

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 3 2007 ÅRGÅNG 28



Dags för eget institut för kompetensutveckling/sid 13

Läkemedel och följsamhet – ny avhandling/sid 5 • Att värdera kompetens på enhetsnivå/sid 17

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:

SFAM.L granskar glitazoner
Jan Häkansson

Nordiska kongressen i allmänmedicin på Island
Redaktionen

Spirometritolkning
Björn Stållberg

Omslagsfoto: Gunnar Brink

3 Ledare

Kallelsesystem – paternalism på gott och ont
Anders Lundqvist

5 Avhandling

Läkemedel och följsamhet
Bernhard von Below

6 Vetenskap & Utveckling

Nya professurer i allmänmedicin i Göteborg
Cecilia Björkelund, Bengt Mattsson
 Provexamination i professionell utveckling på institutionernas möte – *Gunilla Byström*

8 Kongress

Philani-projektet i Khayelitsha
Jan Stålhammar

10 Konferens

Nätverk sammanstrålade på studierektorskonferens
Anders Lundqvist

13 Debatt

"UVAK" – en ödesfråga för SFAM
Mogens Hey
 Kompetensvärdering – vem värderar kompetens? Del 2
Robert Svartholm, Ulf Måwe

19 SFAM informerar

Kallelse till fullmäktigemötet 2007

20 SFAMs Höstmöte

Preliminärt program

22 Praktik/Recension

Missa inte ruptur av akillesenan
Roland Morgell, Erik Carsjö
 Om sorgebearbetning
Tina Nyström Rönnås

23 Globalt

Läkarykets mening hittas i Homa Bay
Bengt Järhult

24 Recensioner

Överlevnadshandboken – *Eva de Fine Licht*
 Antibiotika och antibiotikaresistens – *Roland Morgell*
 Spännande läsning om hur vi hanterar rädsla
Tina Nyström Rönnås
 Rörelsen som får oss att stanna upp
Tina Nyström Rönnås

27 SFAM informerar

Equip, Wonca Europes kvalitetsråd
Per Stenström
 Vad är på gång i SFAM?
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson
 SFAMs råd och nätverk
 Kontaktpersoner

32 Krönika, kalendarium

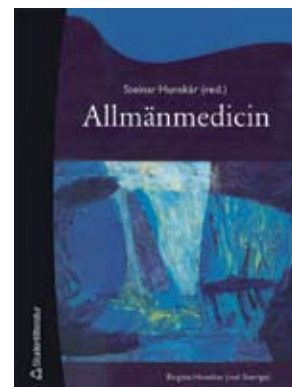
Det har hänt en del med fortbildningen
Gösta Eliasson



Philaniprojektet i Khayelitsha. Sidan 8

"Enklast tänkbara sjukvård! Den mest effektiva, meningsfulla! Mina år av blodtryckspumpande bleknar. Hur ska jag finna det motiverat att fortsättningsvis jaga kvicksilvermillimetrar med dyra läkemedel med marginell effekt vars långsiktiga verkan är odokumenterad?"

Bengt Järhult arbetade en tid i Homa Bay, Kenya och reflekterar över läkarykets mening. Sidan 21



Allmänmedicin. Eva de Fine Licht recenserar "överlevnadshandboken". Sidan 24



Foto: Åsa Flodholm

SFAMs utsände Per Stenström till Equip Wonca Europe. Sidan 27

ANNONS

Kallelsesystem – paternalism på gott och ont

Den patientcentrerade kliniska metoden är sedan länge allmänmedicinens främsta redskap. Den finns väl beskriven i våra läroböcker och har också ett gott stöd i Hälso- och sjukvårdslagen. En fin värdegrund att stå på, i samklang med tiden. Vår uppgift som vårdgivare är att förse patienten med bästa underlag för beslut om sin hälsa. Hur ser det då ut i praktiken? Har vi verkligen kastat av oss paternalismens ok? Nja, så är det väl ändå inte riktigt, ärligt talat?

I själva verket genomsyras fortfarande en stor del av hälso- och sjukvården av paternalistiska tankemönster. Ända fram till dessa dagar kallas en stor andel patienter på regelbundna kontroller och fyller mottagningarnas väntelistor till brädden. Från vissa av våra (fullt kapabla) patienter finns också en förväntan att de ska inlemmas i ett kontrollerande system likt den årliga bilbesiktningen. Flera mottagningar invänder nog mot denna beskrivning, och menar att man bara kallar personer med diabetes och demens, med motiveringen att just dessa två sjukdomstillstånd bör undantas från regeln att patienten ska ta fullt ansvar för sitt eget hälso- och sjukvårdsutnyttjande. De flesta kan nog ändå hålla med om att personer med nedsatt autonomi, med eller utan ett socialt stödjande nätverk, bör ha stöd från vårdcentralen/läkarmottagningen att få sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosett. Kallelsesystemet när det gäller diabetiker sker emellertid med andra förtecken. Här gäller det ”monitorering” (öförfärligt begrepp egentligen), av en sjukdom vars eventuella komplikationer leder till nedsatta funktioner, sänkt livskvalitet

och ökat vårdbehov för dem som drabbas, det vill säga i förlängningen också ökade samhällskostnader. Sjukvården litar inte på att personer med diabetes enbart med hjälp av bättre levnadsvanor och utskrivna mediciner, undviker de fruktade komplikationerna, utan vill hjälpa till med övervakning och ytterligare mediciner för att minimera risken. ”No one lost to follow up” blir mottot, med ett språkbruk hämtat från de stora läkemedelsstudierna.

Från beställarna av våra tjänster kommer också propåer om kvalitetskontroll, exempelvis ska vi leverera uppgifter om hur stor andel av våra diabetiker som registrerats i nationella diabetesregistret. Under hot om minskad penningtilldelning, gör detta oss mer benägna att överta ansvar från patienten. Framöver kommer vi nog få se flera sjukdomsgrupper, under trycket från patientföreningar och andra intressenter, bli föremål för kvalitetskontroll i registerform. I förlängningen innebär det att mer tid behöver avsättas för kontrollbesök, vilket kommer att försämra vår tillgänglighet för problem utifrån patientagendan.

Vi kanske förfasas av det paternalistiska återtåget som beskrivs ovan, eller så förlikar vi oss med det. Carl Erik Mabeck, professor i allmänmedicin från Århus, Danmark, beskriver i sin bok *Läkaren och patienten* två olika förhållningssätt när det gäller att ta ansvar för sin egen hälsa. Begreppet ”locus of control” är centralt. Antingen styrs vi av våra egna drivkrafter eller förlägger kontrollmöjligheten utanför oss själva. Det är viktigt att ta hänsyn till detta när man ska ge råd och vägledning och kanske motivera till beteendeföränd-

ringar. ”External controllers” har i och för sig en låg tröskel att söka läkare, men förhåller sig passiva i ansvarstagandet. Ett paternalistiskt kallelsesystem tillmötesgår detta förhållningssätt. ”Internal controllers” å andra sidan, ber om upplysningar och fattar sedan själva beslut. Vi vill nog att alla ska vara internal controllers i Hälso- och sjukvårdslagens anda, men i praktiken ser vi nog relativt fler ”external controllers” på våra mottagningar.

Detta får mig att fundera – är alla former av paternalism verkligen av ondo? Finns det utrymme för ett delat ansvar utan att det luktar gammeldags paternalism? På samma gång som det känns obekvämt att vara kvar i paternalistrollen, känns det också som att jag skulle lämna de patienter, som jag känner igen som ”external controllers”, i sticket om jag överlämnar hela ansvaret till dem. Och när man reflekterar: ”Jag ser att du är en external controller, det är bäst jag tar över...” – vad gör man sig skyldig till då? Det kanske låter neurotiskt, men visst är det lite av ett allmänmedicinskt dilemma?



Foto: Helene Friberg

Anders Lundqvist

ANNONS

Läkemedel och följsamhet – studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv

Bertil Hagström har disputerat på avhandlingen "Läkemedel och följsamhet – studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv". Detta är jordnära allmänmedicinsk forskning med det övergripande syftet att studera aspekter på följsamhet vid läkemedelsbehandling ur ett individ- och befolkningsperspektiv i en tid av ökad behandling av risk för sjukdom och större läkemedelsanvändning.

Avhandlingen bygger på fyra delarbeten, som på olika sätt belyser problem med följsamhet till läkemedel. I ramberättelsen utvecklas begreppet följsamhet och sätts i relation till den förändrade synen på hälsa och sjukdom och begreppet risk. I vår tid fokuseras mycket på risk och många läkemedel förskrivs på indikationen att förebygga eventuell framtida sjukdom. Ökande läkemedelsförskrivning medför samtidigt försämrad följsamhet.

Intressant är själva grunden för Bertil Hagströms forskning. Han var i ett tjugotal år distriktsläkare vid vårdcentralen i Storvik, Gästrikland och de fyra arbetena spänner över en tidsrymd av närmare 25 år. Detta ger en extra allmänmedicinsk dimension i forskningen. Så bedrivs jordnära allmänmedicinsk forskning, sprungen ur den kliniska vardagen.

I det första arbetet visas att mellan år 1980 och 2000 ökade andelen av en lokalbefolkning (Storvik) som upplever sig ha en långvarig sjukdom från 23 till 40% och de som hade en långvarig sjukdom och medicinerade för den från 19 till 33%. Man såg att bland de nytillkomna läkemedlen år 2000 var en stor del medel för behandling av riskfaktorer. I dessa fynd finns kopplingar till den diskussion som blossat upp om att medvetandegörande av riskfaktorer hos individer kan medföra upplevd ökad ohälsa (jämför Nordic Risk Group). I arbete två och tre noterades att kunder på apotek ofta



Foto: Rune Bernthsson

Bertil Hagström

(24%) löser ut recept åt någon annan än sig själv, samt att ett telefonsamtal från en sjuksköterska en vecka efter läkarens förskrivning ökar kvinnors benägenhet att lösa ut medicinen. Det fjärde arbetet är en kvalitativ intervjustudie med tio hjärtsjukade män. Det var svårt för männen att benämna och beskriva upplevelsen av att vara sjuk och ta mediciner, här finns alexityma drag.

Ramberättelsen inrymmer en intressant diskussion om upplevd ohälsa och konstaterad sjukdom samt om riskbegreppet. Huruvida man är sjuk eller frisk när man behandlas för en eller flera riskfaktorer, är inte entydigt för patienterna och knappast heller för läkarna. Själva disputationen innehöll också intressanta diskussioner mellan opponent och respondent på detta tema. Följsamhet kräver ett långsiktigt förhållande mellan läkare och patient – en personlig läkare.

Disputationen kom att präglas av en ovanligt avspänd atmosfär. Professor Kurt Svärdsudd klargjorde på ett befriande sätt sin roll som opponent. Han förklarade sig inte vara där i syfte att kritisera sönder avhandlingen, utan rollen var att bidra till en så bra diskussion att

Datum: 23 februari 2007

Avhandling: Läkemedel och följsamhet – studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv

Författare: Bertil Hagström, allmänläkare, Sättila vårdcentral
bertil.hagstrom@telia.com

Institution: Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/Allmänmedicin, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet

Handledare: Professor Bengt Mattsson, FoU-chef Ronny Gunnarsson, docent Anders Wimo

Opponent: Professor Kurt Svärdsudd

avhandlingens kvaliteter framstod tydligt för betygsnämnden. Vidare gjorde han en intressant historisk tillbakablick och fann att respondenten och opponenten genom disputationen fullföljde en urgammal tradition med rötter i de första universiteterna i Salerno och Bologna för 900 år sedan. Bertil Hagström själv bidrog också till den goda atmosfären genom sin humor – sällan har väl en avhandling haft en skämtteckning på framsidan?

Bernhard von Below
Floda VC

bernhard.vonbelow@vgregion.se

Nya professurer i allmänmedicin i Göteborg

I februari i år utnämndes både Robert Eggertsen och Bertil Marklund till adjungerade professorer i allmänmedicin vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

De har båda i ett antal år varit docenter och adjungerade lärare vid avdelningen. Efter ökad forskningsverksamhet, särskilt som forskningshandledare för doktorander under de senaste åren, så var deras meritportföljer på professorsnivå enligt sakkunniga och Akademiens tillsättningskommitté.

Robert Eggertsen har varit i Göteborgsregionen i många år. Han tog sin läkarexamen 1974 i Göteborg och är specialist i både allmänmedicin och invärtes medicin. Hans forskningsområden har särskilt varit endokrina sjukdomar och hypertoni, framförallt ur ett primärvårdsperspektiv. I egenskap av vårdcentralschef och kliniskt verksam vid Mölnlycke vårdcentral under många år, är han väl förtrogen med vår disciplins frågeställningar i vardagen.

Under många år har han också varit en ledande kraft i den FoU-verksamhet som bedrivits inom Södra Bohusläns sjukvårdsområde. Årliga kurser med forskningsmetodik för olika yrkesgrupper i primärvården har varit ett stadigt inslag och betytt mycket för en gynnsam utvecklingsmiljö.



Robert Eggertsen



Bertil Marklund

Bertil Marklund, också specialist i allmänmedicin, associeras kanske mest med den avhandling och efterföljande bok "Symptom Råd Åtgärd", som han skrev i mitten på 80-talet i Göteborg. Det har varit och är ett viktigt stöd för många sjuksköterskor i telefonrådgivning. Han var under flera år FoU-ansvarig vid FoU-enheten i Lövgärdet, Göteborg och är sedan ett tiotal år chef vid Primärvårdens FoU-verksamhet i Halland (i Falkenberg). Den har under senare år vuxit till ett betydande forskningsnav, och i dag finns där flera doktorander med olika yrkesbakgrund med anknytning till Allmänmedicin, Göteborg.

Några aktuella spår i hans forskning är till exempel risk- och friskfaktors påverkan på livslängden, egenvård, sjuksköterskornas upplevelser av telefonrådgivning och vårdens mångbesökare.

Robert och Bertil har under flera år varit viktiga resurspersoner för avdelningen, bland annat som aktivt medverkande vid seminarier och föreläsningar men också som bedömare vid de kontrollstationer som finns under en doktorandtid (mittseminarier, predisputationer, betygsnämnder).

Utnämningen och hedersbevisningen på att deras kompetens ligger på professorsnivå ger en vetenskaplig accentuering av vårt ämne som också mår väl av formella bekräftelser i de akademiska diskussionerna.

Avdelningen gläds med Robert och Bertil och vi säger Grattis!

