av palliativ vård

Den aktiva vård som ges till den sjuka när sjukdomen inte längre svarar på kurativ behandling, och när behandling av smärtor och andra plågsamma symptom och uppfyllelse av fysiska, psykiska, sociala och andliga behov är det allt överskuggande.

Det övergripande målet för palliativ vård, bedriven av ett multidisciplinärt team, är högsta möjliga livskvalitet för patient och närstående.

Palliativ vård bekräftar livet och ser döendet som en normal process – den varken påskyndar döden eller förlänger döendet, utan lägger tonvikten på symptomlindring och integrerar de fysiska, psykosociala och andliga aspekterna på vården, samt erbjuder stödåtgärder för att hjälpa anhöriga att handskas med situationen under patientens sjukdom och sedan under sorgen.

Svensk förening för Palliativ medicin

Svensk Förening för Palliativ medicin är en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund och associerad förening inom Sveriges Läkaresällskap. <http://www.sfpm.org/start.htm>

Provinsialläkarfondens kurs i palliativ medicin

- Tre dagar med 32 deltagare varje år på Braheskolan på Visingsö, sedan nio år tillbaka
- Målgrupp: erfarna allmänläkare med ansvar för sjukhem/hemsjukvård och nyblivna allmänläkare
- Målsättning: arbeta med kunskapsinnehållet, träna färdigheter, lära ut det palliativa förhållningssättet och de etiska frågeställningarna samt reflektera över de egna resurserna

Prioriteringsgrupp 1 enligt Prioriteringslagen 1990:

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

EU och palliativ medicin

- 1992 beslut att allmänläkarna behöver spela en väsentlig roll för att patienter skall få optimal vård i livets slutskede
- 1998 – 2000 projekt med målgrupp studierektorer, handledare och fortbildningsansvariga
- Kollegiala fortbildningsgrupper med palliativ konsult



A-M Boeck Gravgaard
 pall.boeck@telia.com
 Britth-Marie Iacobaeus
 Björn Sandberg

Nationellt vårmöte i Jokkmokk 28–30 mars 2007

- Praktiska verkstäder
- Ögon (öva på mikroskop och spalt-lampa), rumpa (hemorrojdslyngning), tå (undvika Königs), EKG (när är det farligt?), lilla kirurgin
- Svårförståeliga sjukdomar – besvär-liga patienter
- Sjukskrivning – FK diskuterar med allmänmedicinare
- Barn och det nya sjukdomspanoramat
- Allmänmedicinska tumregler
- No free lunch.

Kom när den lappländska vårvintern är som vackrast. Post conference program erbjuds.

Gå in på SFAMs hemsida:
<http://www.sfam.se/kalender.html>

Markus Beland, Jokkmokk
 markus.beland@nll.se



**KursDoktorn
 DITT VÄGVAL
 i fortbildningen**

Anmäl dig till vårens kurser senast 26/1!

Se kurskatalogen på www.kursdoktorn.nu

På vår webbplats kan du även anmäla dig till Allmänläkardagarna i Skövde 31/1-2/2 -07

KursDoktorn
 FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN

ANNONS

Nationella Diabetesregistret – mer öppen redovisning av resultat

Nationella diabetesregistret (NDR) har fyllt 10 år. Registret har ständigt utvecklats och antalet registrerade patienter har passerat 130 000. Frågan om öppen redovisning av registrets data har diskuterats de senaste åren inom styrgruppen för NDR. Förra året gjordes bedömningen att tiden var mogen för att offentliggöra data, så då presenterades data från landets medicinkliniker. Den redovisningen gällde enstaka parametrar, som redovisades på landstingsnivå.

I år omfattar den öppna redovisningen även primärvårdens resultat för varje landsting. Den tämligen omfattande årsrapporten finns på www.ndr.nu. De parametrar som redovisas – separat för primärvård respektive medicinkliniker

dens kvalitetsredovisningar. Självklart är det av intresse för professionen att följa upp verksamheten och förbättra sådant som inte fungerar optimalt. Att huvudmannen också har ett intresse torde vara uppenbart. Våra kunder, patienterna, är givetvis också intresserade liksom, av och till, massmedia.

Personligen tror jag att tiden i högsta grad är mogen för oss att våga redovisa de resultat, på gott och ont, som vi uppnår inom sjukvården/primärvården. De resultaten kommer inte alltid att vara smickrande för verksamheten, inte heller alltid lätta att tolka. Det visar sig, när man verkligen tittar efter, att vi inte alltid gör det som vi vet att vi borde göra. Ofta finns det mer eller mindre rimliga



Tomas Fritz är ordförande i SFAMs diabetesnätverk, vice ordförande i Svensk förening för diabetologi samt primärvårdsrepresentant i styrgruppen för Nationella diabetesregistret.

” Personligen tror jag att tiden i högsta grad är mogen för oss att våga redovisa de resultat, på gott och ont, som vi uppnår inom sjukvården/primärvården.

– är: andel registrerade patienter (3,9–74%), antal registrerande vårdenheter i landstinget, andel med HbA1c <6,0 (43,7–59,6%), SBT <130 mm (23–38%), DBT <80mm (63,6–81,7%), kolesterol <4,5 mol/l, LDL <2,5 mmol/l, andel icke-rökare (83–89%), andel med makroalbuminuri (4,9–14,9%), andel amputerade ovan fotleden (0,3–1,5%), andel ögonbottenkontrollerade (59,7–91,9%) samt andel med kontrollerat fotstatus (83,6–97,6%). Siffror inom parentes anger spannet mellan lägsta och högsta andel.

En fråga som av och till dyker upp är ”vem äger registerdata?”. Flera aktörer kan ha ett berättigat intresse av sjukvår-

förklaringar till varför vi inte uppnår behandlingsmål eller lever upp till sjukvårdens ambitioner.

Oavsett vilka förklaringar man tar till i tolkningen av sina resultat, så är det viktigt att vara klar över att kvalitetsarbete syftar till att upptäcka svaga punkter i verksamheten, som kan förbättras. Kvalitetsarbete utgör inte en tävling om vem som är bättre eller sämre. Vi är inte betjänta av att kvällspressen presenterar ”hela listan” på vårdgivare som rangordnats från bäst till sämst. Denna typ av journalistik utgör alltid ett orosmoment när man diskuterar kvalitetsredovisning inom sjukvården. Jag tror att vi måste våga ta risken och bemöta sådan journa-

listik om den uppstår. Det är angeläget att professionen har initiativet när det gäller redovisning av sjukvårdens resultat.

Samtidigt måste vi lära oss att presentera och tolka våra resultat på ett meningsfullt sätt, och följa upp och förbättra sådant som bör förbättras. Ett första steg mot en öppen redovisning av diabetesvården i Sverige har tagits genom NDRs initiativ. En sådan redovisning öppnar för många olika synpunkter. Svensk förening för diabetologi (SFD) kommer på sitt vårmöte i Stockholm den 8–9 maj 2007 att uppmärksamma NDRs öppna redovisning. Förhoppningsvis kan vi då bjuda på en debatt med företrädare för allmänmedicin, sjukvårdshuvudman, patientföreningen Diabetesförbundet och journalistkåren.

Jag tar gärna emot synpunkter via inlägg i *AllmänMedicin* eller e-post.

Tomas Fritz
Gustavsbergs vårdcentral
Primärvårdsrepresentant i styrgruppen
för NDR
t.fritz@telia.com

ANNONS

Vägval i Umeå – rapport från höstmötet

Snö och ishalka mötte i Umeå under årets höstmöte. Inomhus var det betydligt varmare.

Onsdagen var traditionsenligt föreningens och examinandernas dag. Examinationen avslutades under torsdagen med redovisning av examensuppsatser och diplomerings av årets 23 examinander.

Torsdag morgon började med invigning och en odysse kring olika språkliga aspekter på vägval. Programmet rivstartade med en föreläsning av Linn Getz, specialist i allmänmedicin från Trondheim utifrån hennes avhandlingsarbete. Vi fick tänkvärda illustrationer av vad som händer när balansen mellan humanism och biomedicin rubbas i medicinen. Är vi så upptagna av det rätta att det sanna hamnar i skuggan. Innebär det i sin tur att vi tappar bort väsentliga faktorer i patient-läkarrelationen och blir främmande för oss själva. EBM har begränsningar som redan diskuterades av dess grundare, men tenderar att falla i glömska. Det är ett verktyg, inte ett mål i sig. Vi hoppas att senare kunna återkomma med mer utförlig artikel.