Cecilia Björkelund, professor
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Bengt Mattsson, professor
bengt.mattsson@allmed.gu.se

Mötet i hemmet

En mötesplats för alla som är intresserade av att utveckla primärvårdens hemsjukvård

Konferensen är tvärprofessionell och i år har den två huvudteman: *Samordnad vård och rehabilitering under det gradvisa åldrandet* och *Vård i livets slut, sista kapitlet* Tid: 15 – 16 november 2007 Plats: "Talk", nära Stockholmsmässan i Älvsjö
Pris: 2.500:- Mer information: www.sfam.se/kalender.html



förbundet
sveriges arbetsterapeuter

SFAM

Provexamination i professionell utveckling på institutionernas möte

Som förstagångsdeltagare på de allmänmedicinska institutionernas vårmöte i Umeå var jag ganska nyfiken på hur det skulle te sig. Hur många skulle komma? Hur många arbetar egentligen på de allmänmedicinska institutionerna? Var ligger de?

Representanter i form av professorer och lärare från Malmö till Umeå via Stockholm, Linköping, Göteborg och Uppsala hade samlats. SFAMs forskningsråd passade på att sammanträda. Sammanlagt 23 personer bänkade sig runt konferensbordet för att under två dagar arbeta med olika frågor enligt case-metodik.

Hur stärker vi den allmänmedicinska forskningen?

Efter genomgång av fakta kring den forskning som bedrivs i dagens Sverige kom vi fram till att det är en mycket liten andel av forskningsanslagen som går till allmänmedicinsk forskning. I tre grupper arbetade vi sedan med frågorna:

- Pröva samverkan mellan institutionerna?
- Vilka områden?
- Stimulera befintlig forskning eller skapa ny?
- Övergripande strategi?

Svaren blev en form av samtal där olika idéer möttes mot varandra.

Ett internetbaserat forskningsnätverk skulle kunna ge bättre kartläggning av hinder och möjligheter på olika nivåer. Varför inte skapa en mötesplats på nätet, ett forskar-ORDBYTE?

Bättre representation från allmänmedicinare i nationella diabetesregistrets styrgrupp skulle ge tillgång till ett stort material för forskning.

Skapande av ett nationellt system av databaser för hälsodata som diagnoser och besöksstatistik är på gång men inte klart. Mer forskningspresentation på SFAMs höstmöten skulle locka perso-

ner med forskningsintresse dit. Så är det inte idag.

Vilken roll ska institutionerna ta på sig när det gäller medicinstudenternas 20-poängs arbete under grundutbildningen?

Hur examinerar vi bemötande, empati och professionell hållning?

Detta var ämnet för andra dagens casearbete.

- Tankar och idéer om examination av mjuka kvalitéer?
- Vad är examination?
- Institutionssamarbete?

Träning och examination ska vara så lika som möjligt. Ämnet professionell utveckling bör få egen examination. Videofilmade konsultationer används på många ställen som ett led i träningen. Kan det även användas vid examination, kanske tillsammans med skriftlig reflexion. Empati ska examineras! Det ska finnas en gräns för godkänt. Examinatorerna skulle kunna byta universitet med varandra.

Som slutpunkt i programmet stod en videovisning från examination i professionell utveckling i Umeå. Vi fick se en patient som sökte för sömnproblem. Studenterna ska efter varje videosekvens skriva svar på några frågor om hur de skulle handlägga, varefter filmen fortsätter. Fler fakta och beteende hos patienten visas. Det blir allt svårare att handlägga. Studenterna rättar varandras svar och bestämmer poäng, gräns för godkänt finns. Metoden ger mycket intensiva diskussioner mellan studenterna, starkt engagemang med delade tankar och känslor. Den sätter etiska utmaningar i fokus och ger intellektuella insikter även om kommunikationsteorier. Umeå visade sin användbara verktygslåda för professionell utveckling.

Mötesdeltagarna visade vid utvärderingen att alla uppskattade den arbetande formen. Själv kände jag en kreativ strömning i hela gruppen. De olika orterna



Foton: Gunilla Byström

Utsikt



Grupparbete: Håkan Larsson, Sara Holmberg, Birgitta Hovelius, Christer Andersson, Mats Foldevi, Olov Nyrén och Sven-Olof Andersson jobbar med casemetodik om allmänmedicinsk forskning.



Professorerna Lars-Hjalmar Lindholm och Göran Westman, Umeå, diskuterar framför tavlan med casemetodanteckningar.

arbetar med olika organisation och förutsättningar. Ändå verkar alla drivas av en genuin önskan om hög kvalitet och en sorg över att ha så låga anslag. Nästa års möte blir i Stockholm. Ett av ämnena blir examinationen i allmänmedicin. Kanske olika institutioner kan bedriva forskning om detta i ett gemensamt projekt?

Gunilla Byström, Örnsköldsvik
Adjungerad adjunkt allmänmedicin, Umeå
gunilla.bystrom@lvn.se

Philani-projektet i Khayelitsha

”27 procent av alla gravida kvinnor som vi testar är HIV-positiva. Obehandlade kommer en tredjedel av dem att föra över infektionen till sitt barn i samband med förlossningen. Genom att ge mödrarna bromsmediciner har vi minskat överföringsfrekvensen till 5–10 procent”, berättar Ingrid le Roux, från början svensk läkare och medicinskt ansvarig för Philani Nutrition Centre i Khayelitsha utanför Kapstaden sedan nästan trettio år.

Vi befinner oss i en oas av välhållna små hus i varma jordfärger runt en grön sprinklervattnad gräsmatta. Runtom finns en kåkstad av oändlig utbredning, totalt över en halv miljon invånare, eller en bra bit över en miljon, beroende på hur man räknar, om man även inkluderar Crossroads, Brown’s Farm, Site C, Site B, Town 2. Det är administrativa namn på namnlösa bosättningar som vuxit upp de senaste decennierna runt ”stenstaden” Kapstaden med sina sjuhundra tusen invånare.

Verksamheten började 1979 i Crossroads och innebar att man kunde erbjuda en basal barnhälsovård i den första ”olagliga” bosättningen utanför Kapstaden. Det var här man först på allvar började se konsekvenserna av att tvångsförflytta icke-vita ut från staden, till ett av samhället övergivet samhälle, som en del i apartheid-systemets rasåtskillnadspolitik.

Med tiden har Philani kommit att framstå som ett mönster bland självhjälpssystem, inte minst genom sin hållfasthet i politiskt spända lägen, och stöds nu bland annat av World Childhood Foundation, First National Bank, Svenska kyrkans mission och den anglikanska kyrkan i Sydafrika under ledning av Nobels fredspristagaren biskop Desmond Tutu. Totalt driver man verksamhet i nio områden runtom Kapstaden. Ingrid le Roux själv har för sina insatser utnämnts till årets svenska kvinna i utlandet 2005 av organisationen Swea.



Foton: Jan Stålhammar

Ingrid le Roux och Lilian Stålhammar, Philani Centre, Khayelitsha



Fuzis familj, Khayelitsha



Silkscreentryckeriet, Khayelitsha



Gatubild, Khayelitsha

Syftet med Philaniprojektet har varit att skapa förutsättningar för en bättre utveckling av barns hälsa rent allmänt, genom olika stödprojekt riktade främst mot kvinnor men också och att förhindra undernäring och vid behov göra aktivare insatser för redan underviktiga barn. Ungefär 50% av alla nyfödda barn är underviktiga. När vi besökte Philani hade man 3 000 barn i sitt eget hembesöksprojekt av undernärda.

Med tiden har undernäring blivit synonymt med HIV/AIDS och epidemisk spridning av tuberkulos vilket 60% av alla HIV-positiva har, varför insatserna mot HIV blivit en allt viktigare del av verksamheten. Insatserna mot epidemin kom igång tidigare i Western Cape, där Kapstaden ligger, än i övriga delar av Sydafrika. En bidragande orsak till det var det gräsrotsarbete som genomfördes inom Philaniprojektet.

Man kom igång tidigt med att erbjuda alla gravida kvinnor HIV-testning. Då man ser omgivningen, inser man att de 70% man når, är ett imponerande resultat. Desto mer deprimerande att andelen infekterade ökar snabbt – för närvarande 27 procent högre än för jämnåriga män, vilket kan tolkas som ett uttryck för det sexuella utsatta läge dessa kvinnor lever under, redan från tidiga år.

Den allmänna vården av HIV/AIDS sköttes i Khayelitsha av Läkare Utan Gränser, som hade tre läkarstationer med totalt c:a femton läkare.

Philanis arbete sker hela tiden i samarbete med representanter för de grupper man verkar i. Cirka 95 procent av de anställda kommer från lokalsamhället. På Philani-centret i Khayelitsha finns ett omfattande självhjälpssystem där traktens kvinnor får utbildning i konsthantverk som silkscreentryck, som grund för en egen försörjning. Det är en verksamhet som bidrar till att förbättra familjens ekonomi, samtidigt som det

stärker kvinnornas ställning i relation till männen.

Vi fick tillfälle att komma hem till en av de anställda, Fuzi, en mager kvinna av obestämd ålder, sannolikt yngre än de 40–45 år hon såg ut som och som förestod silkscreentryckeriet. Hon bodde tillsammans med några syskon i ett hus där den tidigare ägaren dött i AIDS och där man också fått ”ärva” hans hund, eftersom den vägrat flytta. På vägen till hennes hem berättade hon nedstämt men behärskat, att en syster som bodde i närheten förlorat sitt hus i en eldsvåda två veckor tidigare och att hennes två barn brunnit inne i samband med det. Dominerande i hennes eget hem var en stor glastavla med en Jesusbild och en ”House Blessing” i snirklig frakturstil. Överhuvudtaget märktes det religiösa inslaget starkt på flera sätt. I närheten av Philani låg en katolsk kyrka, som såg ut som en hisnande blandning av ett cirkustält och en norrbottnisk rundloge. Enligt Fuzi var katolicismen på mycket

stark frammarsch i kåkstäderna. På vägen tillbaka till Philani besökte vi en annan syster, som var HIV-positiv och som levde ensam i ett hus med sin 3-åriga son. Det framgick att vår guide Fuzi tycktes vara som en god fé, den goda mostern, som treåringen genast tydde sig till, och som genom sitt exempel gav stadga till många i sin omgivning. Ett exempel på ”positive deviants” som Philaniprojektet försökte identifiera för sina insatser i det lokala samhället.

En beskrivning av Khayelitsha vore skev om man inte nämner de exempel på positiva förändringar som vi såg. De nydragna genomfartsgator vi for på och de nya idrottsanläggningar vi passerade med namn efter betydande frihetshjältar i den moderna sydafrikanska historien som Walter och Albertina Sisulu, Oliver Tambo och Nelson Mandela. Annat som imponerade var att denna kåkstad som vuxit från inget till en halv miljon invånare på tjugo år lyckats skapa en infrastruktur för

elektricitet, vatten och avlopp/toaletter. Svajiga elledningar tankade in mot de flesta husen. Utanför husen stod toalett-skåp i prefabricerad betong, ungefär som busskurer, med vattenkranar på knuten, och markerade friskt vatten och avlopp till flertalet. Och vi hörde inget om kolera, trots trångboddheten.

Några timmar senare, i turistfällan Waterfront, med sina restauranger och välförsedda shopping malls, var kontrasten mot Khayelitsha bedövande.

Och ytterligare en dag senare, då vi på vägen passerar Khayelitsha på motorvägen, ser man helikoptrar med stora vattensäcken flyga in mot en stor rökp-lym. Nästa dag, på ett golfhotell i Stellenbosch, läser jag en notis i den lokala tidningen om hur 400 invånare blivit hemlösa då 135 bostadsskjul brunnit ner. Bara en människa hade omkommit i lågorna.

Jan Stålhammar

jan.stalhammar@pubcare.uu.se

SFAM och Riskbruksprojektet

Är Du intresserad av Undervisning, Konsultationsteknik och Livsstilsförändringar?

Vi är intresserade av Dig!

RISKBRUKSPROJEKTET söker

Läkare som lärare till Riskbruksverkstäder

Riskbruksverkstad är en interaktiv fortbildningsform som bygger på modellen ”Framtidsverkstad” och är anpassad för att aktivera och förnya läkares förmåga att samtala med sina patienter om alkohol. Du som har ovanstående intressen och förkunskaper i patientcentrerad konsultation inbjuds till läarkurs för riskbruksverkstad.

Det är bra om Du har gått någon patientcentrerad konsultationsutbildning, eller har utbildning i motiverande samtal.

Det är förstås en mycket stor fördel om Du också själv tidigare varit med på en riskbruksverkstad.

Föreläsare/mentorer är Charlotte Hedberg och Hans Hallberg som båda är specialister i allmänmedicin och har mångårig erfarenhet av att leda Riskbruksverkstäder, samt Hjördis Nilsson-Ahlin, leg psykoterapeut, om gruppdynamik.

Kursansvarig: Anna-Karin Svensson, projektledare Riskbruksprojektet, familjeläkardelen.

Välkommen med Din intresseanmälan före 1 augusti till Anna-Karin Svensson

Mail: anna-karin.svensson@sfam.a.se Tel: 08-566 135 45

Nätverk sammanstrålade på studierektorskonferens

Studierektorerna i Uppsala, Karin Lindhagen och Lisa Lundström, arrangerade årets konferens på ljuvliga Krusenbergs herrgård utanför Uppsala i slutet på maj.

Till mötet hade förutom landets studierektorer också inbjudits några andra riksomfattande nätverk, i förhoppning om ett ömsesidigt idéutbyte. På så vis träffade fortbildningssamordnare, kontaktpersoner i Riskbruksprojektet, och nätverket av ST-läkare (NÄSTA), det äldsta och genom åren mest stabila av SFAMs nätverk. När NÄSTA i slutet på första dagen anslöt, kändes ålderskillnaden med ens ganska påtaglig. De yngre bidrog inför middagen med feststämning i form av en skönsjungande kvartett på herrgårdens ståtliga balkong. Det här var minsann en rejäl vitamininjektion! Många inspirerande diskussioner fördes runt middagbordet. Läcker mat och fin miljö på Krusenbergs herrgård gjorde att vi trivdes bra ihop.

Riskbruk

Riskbruksprojektet fångade inledningsvis vår uppmärksamhet med sång av Åsa Wetterqvist, nybliven specialist vid Kungsgårdets vårdcentral i Uppsala och deltidsanställd i Riskbruksprojektet vid Statens folkhälsoinstitut. Hennes entusiastiska uppmaning till oss studierektorer var att tipsa ST-läkarna om att gå kurs i motiverande samtal och riskbruksverkstad, stödja dem som vill fördjupa sig ytterligare, och inspirera några i varje område till att gå lärokurs, för att sedan kunna ge utbildning till nya ST-läkare. Så snurrar det på... Därefter berättade projektledarna för familjeläkarna, Anna-Karin Svensson, Sandviken, och Sven Wählin, Bålsta, att regeringen har anslagit drygt 20 miljoner till primärvården för tidig upptäckt och behandling av patienter med en riskabel alkoholkonsumtion. Det viktigaste som allmänmedicinen kan göra är att föra frågan

om alkoholbruk på tal och motivera till förändring. På folkhälsoinstitutets hemsida www.fhi.se/riskbruksprojektet kan man hämta utbildningsmaterial inkluderande värdefulla verktyg att använda i det praktiska arbetet. I många landsting har pengarna intecknats för team-orienterade aktiviteter, och det har varit trögt med riktade fortbildningsaktiviteter till familjeläkare. Troligtvis avspeglar detta snarare svagheter i fortbildningsstrukturen, än att vi skulle vara mindre intresserade än andra professioner i primärvården.

Rekryteringsbefrämjande AT

Eva de Fine Licht, Floda, redogjorde för den variant på AT-start i primärvården som man börjat tillämpa. AT-blocket inleds med tre månader på vårdcentral, och den avslutande allmänmedicinperioden på samma vårdcentral är oförändrat sex månader. Modellen kräver inget dispensförfarande från Socialstyrelsen, men innebär de facto en förlängning av AT till 24 månader. I auditoriet tyckte många att denna modell var att föredra framför den som nu prövats under några år på olika håll i landet, det vill säga att bara ha en månad minus introduktionsvecka i starten, inom ramen för ett traditionellt 21-månadersblock. Något som gått lite trögt i början är att rekrytera huvudhandledare. Extrapengar för seniorhandledare fanns emellertid tillgå.

Varningar för att en förlängning av AT går på tvärs mot Bolognaprocessen framfördes av Margareta Hellgren, Örebro. Annika Eklund-Grönberg, ordförande i SFAM, försäkrade att man från myndigheternas sida inte för några resonemang om att korta ned AT ytterligare. Fortlöpande utvärdering av AT-placeringens kvalitet behövs. Traditionella enkäter behöver kompletteras med uppföljande intervjuer. Ett ackrediteringsförfarande med överenskomna kvalitetskriterier för att kalla sig utbildnings-vårdcentral förespråkades. Ylva Johansson, Sundsvall



Foto: Anders Lundqvist

Arrangörerna Karin Lindhagen och Lisa Lundström

betonade vikten av att ha en speciell AT-studierektor med tanke på att studierektorns uppgifter när det gäller AT blir allt fler, men också mer komplicerade. Dessutom har vi stor nytta av att ha tillgång till en kvalificerad läkarrekryterare, något som hon exemplifierade.

ST-planering

Urban Brunell och Britt Bergström, Göteborg har ett studierektorsuppdrag som hittills har inneburit att de tillsammans är chefer för sina ST-läkare. De har sett mer fördelar än nackdelar med detta, men inom en snar framtid kommer chefskapet tas bort. De har inte delat upp ansvaret för olika ST emellan sig, men menade också att de hade stor glädje av att vara två kring uppdraget. De genomför egna mittvärderingar i en omfattning om 10–20 per år. Explicita kvalitetskriterier och kontrakt tillämpas i planeringen.

NÄSTA

Många spännande frågor ventilerades när "de yngre träffade de äldre". Åsa Wetterqvist hade tidigare på dagen beskrivit sin övergång från ST-läkare till färdig specialist med metaforen "att hamna i det kalla vattnet", vilket gav upphov till många reflektioner under de informella samtalen vid kaffet. En ST-läkare från Laholm uttryckte sin frustration över den plötsliga växlingen från en "överbeskyddad" och tillrättalagd utbildningstillvaro (från dagis till färdig AT), till att bli en självstyrd professionell utövare. Behov finns



Skönsjungande kvartett.

att skapa en hemsida för NÄSTA och olika möjligheter till detta diskuterades. Det kändes att det finns mycket energi i det här gänget.

Fortbildningssamordnarna

Vi träffades ute i majsolen och uppdaterade varandra om fortbildningens villkor där vi är verksamma. Frågan som hängde i luften var: Hur kommer det sig att studierektorsfunktionen kunnat bli så etablerad i landstingen, medan fortbildningssamordnaren existerar på nåder om funktionen ens finns? Vi kände att nu är det dags för uppryckning, och här kan vi nog behöva hjälp från framför allt NÄSTA, men kanske även andra nätverk inom SFAM. Precis som ST-läkarna

har sin målbeskrivning och ST-kontrakt, behövs det ett styrande dokument för färdiga specialister som beskriver hur vi fortlöpande ska utveckla vår kompetens inom ramen för det livslånga lärandet. Vi behöver ekonomisk uppbackning från våra huvudmän, men också arbetsmiljömässiga förutsättningar till kollegialt utbyte. Kompetensutveckling för individen behöver införlivas i ett större sammanhang, med målet att åstadkomma bättre kvalitet i patient-läkarmötet. Förbättrad patientsäkerhet och rekryteringsaspekter är andra argument att lyfta fram. Den smågruppsbaserade metoden för inläring måste återupprättas. NÄSTA har en kommande arbetsuppgift tillsammans med oss i detta avseende.

Avslutning

Euract och nytt policydokument för studierektorer var andra frågor där jag tyvärr inte hade möjlighet att närvara. Avslutningsvis en häftig diskussion angående huruvida man inför ansökan om specialistkompetens kan tillgodoräkna sig partiell föräldraledighet som tjänstgöringstid eller inte. Socialstyrelsen har inte satt ned foten, praxis har varierat och frågan är känslig. Alla var inte eniga, men en majoritet hade uppfattningen att 60 månaders tjänstgöring på heltid inte lämnar något utrymme för att tillgodoräkna sig föräldraledig tid.

22–23 maj 2008 träffas vi i Stockholm tillsammans med NÄSTA.

Anders Lundqvist



Fortbildningssamordnarna Anna-Karin Svensson, Karin Björkegren, Jana Risk, Meta Wiborgh, Tomas Havland och Anders Lundqvist.

Notis

Pedagogiskt pris

Knut Meidell, familjeläkare VC Själevad, primärvården Västernorrland, har tilldelats Medicinska studentkåren i Umeås Pedagogiska Pris 2007 i kategorin kliniskt handledarskap och samtidigt blivit utsedd till Akademi-bokhandelsstipendiat. Så här lyder motiveringen:

”Med en ständigt feedback och en personligt anpassad mix av självständigt arbete blandat med dagliga ”sit-in” och inspirerande samtal bidrar Knut Meidell till att utveckla studenternas färdigheter inför yrkeslivet. Knut age-

rar god förebild och visar att patienten och dess behov alltid skall vara i centrum. Han visar också glädjen i att undersöka en patient och kunna meddela att denne är frisk och därmed undanröja patientens oro. Knut visar, med en utmärkande pedagogik, vikten av att hålla en god relation med sina patienter, något som lönar sig på längre sikt. Knut Meidell är ett lysande exempel på hur vård ute i distrikten skall bedrivas och hur man sprider denna kunskap bland studenterna.”



Knut Meidell

ANNONS

Dags för ett eget institut för kompetensutveckling!

"UVAK" – en ödesfråga för SFAM

Flera gånger under de senaste 20 åren har inom SFAM tanken på en egen plattform för allmänläkarnas kompetensutveckling väckts. Plattformen har varit på väg att genomföras, samtidigt som delar av innehållet utvecklats.

Kraft och mod behövs, finns hopp?

I avgörande skeden har dock kraften och modet saknats, och endast bitar av många års projekt har överlevt. Andra aktörer har tagit över; bara hoppet om ett eget institut har levt kvar hos enskilda. Tomrummet är stort efter det statliga Familjemedicinska institutet, som inte klarade att överleva det politiska spelet. Under mina resor utomlands de senaste 30 åren, har jag besökt allmänmedicinska föreningar och deras institutioner för fortbildning och kvalitetsarbete. Jag har funnit att det där finns fundament i form av verksamhet, lokaliteter, och engagemang av allmänläkare och administrativ personal. I samtal med företrädare för dessa har klart framkommit att vi i Sverige har såväl kunskap, erfarenhet som kompetens inom vår specialitet, till att bygga ett eget institut. Varför gör vi det då inte?

Efterutbildning blev fortbildning, en plan växer fram

Med början under 80-talet ökade insiktarna om betydelsen av en större satsning på kompetensutveckling. Begreppen vidare- och efterutbildning var förhärskande. Behovet av en tydlig definierad grund för vår specialitet, som kunde omsättas i mål och uppgifter framkom. Vid SFAMs årliga möten togs frågan om en efterutbildningsplan upp med kraft och en utredning tillsattes. 1993 kom en mycket ambitiös plan med många delmål och åtgärdsförslag.

En mycket aktiv styrelse, med biträde av flera i utredningen, genomförde stora delar av planeringen. Utvecklingsbidrag söktes hos statliga och regionala intres-

senter och ett stort projektarbete tog sin början. Bland många idéer fanns ett genomarbetat förslag om ett allmänmedicinskt institut som skulle kunna härbärgera större delen av de nationella programområden som fanns beskrivna i utredningen och som hanterats av råd och nätverk inom föreningen. Några råd – till exempel kvalitetsrådet, SFAM-Q – hade redan producerat utmärkta metoder och material, andra som uppstod utvecklade mentorskapet samt kvalitetsarbetet kring kurser och en kurskatalog. Medan åren gick, tröttnade en del av initiativtagarna, entusiasmen tröt, andra tog över, och pengarna tog slut. Det fanns inga nya. När det var dags att få medvind hos en socialminister, blev det inte samma skjuts hos landstingen. Ändå drevs två viktiga krav fram till beslut i riksdagen, nämligen medborgarnas rätt till en familjeläkare, specialist i allmänmedicin, och tillkomsten av ett familjemedicinskt institut, Fammi, med alla yrken verksamma inom primärvården som målgrupper.

Motkrafter och förväntningar

Skapandet av ett nationellt allmänläkaruppdrag föll inte politikerna i smaken samtidigt som ett helt läkarförbund backade upp i form av Protosprojektet. Inte ens arbetet med att beskriva fortbildningen inom ett Protosuppdrag, frestade politikerna till att med empati vilja läsa och förstå texten och se möjligheterna. Inom den hierarki som hade mest att vinna på förslaget, avvisades detsamma. Det skedde opportunt, oläst och oengagerat av landstingspolitiker och ledande administratörer. Varför blev det så, var det ett hot?

Vad hade vi hoppats på, om vi själva hade fått råda? Ett nationellt nätverksbygge, med en liten central samordnande administration, föreföll vara en realistisk tanke. Redan etablerade aktiviteter kunde fortsätta under ledning av eldsjälarna



Mogen Hey porträtterad av Kerstin Holmberg.

inom sina respektive kompetensområden. Det gällde Kursdoktorerna i Västra Götaland, Auditprojekten i Luleå och Blekinge, Allmänläkarkonsulter i Helsingborg, specialistexamen i Sundsvall, kvalitetsprojekten i Habo, AT- och ST-stämmorna, studierektorsmötena, samordningen av FQ-grupperna och flera andra. Fammi gjorde försök åt det hållet, och i dess arv finns exempelvis utlokalisering av projekt som Riskbruket och Allmänläkarkonsulter.

Satsning på andra

Hälso- och sjukvårdslagen gäller, men landstingen har inte satsat på att genomföra den. Trots förebilder runt i landet inom ramen för det nya begreppet när-sjukvård, har man satsat på allt annat än familjeläkare/allmänläkare. I stället för att med kraft och envishet satsa på att få bemanningen att fungera, har det blivit permanentade nödlösningar. Familjeläkaren med sitt breda åtagande har vingklypts. Verksamhet har överförts till företagshälsovård, och barn- och mödravård, diagnoskontroller till sjuksköterskor, och patienters existentiella behov till samhällsvetare och psykologer. Till och med de äldre anförtros geriatriker ►►

och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna.

Verksamheten som den ser ut

Den dagliga verksamheten präglas allt mer av jourmottagningar och krångliga operasönlige telefonrådgivningssystem. Läkare under utbildning får inte insikter om och erfarenheter av ett stabilt system med familjeläkaren som ”personlig läkare”. Stafettläkare sätts in som nödlösning betalda med höga arvoden jämfört med de trogna fasta läkarna. Familjeläkarna, engagerade som sina patienters fasta läkare även när åldrandets krämpor och handikapp sätter in, har reducerats till att ha en kontrollerande roll med avstånd till patienterna, som ofta tvångsöverförs till en läkare som specialiserat sig på uppgiften.

Listning av befolkningen till fast läkare har införts på en del håll, men oftast har den blivit meningslös på grund av tvångsöverlistning med distriktets olistade. Ett nationellt system som kunde hämta erfarenheter från våra grannländer har avfärdats och runt om i landet har upfunnits lika många varianter som förvaltningar. Otydligt blir det för de vård sökande.

Utbildningen av specialister inom allmänmedicin

Under 80-talet togs initiativ till handledarutbildning med en särskild kursverksamhet, som byggde på föreläsnings- och föreskriftspedagogik. Ett flertal kurser genomfördes för FV-läkare i allmänmedicin, där konsultation och patientcentrering fick allt större utrymme. I början av 90-talet utredde vi förutsättningarna för fortbildningens villkor. Samtidigt introducerades en förnyelse av specialistutbildningen från att vara en tidstyrd FV till att vara en mål- eller uppgiftstyrd ST. Studierektorsfunktionen började finna sin form och andra specialistområden tog efter. Från att först vara en företrädare för vår specialitet blev den allt mera en tjänstemannauppgift, bekostad av huvudmannen. Under de första åren engagerades många allmänläkare, både som kursledare, lärare och deltagare.

Utvecklingen av ST med målsättningen ”Specialist, expert, rutinerat pro-

fessionell” har hämmats av traditioner och synsätt. Den som söker ST, är legitimerad läkare, har lämnat universitet, skola och sin första praktik, kan utöva läkaryrket självständigt under ansvar. Tyvärr lever uppfattningen att sjukhuset är huvudplatsen för kunskapsinhämtning kvar. Det hämmar förhållningssättet i det allmänmedicinska uppdraget som präglas av KOPF: Kontinuerligt ansvar, Omfattande innehåll i åtagandet, Personlig, inte privat, relation till patienterna som individer, människor, samt ett Förpliktande åtagande inför uppföljning av åtgärder. På mina resor till ST-läkare för examination och värdering har jag konstaterat att många har en personlig karriär bakom sig, de är mogna samhällsmedborgare. Trots omild och oengagerad handledning har de lyckats ta sig fram och även kunnat skymta den allmänläkarroll som vi inom professionen måste eftersträva. De befinner sig emellertid i en sårbar position och saknar uppmuntran att ta på sig uppdrag.