Därefter fanns ett varierat utbud av seminarier, workshops och föreläsningar att välja mellan. Ämnena skiftade, men



Foton: Karin Ranstad

Årets examinander diplomerades.

man kunde skönja en lokal prägel med ämnen som affektskola och mindfulness. Under eftermiddagen fördes samtal mellan SFAMs och DLFs ordföranden om vad som händer nu när Protos gått ner för räkning. Analysen visade bland annat att lagstiftning och nationell sammanhållning alltför mycket utmanar självstyret i landstingen. Idéerna kring personlig läkare är dock så bärkraftiga och vetenskapligt väl dokumenterade att DLF redan nu arbetar vidare. SFAM vill avvakta sin egen process innan samarbetet konkret går vidare. Föreningarna var överens om att det är en fördel att kunna agera utifrån olika uppdrag, men att samarbete är viktigt.

Fredagen inleddes med insyn i medicinjournalistens vardag. Vi delar positionen som attraktiv för påverkan från olika håll. För journalisten ersätter pressmeddelanden floden av läkemedelsreklam och PR-byråer försöker tränga igenom på samma sätt som bokningssekreterare försöker boka just sitt företag till vårdcentralens läkemedelslunch. Teknikerna att synas i bruset blir allt mer raffinerade och vi får alla finna oss i att ibland inte lyckas värja oss.

Isabel Garcia, kollega från London, stod för mötets nya företeelse, åtminstone för min del. Hon berättade om tidsbanker som ett sätt att återskapa samhörighet och tillit i lokalsamhällen. Tanken ►►



Linn Getz



Annika Eklund-Grönberg



Artister från Lövångersrevyn underhöll.

att göra en insättning av sin tid i form av hjälp till någon i närheten för att sedan kunna ta ut samma tid som hjälp av någon annan verkar som ett elegant sätt att minska isolering och hjälpa människor att finna mening och gemenskap.

Avslutningsdiskussionen handlade om vad vi kan lära av det förflutna för att forma framtiden. PG Swartling påminde oss om att de beslut som fattas idag hör samman med gårdagens utvecklingslinjer. Meta Wiborgh och Jonas Sjögren visade på hur utvecklingen kan ses ur personlig och organisatorisk synvinkel. Margareta Troein påminde oss om hur värdegrunden i utbildningen påverkats de senaste trettio åren. Finns det curling även av våra blivande kollegor?

Traditionsenligt avslutades mötet med att mötesklockan övertogs av nästa års organisationskommitté som välkomnar oss till Gotland i oktober 2007.

Sammantaget var det väl värt för ungefär 400 allmänläkare att tillbringa tre dagar i ett kylslaget Norrland. Möjligen saknar jag det inslag av kulturell utmaning som ibland har tagit sig uttryck i sambakarnevaler, operasång och guttural stämsång. Men Svarttjärn verkar också som en exotisk plats, och jag förutspår en ökad användning av ordet transparanger under den närmaste framtiden.

Karin Ranstad



Mötet avslutades med att mötesklockan överlämnades till nästa års organisationskommitté.

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

Förhandsinformation	Bra information fanns i god tid såväl på hemsida som i tidskriften. Lite problem har förekommit med länkarna ibland.	3
Tillgänglighet	Centralt beläget. Man kunde lämna ytterkläderna på hotellrummet. Buss- och flygförbindelser mycket goda, något sämre med tåg.	4
Hotell	Gott om hotell fanns i närmaste omgivningen.	4
Anläggning	Lättorienterat, lite trångt vid utställningen, posterlokalen rymlig, gott om utrymme vid caféborden. Idunteatern väl tilltagen för vissa programpunkter. Bra akustik, men lite mikrofonlapp förekom då och då.	4
Program	Linn Getz strålande genomförande av sin föreläsning På jakt efter en bärkraftig allmänmedicin kommer vi att minnas länge. En hel del annat spännande i programmet, även om en del av innehållet inte riktigt levde upp till förväntningarna. Ibland blev utrymmet för diskussion lite snålt tilltaget. Omväxlande för alla smaker var det hursomhelst.	4
ST	De märks mer och mer i vår förening, och gör att man känner tillförsikt inför framtiden. Examenspresentationerna är omistliga inslag.	4
Examinationshögtid	Högtidligt och finstämt och genomfört utan longörer.	3
Socialt	Trevligt att välkomstdrinken serverades i ett glas av is trots novemberkylan. Den västerbottniska maten både på Rex, och restaurang Äpplet var läcker. Banketten var suverän med flera roliga aktiviteter, men också tack och lov befriad från långgrandiga tal. En eloge till festarrangörerna för planeringen!	5
Sponsorer	Västerbottens landsting höll en ganska låg profil. Närsjukvårdschefen presenterade området kort och koncist.	3
Miljö	Trivsamt konferensmiljö i trevliga lokaler	4
Genomförande	Strålande sammanhållet av våra konferensvärdar. Vi kände oss väl omhändertagna. Mer tid för åhörarna att ställa frågor hade inte skadat.	4
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överlåter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna.	43
Sammanfattning	Så trevligt det är att åka på dessa möten. Man åker hem styrkt i själ och hjärta av alla intressanta reflektioner som man tagit del av, framför allt Linn Getz bidrag förtjänar klassikerstatus.	

SFAMs årsmöte och utmärkelser

Årsmötesförhandlingarna klarades av i god tid innan det blev dags för kvällens överdådiga buffé på Rex. Verksamhetsberättelsen och bokslutet presenterades och för första gången såg vi revisorn Arne Nilsson framträda, umeåbo som han är. En motion från Robert Svartholm m.fl. om Den personlige läkaren godkändes, liksom en språklig bearbetning av stadgarna.

Anslutningsgraden till föreningen ligger fortfarande på 50% och även om man kanske skulle önska sig en högre siffra med tanke på vad föreningen uträttar, är andelen medlemmar högre än vad många andra specialitetsföreningar kan uppvisa. Ekonomin är god, vilket poängterades i den sedvanliga diskussionen om årsavgiften, som föga överraskande förblir oförändrad. Björn Nilsson, Västerås, Ulf Peber, Halmstad samt Madelene Andersson, ST-läkare Piteå, invaldes i styrelsen. Eva Jaktlund lämnar styrelsearbetet och avtackades på banketten nästföljande kväll. Den högtidliga diplomeringen av årets examinander föregick denna och inramades traditionsenligt av Anders Hernborgs mäktiga tutande i lur. På middagen bjöds vi på läckra västerbottniska anrättningar kryddade med rolig underhållning av artister från Löfvångersrevyn. En musikaliskt driven barnläkarkör sjöng kluriga texter om bland annat ATL-frågan. Efter middagen rockades det fett till Isterbandet i Sävarhallen (gamla gympan). Oh vilket party det blev!

ÅRETS LEJON

har båda varit aktivt engagerade i fortbildningen inom allmänmedicin och arbetat med interaktiv och individuellt inriktad pedagogik på ett förtjänstfullt sätt.

Conny Svensson, Stockholm, får priset ”för sin aktiva implementering av allmänmedicinskt tankesätt och patientcentrerat förhållningssätt redan undergrundutbildningen, samt för att han har gjort en stor insats för Balintverksamheten i landet”.

Cecilia Ryding, Stockholm, får priset ”för sitt pionjärbete med FQ-grupper och för sitt arbete med att förmedla och förankra ett evidensbaserat medicinskt tänkande bland allmänläkare”.

ÅRETS AVHANDLING (avser avhandlingar 2005)

Håkan Bergh,
VC Gruebäck, Falkenberg
Frequent attenders in Primary Health Care, a vulnerable patient group seen from a biopsychosocial perspective.

ÅRETS UPPSATTS FÖR SPECIALISTEXAMEN

Daniel Fritzson, Bäckagårds VC, Halmstad
Allmänmedicinens uppdrag – mätbart eller inte?

ST-UPPSATSER HEDERSOMNÄMNDEN

Carina Widlund
Sittande eller liggande blodtryck – spelar det någon roll?

Magnus Gustafsson
Hur ser läkarna på samverkan mellan primärvård och sjukhusklinikerna?

ÅRETS HANDEDARE

Ann-Christin Forsberg,
Hersby läkarmottagning, Lidingö

Mikael Hasselgren,
Kronoparkens VC, Karlstad

Barbro Lundborg,
SöderDoktorn, Stockholm

Sven-Erik Wählin,
Bålsta VC, Bålsta

Anders Lundqvist



Ulf Peber invaldes i styrelsen...



... liksom Madelene Andersson ...



... och Björn Nilsson.



Mikael Hasselgren – en av årets handledare

Foton: Karin Ranstad

Folkhälsa i förändring – kommentarer med anledning av några aktuella rapporter

Lite om bakgrunden

1946 fick begreppet hälsa en internationell definition i WHO:s konstitution där hälsa beskrivs som ”ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp”. Den fortsatta utvecklingen visade att målsättningen var för visionär: i början på 1970-talet levde en stor del av världens befolkning fortfarande under oacceptabla hälsoförhållanden!