Diagnosbärare eller människor

I nästan all sjukvårdsdebatt reduceras människor till gruppvarsel, med benämningar kopplat till diagnoser: exempelvis diabetiker och hypertoniker. Diagnoscentrering har främjat tillvaron för människor med entydiga sjukdomstillstånd, vilka får stöd av föreningar, industrin, forskningen eller förmåner via de sociala försäkringssystemen. Samtidigt upplever en stor del av dem som söker vård sig som individuella människor med bekymmer och lidanden och inte bara som ”diagnosbärare” i betydelsen ”då vet alla hur det är fatt med mig” eller ”att jag har rättigheter”.

Min erfarenhet som läkare, patient och anhörig är att när jag kontaktar sjukvården är jag ”jag”, en person, som har ett problem eller en oro för något jag känt eller ett ärende av annan art än diagnosen. Jag vill främst möta en person som förstår detta och helst en läkare som kan lyssna och hjälpa mig med att formulera mitt problem, och bedöma om det är något som kan avhjälpas av sjukvården. Jag har svårt att hitta ett lämpligt telefonnummer, svårt att

hänga med när den automatiska rösten erbjuder mig alternativ och löften om kontakt efter väntan i en kö med kanske tjugo personer före mig. Eller efter att ha upplevt att bli avfärdad av att telefon tiden är slut, ”ring igen i morgon!”. Bakom kulisserna värnar personalen om sin arbetssituation eller vad ska jag tro, när jag förgäves ringt?

Allmänmedicinen, den unika individorienterade medicinen

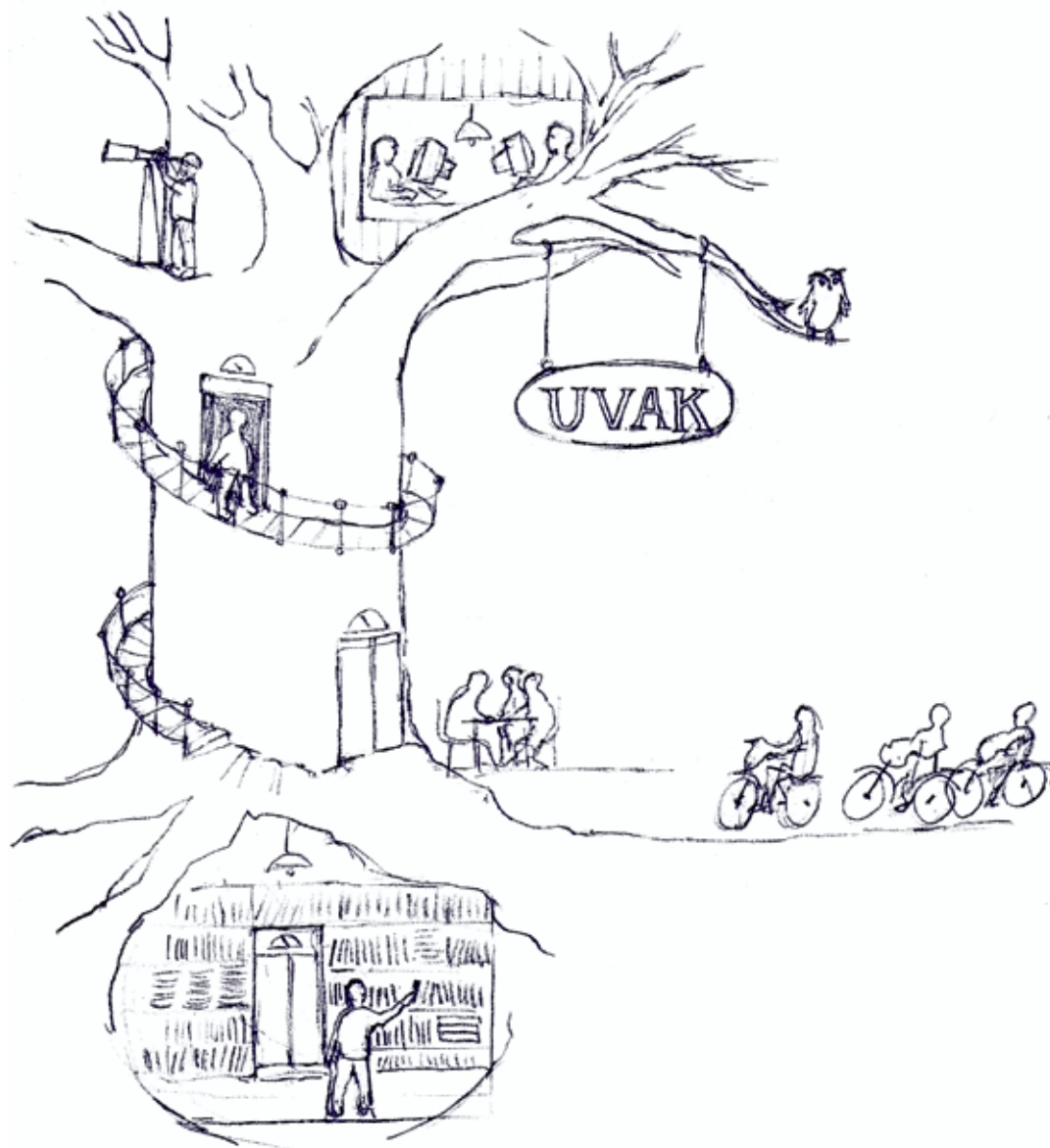
Inte många utanför vår kår har förstått att det som eftersträvas i specialiserings-tjänstgöringen, med stöd av målbeskrivningarna, är att värna om och utveckla denna enda läkarprofession, som har enskilda människor som målgrupp, individer med kroppsupplevelser, besvär och sjukdom.

Akademiernas plattformar borde mera kraftfullt ha tagit sig an kompetensutveckling vid sidan om sina andra uppgifter. Universitetsinstitutionerna och landstingens FoU-enheter har i många stycken misslyckats med att utveckla yrkets mjuka kvaliteter. Satsningen på hårdvaran, epidemiologi och riskmedicin, har dominerat. Inte ens en verklig välskriven, läst och använd lärobok har producerats av oss själva. Förvisso har uppslagsböcker som ”Joureläkarboken” och ”Praktisk Medicin” funnits. Under det senaste decenniet har tre böcker hämtats hit utifrån och översatts, men framgången har varit obefintlig. Ett litet antal allmänläkare har sökt sig till forskningen och skrivit avhandlingar, men mera sällan har dessa fått genomslagskraft i praktiken.

Specialistexamen har varit SFAMs mest framgångsrika projekt, som under snart 20 år överlevt som ett årligt återkommande, delfinansierat projekt med stort ideellt arbete av examinatorer och ett trettiotal examinander i slutet av ST. Idag ligger det i SFAMs kansli med stöd av utbildningsrådet, som arbetat med examen och det sedan fem år framgångsrika Mitt-i ST-projektet.

Gemensam värdegrund

SFAM har mot denna bakgrund haft svårt att samla alla allmänmedicinare



som vill utgå från en gemensam värdegrund. Till detta bidrar den otydlighet och de stora variationer i uppdraget som finns runt om i landet och som växlar med politiska vindar, och risken för ensamhet i vardagen. Detta upplevs ända från första dagen av AT och ST. Kraven på läkaren växer med tiden och tyngden i uppgifterna tillika. Tid finns ofta inte till kreativt tänkande enskilt eller i grupp. Möjligheten att påverka framtiden lämnas till någon annan.

På många håll är denna "någon annan", som ska leda, inte en allmänläkare utan politiker och ambitiösa tjänstemän. Ytterst är det stora problemet, att uppdraget som verksamhetschef för den allmän/familjemedicinska verksamheten

tas över av andra företrädare för sjukvården. Om det varit proffsadministratörer med management som basprofession kunde det ha fungerat bättre.

Var kommer i dag ett institut in i bilden?

Vi ser framför oss dagens splittrade bild med flera beslutsnivåer, geografiska skillnader, oklara uppdrag och uppgifter, oklar definition av familjemedicin, valhant träning av läkare till specialist, omedvetna handledare, byråkratiska studierektorer, forsknings- och utvecklingsenheter som satsat på det mätbara. Är allt detta hinder eller utmaningar?

Institut eller plattform, namnet är inte det viktigaste. Det som utvecklas ska

som främsta uppgift utgå från familjeläkarens uppdrag med den humanistiska, biomedicinska och holistiska kompetensen. Skapelsen, som vi kan kalla institut, finns väl beskriven både i utredningen från 1993 och i en senare version inför Fammis tillkomst. Den ska därför inte i detalj redovisas här. Jag anser att SFAM har kompetensområdena klart för sig. Kompetensen att ta sig an dess framtid i organisatoriska former finns. Därför är det inte svårt att beskriva ett institut i termer av verksamhet, särskilt i den del som ska vara nationell.

De uppdrag, som ett institut ska ta sig an, ska vara självfinansierade. Fria nytigheter av ideellt arbete är i långa loppen inte livskraftiga. SFAM har ett kansli ►►

Argument för en nationell plattform, "institut":

Den allmänmedicinska professionella identiteten och den personliga läkarrollen måste befästas och förstärkas. Hittillsvarande lösningar står och faller med ideella insatser.

En hållbar struktur för utveckling, värdering och certifiering av kompetensen behövs.

Det är vi allmänläkare som själva måste ta ansvar för vår kvalitetsutveckling.

ST, specialiseringstjänstgöringen måste utvecklas enligt målbeskrivningens intentioner.

Hela det allmänmedicinska nätverket behöver en fysisk mötesplats, även för våra föreningssgrannar, DLF, SYLF m.fl.

som i dag sysselsätter två duktiga handläggare. Det är en grundplåt som kan stärkas. Om fler obligatoriska kvalitetskrav tillkommer, behövs en stabil verksamhet. Inom läkarförbundet finns idag självfinansierade verksamheter med liknande uppdrag som SPUR-stiftelsen och IPULS. Ett kompetensutvecklingsinstitut initierat av, med och för allmänläkare kan vara oberoende, grundfinansierat av SFAM, kompletterat med lån samt med insatskapital från medlemmarna.

Det kan, som alternativ, vara ett nytt institut för kompetensvärdering inom Läkarförbundet och/eller Läkarsällskapet med stort inflytande av SFAM, som har kunskaperna och erfarenheterna. SFAM kan vara drivande vid igångsättning och kan svara för en egen avdelning inom

institutet. Institutet kan drivas av en stiftelse jmf. med SPUR och IPULS.

En framtid för allmänmedicinen med ett nationellt institut som motor

Det är inte första gången jag för fram den här frågan, men den upphör ändå inte att engagera mig. I tider av motgång, som de senaste femtio åren, ser jag institutet som en motor i utvecklingsarbetet. En hållfast familjeläkarvision måste till. Det är bilden av den personlige läkaren. Den ska kunna kännas igen av allmänheten, det politiska skiktet, administratörerna, medarbetare i alla nätverk, men inte minst av oss själva. Vi har ett ansvar, vi familjeläkare med växlande identitetskänsla, förebilder på gott och ont, för nästa generation familjeläkare. Ett institut här och nu, ja, det måste vi skapa!

Dags att starta UVAK: Institutet för Utveckling och Värdering av Allmänmedicinsk Kompetens !



Foto: Ulf Måwe

Mogens Hey, Höör
mogens.hey@telia.com

Skrivet med starkt stöd och uppmuntran av
Inge Carlsson, Eslöv

Referenser:

- Utredning om allmänläkares efterutbildning Suppl AllmänMedicin Bil 3F Bil 5, 1993
- Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden. SFAM, 1995
- Nationell handlingsplan plan för utveckling av hälso- och sjukvården. prop 1999/2000:149
- Ett allmänmedicinskt institut SFAM, 2000
- Tillskapandet av Familjemedicinskt institut SOU 2001:49, 2001
- Nationellt familjeläkarsystem (Protos) Protosgruppen (SFAM/DLF/SPLF/SYLF), 2002
- Svensk sjukvård i framtiden, finansiering, styrning och struktur. Läkarförbundet, 2004
- Nationell struktur för kompetensutveckling inom primärvården. Fammi, 2004
- Uppföljning av handlingsplanen med kommentarer. Socialstyrelsen, 2005
- Kursdoktorn Fortbildning i Familjemedicin. Infoblad. KursDoktorn, 2005
- Låt IPULS bevaka dina intresse. IPULS-infoblad, 2005
- Läkares nya specialiseringstjänstgöring Socialstyrelsen, 2006
- Egidius H m fl. *Vägen till specialist*. Studentlitteratur, 2007
- Hunskår(red). *Allmänmedicin*. Studentlitteratur, 2007
- McWhinney I. *Familjemedicin*. Studentlitteratur, 2004
- Pendleton m fl. *Konsultationen*. Studentlitteratur, 1994



Anmäl e-postadress

SFAMs adressregister innehåller ännu inte e-postadresser, men det vore praktiskt att ha dem med. Du kan anmäla din e-postadress till SFAM på hemsidan www.sfam.se Länken finns till vänster på startsidan. Gör det!

Rättelse

I *AllmänMedicin* nummer 1 råkade vi ange felaktiga namn på bilderna med anknytning till artikeln *Dubbla disputationer om banbrytande gastrokopi studier*. Redaktionen beklagar misstaget djupt, och ber att få be de disputerade Pertti Aro och Jukka Ronkainen, opponenter Jesper Lagergren och artikelförfattaren Lars Agréus om ursäkt för bildförväxlingen. Här är rätt namn på de avporträtterade.



Pertti Aro



Jesper Lagergren



Jukka Ronkainen

Kompetensvärdering – vem värderar kompetens? **Del 2****Att värdera kompetens på enhetsnivå**

Kan man kompetensvärdera en vårdcentral? Att värdera kompetensen på läkar-nivå går bra – det visar erfarenheter från Mitt-i-ST och specialistexamen. ASK-projektet (Allmänläkarens självvärdering i Kollegial dialog) innebär också en värdering av kunskande, som självklart är en förutsättning för kvalitet. Det finns ett offentligt intresse och behov av att granska enheternas kompetens och kvalitet. Uppdragsgivare och finansierare har en rätt att få redovisat för sig vad de får för satsade pengar. Allmänmedicinens verksamhet är komplex, och kan inte enkelt värderas i "pinnar" eller "nyckeltal". Ett försök att beskriva verksamheten och ange metoder för granskning (revision) har gjorts inom ASK-nätverkets ram, och skildras i denna artikel.

Introduktion

En bra primärvård är tillgänglig och möjliggör en långvarig relation – *kontinuitet* – mellan *läkare (vårdgivare) och patient*, vilket leder till bättre hälsa, och nöjdare befolkning, lägre sjukvårdskonsumtion och lägre totala sjukvårdskostnader [1]. Den välutbildade allmänläkaren kan under sådana förutsättningar undvika undersökningar och åtgärder "för säkerhets skull" [1,2], vilket visats göra det möjligt att spara in avsevärda kostnader [3]. Under dessa förutsättningar uppnås en säker och effektiv primärvård [4]. I ett engelskt perspektiv, där kontinuiteten av tradition är mycket hög, bedöms vinsterna i detta avseende uppträda, när läkare och patient lärt känna varandra, vilket för en hel "lista" beräknas ta upp till fem år [5]. I Stockholm har liknande effekter uppmätts redan med ett års perspektiv [4].

Utvecklande revision

Allmänläkarna är "processledande" på vårdcentralerna och distriktssköterskorna nyckelpersoner främst avseende multisjuka äldre med hemsjukvård. En värdering – "revision" bör omfatta dialog med alla

personalkategorier, speciellt sköterskor och läkare på enheten, och måste till stor del bygga på en skriftlig "enkät"/självvärdering. Omfattningen av granskningen måste begränsas i tid för att motsvara en rimlig arbetsinsats. Samtidigt kräver primärvårdens breda uppdrag och omfattning en "global" revisionsmodell, med många infallsvinklar. Erfarenheter finns av detta arbetssätt i SPUR-inspektionerna, men även andra försök har gjorts. Det är individerna i organisationen och deras egna värderingar av styrkor och svagheter i den egna verksamheten, utrustningen eller kompetensen, och bedömning av utvecklingsbarheten, som ligger till grund för en värdering. Instrumentet för detta är SWOT-analysen, (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats – styrkor, svagheter, möjligheter, hinder), som medför goda förutsättningar för framtida förbättringar av den reviderade verksamheten [27]. Ovanan vid arbetssättet – att kritiskt granska sig själv – kan göra att "SWOT-analysen" riskerar att bli suboptimal, men med en "dialog" med medicinsk kunnig person ("kollega") förbättras utfallet [29].

Primärvårdsvisionen

Revision av en verksamhet måste ställas i relation till målen för verksamheten – det "allmänmedicinska uppdraget/kompetensområdet" i detta fall [6].

Ibland beskrivs uppdraget också i form av Vårdavtal mellan beställare och utförande enhet, vilket till största delen består av administrativa eller strukturella regler, och brukar kunna granskas med statistiska metoder.

Uppdraget är av nationell betydelse och regleras därför övergripande av lagar (Hälso- och sjukvårdslagen) och regeringsdirektiv (Nationella Handlingsplanens uttalanden om 1 läkare på 1 500 invånare och om det fria vårdgivarvalet).

Det allmänmedicinska uppdraget

Det allmänmedicinska kunskapsområ-

det – vad en allmänläkare ska kunna behärska – finns noga beskrivet [6], och innebär att det endast i ett fåtal fall (ca 5–15%), är nödvändigt med vidareremittering i vårdkedjan [7]. Remisserna påverkar dock patientflödena endast i ringa utsträckning i den svenska sjukvården. De flesta sjukdomsspecialistkontakter sker utan remiss och avslutas utan remissvar [7]. Barn utan stadig kontakt i primärvården utnyttjar specialiserad sjukhusvård och akutmottagningar i högre grad än andra [8]. Äldre patienter byter ytterst sällan läkare frivilligt, utan byten orsakas oftast av flyttningar, omorganisationer m.m. [9].

Två grundkompetenser

Allmänmedicinen bygger på två kompetenser:

Individkompetensen, det vill säga att känna, förstå och kunna kommunicera med sina listade personer och med sina patienter. Detta kräver *kontinuitet*. En sådan individkompetens är nödvändig för att uppnå effektivitet och säkerhet i vården

Generalistkompetensen det vill säga att ha tillräckliga medicinska kunskaper och kunna tillämpa dem direkt eller efter sökning indirekt få fram den kunskap som behövs just i det ögonblicket patienten sitter framför allmänläkaren. En sådan kompetens ger möjlighet till samordning, helhetssyn och därigenom effektivitet .

Expertkompetensen i allmänmedicin består av en synergistisk samverkan av individkompetensen och generalistkompetensen och genereras från kunskapsbehovet i det personliga mötet med den listade patienten. Dessa komponenter är giltiga inte bara för läkare, utan också för annan personal (speciellt distriktssköterskor) verksamma inom primärvården [10,11].

Individkompetensen uppnås alltså genom *kontinuitet* över tid, *generalist-* och därmed *expertkompetensen* genom fort- ►►

bildning och kompetensutveckling. Utan dessa delar blir primärvården ”innehållslös” – ineffektiv, osäker, dyr och utan förtroende.

Förtroende

Medicinsk vård och omsorg förutsätter förtroende för att bli framgångsrik. Förtroende kan delas upp i två delar: *Personligt förtroende* mellan två personer (läkare – patient) som måste förvävas aktivt genom möten, och *socialt förtroende* till institutioner (till exempel ”Primärvård/husläkare” eller ”specialistvård/akutsjukhus”) vilket är abstrakt och passivt [12]. Eftersom det bara är en del av befolkningen som har någon större egen erfarenhet av vård, styrs deras uppfattning till stor del av den allmänna debatten, och till exempel enkäter till befolkningen belyser därför främst individernas förväntningar på vården [13]. Mot denna bakgrund är det exempelvis anmärkningsvärt positivt att bara 19% i Stockholm uppger litet förtroende för ”husläkarna”, och att bara hälften av dessa har kritik mot upplevt vårdinnehåll [14].

Hälso- och sjukvårdslagen

Sedan länge finns en lagstadgad rätt enligt HSL att välja egen fast primärvårdsläkare, som ska vara specialist i allmänmedicin. Uppdraget att rekrytera sådana läkare i tillräcklig omfattning åligger landstingen [4]. Socialstyrelsens uppföljningar har visat på fortsatta brister, och 2007 skärptes HSL ytterligare med krav på huvudmannen att erbjuda kontinuitet. Alltför många invånare har att dela på allt för få allmänläkare. På många håll utsätts verksamheten för täta omorganisationer, så att många vårdcentraler och läkare saknar långvarig relation med sin befolkning.

Primärvårdskvalitet

Primärvårdens verksamhet är mycket mångfacetterad, och innehåller inte bara läkares insatser. Att studera vårdkvaliteten inom primärvården frestar därför lätt till att koncentrera sig på vissa aspekter, ”nyckeltal”, och nyttja dessa som indikatorer på en mer övergripande kvalitet.

Dock måste man ha i åtanke att primärvård utan allmänläkare är chimärvård, det vill säga den medicinska revisionen vi här talar om kan enbart tillämpas där det i primärvården finns allmänläkare.

Nyckeltal och Surrogatmått

Mätbara värden, s.k. ”Nyckeltal”, kan lätt följas över tid, men förutsättningarna för att arbeta med nyckeltal, är att man i förväg bestämt och definierat vad som ska registreras och hur det ska ske [15]. Det kan då ha stor effekt på vårdkvaliteten [16]. De parametrar man väljer att studera, kan dock lätt bli så kallade ”Surrogatmått” – ett laboratorievärde eller fysikaliskt tecken, i stället för ett mer svårdefinierat ”värde” av behandlingen eller åtgärden [15]. Ofta betyder variationer i upptagningsområdet mer för resultat mätta med kvalitetsindikatorer än vårdpersonalens insatser, vilket begränsar värdet av jämförelser mellan enheter [17,18].

Patientens egen roll

Om patienten har en långvarig relation med sin läkare och känner och litar på denna, så visar undersökningar att patienten i stor utsträckning följer råd om livsstilsförändringar m.m. som givits i förebyggande syfte [19]. Patientens egen inställning och val av livsstil är dock oftast helt avgörande för det medicinska utfallet, ”kvaliteten”, mätt med ”nyckeltal”. ”Professional knowledge” värderad på detta sätt är därför inte omedelbart tillämpbar i allmänmedicinen, eftersom den ”must be compromised with client reality” [20,21], och därför leder till bristande måluppfyllelse. ”Det kommer en tidpunkt när vi måste lägga kartan åt sidan och vandra genom landskapet hand i hand med patienten” [22].

Osäker diagnosstatistik

Många av de sjukdomar (symtom) som en allmänläkare möter är mycket svåra att definiera och sätta etikett (diagnos) på [2]. Speciellt gäller det psykiska sjukdomstillstånd, och diagnosstatistik ger därför mycket variabla och ”otillförlitliga” resultat [22]. Datasystemen har dessutom ofta svårt att skilja mellan

misstänkta tillstånd, pågående utredningar respektive uppföljningar av redan fastslagna tillstånd (diagnoser), vilket drastiskt kan påverka statistiken [2].

Trots att verksamheten vid allmänläkarmottagningar kan upplevas som anmärkningsvärt lika, finns ändå stora variationer, som – utöver befolkningens sammansättning och omgivande vårdutbud – påverkas av till exempel allmänläkarens / distriktssköterskans / undersköterskans / sekreterarens kön, ålder och utbildning [22].

Arbetsmiljöns betydelse

En stor engelsk studie över vårdkvaliteten inom primärvården visade att en bra arbetsmiljö med en god laganda tycktes vara de mest betydelsefulla enskilda faktorerna för att utveckla såväl vårdkvaliteten som servicenivån gentemot befolkningen, oavsett hur dessa sedan mättes [23,24]. Att arbetsmiljön är viktig, belyses också av Svenska Distriktsläkarföreningens undersökningar av stafettläkare. Erfarna allmänläkare som i grunden bygger sitt specialistkunnande på kontinuitet, väljer ändå ibland att sätta diskontinuiteten i system på grund av usel arbetsmiljö.

Medicinsk revision

Utifrån ovan listade allmänmedicinska kompetenser och verksamheter, kan en kompetensvärdering ske av en hel organisatorisk enhet, det vill säga en enhet av professionella individer med ett gemensamt allmänmedicinskt uppdrag. En beställare kan ha specifika verksamhetskrav utöver dessa, men våra allmänmedicinska enheter måste förstås drivas på ett allmänmedicinskt sätt. Ovanstående kravspecifikation eller evidensbaserade kompetenser användes i ett par projekt i Stockholm för att beskriva och värdera en allmänmedicinsk revision i utvecklande anda. Revisionen innebar utvecklingsstimulans inte minst hos beställarna i sann dialoganda. Revisionen fungerade därigenom som en katalysator för bättre uppföljningar och riktlinjer. Redovisning hur sådan Medicinsk Beställarerevision konkret går till kommer i ett följande nummer av *AllmänMedicin*.



Referenser

(Komplett lista kan fås från författarna)

- [1] Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 1999:19.
- [2] N-O. Kontaktsaker hos läkare i primärvård; Fokusrapport SLL 2004.
- [5] Boland M. Wants and needs in continuing medical education. (WONCA Stockholm 1996). Aust Fam Physician 1997 Jan; 26 Suppl 1:S33-5.
- [6] Specialistutbildning i allmänmedicin. Målbeskrivning. Allmänmedicin 1997; 1: Suppl.20.
- [8] Dimitri A, Assoc. of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use... 2001;103:524-9.
- [11] Rudebeck CE, Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens Allmänmedicin 2001.
- [12] Fugelli P. Trust in General Practice B J Gen Pract 2001;51: 575-9
- [15] Furberg B. Surrogatmätt – en ersättning för det man egentligen vill mäta. Läkartidningen 2002; 99:1672- 1675.
- [16] Årsrapport 2002. EK-gruppen i Sydvästra Stockholm. Allmänmedicin Stockholm 2003.
- [18] Lindström K, Allmänmedicinens syn på Medicinska Kvalitetsrådets roll. Allmänmedicin 2004;6: 41
- [19] Andén A. Vad får patienten ut av konsultationen hos allmänläkaren? Läkartidningen 2003; 100:3518-3521
- [20] Abbot A. The systems of professions An essay... (s.118) The University of Chicago Press 1988.
- [23] Ovhed I. Stimulerande arbetsmiljö och god tid för konsultation ger bättre vårdkvalitet. Läkartidningen 2002; 99:1352-1353.
- [28] Egidius H. Pedagogik för 2000-talet. Natur och Kultur 1999; 282f.
- [29] Svartholm R, Carlsson I , m.fl. ASK – Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog. Allmänmedicin 2001; 1: 38-40



Ulf Måwe
ulf@mawe.se



Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Foto: Lars Wäppling

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

2007-05-03

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2007

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Visby den 10–12 oktober 2007.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAMs kansli, e-post: helene.sward@sfam.a.se

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAMs stadgar:

§4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Plats: Wisby Strand Congress & Event, Visby.

Tid: Kl 15.30-17.30, onsdagen den 10 oktober 2007.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokal-föreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 10 september.

Välkommen!

Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

| | | | |
|--|----------------|------------------------|---------------------|
| Svensk förening för allmänmedicin | Telefon kansli | +46 8-23 24 05 | Postgiro 65 59 74-4 |
| Box 503 | Telefax | +46 8-20 03 35 | Bankgiro 5459-4866 |
| S-114 11 Stockholm | E-post kansli | helene.sward@sfam.a.se | Org nr 802009-5397 |
| www.sfam.se | | | |



SFAM Stockholm

Välkommen att träffa kollegor och diskutera aktuella ämnen! Våra kvällsträffar är på Läkaresällskapet som i höst blir på dessa onsdagar:

2007-09-05 • 2007-10-03

2007-11-07 • 2007-12-05

Vi samlas 17.30 för lättare förtäring och sedan börjar programmet 18.00. Plats är Klubbvåningen på Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10.