1977 utvecklades därför WHO:s globala Hälsa för alla (HFA)-strategi som nu skulle göra det möjligt för människor att leva ett socialt och ekonomiskt acceptabelt liv. Efter primärvårdskonferensen i Alma Ata 1978 fastställdes att primärvården skulle vara basen i medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem.

HFA-strategin uppdaterades 1999 med tio mål för folkhälsoarbetet fram till år 2020. Denna världshälsoodeklaration skulle göra det möjligt för människor att uppnå och bibehålla högsta möjliga hälsa genom livet.

WHO:s Europakontor i Köpenhamn utarbetade 1984 ett europeiskt HFA-dokument med indikatorer och tidsplan för uppföljning och utvärdering. 1998 fastställde WHO:s Europaregion, omfattande alla tidigare öststater, ett nytt måldokument – ”Hälsa 21” – med inriktning mot samhällsorienterat hälsoarbete och befolkningsinriktad primärvård.

2005 var det dags för en översyn av WHO:s HFA-policy i Europa: ”2005 Update”. Anledningen är framför allt att den fortsatta sociopolitiska och ekonomiska utvecklingen i Europa som inte gör det möjligt för alla medlemsländer att prioritera hälso- och sjukvård.

Att därför jämföra graden av måluppfyllelse med hjälp av tidigare utarbetade, allmänna mål och indikatorer kan te sig både orättvist och missvisande.

”2005 Update” innehåller således inte preciserade mål utan anvisar i stället en önskvärd, praktisk inriktning för det fortsatta hälsopolitiska arbetet.

EUs folkhälsoprogram

Sedan 1993 är också folkhälsoarbetet ett samordningsområde inom EU.

Jämfört med WHO, som har mer av strukturella, socialpolitiskt inriktade hälsofrämjande mål, är EUs målsättning mera inriktat på sjukdomsförebyggande åtgärder på individnivå.

EUs program för åren 2003–2008 skall ses som ett komplement till medlemsländernas egna hälsopolitiska program.

Det skall främja fysisk och psykisk hälsa inom unionen genom förbättrad information och kunskap om hälsa, snabba åtgärder vid hälsorisker och genom att beakta sådana faktorer som påverkar hälsa inom EUs alla politikområden.

Det finns numera tendenser i det europeiska folkhälsoarbetet, inte minst på nationell nivå, mot allt större realism med krav på konkretisering av effektmål jämfört med 1980-/90-talets större optimism med mera visionärt utformade inriktningsmål. I tiden ligger ett behov av avgränsning för att säkerställa politisk acceptans baserad på kostnadseffektivitet och hälsovinst

I ett europeiskt – och än mer i ett globalt perspektiv – framstår folkhälsoläget i Sverige i en mycket gynnsam dager!

Mål för folkhälsan i Sverige

Genom riksdagsbeslut 2003 fick Sverige för första gången en övergripande nationell folkhälsostrategi, ”Mål för folkhälsan”. Med 11 målområden skall denna strategi ge ”samhälliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”.

En nationell ledningsgrupp med hälsoministern som ordförande skall

verka för samordning på nationell, regional och lokal nivå.

Statens folkhälsoinstitut ansvarar för uppföljning och utvärdering.

Resultaten skall redovisas i en folkhälsostrategisk rapport vart fjärde år med början 2005.

Socialstyrelsen skall dessutom, liksom tidigare, sammanställa en nationell folkhälsostrategisk rapport och en hälso- och sjukvårdsrapport vart fjärde år.

Folkhälsoarbetet har påverkats av WHO:s HFA-principerna.

Tidsplaner, indikatorer och inriktningsmål innebär bättre möjligheter för att fortlöpande följa graden av, eller bristen på, måluppfyllelse – även om entusiasmen var större inför WHO:s HFA-initiativ i mitten av 1980-talet.

Och detta även om en önskvärd och nödvändig satsning, både strukturellt, personellt och finansiellt, på primärvård/när-sjukvård ännu inte kommit till stånd.

Samlad bild av hälsovård och folkhälsa

I Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 lämnas en samlad bild av den svenska hälso- och sjukvården.

Bilden är positiv på de flesta områden: nästan hälften av svenskarna lever ett sunt liv, är inte dagligrökare eller riskkonsumenter av alkohol, de är inte heller feta eller stillasittande och äter inte för lite frukt och grönsaker.

Men för att förbättra situationen för den andra hälften föreslås en lång rad åtgärder som nationell verksamhetsuppföljning med indikatorer på säkrare kvalitet och effektivitet i vården, ökad tillgänglighet framför allt i primärvården och aktivering av hälsofrämjande insatser. Internationellt intar Sverige, enligt OECD, en position kring genomsnittet av OECD-länderna. Enligt OECD bör tillgängligheten till primärvård och specialistvård förbättras, liksom också

samordning mellan sjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

I Folkhälsorapport 2005 redovisas bland annat folkhälsans utveckling och utbredning – också i ett internationellt perspektiv: omkring tre fjärdedelar av Sveriges befolkning anser sig ha ett gott hälsoläge och medellivslängden, bland den längsta i världen, har nu ökat till omkring 78 år för män och 82 år för kvinnor. Samtidigt har dock, något paradoxalt, graden av självskattad dålig hälsa ökat markant under senare hälften av 1990-talet. Den lätta ohälsan och sjukligheten har ökat markant de senaste tjugo åren.

Sjuk eller ledsen

Den problematiken tar Socialförsäkringsutredningen upp till diskussion i utredningen "Sjuk eller ledsen". Här belyses allsidigt betydelsen av symptom-baserade diagnoser – diagnoser utan objektiva undersökningsfynd på bakomliggande sjukdom.

Det krävs konstruktiv samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare kring roller och ansvarsområden för att inte individen i dagens samhälle ska hamna

mellan olika system; livsproblem måste lösas i livssituationen, arbetslivsproblem i arbetslivet och medicinska problem i vården.

Folkhälsopolitisk rapport

Folkhälsopolitisk rapport 2005 är den första i sitt slag från Folkhälsoinstitutet som har till uppgift att följa och redovisa insatser som gjorts eller bör göras för att förbättra hälsan i befolkningen i enlighet med den nationella folkhälsopolicyn "Mål för folkhälsan".

Nya tiders hälsohot som till exempel den stigande alkoholkonsumtionen, ned-satt psykisk hälsa, övervikt och brist på motion, arbetsrelaterad ohälsa och könsrelaterat våld mot kvinnor prioriteras och bemöts.

Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet måste förstärkas inom hälso- och sjukvårdens basarbete, inom primärvård, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och företagshälsovård.

Genom att ökade resurser ges till det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården kan förutsättningar skapas för att se individens hälsa som en vä-

sentlig ekonomisk tillväxtfaktor i samhällsplaneringen.



P Owe Petersson

MD, pensionerad från WHO's europakontor
p.owe.petersson@comhem.se

Referenser:

- Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet. Socialstyrelsen, 1999.
- 2005 Update. WHO Regional Office, Copenhagen, Denmark, 2005.
- Mål för folkhälsan. Prop, 2002/03:35 Socialdepartementet, 2003.
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen, 2005.
- Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen, 2005.
- Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens Folkhälsoinstitut 2005.
- Sjuk eller ledsen. Socialförsäkringsutredningen, 2005

Orion Diagnostica



Chempaq XBC "Poly/Mono" för 2000-talet

Snabba provsvar sparar tid.

Ökar säkerheten för korrekt antibiotikaförskrivning.

Förbättra infektionsdiagnostiken på din vårdcentral med Chempaq XBC!



Snabbt och enkelt system för bestämning av totalt antal vita, 3-partsdiff* och Hb från en droppe blod.

*Lymfocyter, Monocyter, Granulocyter

Kontakta oss för mer information på 0156-533 60 eller info@oriondiagnostica.se



Orion Diagnostica



Orion Diagnostica AB, Industrigatan 8, 619 33 Trosa
Tel. 0156-533 60, fax 0156-173 55
info@oriondiagnostica.se, www.oriondiagnostica.se

ANNONS



Foto: Per Stenström

Primärvårdens nationella kvalitetsdag 2006

"Vi lär av varandra." Mycket av kvalitetsarbetet som pågår i primärvården drivs helt lokalt, och måste därför uppfinnas på nytt på nya platser. För att ge en möjlighet till erfarenhetsutbyte inbjöd SFAM.Q – föreningens Kvalitetsråd – för tredje året till en nationell kvalitetsdag. Vi hade inbjudit till korta presentationer av pågående projekt som kommit en bit på väg. Tanken var att man skulle få diskutera i samband med presentationen men också få knyta kontakter.