Läs mer på www.sfamstockholm.se

Styrelsen, SFAM Stockholm

SFAMs HÖSTMÖTE 10–12 oktober 2007 i Visby

– PRELIMINÄRT PROGRAM –

Onsdag 10 oktober

- 10.00–12.00 **Examinatorsmöte**
10.00–12.00 **Ordförandemöte**
10.00–12.00 **Examinandmöte**
12.00–13.15 **Lunch**
13.15–15.00 **Studierektorsmöte**
13.15–15.00 **Genomgång Skriftliga Provet**
13.15–15.00 *Ännu inte färdigplanerat (se www.sfam.se för uppdaterad information)*
15.30 **SFAMs Årsmöte**
19.00 **Buffé**

Torsdag 11 oktober

- ...–07.00 **Morgondopp i Östersjön**
07.00–08.00 **Qi-Gong i Almedalen**
09.00 **Invigning av mötet**
09.15–10.15 **”Frihet och solidaritet”**
Sven-Erik Liedman, nyligen pensionerad professor i idé- och lärdomshistoria vid Göteborgs Universitet, författare till en rad rosade böcker inom ett brett lärdomshistoriskt område med tyngdpunkt på politisk idéhistoria och kunskapsfilosofi.
10.45–11.25 **Illamående i palliativ vård**
Nina Cavalli-Björkman, onkolog, Uppsala Akademiska Sjukhus.
10.45–11.25 **Bensår**
Gunnar Ramstedt, hudläkare, Visby.
11.35–12.15 **Smärtlindring i palliativ vård**
Nina Cavalli-Björkman, onkolog, Uppsala Akademiska Sjukhus.
11.35–12.15 **Bensår, repris**
Gunnar Ramstedt, hudläkare, Visby.
10.45–12.15 **Vad är sjukdom, vad gör vi och vad kan vi göra med sjukskrivningsinstrumentet?**
Meta Wiborgh och Annika Andén, forskande allmänläkare från Luleå.
10.45–12.15 **Förbättringsarbete eller häxjakt?**
Roland Karlsson, pilot och före detta ordförande i Svenska Flygsäkerhetskommittén möter juristhandläggare Saadia Aitattaleb från Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd.
10.45–12.15 **Examensuppsatser. Parallella seminarier**
12.15–13.30 **Lunch**
13.30–15.00 **Iona Heath**
Välkänd allmänläkare från England, hedersmedlem i SFAM, om att sjukliggöra och medikalisera vår naturliga livscykel.
15.30–17.00 **Inför nationella riktlinjer för ångest och depression – vad är viktigt från primärvårdens och allmänmedicinens synvinkel?** Nationella riktlinjer för behandling av ångest och depression är under utarbetande i Socialstyrelsens regi. Faktaunderlag presenteras som underlag för diskussion. Workshop med professorn i allmänmedicin *Cecilia Björkelund* och medarbetare från Göteborg.
15.30–16.10 **Thyreoida**
Maria Sääf, endokrinolog, Karolinska Sjukhuset.

SFAMs HÖSTMÖTE 10–12 oktober 2007 i Visby

– PRELIMINÄRT PROGRAM –

- 16.20–17.00 **Thyreoidea**, repris.
Maria Sääff, endokrinolog, Karolinska Sjukhuset.
- 15.30–16.10 **Dyspepsi**
Lars Agréus, forskande allmänläkare.
- 16.20–17.00 **Reflux**
Lars Agréus, forskande allmänläkare.
- 15.30–17.00 **Examensuppsatser. Parallella seminarier**
- 18.00 **Diplomering av examinander**
- 19.00 **Bankett**

Fredag 12 oktober

- ...–07.00 **Morgondopp i Östersjön**
- 07.00–08.00 **Qi-Gong i Almedalen**
- 08.30–09.30 **Perspektiv på bot och bättring**
Musikaliskt kåseri på temat hälsa och sjukdom, rädsla och ritualer från etnologiskt perspektiv. Musikern och professorn i etnologi vid Högskolan i Visby *Owe Ronström*.
- 09.30–10.00 **Högtidsföreläsning – Årets avhandling**
- 10.30–12.00 **Riktlinjer för sjukskrivning**
Jan Larsson, Socialstyrelsen om arbetet med diagnoser och riktlinjer.
- 10.30–12.00 **Årets avhandlingar och nya professorer**
SFAMs forskningsråd presenterar 2006 års allmänmedicinska avhandlingar och de nya professorernas arbete.
- 10.30–12.00 **Allmänmedicin igår, idag, i morgon**
Samtal utifrån *Mogens Heys* 50-åriga engagemang inom allmänmedicin.
Mogens Hey, *Ulf Måwe* och *Inge Karlsson* – alla allmänläkare.
- 10.30–12.00 **Vårdcentralen – en viktig arena för ny läkarutbildning i Stockholm?**
Helena Salminen, forskande allmänläkare, studierektor för Doktorsskolan i Stockholm.
- 10.30–12.00 **Det skapande mellomrommet i møtet mellom pasient og lege**
Eli Berg, norsk allmänläkare, disputerade häromåret på en avhandling med denna titel. Avhandlingen publicerades senare omarbetad i litterär form gestaltande den innehållsrika resa som *Eli* företagit tillsammans med sin patient.
Så här skriver hon själv: "Det er mye smerte på et legekantor. Hos pasienten en livssmerte, hos legen en faglig smerte. Pasienten trenger kanskje å finne ord for det som gjør vondt, legen en utvidet forståelse av hva sykdom og helseplager kan handle om. Legekunst er kanskje når pasienten og legen sammen kan lage nye fortellinger, livsberetninger som pasienten kan leve videre med, fortellinger som gir mening og sammenheng i et liv som kanskje har manglet noe vesentlig underveis. *Eli Berg* tar utgangspunkt i egne erfaringer i allmenn praksis. Etter en omlegging av måten å tenke og arbeide på, ble det langt mindre behov for medisiner, mindre prøvetaking, færre henvisninger videre til sykehus, og ventetiden i praksisen gikk ned. Og det ble svært interessant og meningsfullt å være doktor!"
- 12.00–13.15 **Lunch**
- 13.15–15.00 **Framtidens allmänmedicin**
ST-rådet om goda exempel, utvecklingsmöjligheter och visioner.
- 15.00 **Avslutning**

Missa inte ruptur av akillessenan

Författaren Peter Curman skrev i Aftonbladet den 28 februari om hur man på akuten trodde att han hade en inflammation av hälsenan när han i själva verket hade en ruptur, vilket upptäcktes först en månad senare. Han drabbades av komplikationer till följd av den felaktiga handläggningen.

Nu har vi själva märkt hur lätt tillståndet kan missas vid den initiala bedömningen. En 45-årig man sökte husläkare då han plötsligt hade fått ont strax ovan hälen när han spelade badminton föregående kväll. På morgonen var det ömt och svullet över hälsenan, men inte värre att han fortfarande kunde gå och stödja på foten. Men för säkerhets skull sökte han för att få bekräftat sin egen bedömning att det nog inte var så farligt. Det visade sig att Thompsons test var positivt. Detta test

innebär att patienten får ligga på magen med fötterna utanför britsen. Kompression av vaden medför då normalt att foten rör sig plantart = Thompsons test neg. Vid osäkerhet kan man jämföra med den andra sidan. I det här fallet rörde sig inte foten vid kompression av vaden. Ultraljud visade total ruptur av senan och mannen blev opererad samma dag.

Försenad diagnos ökar risken för framtida men och felaktig bedömning på grund av ofullständig undersökning vid ruptur av hälsenan är en vanlig orsak till anmälan till HSAN. Det finns alltså anledning att vara frikostig med den enkla undersökning som Thompsons test innebär. I Curmans fall hade han sökt på grund av misstänkt djup ventrombos, vilket kan ha bidragit till att man inte tänkte på möjligheten av ruptur.



Illustration: Katarina Liliequist

Roland Morgell, Stockholm
roland.morgell@sll.se

Erik Carsjö
Ortopedkliniken, Capio St Görans sjukhus
erik.carsjo@capio.se

Recension

Om sorgbearbetning

Livet förändras snabbt.

Livet förändras på ett ögonblick.

Man sätter sig ner för att äta middag och livet som man känner det tar slut.

Frågan om självmedlidande.

Så börjar den amerikanska författaren Joan Didions självbiografiska bok *Ett år av magiskt tänkande*. Dagen före nyårsafton 2003 dör plötsligt hennes make sedan 40 år tillbaka, John Gregory Dunne, också han författare, i deras hem på Manhattan. De skulle just äta middag efter att ha besökt sin enda dotter på sjukhuset. Dottern är svårt sjuk i komplikationer efter en vanlig influensa. Mitt i ett samtal om whiskysorter, eller var det om första världskrigets betydelse för 1900-talets utveckling, slutar John att tala och faller livlös ned. Så slutar plötsligt ett flera decennier långt samtal makarna emellan, så slutar deras samvaro, samarbete, deras trygga och flitiga

vardag. Joan Didion skildrar året efter makens död. Med skrivandet som ett försök att förstå denna tid när allt hon förut föreställt sig om döden, äktenskapet, sjukdomar, om hur vi handskas med det faktum att livet är ändligt, ställs på ända. För författaren var det tidvis viktigt att försöka återminnas händelseförlopp, sekund för sekund, att läsa medicinska tidskrifter om hjärtrytmrubbningar, doktorsavhandlingar om hur läkare ställer frågor kring obduktion, att läsa psykoanalytisk litteratur om sorg. Som ett sätt att närma sig men samtidigt hålla på avstånd. Många återblickar ges från parets skrivande liv bland andra intellektuella i det amerikanska kulturetablissemanget. Under detta år är också dottern fortsatt sjuk, vilket fördubblar bördan. Boken ger en påtagligt realistisk inblick i sorgearbete medan det pågår. Det känns som att flytta in i författarens huvud och dela alla malande tankar, frågor och saknaden.



Omslaget till den svenska talboksutgåvan.

Ett år av magiskt tänkande
Joan Didion

Översättning: Ulla Danielsson
Bokförlaget Atlas, tryckt 2006
Utgiven i USA 2005

Det är mycket intressant men smärtyfyllt, ingen distans hinner fås. Kanske snarare något att läsa under höstens helger än under de ljusa sommarsemesterveckorna.

Tina Nyström Rönnås

Läkaryrkets mening hittas i Homa Bay

Det mesta är sig likt här i västra Kenya; den röda jorden, myllret av djur, människor som har nära till ett skratt, sjukdomsördan.

Ändå tränger moderniteten sig in i samhället – på gott och ont. Den slår sönder urgamla mönster av tillhörighet, men skapar också vägar till en bättre tillvaro. Oxarna drar kärran med sockerrör och på lasset sitter föraren och talar i mobil. AIDS-diagnosen är inte längre en absolut dödsdom. Även för den fattigaste kan det finnas en strimma hopp.

Jag som alltid kritiserat läkemedelsindustrin måste erkänna att de är duktiga. För två år sedan stoppades de patientnära HIV-testerna av stridigheter yrkesgrupper emellan. Skulle bara sköterskor få sticka?

Nu kan också rådgivarna ta provet före det förtroliga samtalet. En remsa rivs av i perforeringen. Dra av skyddsfilm, ta en reagensflaska – det är allt! Bekräfta positivt test med det lika enkla Bioline. Även jag som mozungu (vit)-doktor lär mig. Med tunnaste nålen blir det ingen blodspilla; två för livet avgörande droppar läggs på Determine. En 6 mm röd linje, patienten och jag stirrar båda på den, skiljer lyckan från avgrunden.

Bihustrun kan få upprättelse: att inte vara den som fört in HIV i familjen. Ett friskt barn får inträde till jordevandringen. Detta om modern är negativ eller – det minst lika vanliga – goda möjligheter att vara osmittad även när modern är HIV-positiv. Då ges zidovudin från vecka 28 och nevirapine vid förlösningstart samt 0,8 ml flytande till barnet första dygnet. Det minskar väsentligt överföringen av virus från mor till barn.

Enklast tänkbara sjukvård! Den mest effektiva, meningsfulla! Mina år av blodtryckspumpande bleknar. Hur ska jag finna det motiverat att fortsättningsvis jag kvicksilvermillimetrar med dyra lä-



Foto: Antonio Pingue

kemedel med marginell effekt vars långsiktiga verkan är odokumenterad? Hur ska jag kunna tåla de kollegor i hierarkin som ser sin egen insats som den viktigaste av alla och sätter sin näsa i vädret efter det?

Jag är glad att landstingets hygienköterska är långt borta från de smutsiga bymottagningarna. Runt bordet, där vi nyss öppnade en böld och utförde HIV-test, sitter vi en stund senare gladeligen och äter majspudding, ugali och ägg-röra. Som etablerad snuskhummer trivs jag bra. Jag tröstar mitt renare ego med tanken: det viktigaste för en biståndsarbetare är respekt för värdlandets rutiner anpassade till de obefintliga resurserna. Bara en gång inlägger jag mitt veto; när vi glömt boxen för spetsarna och medarbetarna tycker att det blodbemängda kan grävas ner på skolgården eller slängas i latrinerna. Vem vet om inte sprutorna grävs upp, kanske kan inbringa någon inkomst? Och min dotter som följde mig 2004 skrämde, när hon satt sig ner på huk, hastigt upp av fladdermöss, som funnit sitt ideala bo i mörkret under latrinens cementplatta. Kan möss sprida rabies kanske de kan sprida HIV var min vision fantastique.

Jag vill inte undvara ritualen före maten; att få tvätta händerna med tvål allt under det en medarbetare från en medhavd dunk låter vattenstrålen falla över mina händer. Doktorn först förstås! Barnen spelar fotboll med ett tygklot, en afrikansk lärka drillar och långt bort lyfter värmen Homa Bays blånande berg. Homa är feber på swahili.

Jag rätar på ryggen. Det är ett fantastiskt yrke jag har! Vetenskapen därhemma säger att icke evidensbaserade rutiner bör utmönstras från vården. Handtvätt före maten på afrikansk bymottagning spelar säkert ingen roll bland alla baciller och den är inte evidensbaserad. Kan jag få lite mer vatten för tvagningen?



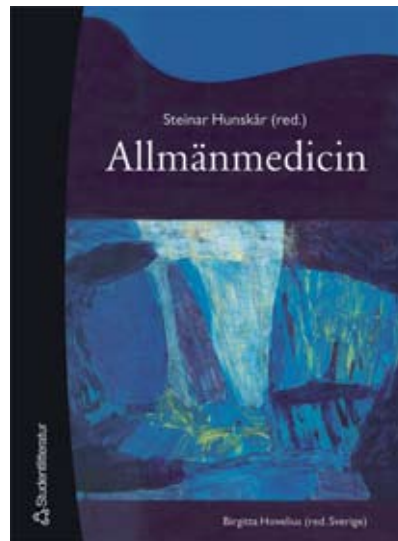
Bengt Järhult
Jönköping
bengt_jarhult@
hotmail.com

Överlevnadshandboken

1975 bildade några vänner och jag en studiecirkel för att studera Seymours stora bok om "Självhushållning", i sann grönavägen-anda. Det var en bok som täckte in livets alla behov, från hur man föder barn utan assistans, till hur man kokar tvål och gräver en latrin. Det är lite med samma känsla jag nu läser Hundskårs allmänläkarbibel. Med denna bok under armen är man redo att var som helst, när som helst, starta sin allmänläkarmottagning och sannolikt klara det med glans. Innehållet spänner över allt från utrustningen på din mottagning till aspekter på hur vi kan påverka primärvårdens framtida utveckling ideologiskt och praktiskt. 2,7 kg koncentrerad visdom ligger som ett nyfött spädbarn i din famn att utforska och dela livet med. Jag har med glädje brottats med detta storverk de senaste tre månaderna. En högersidig karpaltunneloperation höll på att omintetgöra min strävan, för det här är ingalunda lätt litteratur – rent fysiskt sett.