Projektet spände från rena forskningsprojekt till lokalt arbete med genombrottsmetoder. En del var läkarprojekt och andra tvärprofessionella. Här är några axplock – presentationerna finns på rådets hemsida <http://www.sfamq.com>.

Sven Engström inledde mötet med en presentation av arbetet med NKI-P – nationella kvalitetsindikatorer i primärvården – som nu pågår på Fammi, och som ska täcka in vår verksamhet från patientupplevd kvalitet, till sjukdomspecifika register och till hemsjukvård, samt den svåra frågan om hur man fångar bearbetar och återför data på ett enkelt sätt. Dessa aspekter togs också upp i en av de nio parallella sessionerna. Nyt-

tan av arbete med förändring av livsstil presenterades ur forskningssynpunkt av Hans Brandström och i praktisk handling bland annat i ett väl genomarbetat projekt från Fittja Vårdcentral i en multinationell stockolmsförort.

Metod och resultat från ett forskningsprojekt om läkemedelsanvändning och läkemedelsrelaterade problem bland hemsjukvårdspatienter i Nässjö gav goda impulser till att ta nya tag hemma, likaså metoden i ett genombrottsprojekt från Rättvik där samarbete mellan vårdcentralen och apoteket lett till en rejäl förbättring i hypertoni behandling.

I Falun har man byggt upp en fungerande fortbildning. Malin André berättade att ►►



Malin André



Hans Brandström

framgångsfaktorerna utgörs av en tydlig struktur, en obligatorisk närvaro (2 tim/månad), och möjlighet till samvaro efter mötet, men att formen måste förändras med jämna mellanrum (för att inte dö ut?). ASK-projektet – en personlig utveckling – presenterades av Robert Svart-holm. Det har ännu inte utvärderats, men uppskattas stort av deltagarna.

Patienttillgänglighet speglades i projekt som både handlade om "Bra Mottagning" och om TeleQ. Psykiatriprojekt från Dalarna och KBT på nätet "norr-sken från cyberrymden" presenterades. I Gagnef har det psykiatriska teamet sina lokaler i vårdcentralen och man har ett unikt och nära samarbete, "Kropp och själ under samma tak". Korta väntetider och god ekonomi är några av fördelarna. I Falun har man sedan 1999 en kognitiv mottagning inom primärvårdsorganisationen. Båda mottagningarna har både nöjda patienter och nöjda medarbetare. KBT via internet är kompletterad med psykologstöd vid behov, och man behandlar stress, ångest, depression och sömnsvårigheter.

Kvalitetsuppföljning på vårdcentralen kan avse delar eller hela verksamheten. Det

är inte oproblemiskt, och Kjell Lindström pratade om svårigheterna med att mäta och att jämföra vårdcentraler. Inte minst måste resultaten tolkas av någon! Och av vem? Claes Hegen berättade om arbete med jämförelser i Västra Götaland och konstaterade att vi behöver visa vår medicinska kvalitet på regional och nationell nivå.

Fokus måste vara att mätningen i sig själv inte är målet, utan det är genomgången av resultaten, återkopplingen, och uppföljningen som är det viktiga. Det är den som leder oss vidare, och som gör arbetet spännande. Detta har varit vår linje, och har lett fram till *Mål och Mått*, (SFAMs nationella kvalitetsindikatorer – se www.sfamq.com) och nu fortsatt i det arbete som görs med NKI-P.

Återigen kom de svåra frågorna om prioritering upp. Eva Arvidsson och Per Carlsson presenterade forskning inom prioriteringsarbete i primärvården – ett svårt ämne som rör oss alla, men som måste göras begripligt, och därmed användbart i vår vardag.

Hann vi diskutera det vi ville? Är denna typ av möte intressant? Vi tror det, efter-

som det blev "utsålt" i år också trots att lokalen var större än föregående gånger. Publiken kom från hela landet, 180 personer kom, och 30 ytterligare fick inte plats. Det är viktigt att få visa fram sina egna projekt och att ta del av andras. Det är viktigt att blanda forskning och lokala utvecklingsprojekt.

Om vi ska fortsätta med dessa kvalitetsdagar? Självklart. Vi bjuder in, men först tar vi reda på vad alla deltagarna tyckte om årets upplaga.



Birgitta Danielsson

SFAM.Q

birgitta.danielsson@sll.se

Kvalitet kräver kunnande

– rapport från kvalitetsdagen

Vad förväntar man sig av en kvalitetsdag? Praktiska exempel att ta med hem, ideologisk debatt eller redovisning av forskning? Dagen handlade mest om olika utvecklingsprojekt, som knappast kunde kallas forskning, det fanns en del "ideologisk debatt", men rätt få praktiska tips att ta med hem. Man kunde kanske ha önskat sig mer tid för debatt och frågor, men formen med plenarföredrag inbjöd inte speciellt till detta. Dagen var fylld av parallella föredrag, så den svåraste uppgiften var att välja.

Från kaos till struktur

Ett tydligt tema var "från kaos till struktur". Hemsjukvård och telefontider var i kaos. Odiagnostiserade demenspatienter fyllde akutmottagningar, hypertoni-vården saknade struktur. Hjärtsviktpatienterna for ut och in på sjukhusen. Hur har det kunnat bli så? Jag känner inte igen den bilden från min underläkartid. Är det abdikerande organspecialister och vakanta distriktsläkartjänster som skapat detta kaos? Att åtminstone det sista tycktes var ett faktum, skymtade fram i bisatser i de flesta rapporter. "Arbets-sättet förutsätter en relativt god läkarbe-manning" konstaterar projektet om "Bra mottagning 5" i Västervik. Gör dagens arbete i dag och minska köerna. Projektet tog ett år med massor med registreringar. Ett tydligt upplägg med "Grön Ö"-teknik hade väl gett samma resultat mycket enklare? I Läkemedelsverkets workshop om hjärtsvikt står: "Den enskilt viktigaste insatsen för dessa patienter är att de ska ha en egen läkare".

Positiva exempel

Positiva exempel av naturlig utveckling utan kaos redovisades tack och lov. I Reftele rådde kontinuitet. En läkare, en sköterska samtalande och registrerade rökvanor under sju år. Varje år minskade rökningen med 3–5%, en fördubbling

jämfört med "spontanfrekvensen". Som bifynd noterades att journalerna omfattade drygt 200 rökare, varav 70 (30%) försvunnit, och ej gick att återfinna – vilket bortfall! De 131 som gick att återfinna bjöds in till spirometri, 60% kom, 40% fick ångest och ytterligare ca 15 personer slutade röka. Av de sju identifierade KOL-patienterna slutade bara en att röka. Imponerande arbete i kontinuitetens tecken med möjlig sensmoral: samtala med rökare och neka inte intresserade en spirometri. Man hittar inga KOL att tala om, men flera slutar röka.

Åby vårdcentral har det roligt på arbetet. Den är välbemannad, med stabilitet och trygga relationer. Den förre chefen Kjell Örtoft, som tagit sitt fulla professionella ansvar som läkare att utveckla verksamheten, har drivit linjen att det är roligt att jobba, att se sina resultat, och detta lönar sig. Man är stolt över sin låga antibiotikaförskrivning och sina låga läkemedelskostnader men glädjen grumlas av kortsiktiga externa "kvalitetsprojekt" och föränderliga incitament. Utan långsiktighet och kontinuitet faller motivationen. Det lär hota arbetsglädjen och skapa vakanser och rekryteringssvårigheter. Denna förutsättning för kvalitetsarbete bör lyftas fram tydligare!

Indikatorer

Mycket resurser läggs nu på ett nationellt kvalitetsregister för primärvården. Sven Engström inledde med en kritisk genomgång. Det är lätt att ägna sig åt det som går att mäta och det som "lönar sig", dvs. ersätts av huvudmannen. Hur påverkas enhetens resultat av patienternas socioekonomiska förhållanden, och hur hanterar man det faktum att diabetes är en klassjukdom? Mätningen/värdet i sig som är ointressant, det är utvecklingen som är intressant. Hur vet man att den sker? Sven konstaterade vidare att alla

registrerar olika, och att journaldata är otillförlitliga. Sensmoralen blev att inte lita till komplicerade uttag. När sedan ett par olika rapportgeneratorer jämfördes, och man fick fram väldigt olika utfall blev det lätt att instämna i sammanfattningen: "Utdata direkt till beställaren utan utvärdering eller tolkning måste avrådas ifrån. Att koppla prestationsersättning till data ... ter sig helt förkastligt." Per Wändell avslutade med orden: "Datorer är dumma men lydiga. Det är bättre med audit".