Med dr Steinar Hunskaar, allmänläkare och professor i allmänmedicin vid universitetet i Bergen, har varit huvudredaktör för den norska boken som sedan bearbetats för svenska förhållanden under ledning av Birgitta Hovelius, som är distriktsläkare och professor vid allmänmedicinska fakulteten vid universitetet i Lund. Till Birgittas hjälp har funnits ett imponerande kollegium svenska allmänläkare från hela landet, som tillsammans utgör en garanti för kvalitet och förankring i den allmänmedicinska vardagen. Här medverkar många av dem som sista decenniet skapat vår identitet som allmänläkare.

Boken är indelad i en rad sinsemellan olika delar; "Allmänmedicin – teori och praktik", "Viktiga organövergripande symptom", "Sjukdomar i kroppens organ", "Allmänmedicinen i ett livsperspektiv" samt "Att vara familjeläkare/allmänläkare".



Allmänmedicin
Steinar Hunskaar (red.),
Birgitta Hovelius (red. Sverige),
Studentlitteratur 2007,
ISBN 978-44-02798-2

Allmänmedicinen som företeelse är ett svårfångat begrepp. Genom att tolka vår allmänläkarroll ur många olika synvinklar vävs en väv som till slut definierar vår specialitet. Att se patienten och hans bekymmer utifrån ålder, livssituation, symptom, besökstyp, kultur och socialt sammanhang, men alltid först och främst som individ i ett respektfullt möte, omfattar vi till slut den helhet som vi eftersträvar. "Allmänmedicin finns där liv och lidande möter medicinsk teori och praktik"

I kapitel efter kapitel lotsas vi genom de olika aspekterna av konsultationen. Som allmänläkare med 18 år i yrket känner jag mig oerhört bekräftad. Det jag mödosamt under årens lopp förvärvat av erfarenhet finns här lågmäلت formulerat, enkelt och självklart, hela tiden med en oerhörd respekt för hur svårt det ofta är att i vardagen hitta rätt. "Vilken tröst evad som faller på."

Som handledare till unga kolleger försöker vi ju förmedla ett sätt att tänka mer

än kunskapen i sig. Det kapitel i boken som handlar om hur man sätter diagnos bekräftar och befäster denna strategi på ett mycket pedagogiskt sätt. Man tvingas se tillstånden förutsättningslöst för att först efter omsorgsfull begrundan landa i en diagnos. De läroböcker i medicin jag tidigare läst har innehållit listor med symptom, där man utgår från en diagnos, och sen prickar av symptomen allt eftersom. Här tvingas man istället se symtomen i relation till en sannolikhetsberäkning baserad på kön, ålder, sjukdomsfrekvens i olika befolkningsgrupper etc, men som också inkluderar tiden som en parameter. Man landar i en praktisk handläggning och strategi för ett helt terapeutiskt förlopp – en relation över tid. Förslag till behandling inkluderar även praktiska råd direkt till patienten om hur han skall handha sitt tillstånd. Att bot inte alltid är möjlig inkluderar som en fullständigt naturlig del i beskrivningen.

Författarna lägger stor vikt vid kunskaper i sjukdomars vanlighet och riskbedömningar baserade på livsstilsfaktorer, arv och exponering. Man poängterar gång på gång ett salutogenetiskt tankesätt och faran av att framkalla sjukdomsidentitet. De fallbeskrivningar som genom boken illustrerar de olika avsnitten är inga typfall, utan verklighetstroga situationer precis så luddiga och otypiska som vi finner dem på mottagningen.

Boken spänner från djup livsfilosofi till härligt praktiska avsnitt runt den aggressiva eller besvärlige patienten eller "Hur man får patienten att gå". Man får punktvisa program rörande rökavvänjning och Waranordning. Man får råd på olika nivåer beroende på de resurser man har tillgång till. Befriande att även folkliga namn på åkommorna listas; torsk, svinkoppor med mera. I sitt uppsåt att vara heltäckande blir en del avsnitt lite konstlade; till exempel avsnittet i hur man inreder och utrustar sin mottagning och sitt laboratorium. Man

är ju sannolikt inte ren novis när man står inför en nyetablering. Balansen mellan vidd och djup blir en nästan omöjlig akt när man tar sig an ett projekt av den här digniteten.

För vem är boken skriven? Jag ser den som en utmärkt introduktion till medicinen överhuvudtaget. Börjar man som ny AT-läkare tänka på det sätt som skisseras här, så blir man en duktig kliniker även om man väljer en helt annan specialitet än vår. Varje ST-läkare i allmänmedicin borde ha den på sitt bord som ledning och tröst. Den glädje som förmedlas trots komplexiteten kan verka ångestdämpande på den mest ambitiösa utbildningsläkare. Det finns en väg genom det diffusa mot en klar strategi. Just att man betonar strategier istället för slutlösningar är befriande.

Boken fungerar också utmärkt som litteratur i en FQ-grupp. De mer generella kapitlen kan locka till samtal på en

etisk och mer filosofisk nivå. Strategikapitlen bekräftar vår tysta kunskap och ger den ett språk. Texten genomsyras av en stor respekt både för patienten och den välmenande läkaren, en empati och förståelse för svårigheterna i diagnosprocessen.

Boken är också ett historiskt dokument över var vår primärvård står 2007, och vart vi är på väg – en samlad bild av vår vardag. Varje landstingspolitiker och primärvårdsdirektör borde läsa den.

Här ligger också bokens svaghet. Den är högaktuell, men hur länge? De statistiska partierna är för det mesta bra uppdaterade men inte alltid, och åldrade listor känns inte tillförlitliga. Det norska skiner ibland igenom, men är inte störande.

De mer generella kapitlen runt strategi, konsultationen och liknande har ju mer bestående relevans. De rena sjukvårds-

kapitlen med sin fokusering på statistik är mer tidsmässigt sårbara och har mer tydligt ”bäst före”-datum. Det gör inte boken sämre idag – men kanske i morgon.

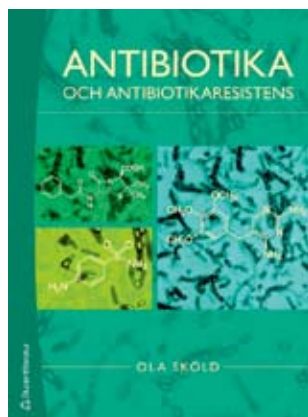
En nätbaserad text hade varit lättare att uppdatera och lättare att bära runt i sin ryggsäck. Samtidigt är boken med sin tyngd ett bevis på handfastheten i vår kunskap. Jag är mycket glad och imponerad över det fantastiska arbete som våra kollegor under Hunsårs och Hovelius ledning utfört. Läs den medan den fortfarande är varm och rykande!

Eva de Fine Licht, Floda VC
Eva.de_fine_licht@vgregion.se

Antibiotika och antibiotikaresistens

Även om antibiotika hör till de läkemedel som vi oftast förskriver, så används de som regel under korta behandlingstider. Det är därför mer lönsamt för industrin att forska fram läkemedel för behandling av olika riskfaktorer, som blodtryck och blodfetter där medlen är tänkta att användas kontinuerligt under många år.

Sulfonamid infördes 1935, effekten av penicillin upptäcktes 1928 och trimetoprim 1970. De medel som tillkommit därefter har i huvudsak varit vidareutvecklingar av redan befintliga preparat (eller synonymer med annat namn). Som bekant har antibiotikaresistens samtidigt blivit ett allt större problem. De framsteg som görs idag handlar således mer om bättre utnyttjande av befintliga preparat än om tillkomst av nya, även om reklam ibland försöker få oss att tro annorlunda. I Sverige har allmänläkare tillsammans med



Antibiotika och antibiotikaresistens
Ola Sköld
Studentlitteratur 2006
ISBN 13: 978-91-44-03621-2

infektionsläkare varit drivande när det gäller att skapa kunskap och följsamhet till bättre rutiner, enligt grundprincipen rätt sorts läkemedel i rätt dos och med rätt behandlingstid.

Den här boken beskriver verkningsmekanismerna för olika typer av antibiotika och antibiotikaresistens. Författaren, som är mikrobiolog i Uppsala, ger också en historisk beskrivning och avslutar med tankar inför framtiden, där han befarar ett kraftigt ökad antibiotikaresistens, bland annat beroende på ett kollektivt förråd av gener för resistens bland jordlevande bakterier. Finns således starka skäl att undvika överförskrivning av antibiotika. Och att bidra till ytterligare studier i den mån man har möjlighet. Hur behandlar vi idag cystit, otit m.m. och hur borde vi göra? Kan riktad information till daghem, småbarnsfamiljer och andra målgrupper minska efterfrågan? Också viktigt att vi sprider våra erfarenheter till varandra, via artiklar i denna tidskrift och på andra sätt.

Roland Morgell
Stockholm
roland.morgell@sll.se

Mer än underhållning – spännande läsning om hur vi hanterar rädsla

John Ajvide Lindqvists tre böcker *Låt den rätte komma in*, *Hantering* och *Pappersväggar* rekommenderas varmt som semesterläsning i sommar. Författaren har arbetat som trollkarl och stå-upp-komiker före sin litterära debut i skräckgenren. *Låt den rätte komma in* är en berättelse om vampyrer i ett vardagligt Blackeberg 1981. Läsaren hålls i ett grepp av fasa och spänning men också av ömhet inför de existenser man får följa genom sidorna. Tidsskildringen är pricksäker och författaren har ett skarpt öga för klasskillnader och för människors utsatthet.

Handlingen i *Hantering* av odöda börjar en ovanligt het augustidag år 2005. Något som liknar ett elektriskt fält lägger sig över Stockholm. Alla i befolkningen drabbas av en huvudvärk som blir alltmer intensiv för att plötsligt upphöra, samtidigt som elektriciteten återgår till ett normalt fungerande. Det visar sig så småningom att under denna eftermiddag vaknade alla som dött de senaste två månaderna upp och blir till osaliga zombies. Fullständigt kaos utbryter, katastrofkommissioner tillsätts, hela samhället sätts på prov. Man får följa några individer på deras fruktansvärda,



förvirrade färder för att försöka rädda sina anhöriga, sina odöda. Boken kan sträckläsas på stranden och på kvällen kan man i detalj redogöra för kapitlen för sin familj och vänner – så som man gör med goda berättelser.

Novellsamlingen *Pappersväggar* fortsätter på samma tema och bokens titel anspelar på den tunna hinnan som finns mellan trygghet och trasighet. Om att leva med vetskapen om att allt kan förloras på en sekund.

Trots den tydliga påminnelsen om vår utsatthet och skörhet i världen är det framför allt mod som frammanas

John Ajvide Lindqvist:
Låt den rätte komma in
Ordfront förlag AB 2004
Hantering av odöda
Ordfront förlag AB 2005
Pappersväggar
Ordfront förlag AB 2006

i böckerna. Mod, nyfikenhet och stark vardaglig kärlek. Kanske blir man varken en modigare eller bättre människa av att läsa dem men, skulle jag vilja säga, troligen mer lyssnande och tålmodig som doktor.

Tina Nyström Rönnås

Rörelsen som får oss att stanna upp

Den norske författaren och psykiatern Finn Skårderuds bok *Känslösamma resor* En bok om livet i rörelse är en läsvärd essäsamling om hur resande inbjuder till reflektion. Med utgångspunkt i resan eller i det främmande förs lärda resonemang kring litteratur, konst, filosofi, psykologi, psykoanalys, film, medicin, sex, religion och krig. Vi får sitta tillsammans med författaren i Toscana, lutande oss mot en kyrkvägg med blicken över böljande landskap och mot vinet i glaset framför oss, och fundera över rusets psykologi

och historia. En sömlös natt i en hotelllobby på Manhattan får vi möta nattportierens katt och en vilsen figur som är medlem i New York Literary Society of Insomnia, och begrunda just vad sömnlöshet betytt för många författare och oss själva. Drömmarnas resor tas upp med Freuds verk *Drömtydning* som utgångspunkt. I en av de starkaste texterna följer vi Isabelle Eberhardt (1877–1904), en fransk författare, anarkist och äventyrare, på hennes väg genom den algeriska öknen, på ständig, rastlös flykt undan sig själv.

Känslösamma resor
En bok om livet i rörelse
Finn Skårderud
H. Aschehoug Et Co (W. Nygaard) AS,
Oslo, 2003
Natur och Kultur, 2004

Med tanke på de många och viktiga ämnen som tas upp i boken, är texterna med nödvändighet rapsodiska och mer aptitretande än djuplodande. På samma sätt som man vill dela starka intryck under en resa med andra, vill man dela denna läsupplevelse.

Tina Nyström Rönnås

Equip, Wonca Europes kvalitetsråd

Vad är god kvalitet i primärvård? Hur kan man mäta den? Wonca Europe ser kvalitetsarbete som en strategi för att stärka allmänmedicinens roll.

Equip är Wonca Europes kvalitetsnätverk, med uppdrag att samordna och finna gemensamma lösningar, ofta i form av verktyg, som kan användas i vardagssituationer i primärvården för att underlätta kunskap om kvalitetsarbete. Deltagarna i Equip är en blandning av olika generalister, varav en del är professorer i allmänmedicin, men det finns även heltidarbetsande distriktsläkare liksom många deltidssyssländande, som jag själv.

Det hålls två möten varje år, någonstans i Europa, och det brukar komma 30–40 deltagare varje gång. Mötena håller på i två dagar, denna gång i ett vurfagert Prag, 26–28 april.

Dagarna inrymmer vissa rutiner:

- Vilka förändringar har gjorts respektive planeras i de olika länderna? Det kan röra sig om statliga ansträngningar, eller vanligare, aktiviteter på regional eller lokal nivå. Speciell tonvikt läggs på aspekter på kvalitet?

- En eller ett par workshops, där en deltagare får presentera ett koncept som används, eller är tänkt att användas, i en medveten systematisk satsning mot god vård. Denna gång togs de olika skalorna som mäter kardiovaskulär riskgrupp upp av kollegan från Wales, professor Glynn Elwyn.

- Reflektion över vårt uppdrag och hur vi ska gå vidare. Vad kan vi göra för att bidra med största nyttan? Hur ser vår roll ut i vår omvärld? Vår kontaktperson med Wonca, Euract och EGPRN redogör för de möten som hållits och vad det kan innebära för förändringar. Ledningsfrågor, ekonomi och andra nödvändiga organisationsfrågor berörs. Här dras också planer för framtida aktiviteter och möten.