Sammanfattning

Väldigt mycket utveckling och professionellt ansvar visades under dagen. Tyvärr lyste analysen av kaos ofta med sin frånvaro, men de mätbara resultaten kunde ibland vara bra. Att kvalitén går att påverka om man får arbeta professionellt och ostört var tydligt, och männe kan en kritisk röst få be att resurser tas från Sisyfosarbetet att bygga ett register, för att i stället satsas på det som Regeringskansliet beskrev i Iakttagelser om Landsting 2005: "Som vi uppfattar det är effektiviseringsarbetet mycket beroende av eldsjälar, vilka inte sällan är läkare". SBU varnade: "Vi får se till att inte hamna i en mätbarhetens återvändsgränd".



Foto: Anders Lundqvist

Robert Svartholm, Boden
polarull.svartholm@telia.com

ANNONS

Think globally – act locally

I slutet av augusti åkte vi till Florens på Wonca Europe conference för första gången.

I två dagar skulle vi vara Sveriges och SFAMs ST-råds representanter i Vasco da Gama movement; WONCAs nätverk för ST-läkare och nyfärdiga specialister.

Nätverk

Konferensens första dag tog vi oss lite nervösa och mycket förväntansfulla till det gamla kastellet där konferensen skulle hållas. Vi möttes av ca 35 ST-läkare i allmänmedicin som representerade många av de europeiska länderna. En gemensam introduktion och presentation av Vasco da Gama-nätverket var dagens första punkt i programmet. Syftet med nätverket är att utbyta erfarenheter och öka kunskapen och förståelsen mellan yngre läkare i de europeiska länderna. Vi fick veta att nätverket nu varit aktivt i tre år och att det består av ett råd där en representant från varje europeiskt land ska finnas med. Detta råd verkar för att nätverket ska fortsätta att finnas kvar och att Vasco da Gama-mötet kan fortsätta hållas årligen i anslutning till WONCA Europe-mötet.

Perspektiv

Det visade sig snabbt att ökad kunskap om villkoren för ST-läkare och allmänläkare runtom i Europa vidgar perspektivet betydligt! Vi blev medvetna om att vi lever i ett land som är tämligen välorganiserat och välfungerande. Skillnaderna är enorma mellan olika länders kvalitet på utbildningen till specialist i allmänmedicin. Vissa ST-läkare betalar hela sin utbildning själva och får knappt någon lön under ST-tiden. I en del länder, exempelvis Italien, blir man inte specialist i allmänmedicin ännu. Utbildningstiden varierar också kraftigt mellan tre och fem år. Treårig specialistutbildning har

man till exempel i Tyskland och Nederländerna, medan vi och våra nordiska grannländer ju har en femårig specialistutbildning.

Gemensamma problem

Trots alla olikheter mellan länderna slogs vi av att vi har så många likheter i jobbet och att problemen ofta är likartade. Många har bekymmer med att man är tvungen att tillbringa så stor del av sin utbildningstid på sjukhusen och göra mycket som är långt ifrån det man behöver kunna i jobbet som allmänläkare. Det är ofta svårt att få gehör för detta då man behövs som resurs i sjukhusens jourssystem, något vi känner igen i Sverige också. En del europeiska ST-läkare har inte satt sin fot på en vårdcentral förrän de är färdiga specialister i allmänmedicin!

Vi har också förstås samma känslor av ångest och skräck när vi gjort något fel eller mindre bra med våra patienter, och ett seminarium handlade om vad det finns för hjälp i dessa situationer. Alla länder har även där olika system med mentorer, balintgrupper, webbaserad handledning och några ingen hjälp alls annat än från familj och vänner.

Attityd och identitet

Vad som genomsyrade hela Vasco da Gama-mötet var en stark känsla av att det just nu händer mycket inom allmänmedicinen i hela Europa. Nästan alla avslutade sina presentationer om förhållandena i sina länder med att mycket håller på att förändras och utvecklas. Vi talade om att jobba för att stärka vår identitet inom allmänmedicinen i Europa och att delta i konferenser av detta slag är ett första steg. Det var lite tråkigt att se så pass få deltagare från Sverige på årets WONCA-konferens. Det är viktigt att vi fortsätter att utbyta erfarenheter med varandra i Europa och att inse att bara



genom att delta så bidrar man till förändring. De avslutande orden på Vasco da Gama-prekonferensen var; Think globally, act locally!

Det är precis vad vi tänker göra nu! Vi fick med oss en hel del nya kunskaper och erfarenheter samt ett nytt perspektiv på vår tillvaro som allmänläkare och ST-läkare i Sverige. Vi vill varmt rekommendera alla ST-läkare i allmänmedicin och färdiga specialister att åka på WONCA-konferensen i Paris 2007!



Maria Wolf,
ST-läkare Stockholm,
SFAMs ST-råd
maria.wolf@sns.sll.se

Viktoria Kjellin,
ST-läkare Örebro,
SFAMs ST-råd
viktoria.kjellin@dll.se

ANNONS



Foto: Elisabeth Richter

Hur kan förbättringsarbetet och kompetensutvecklingen i primärvården bli effektivare?

Den hänförande utsikten från Södra berget i Sundsvall skymdes stundtals av dimma, när ett hundratal personer från hela Sverige samlades för att tala om fortbildning. Landstinget Västernorrland hade tillsammans med Fammi ordnat ett fullmatat program. Syftet var att beskriva hur strategier för hur effektiv kompetensutveckling kan se ut. God vård bygger på forskning, kunskaper, erfarenheter och professionell utveckling.

Förmiddagen ägnades åt teorier om inläring och kommunikation, medan eftermiddagen bjöd på sex olika workshops om kompetensutveckling ur olika aspekter.

Per-Erik Ellström, professor i pedagogik, talade om Adoption av ny kunskap – att bemästra och ifrågasätta det givna. Kompetensutveckling i arbetslivet ger ökad produktivitet, lönsamhet och konkurrenskraft. Att främja idéer och innovationer motverkar uppkomst av stress och arbetsrelaterad ohälsa.

Kompetens och lärande i förändring

Kompetens är en individs eller grupps potentiella handlingsförmåga, alltså för-

mågan att framgångsrikt använda sina kunskaper och färdigheter att utföra ett visst arbete. Det gäller inte bara att utföra arbetet utan också att medverka i utvecklingen av det.

Kan det bli för mycket förändring? Konsten att jobba bra med förändringsarbete är inte så utvecklad. 1920 rådde ett Top/down-perspektiv under Taylorismen. En aktiv detaljstyrande ledning rådde över en passiv, regelstyrd rutiniserad personal. 2006 råder ett Bottom/up-perspektiv. En aktiv flexibel problemlösande personal understöds av en aktiv utvecklingsinriktad stödjande ledning. Inläring kan ske formellt eller informellt och måste understödjas av reflexion.

Lärande är en kontinuerlig process, som kan vara avsiktlig och planerad men ofta är omedveten och oplanerad. Lärandets resultat kan vara positiva i form av utvidgad eller ökad kompetens. De kan också vara negativa i form av passivisering, underordning eller försämrat självförtroende.

Att ifrågasätta *det givna* gäller att inse att det finns inom en ram. Ramen begränsas av Visioner, Regler (lagar och avtal), Resurser och Krav från kunder/

intressenter. Ofta anses *det givna* vara en enda punkt, medan det i själva verket kan finnas många tolkningar och variationer, som alla kan vara rätt och bra (eller dåliga).

Göran Sjögren, UGL-handledare, gav en lektion i empatisk kommunikation som bygger på Marshall B Rosenberg non-violent communication. Människors otillfredsställda behov och att använda giraffspråket var intresseväckare som ledde många till en av eftermiddagens workshops.

Från ord till handling var rubriken på en workshop med Ulf Andersson, Memnologen, Umeå. Vi fick höra om olika kända fakta om inläring, motstånd mot förändring och dess olika faser. Staceys diagram om samtycke, säkerhet, enkelhet och kaos blev till en begriplig beskrivning av sjukvårdens komplexa verklighet. PDSA-cirkeln, som vi känner igen från Genombrottsmetoden, bars fram som en verkligt bra metod. PDSA betyder Plan, Do, Study, Act. Vid en förändring måste missnöje med nuet, lockelsen till något nytt och förändringens trovärdighet vara större än summan av arbetsinsatsen och dess kostnader för att det ska lyckas. ►►

ANNONS



Att lära Pricken vissla

Många av dagens aktiviteter smälte samman i den visa satsen om att lära Pricken vissla. Man kan inte sprida kunskap. Kunskap måste adopteras.

– Jag har lärt Pricken vissla.

– Jag hör inte att han visslar?

– Jag sa att jag lärt honom vissla, inte att han lärt sig.

Uppnådde konferensen ökad samsyn mellan huvudmän och professionen kring formerna för kompetensutveckling? Den avslutande paneldebatten pekade mot en medvetenhet om att alla på en arbetsplats måste delta i fortbildning, både för att utveckla verksamheten och för att fylla egna professionella behov av ny kunskap.

Svårigheten verkar inte ligga i brist på pengar, utan i brist på tid. Det är svårt att hinna med att delta i fortbildning och att reflektera över sitt lärande. Ledningen finns till för att skapa förutsättningar för att detta ska fungera. Frågan om läkarnas fortbildning har kommit på dagordningen tack vare avtalet med LIF. Huvudmännen inser att samarbetsformerna med LIF måste utvecklas.

Jag tar med mig teorierna om hur kunskap sprids: Genom påminnelser och genom att skapa nyfikenhet och sug efter att lära så att man verkligen vill dra kunskapen till sig. Svårigheten att hinna med måste åtgärdas organisatoriskt, så att det ingår i uppdraget att fortbilda

sig. På så sätt kan ny kunskap snabbare omsättas i praktiken och komma patienterna till godo.



Gunilla Byström
Örnsköldsvik

ST-dagar *Världen krymper – perspektiven växer*

Med årets tema "Världen krymper – perspektiven växer" vill vi försöka spegla hur vårt arbete påverkas av att våra klienter och patienter inte självklart är uppvuxna i den svenska kulturen. Går det exempelvis alls att enas om vad begreppet hälsa innebär? För vilka symtom det är rätt att söka läkare? För hur smärta bör uttryckas? Eller för den delen vad som egentligen är så särskilt svenskt? Vi hoppas kunna bringa ny förståelse för våra medmänniskor och bidra till ökad empatisk förmåga bland framtidens "livläkare".

Många har undrat vad jag menar med begreppet "livläkare" som jag ibland använder när jag vill beskriva vår specialitet. Låt mig förklara. Det började med att jag för flera år sedan fick se en annons om en distriktsläkartjänst (någonstans i Värmland om jag inte minns fel) där man använde sig av uttrycket. För mig betyder detta: Från vaggan till graven representerar mina patienter alla livets skeden.

Därtill arbetar jag inte med begränsade frågeställningar som man gör inom andra specialiteter, utan allt som hör li-

vet till kan vara betydelsefullt för mina patienters hälsa och därigenom för mig.

Jag vet inte om det finns några legala svårigheter att använda denna gamla titel men det skäl jag har är helt enkelt att jag tycker det låter bra. Provinsialläkare, distriktsläkare, husläkare och familjeläkare i all ära men jag kan inte vänja mig vid en titel som har med en specifik omgivning att göra och då begränsar sig till bara en del av vad EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) arbetat hårt med att beskriva i "the European Definition". Endast i vissa paragrafer kopplas arbetet till geografien och det finns en rad andra som målar vår specialitet i helt andra färger.

Detta nummer av tidskriften kommer att delas ut till alla ST-läkare i allmänmedicin och framtida "livläkare", som besöker ST-dagarna i Jönköping med förhoppning att fler vill ansluta sig till vår fina förening. Har du en ST-läkare i din närhet? Sporra honom eller henne att besöka Vätterbygden i vinter – vi bjuder på en härlig fest i dagarna tre. Och uppmana dem gärna till att ta över inför ST-dagarna 2008!



Pontus Stange
ST-läkare Jönköping
pontus.stange@sfam.a.se

ANNONS

SFAM har fått råd med hemsjukvård

Sedan flera år har det inom SFAM funnits ett Nätverk för hemsjukvård, och detta har i år ombildats till ett Råd för hemsjukvård.

En grupp ur nätverket påbörjade i samarbete med Fammi 2002 ett arbete som resulterade i rapporten *Familjeläkaren – medicinsk ledare i hemsjukvården*, vilken diskuterades på ett seminarium vid SFAMs höstmöte 2003. Tillsammans med Riksföreningen för distriktssköterskor omarbetades detta dokument och kom då att kallas *Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården*. Dessa dokument, som återfinns på Fammi's hemsida, var tänkta att kunna användas lokalt i utvecklingen av hemsjukvården i kollegial diskussion eller i dialog med uppdragsgivare/beställare. En strävan att påverka Landstingsförbundet till att initiera Genombrott Hemsjukvård på nationell nivå visade sig vara svårframkomlig; Sveriges Kommuner och Landsting tycks inte längre ha ambitionen att leda sina medlemmar i utvecklingen av svensk sjukvård.

Elisabet Svensson, Borås, åtog sig att omsätta gruppens arbete till ett studiebreiv om Hemsjukvård, men hon fick också genom Fammi möjlighet att upprätta ett hemsjukvårdsbibliotek som är åtkomligt via Fammi's hemsida. Här finns en imponerande mängd referenser, flertalet med kortfattad beskrivning av innehåll.

Sonja Modin, som varit kontaktperson i nätverket, fick genom anställning på Fammi möjlighet att arbeta vidare med hemsjukvårdsfrågorna, och hon har bidragit till utformningen av Fammi's konferenser *Mötet i hemmet*, vilka lett till bildandet av ett tvärprofessionellt nätverk för hemsjukvårdsfrågor.

Hemsjukvården har alltid varit viktig, och i framtidens sjukvård kommer den att ha avgörande betydelse för framför allt äldre människor med komplexa vårdbe-

hov, för vilka sjukhusvården inte alltid är så lyckosam. Efter provinsialläkarens försvinnande har den varit distriktssköterskans arena, och studier visar att dessa patienter får mindre av familjeläkarens tid än de jämnåriga som kan ta sig till mottagningen.

Även om variationsbredden är stor i vårt avlånga land är i allmänhet den svenska familjeläkarens engagemang i hemsjukvården för litet i förhållande till behoven, och det finns såväl resursbrist som tradition bakom detta. Betydelsen av detta kan avläsas i följande konstateranden:

1. I flera uppföljningar av Ädelreformens effekter har Socialstyrelsen pekat på frånvaron av läkare i den kommunala sjukvården. Flera undersökningar visar att det saknas mottagare som är beredda att överta ansvaret när äldre med komplexa vårdbehov skrivs ut efter kort vårdtid i akutsjukvården.
2. Till följd av bland annat uppfattningen om att landstingen misslyckats med uppbyggnaden av hemsjukvården föreslås nu en lagändring som ger kommunen det samlade ansvaret för all hemsjukvård, och det kommer att bli kommunerna som sätter ribban för ambitionsnivån avseende läkarmedverkan i hemsjukvården.
3. Socialstyrelsen visar i en registerstudie 2005, siffror som antyder stora brister i landstingens och kommunernas förmåga att ge människor en god vård i livets sista skede. Av de 80 000 över 65 år som dör årligen i Sverige avlider 40 000 inom två veckor efter utskrivning från sjukhus, och av dessa 40 000 hinner 30 000 återvända igen till sjukhus och avlida där. Mest markant är detta för människor över 80 år. En mörk bild framtonar, där oförmågan att diagnostisera döendet

paras med en oförmåga att ge dessa människor ett vårdinnehåll som motsvarar deras behov. Detta leder till en ovärdig transport mellan hemmet och sjukhuset i livets sista dagar.

Fammi läggs ner vid årsskiftet utan att besked givits om vad regeringen avser göra med det arbete som betraktats som viktigt för primärvårdens utveckling. Signalerna från alla håll talar samma språk: Vården av äldre med komplexa vårdbehov måste prioriteras, och utvecklingen av hemsjukvården är av central betydelse. SFAMs styrelse anser att svensk allmänmedicin har en viktig funktion att fylla, och har därför beslutat inrätta ett råd för hemsjukvård med Sonja Modin som ordförande.

Rådet har redan hunnit svara på motionen om kommunaliseringen av hemsjukvården, det ansvarar för ett symposium på Riksstämman kallat *Var vill vi dö när vi blir gamla – på sjukhus, i särskilt boende eller det egna hemmet*, och den första fortbildningen i hemsjukvård för familjeläkare har i höst arrangerats av en arbetsgrupp ur rådet.

Framtidens sjukvård behöver en hemsjukvård med familjeläkaren som dirigent, och resurser måste satsas på en utbyggnad. Alla goda krafter är välkomna i arbetet – kontakta Sonja Modin eller styrelsen.



Gunnar Carlgren
SFAMs styrelse
Gunnar.Carlgren@lio.se

SFAMs forskningsråd har snabbt hittat många arbetsuppgifter



Forskningsrådets medlemmar (från vänster):

Per Wändell,
docent allmänmedicin, Stockholm

Malin André,
disputerad allmänläkare, Falun, ordförande i forskningsrådet;

Cecilia Björkelund,
professor allmänmedicin, Göteborg;

Sara Holmberg,
disputerad ST-läk i allmänmedicin, FOU-centrum i Växjö;

Lars Borgquist,
professor allmänmedicin, Linköping, vetenskaplig sekreterare i SFAM;

Anders Håkansson,
professor allmänmedicin, Malmö

Robert Kristiansson (Saknas på bilden),
ST läkare i allmänmedicin, doktorand vid Centrum för klinisk forskning, Västerås

SFAMs forskningsråd är det näst yngsta av SFAMs åtta råd och har varit aktivt i drygt ett år. Rådet har idag sju medlemmar (se faktaruta). Forskningsrådets uppdrag kan sammanfattas med tre punkter:

- Att stärka kontaktnätet mellan SFAM och de allmänmedicinska universitetsmiljöerna,
- att stödja samarbetsformerna för allmänmedicinsk forskning utanför de traditionella högskolorna och universitetsmiljöerna,
- att stödja arbetet med att fånga upp forskningsintresserade ST-läkare.

Vi har försökt identifiera problem och hinder för allmänmedicinsk forskning och utifrån det givit förslag till åtgärder. I många frågor blir forskningsrådet SFAMs kontakt- och utredningsorgan och lämnar förslagen vidare till styrelsen för ställningstagande och fortsatt arbete.

Nationellt perspektiv

Inventering av allmänmedicinska avhandlingar

Forskningsrådet har inventerat allmänmedicinska avhandlingar (uppdateras

löpande) och utifrån det materialet publicerat en artikel i Läkartidningen [1]. Den akademiska allmänmedicinen växte fram under 1980-talet. Sedan dess har antalet allmänmedicinska avhandlingar ökat från cirka 1/år till 10/år. Allmänmedicinens del i universiteten är fortfarande mycket liten. Trots att Sveriges allmänläkare utgör cirka 20 procent av landets läkarkår, innehar allmänmedicin mindre än en procent av professors- och lärartjänsterna. Bara tre procent av allmänläkarna har disputerat medan motsvarande andel för övriga medicinska specialiteter är 30 procent.

Mer allmänmedicinsk forskning behövs

Vi vet att allmänläkares beslut får stora konsekvenser både för folkhälsa och för resursanvändning. Användbara forskningsresultat rörande de stora sjukdomsgrupper som allmänläkare handhar kräver allmänmedicinsk forskning. Forskning som utgår från sjukhusvärlden och rör allmänläkares patientgrupper kan inte direkt överföras till allmänläkarverksamheten. I upprepade SBU-rapporter noteras behovet av mer allmänmedicinsk forskning. Ofta anges

att ”det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma behandling i primärvården”. Mot denna bakgrund har forskningsrådet författat ett uttåg om att inrätta en egen beredningsgrupp för allmänmedicin inom Vetenskapsrådets beredningsorganisation.

Samordnat forskningsprojekt

För att stödja forskning utanför de traditionella forskningsmiljöerna har forskningsrådet väckt förslag om ett stort, gemensamt forskningsprojekt för de olika universiteten där också allmänläkare utanför universitetsmiljöerna inbjuds. Kanske skulle det Nationella kvalitetsindikatorprojektet kunna utvecklas till ett sådant gemensamt arbete. Frågan kommer att diskuteras våren 2007 vid de allmänmedicinska universitetsavdelningarnas årliga möte.

Ökad forskarnärvaro på SFAMs möten

SFAM är allmänläkarnas vetenskapliga förening. Forskningen borde därför få en mer framträdande plats vid föreningens möten. Forskningsrådet har lämnat förslag om hur arrangörer av SFAM-möten kan öka mötenas vetenskapliga kvalitet,

vilket antagits av SFAMs styrelse. Stående punkter bör vara att allmänläkare som disputerat under året bjuds in för att berätta om sina avhandlingar och att de, som medverkat i framtagande av SBU-rapporter, nationella riktlinjer och liknande, redogör för rapporternas allmänmedicinska innehåll. Inte minst viktigt är att diskutera områden som kräver fortsatt allmänmedicinsk forskning.

Ökad allmänläkarnärvaro på Riksstämman

SFAM är en sektion i Läkarsällskapet som anordnar Riksstämman. Antalet närvarande allmänläkare har varit kring 12 procent av antalet specialister i allmänmedicin, vilket är lägre än genomsnittet för övriga specialiteter. Ett skäl är att flera allmänmedicinska möten konkurrerar under höstterminen. Forskningsrådet har därför föreslagit att SFAMs årsmöte flyttas till våren. Forskningsrådet har också åtagit sig att hjälpa SFAMs vetenskapliga sekreterare att förbereda kommande års riksstämman.

Regionalt perspektiv

Förutsättningarna för allmänmedicinsk forskning varierar stort över landet. Goda exempel och idéer finns på skilda håll. I Stockholm har man i landstinget samlat de allmänmedicinska forskningsresurserna för att bli en starkare kraft. I Umeå har man inrättat adjungerade lektorstjänster för disputerade allmänläkare utanför universitetsorterna. I södra regionen har man i flera år på ett lyckosamt sätt drivit kurser i forskningsmetodik för allmänläkare. Under kommande år ska forskningsrådet försöka sammanställa dessa initiativ, kanske till en ny artikel i Läkartidningen.

Individuellt perspektiv

Handledning ST-uppsatser

Inför framtiden är satsningen på ST-läkarna av stor vikt. Forskningsintresserade ST-läkare behöver bättre möjligheter till stöd för sin forskning men samtidigt har många disputerade allmänläkare svårt att få utrymme för handledning och fortsatt

forskning. Alla ST-läkare ska nu skriva en uppsats. Forskningsrådet föreslår att huvudmannen ska garantera forskningskompetenta handledare för ST-läkare som skriver uppsatser och att handledarna ska ha avsatt tid, som inkluderar egen forskning, och gärna vara associerad till en allmänmedicinsk avdelning, t.ex. som adjungerad lektor. Forskningsrådet har nu SFAMs uppdrag att mer detaljerat bedöma de resurser som krävs för att genomföra det planerade handledaruppdraget.

Allmänläkares nationella uppdrag

Kunniga allmänläkare behövs för att medverka i en rad nationella uppdrag. Förutom att det är svårt att frigöra allmänläkare från vardagsarbetet har frågan om ekonomisk ersättning ofta varit en stötesten. Under hösten har vi genom Socialdepartementet fått reda på att den överenskommelse som Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket hänvisar till – att landstingsläkare ska kunna delta i nationella arbeten utan löneavdrag – inte har reglerats. Frågan har varit upp till diskussion i de s.k. Dagmar-avtalen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Det betyder att den enskilde läkaren är utlämnad till huvudmannens godtycke. För allmänläkare med små arbetsplatser är läget extra svårt. Denna fråga har lämnats till SFAMs styrelse för fortsatt arbete.

Forskningsrådets framtid?

Fastän forskningsrådet bara arbetat aktivt ett drygt år har vi redan identifierat många frågor och problem där vi ser möjlighet till lösningar. För att realisera våra förslag krävs det idogt arbete i samarbete med SFAMs styrelse. Rådet kommer att få leva med dessa frågor en tid, samtidigt som vi är öppna för att ta itu med nya problem. Du som har synpunkter eller frågor – hör av Dig!

[1] Läkartidningen 2006;24:1968-71

Malin André

Britsarvets VC och
Centrum för klinisk forskning, Falun
malin.andre@ltdalarna.se

Jämförelser mellan landsting 2006

Hösten 2005 påbörjade Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen ett samarbete med att utveckla kvalitetsindikatorer för jämförelser mellan landstingen. Samtliga landsting medverkar i detta arbete. Man har nu sammanställt en första rapport [1] med data avseende sammanlagt 57 olika indikatorer som avser beskriva fyra olika områden: Medicinska resultat (35 indikatorer), Patientfarenheter (9 indikatorer), Tillgänglighet (4 indikatorer) och Kostnader (9 indikatorer). Indikator presenteras grafiskt där landstingen jämförs med varandra och skillnaderna sammanfattas också verbalt. Rapporten innehåller ett avsnitt om datakvalitet, där det mycket riktigt påtalas att en självklar utgångspunkt måste vara att datakvaliteten är tillräckligt god, eftersom jämförelser annars blir missvisande. Tyvärr finns det nog en risk att läsaren sedan glömmer bort detta, när man sedan tittar på tabeller med olika staplar. I tabeller jämförs landstingen avseende andel av primärvårdspatienter i diabetesregistret som uppnått behandlingsmål $HbA_{1c} \leq 6,0$ respektive behandlingsmål för systoliskt blodtryck ≤ 130 . Som läsare kanske man inte tänker på att resultaten inte enbart beror på hur bra vård som ges och eventuella skillnader mellan befolkningarna avseende ålder mm, utan också i vilken utsträckning patienter rapporteras till registret och om detta sker med bias, vilket Peter Olsson diskuterat i en tidigare artikel i denna tidskrift [2].

Roland Morgell

1. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006.
2. Peter Olsson: Vilka registreras inte i NDR. AllmänMedicin nr 2/2006

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Björn Nilsson
nilsson.holst@telia.com

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
madelene.andersson@nll.se

Karin Lindhagen
070-327 09 31

karin.lindhagen@sfam.a.se

Ulif Peber

ulf.peber@lthalland.se

Pär Säberg

070-765 448
Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

Lars Borgqvist, Gunnar Carlgren,
Annika Eklund-Grönberg och
Karin Lindhagen.

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Examenskansliet

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

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@ltkalmar.se

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@sfam.a.se

Utbildningsrådet

Ulif Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin

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

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07
bjorn.stallberg@dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04
t.fritz@telia.com

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Anna-Karin Fahlén
anna-karin.fahlen@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

Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Roland Olofsson Dolk
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögreen
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Christina Kallings Larsson
Christina.Kallings-Larsson@dll.se

STOCKHOLM

Åsa Colliander
asa.colliander@priv.sll.se
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

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Staffan Gyllerup
Staffan.gyllerup@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
anne-marie.gravgaard@skane.se
042-14 95 60

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

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

**Internationella
kontaktpersoner**

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

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
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:
Grev Turegatan 10E, 2 tr
114 46 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.se

Beställningstalong

Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

Ja! Jag vill prenumerera på tidskriften AllmänMedicin! Pris: 450 kr
(OBS! Priset gäller endast för tidskriften) Sätt kryss i rutan

Jag vill istället bli medlem i SFAM – vilket inkluderar tidskrifterna AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care inklusive supplement.

Pris: 1 200 kr för heltidsverksamma läkare,
600 kr för ST-läkare och pensionärer.

Sätt kryss i rutan

Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal

Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal

Supplement 1/02

"Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal

**Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare
– specialistexamensuppsatser 1997–2002"**

Antal

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

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

Skicka din beställning till SFAMs kansli,

Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.se

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

Ansvarig utgivare

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

Redaktion

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

Roland Morgell, redaktör
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
08-524 887 38
roland.morgell@ki.se

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

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

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80

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

Layout

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

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Dan Johansson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
dan@mediahuset.se

Tryck

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2007

Nr	Manusstopp	Utgivning
1	9/1	21/2
2	6/3	19/4
3	8/5	20/6
4	7/8	19/9
5	18/9	31/10
6	6/11	19/12

Dåliga utsikter utan insikt

2006 – året då Protos visnade och dog. Somliga känner lättnad, andra sorg. Alltför många är utan kunskap om konceptet som går i graven. Trots en på ytan bred förankring har kritiken varit hård, inte minst internt från läkare.

Var det idéerna som var dåliga eller framförandet? Utgjorde Protos ett hot mot bra primärvård? Många hävdar att vi faktiskt har en väl organiserad primärvård, men den har inte fått tillräckliga resurser. Finns den bästa lösningen verkligen runt knuten? Tveksamt. Tyvärr lyser alternativa visioner med sin frånvaro och en sövande värdekonserverativ dimma råder. Vilka nya idéer får det att klarna?

Utöver att klara den balansakt som utvecklingen av primärvården kommer att vara behöver vi rekrytera läkarkollegor. Måste vi då inte kunna visa att familjeläkaryrket är attraktivt? Kan vi hävda det i framtiden? Primärvårdens familjeläkare med rätt resurser och uppdrag kan erbjuda folket fantastiskt bra vård. Vad kan primärvården erbjuda läkaren imorgon? Är det legitimt att fråga efter incitament?

I bästa fall har vi två problem med en lösning. Om det låsta läget och rekryteringsproblematiken är problemen, vilken är då lösningen? Lär av historien, och lyssna till andra. Önska gärna att de som tänker ropa varg gör det i anständig tid, men det håller inte. Förankringsarbetet måste vara integrerat från A till O. Finn gedigna gemensamma nämnare som enar oss. Vi kan då bli en kraft att räkna med, en som det omöjligt går att bortse från.

Jantelagen manar oss att tona ner vår kompetens. Men familjeläkare ÄR specialister på att vara

generalister. Vi har den medicinska kompetensen både på bredden och på djupet. Med generalistens kunskap kan slagkraftig primärvård formos. Och vi måste vara en anförande kraft. Tiden stannar inte för att vi står med byxorna nere. Hotet att det i framtiden är vi som får specialistens roll skrämmer mig. Helhetsperspektivet tillfaller andra, vi kopplas in vid medicinska sakfrågor. Handen på hjärtat kollegor, kanske ett sådant scenario är troligt eller rent av önskvärt? Bekvämt, vi kanske kan sluta vara oroliga över att det skall finnas för få av oss?

Du som vädrade nationellt upphandlad primärvård, små enheter med stora möjligheter, och som sörjer Protos – det är dags att bita ihop, dags att idag ta ansvar för morgondagens primärvård. Du som aldrig gillade Protos – agera konstruktivt och lyckas där Protos kom till korta. Snälla helt vanliga primärvårdsdoktor, gör din stämma hörd! Falangist, tona ner dig så att dödläget kan brytas. Höj din blick och släng ditt svärd! Det ger familjeläkarens kompetens bättre utsikter till luft under vingarna i morgondagens vård.



Andreas Kasemo
ST-läkare Halmstad
andreas.kasemo@lthalland.se

2007

Januari

Allmänmedicinsk kompetensvärdering. Kurs i kompetensvärdering ("v3-kursen") för examinatore, studierektorer, handledare m.fl. 15-17 jan i Fiskebäckskil. Anmälan senast 15 dec. Arrangör: Utbildningsrådet Anmälan och förfrågningar: Robert Svartholm polarull.svartholm@telia.com

Patienter eller riskprofiler? Vem/vad behandlar vi i dagens primärvård?

19 jan. Nordic Risk Group inbjuder till konferens i Stockholm, Norra latin. Se separat notis. www.nordicriskgroup.com/riskmote2007/

Norrländska läkemedelsdagarna i Umeå

30-31 jan. Anmälan till: umea@mittkompetens.se

AllmänläkarDagarna – en mötesplats för professionen

31 jan–2 feb. Hotel Billingeus, Skövde Arrangör: KursDoktorn Program och anmälan: www.kursdoktorn.nu

Svensk förenings för Diabetologi och Svenska Endokrinologföreningens första gemensamma fortbildningsmöte

31 jan–2 feb Aula Nordica, Umeå www.umea-congress.se/diend.htm

Februari

SFAMs ST-dagar i Jönköping 7-9 feb. Program och anmälningsblankett kommer på SFAMs hemsida i oktober. Kontakt via SFAMs ST-råd.

Mars

Läkardagarna i Örebro

"Bildn i vår kliniska vardag". 27-28 mars. Mer information: ewa.nystrom@orebroll.se Telefon 019-602 37 05

Nationellt vårmöte i Jokkmokk

28-30 mars. Arrangör SFAM Norrbotten. Lär om tips och tricks för vardagen och diskutera allmänmedicin i Sverige. markus.beland@nll.se

Maj

Studierekorsmöte i Uppsala 24-25 maj. Kontaktperson: karin.lindhagen@sfam.a.se

Juni

15th Nordic Congress of General Practice 13-16 juni. Reykjavik, Island. www.meetingiceland.com/gp2007

Juli

18th Wonca World Conference Genomics & Family Medicine 24-27 juli. Singapore www.wonca2007.com/

Augusti

AAFP (American Academy of Family Physicians) Family Medicine Resident & Medical Student Conference 1-4 aug. Kansas City, Missouri, USA www.aafp.org/online/en/home.html

Oktober

EURACT Council möte i Sverige 3-7 okt. (Gävletrakten) Kontaktperson: Monica Lindh monica.lindh@lg.se

AAFP Scientific Assembly

3-7 okt. Chicago, Illinois, USA www.aafp.org/online/en/home.html

SFAMs höstmöte i Visby

"Luft under vingarna" 10-12 okt.

Wonca Europe 2007 Conference in Paris

17-20 okt. "Re-thinking Primary Care in the European Context: a new challenge for General Practice" www.woncaeurope2007.org/ -Welcome-



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 061121. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktorn.nu