Vartannat år har vi ett öppet möte, vilket innebär att vi bjuder in personer som



Foto: Dr. José Miguel Beno

är tongivande inom primärvården. Här finns alltså möjligheter för utomstående att lyssna, presentera, och skapa kontaktytor.

Equips delegater är i regel utsedda av respektive lands National College of General Practice, i vårt fall SFAM.

Några verktyg i Equips arsenal:

- Patientenkäten Europep, enkel och effektiv, validerat och översatt till alla Europas språk. Det används på flera håll i Sverige, bland annat i Stockholms Läns Landsting.

- European Practice Assessment (EPA) gör en skattning av verksamhetens organisatoriska förutsättningar. Via en enkät till chef och medarbetare, patientenkät och intervjuer i samband med ett besök på praktiken görs en bedömning av styrkor och svagheter enligt strikta kriterier. Siffrorna relateras också till resultat från andra verksamheter, så kallad benchmarking. Verktyget EPA utgår från hypotesen att verksamhetens organisation lägger grunden för dess funktionalitet och effektivitet. Finns det brister där blir också vården lidande. EPA har funnits i 3 år och används i 12 länder. Bara i Tyskland har 900 vårdcentraler skattats. Genomgången är frivillig, men i Schweiz är den införd som ackrediteringsverktyg.

Den ägs och administreras av Topas, en non-profit organisation som ska förvalta och vidareutveckla verktyg som kommer från Equip.

- Ett annat verktyg i samma anda, men lite snabbare (två timmar), är Maturity Matrix (MM). Som namnet antyder skall det mäta organisationens mognad. En matris/rutnät med angivna kriterier gör det lätt för medarbetarna att ange vad man gör, och inte gör, på en kvart. Sedan går man igenom resultatet tillsammans med en moderator, och man enas kring en skattning av verksamheten. Moderatoren har en nyckelroll, att leda debatten och få gruppen att komma till en slutsats, utan att dras in i gruppens konflikter och problem. Ny version kommer ut i höst.

Förutom dessa verktyg skrivs det också artiklar i tidskrifter om brännande frågor där vi anser att vi besitter kompetens och engagemang. En och annan bok har också utgivits.

Vi finns på hemsidan www.equip.ch Här kan vem som helst gå in och få information om aktualiteter, deltagarna, och lite fakta om varje land.

Per Stenström, Stockholm
per.stenstrom@medtrac.se

ANNONS

Vad är på gång i SFAM?

På den här sidan skriver någon ur styrelsen i varje nummer om sådant som är aktuellt. Men är det egentligen det som händer i SFAM? Nej, naturligtvis inte, det är medlemmarna och deras dagliga arbete med patienter, kollegor och andra arbetskamrater, deras fortbildningssträvanden och den debatt ni alla för på hemmaplan som är det som verkligen händer i SFAM. Det är det mest intressanta.

Man kan säga att SFAM-styrelsens arbete är en spegling av detta dagliga arbete och de strävanden, som varje medlem gör. Och kanske kan det någon gång vara intressant att beskriva den del av arbetet som vänder sig mot myndigheter och offentlighet.

Eftersom SFAM är allmänmedicinarnas vetenskapliga förening och organiserar ungefär hälften av landets specialister i allmänmedicin – och blivande dito, inte minst – så är vi remissinstans i en mängd frågor för olika myndigheter. Och det är ganska många frågor det! Oftast är remisserna förmedlade från Läkarförbundet och/eller Läkaresällskapet, och i många fall rör det sig om att ha åsikter om olika statliga utredningar, till exempel Anders Miltons psykiatriutredning (700 sidor, tre års arbete för dem – vi fick ett par månader på oss). Vi skickar svaren dels till Läkarförbundet eller Läkaresällskapet att ingå i deras gemensamma svar, men ofta skickar vi direkt till Socialdepartementet – särskilt om vi bedömer att vi kan ha en egen ståndpunkt i frågan. Du hittar remissvaren på hemsidan under rubriken ”om SFAM” – styrdokument, protokoll. Förutom i remissvar för vi fram allmänmedicinens ståndpunkter i möten och lobbying på SKL, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket m.m.

SFAMs styrelse arbetar mest ideellt. Ordförande har viss ersättning till sin arbetsplats för frånvaro. Det pågår diskussioner med bland annat Socialstyrelsen och

SKL om ersättning när vi deltar i möten och utredningar. När allt fler kolleger arbetar privat så är det inte längre hållbart att vi gör arbetet ideellt, då kommer det så småningom inte att finnas allmänläkare som är villiga, hur stimulerande det

” Många kloka människor behöver rekryteras. Finns det något område som Du speciellt brinner för?

än är att vara med och påverka och driva frågor om en god allmänmedicin. Och det kommer att behövas många som är med. Det är inte alls bara styrelsen, utan många fler, i våra olika råd och nätverk och i mer temporära arbetsgrupper, som behövs i det arbetet, som syftar till att vårt vardagsarbete ska bedrivas med god kvalitet, bli roligare, och få den uppskattning allmänmedicinen förtjänar i samhället!

Just nu ligger ett gigantiskt projekt i startgroparna, där vi från Socialstyrelsen fått ett stort ansvar i prioriteringsarbetet. Det är en rafflande historia som inte ska avslöjas här, men som vår styrelsekollega Pär Säberg kommer att skriva om i kommande nummer. I det arbetet, som kommer att ske i flera steg, kommer SFAM att behöva sina medlemmar. Många kloka människor behöver rekryteras. Finns det något område som Du speciellt brinner för?

Den nya målbeskrivningen är ett annat exempel på ett stort arbete som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen. En arbetsgrupp har jobbat hårt med den. Den är också ett exempel på vilket vilken roll våra olika Råd spelar. SFAMs Råd kan Du läsa om på hemsidan. De har ansvar för var sitt område, till exempel fortbildning, kvalitet eller forskning. Det händer ofta att styrelsen ber råden om hjälp och synpunkter vid formulering av remissvar. Även råden behöver intresserade deltagare.

Nätverken är formade utifrån intresseområden, och har en lite lösare anknytning. Läs om den på www.sfam.se

Hemsidan ja! Vår webbmaster gör ett stort jobb, och här kan alla medlemmar hämta information och se vad som hän-

der. Denna tidskrift finns där och Du kan hitta tidigare artiklar om Du missat något.

Men SFAM har liksom Sverige också gränser mot omvärlden, och de behöver överskridas. Kontakter skapas med allmänmedicinen i andra länder. Just nu har vi en god nyhet. Vår tidigare ordförande Meta Wiborgh är nominerad som vicepresident i Wonca Europa! Det hoppas vi på och lobbar för!

Detta var ett litet axplock som kan utvidgas mycket. Läs mera själv på hemsidan, men ta också gärna kontakt med oss om Du är intresserad av någon fråga, eller vill veta mer. Och som vi började: det viktigaste sker på hemmaplan. Din lokalförening är viktig. Vi är alla viktiga just där vi är. Om vi för debatten och samtalet, först sinsemellan och sedan med våra huvudmän och myndigheter, så kan vi göra allmänmedicinens röst hörd.



Björn Nilsson och Anna-Karin Svensson
SFAMs styrelse

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

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

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

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

Skattmästare

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

Övriga ledamöter

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

Karin Lindhagen

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

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

Pär Säberg
070-765 448
Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

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

Kansli

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

Examenskansliet

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

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

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitetsrådet

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

Informatikrådet

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

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@livmedicus.eu

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin

Jonas 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
b.stallberg@salem.mail.telia.com

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
maria.truedsson@telia.com

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

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@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

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnar@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@lthblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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@klinvet.ki.se

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

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

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

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@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
Per Stenström

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
katli@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Kerstin Holmberg
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10E
114 11 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"

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

Antal

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

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

Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 51, staffan.olsson@ptj.se

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

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

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80, handel.hans@telia.com

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

Layout

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

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
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 |
|----|------------|-----------|
| 4 | 7/8 | 19/9 |
| 5 | 18/9 | 31/10 |
| 6 | 6/11 | 19/12 |

Det har hänt en del med fortbildningen

Jag gick min vidareutbildning på 70-talet. En viktig uppgift för en läkare på den tiden var att ständigt fylla på kunskaper genom att läsa, gå på föreläsningar, och delta i kurser. Jag tog för givet att de kunskaper jag behövde fanns att hämta i läroböcker och innanför universitetens murar. Och att de forskningsresultat som tagits fram inom slutenvården utan vidare kunde användas på primärvårdens patienter.

Jag läste läroböcker där auktoriteter talade om hur man skulle behandla, ofta utan någon evidens. Jag blåddrade i vetenskapliga tidskrifter, men ju mer jag läste, desto mer förstod jag att den medicinska kunskapsmassan är oändlig och oöverskådlig. Och vad värre var, jag upptäckte att den information jag lyckats memorera sällan var till någon hjälp. Kunskaper av detta slag var ju något som stod vid sidan av den komplicerade vardag jag upplevde i möten med patienter. Jag var en kunskapsförstörd doktor som höll på att drunkna i information.

Räddningen kom med den "nya" pedagogik som SFAM började arbeta med på 90-talet. Nu handlade fortbildning inte längre om att fylla på kunskaper som man kunde få användning för i en framtid. Nu handlade det om självstyrt och uppgiftsbaserat lärande, om att sätta den lärande själv och uppgiften i centrum i stället för kunskaper. Självstyrning innebar tilltro till individens förmåga och kraft till kompetensutveckling utifrån egen erfarenhet. Men det fanns motkrafter till detta synsätt: lusten att utöva makt genom regler och styrning. Jag tänker på organ-specialisternas "utbildningar" för allmänläkare och det gamla FV-systemet med sina tidsbestämda tjänstgöringsavsnitt, något som faktiskt än i dag kan dyka upp i ST-sammanhang.

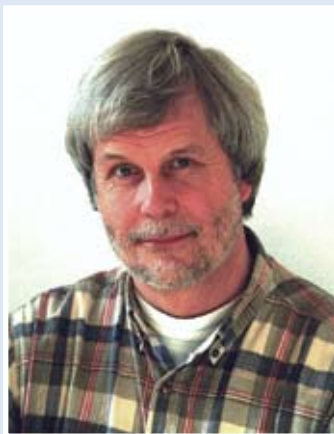
I uppgiftsbaserat lärande utgör det kliniska problemet utgångs-

punkten. En uppgift måste lösas. Jag har en viss erfarenhet men jag behöver kanske veta mer. Först då söker jag relevant information genom kontakt med kollegor, i litteraturen eller i relevant forskning. Denna kunskap infogas naturligt i det praktiska yrkeskunnandet.

SFAM med sina lokalföreningar lyckades på 90-talet få igång ett stort antal FQ-grupper, vars idé bygger på självstyrt och uppgiftsbaserat lärande. Det är först när gruppens samlade erfarenheter och kunskaper inte räcker till, som det blir aktuellt att bjuda in en expert, till exempel en sjukhusspecialist. Eftersom deltagarna definierar problem med utgångspunkt i vardagens uppgifter intar dessa FQ-grupper en central roll i vår fortbildning.

Det är viktigt att man får en objektiv bild av det egna fortbildningsbehovet. Är man ST-läkare ska handledaren hjälpa till. Den färdiga specialisten bör ta hjälp av en kollega. När behovet väl är kartlagt blir planeringen enkel och fortbildningen effektiv, och då finns det också argument för mer resurser.

Att låta sig bli informerad av sjukhusspecialister, läkemedelsindustri och andra intressenter kan i vissa fall vara bra. Men det är läkaren själv som måste planera och bestämma över det livslånga lärandet.



Gösta Eliasson, Falkenberg
gosta.eliasson@bredband.net

2007

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

September

ASK – Allmänläkarens självvärdering i kollegial dialog
1-2 sept i Stockholms skärgård.
Seminarium för självstyrd kompetensvärdering Nätverksmöte.
För mer information och anmälan kontakta Robert Svartholm snarast (polarull.svartholm@telia.com).

Allmänmedicinsk kompetensvärdering

SFAMs kompetensvärderingskurs ("v3-kursen") för examinatorer, studierektorer, handledare m.fl. 3-4 september på Hässelby slott, Stockholm. Anmälan senast 1 juli på SFAMs anmälningsblankett för kurser och möten, hitta länk till blanketten på startsidan (www.sfam.se). Kursavgift 4800 kr + moms. Arrangör: SFAM KVIST-rådet. För mer information kontakta Robert Svartholm (polarull.svartholm@telia.com).

Steg 3 idrottsmedicin klinisk fördjupningskurs för läkare på Bosön

4-8 sep. För information kontakta Anki, Svensk Idrottsmedicinsk Förening, kansli tel 08-550 102 00, eller email kansli@svenskidrottsmedicin.se

Johns Hopkins University's 2007 European ACG-conference

18-19 sep. Karlskrona.
OBS! – Kan kombineras med Blekingekonferensen 2007. Web-site: www.aexp.se/events/blekingelt
Kontaktperson: ingvar.ovhed@ltblekinge.se

Sviktande vitalfunktioner i Primärvården

18-19 sep. Stockholm.
www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 aug. Utbildningen är såväl SFAM- som IPULS-granskad.

Blekingekonferensen 2007

19-21 sep. Ronneby – Anmälan web-site: www.aexp.se/events/blekingelt
Hur kan Primärvården möta befolkningens BEHOV? Kontaktperson: ingvar.ovhed@ltblekinge.se

Att vara personlig läkare – att använda sin egen person i allmänläkarrollen

24-29 sep. Bormes-les-Mimosas, Provence, Frankrike. Kostnad: 12.650:- inkl halvpension. Flygresa Nice tillkommer (2995:- med avg. från Köpenhamn). Anmälan senast 1 juni 2007. Mailas till: christina.m.johansson@lio.se

Oktober

Livslångt lärande för skicklighet

Internationell allmänmedicinsk konferens. 4 okt. Älvkarleö Herrgård. SFAM arrangerar tillsammans med Euract och Landstinget Gävleborg. 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/

Sviktande vitalfunktioner i Primärvården

18-19 okt. Göteborg.
www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 sep. Utbildningen är såväl SFAM- som IPULS-granskad.

November

Sviktande vitalfunktioner i Primärvården

5-6 nov. Stockholm.
www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 sep. Utbildningen är såväl SFAM- som IPULS-granskad.

Mötet i hemmet

Samordnad vård och rehabilitering under det gradvisa åldrandet. Vård i livets slut, sista kapitlet. 15-16 november. Plats: "Talk" nära Stockholmsmässan i Älvsjö. Pris: 2500 kronor Mer info: www.sfam.se



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 070417. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu