

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2008 ÅRGÅNG 29



Utländska läkemedel – en förbisedd risk? /sid 5

NäSTa-möte i Västervik /sid 13 • Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen /sid 20

Skriv i AllmänMedicin!

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



Bildtips!



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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Astma/KOL-mottagning i primärvård
 – nya kriterier
Björn Tilling m fl

Globalmedicinprojektet
 Anna Karin Karlsson studie-
 rektor och Bengt Hildebrand
 ST-läkare

Omslagscollage: Katarina Liliequist

3 Ledare

Äta bör man annars dör man
Staffan Olsson

5 Praktik

Utländska läkemedel – en förbisedd risk?
*Axel Carlsson, Per Wändell,
 Örjan Ericsson & Amadou Jallow*
 Väntan med Haiku
Inge Carlsson

9 Notiser

Uppläsningsdag – upplev Köpenhamn
 Nordisk kongress för allmänläkare i Köpenhamn
Kirsten Talbro Laraignou

10 Utbildning

Socialstyrelsens nya kvalitetskrav på ST – en välkommen utmaning för profession och huvudmän
Gösta Eliasson
 SFAM söker SPUR-inspektörer
Gösta Eliasson
 Två nya studiebreve

13 Konferens

NäSTa-möte i Västervik
*Anna Hertin, Lovisa Jägerlund Hagstedt &
 Johan Stark*
 ST-forum och nya målbeskrivningen i fokus
 på studierektorskonferens
Anna Barnéus

16 Höstmötet

Program för SFAMs vetenskapliga höstmöte
 i Örebro 22-24 oktober

20 Debatt

Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen
Markus Beland
 Risk för icke ändamålsenlig förskrivning när
 läkemedelsindustrin integreras i landstingens utbildning!
Bengt Järhult
 Nonsens i NDR – sluta med ranking och uppge jäv!
Peter Olsson

28 SFAM informerar

Remissvar: Delbetänkande av utredningen Patientens rätt,
 Vårdval Sverige (SOU 2008:37)
Annika Eklund-Grönberg & Björn Nilsson
 SFAMs råd och nätverk
 Kontaktpersoner

32 Krönika, kalendarium

Läkaren som nomad
Hans Händel

”Redan telefontiden sprack.”

Så inleder Inge Carlsson sin berättelse
 Väntan med haiku.
 Sidan 8



Fler SPUR-inspektörer önskas.
 Sidan 11



Anna Hertin, Lovisa Jäderlund Hagstedt
 och Johan Stark arrangerade NäSTa-mötet
 i Västervik.
 Sidan 13



Cirkusdirektör Lennart Holmquist övervakar
 armbrytning på studierektorskonferens.
 Sidan 14

ANNONS



Äta bör man annars dör man

Livsstilsfrågor har aldrig varit speciellt enkla att ta upp i praktiken, och numera är det teoretiska underlaget när det gäller kosten inte speciellt lätt att ta ställning till heller. De praktiska svårigheterna går att öva bort, eller i alla fall bli något mer bekväm med. Teorin, åtminstone på kostsidan, blir mer komplicerad ju mer man försöker fördjupa sig. *Still confused, but on a higher level*, skulle man kanske sagt på engelska.

Få kan ha missat debatten i Läkartidningen eller på vårt eget Ordbyte. Slaget, eller om man vill sluggermatchen, går mellan förespråkare av lågkolhydratkost, och skeptiker till densamma och förespråkare av de mer traditionella kostråden med lite fett och få kalorier, tallriksmodell och tagelskjorta.

Kontrahenterna har en del gemensamt. Tvärsäkerheten och bristen på ödmjukhet inför frågans komplexitet, och våra bristande kunskaper är det tydligaste mönstret. Där skiljer sig inte eminenserna i det ena lägret från de glada amatörerna (i begreppets bästa betydelse) på den andra sidan från varandra, på något avgörande sätt.

Att reflexmässigt försvara dogmer som bygger på lös grund, och till viss del på

cirkelresonemang och tyckande från auktoriteter, ter sig för mig som en rest av det förra millenniets tänkande. Lika obekväma känner jag mig inför den närmast religiösa övertygelsen på lågkolhydratsidan. Argumenten är tillräckligt bra, åtminstone för att röra runt i grytan och ställa alla vedertagna teorier på ända, utan att övertolka de högst preliminära forskningsresultat som nu föreligger. På det hela taget intressant, men inte tillräckligt goda skäl för det totala paradigmskifte som många vill få det till.

Förespråkarna för stenålderskosten skall inte glömmas bort i sammanhanget. Här har vi ett annat, i mitt tycke betydligt mer lågmäld argumentation. Förespråkarna är inte lika övertygade om att de funnit en lösning på kostproblemet men de forskar ivrigt och ifrågasätter starkt vedertagna teorier. Svagaste länken där är snarast den arkeologiska forskning som ligger till grund för en del av teorierna. Man kan inte bortse från att källmaterialet där är minst sagt lättviktigt, och rimligen har mängder med felkällor. Att använda arkeologiska källor, som är pålitliga i sin kontext, i en medicinsk teoribildning, är riskfyllt.

Livet blir ännu mer komplicerat att leva efter att ha läst ”Den hemlige

kocken” (Ordfront 2007) av Mats-Eric Nilsson. I korthet gör boken upp med livsmedelsindustrins omfattande fusk, deras förkärlek för omskrivande nyspråk och ständiga sökande efter genvägar i framställandet av vårt dagliga bröd. Författaren gör det dock lite väl enkelt för sig, alla tillsatser är inte av ondo, och en visst mått av kemifobi kan man ana. Man kan gott säga att boken är en del av en trend där fler och fler äter ekologiskt. Livsstilen har kallats *ecochic* – ett begrepp som är så tidstypiskt som det kan bli.

Till slut kan man konstatera att maten håller på att bli en klassfråga, om den inte redan är det. Att äta nyttigt kräver tid, pengar och möjligheter att inhämta kunskap, något som inte alla på livets skuggsida har ett överflöd av.



Foto: Carolina Olsson

Staffan Olsson

ANNONS

Utländska läkemedel – en förbisedd risk?

Sverige är ett mångkulturellt land och en del av kulturen är mediciner. Många invandrare åker till sitt hemland regelbundet och kan då passa på att köpa mediciner som de tar med hem till Sverige. Omfattningen av och riskerna med detta är okänd. En undersökning av inlämnad medicin gjordes under en månad i Hallunda.

INorra Botkyrka med stadsdelarna Hallunda, Norsborg, Alby och Fittja är upp till 60 procent av de ca 40 000 invånarna utrikesfödda och kommer från mer än 100 olika länder [1]. Arbetslöshet och ohälsotal i ovan nämnda stadsdelar ligger högt över riksgenomsnittet.

Apoteket Källan i Hallunda centrum har i genomsnitt 720 kundbesök om dagen och Hallunda vårdcentral har 18 500 listade patienter. För att ”hålla området rent”, genomför Apoteket, Hälsoteamet, Botkyrka kommun med flera årligen återkommande kampanjer där befolkningen uppmanas att lämna in gamla läkemedel på apoteket för destruktion. För att ge en bild av hur den totala läkemedelsterapin kan se ut i ett mångkulturellt område så samlades läkemedel med utländsk härkomst in under en månad i samband med en sådan kampanj. Genom att påvisa den omfattande användningen av utländska läkemedel vill vi göra apoteks- och sjukvårdspersonal uppmärksamma på de läkemedelsrelaterade problem som detta kan innebära.

Tillvägagångssätt

I samband med 2005 års kampanj (Håll Botkyrka rent) insamlades under en månad (10/4–10/5 2005) samtliga på apoteket inlämnade läkemedel (förbrukade eller delvis förbrukade) som inte är registrerade i Sverige. Naturläkemedel eller liknande exkluderades. De insamlade läkemedlen åsattes i möjligaste mån en ATC-kod.

Läkemedelsnamn	Innehåll och styrka	Motsvarande läkemedel i Sverige (ATC-kod)
Balmisil® (kräm)	Terbinafin 1%	Lamisil® Utvärtes medel vid hudmykoser. (D01AE15).
Bayer® (tabletter)	Acetylsalicylsyra 500mg	Albyl minor®, Alka-Seltzer®, Aspirin®, Bamy®, Magnecyl® Analgetikum och antipyretikum (N02BA01).
Digimerk® (tabletter)	Digitoxin 0,1 mg	Digitrin® Hjärtglykosid med lång eliminationstid (C01AA04).
Duricef®	Cefadroxilmonohydrat 500mg	Cefamox®, Cefadroxil NM Pharma® Första generationens cefalosporiner (J01DB05).
Garasone® (ögonsalva)	Betametason Gentamycin	Celeston valerat med gentamicin® Stark glukokortikoid (Grupp III) med bredspektrumantibiotikum (D07CC01).
Ketoconazole® (tabletter)	Ketokonazol 200mg	Fungal® Antimykotikum med brett spektrum (J02AB02).
Lekadol® (tabletter)	Paracetamol 500mg	Alvedon®, Curadon®, Panodil®, Reliv® Analgetikum och antipyretikum (N02BE01).
Mobilis® (tabletter)	Piroxicam 20 mg	Brexidol®, Piroxicam NM Pharma® Antiflogistikum med analgetisk, antipyretisk verkan (M01AC01).
Neuromax® (tabletter)	B1, B6, B12 Tiamid 100mg Pyridoxin 200mg Cyanocobalamin 0,2mg	Becozym®, Beviplex forte®, B-kombin®, TrioBe® Kombinerat B-vitamin-preparat (A11EA).
Provil® (tabletter)	Ibuprofen 200mg	Alindrin®, Brufen®, Ibumetin®, Ipre® Antiflogistikum med analgetisk, antipyretisk verkan (M01AE01).
Tranex® (tabletter)	Tranexansyra 500mg	Cykol-F®, Cyklokapron®, Tranon® Fibrinolyshämmare (B02AA02).
Ventolin® (inhalationsaerosol)	Salbutamol 100 microgram/dos	Airomir®, Buventol®, Ventoline® Selektiv beta-2-stimulerande medel (R03CC02).

Tabell 1 visar utländska läkemedel med innehållsämnen i doser som förekommer i Sverige. Så långt som möjligt redovisas läkemedelsnamn, innehåll och gruppering enligt ATC-system.

Resultat

Totalt fick vi in 43 olika läkemedel. Endast sju av dessa är receptfria i Sverige och endast 15 kunde knytas till en ATC-kod som förekommer i Sverige [2]. Inga förpackningar hade en skriftlig personlig ordination från läkare eller apotek.

Diskussion

Läkemedelsanvändningen i ett multikulturellt område som Norra Botkyrka

medför delvis annorlunda problem än i traditionellt ”svenska” områden. Kunderna/patienterna utnyttjar vård- och/eller apoteksservice i utlandet vilket innebär en viss användning av läkemedel som inte är godkända i Sverige. Detta syns när överblivna eller utgångna läkemedel lämnats in på Apoteket Källan för destruktion.

Det är viktigt att vara medveten om förekomsten av icke godkända läkeme- ▶▶

Preparatnamn	Innehåll	Information /anvisning på förpackningen
Aspirin® (tabletter)	Acetylsalicylsyra 325mg	Exakt samma dos finns ej i Sverige. Aspirin® innehåller i Sverige 500mg Analgetikum och antipyretikum (N02BA01).
Benlin® (Isglassmixtur för barn)	Dextromethorphan hydroxibromid 7,5mg	Hostdämpande i 8 timmar. Dosering i antal isglassar per kg kroppsvikt R05DA09 (Tussidyl® Avregistrerat i Sverige 2000).
Bepanten® (ögonsalva)	Dexpantenol 50mg /1g salva	Utan annan ordination 2–3 gånger dagligen. S01XA12 vitamin B3
Clarinase® (depottabl)	Loratadin 5mg Pseudoefedrin 120mg	Mot allergisk rinit. Från 12 år. R01BA89
Cortigrip® (tabletter)	Paracetamol 500mg Pseudoefedrin 30mg	Från 12 år. N02BE51
Creandolana®	Flukonazol 1mg Neomycin 7mg Polymyxin B 500 IU	Smörjes tunt 2–3 gånger dagligen. Mot bakteriella eksem, impetigo, streptodermi och staphylodermi. Flukonazol J02AC01. Neomycin + Polymyxin B A07AA51
Denubil® (ampuller á 5ml)	Heptaminol HCl 0,18mg L-2-pirrylidon-5-karboxydimetylamino-etanol	C01DX08 Medel mot ortostatisk hypertension.
Di-Antalvic® (kapslar)	Paracetamol 400mg Dextropropoxifen 30mg	Små dosskillnader annars som Distalgesic® (325mg respektive 50mg) Analgetikum och antipyretikum (N02AC54).
Eryfluid® (lotion 4%)	Erytromycin 4%	Enligt läkares ordination. D10AF02
Etrat® (Sportgel)	Heparinnatrium 5000IE 2-hydroxi-etylsalisylat	Masseras in på ömmande muskler och leder. C05BA01
Excedrin® (tabletter)	Paracetamol 250mg Acetylsalicylsyra 250mg. Koffein 65mg	2 tabletter var 6:e timme mot migrän. N02BE51
Fenistil® (mixtur)	Dimethindenmaleat 0,01g/mL	Antihistamin, doseringsanvisning för barn och vuxna. R06AB03 Avregistrerat i Sverige 1994.
Fenistil® (Gel)	Dimethindenmaleat. 1 mg/g gel	Antihistamin, utan annan ordination, inmasseras utvärtes. D04AA13.
Forapin® (antireumatisk salva)	Benzylnikotinat 1g Bornylsalicylat 3g, Bigift 3g	Inmasseras 2 gånger dagligen enligt illustration, 5–15cm salvsträng.
Gentadex® (Ögonsalva)	Gentamycin 3mg Dexamatasone 1mg	Mot allergi och infektion i ögat. S01AA20
Ingelan® (puder)	Isoprenalinsulfat 5mg Salicylsyra 5mg	Lokal behandling mot insektsbett och nässelutslag. R03CB01, D04AX04: Sympatikomimetikum, gammalt astmamedel, klådstillande.
Lexaurin® (tabletter)	Bromazepam 1,5 mg	Triangel och ATC-kod N05BA08 (se diskussion).
Libexin® (tabletter)	Prenoxdiazinklorat 100mg	R05DB19 Hostmedel (andra antitussiva).
Linoladiol-H® (kräm)	Estradiol 5mg/100g Prednisolon 0,4g/100g	Utan annan ordination, insmörjes 2–3 gånger dagligen. G03CA80
Mebucain® (tabletter)	Tyrotricin 4mg cetylpiridin 1mg oxybuprocain 0,2mg	Dosering vid olika åldrar anges. Motsvarande Bafucin®. R02AB21
Mesolid® (mixtur för barn)	Nimesulid 1%	Atypiskt NSAID M01AX17
Mobilat® (Kräm)	Salicylsyra 2g. mucopolysaccaridpoly-schwefel-syraester 0,2g Suprarenal extrakt 1g	1 eller flera gånger dagligen 5–15cm sträng gnuggas och masseras in mot smärta och svullnad. M02AC0
Modulex® (suppositorier)	Kalciumdobesilat 25mg Lidokain 40mg	Mot anala besvär. C05BX51
Peptinal® forte (tuggtabletter)	Cimeticone 50mg antacida: Aluminiumhydroxid 480mg Magnesiumhydroxid 170mg Magnesiumkarbonat 84mg	Mot reflux och gastrit samt andra syrelaterade problem. A02AD01
Saldeva® (tabletter)	Paracetamol 300mg koffein 50mg Dimenhindrinat 15mg	Mot menstruella smärtor, max 8g paracetamol dagligen. N02BE51
Soventol® (gel)	Bamipinelaktat 20mg/g gel	Lokalbehandling av allergiska reaktioner såsom; pruritus, insektsbett och solexem. R06AX01 Antihistamin.
Sulphedrin® (Näs och öronddroppar)	Naphazoline 0,5mg Klorfeniramin 2mg Bensalkonklorid 0,2mg	För behandling av förkylningssymptom i bihålor eller öra. 1–2 droppar 1–4 gånger dagligen. S01GA51
Troxevasin®	Rotusidum 2%	Vid muskelvärk där det gör ont morgon och kväll. C05CA01 Kapillärstabiliserande medel, biflavonoid.
Tylenol® ("soft chews" eller kolor för barn)	Paracetamol 80mg	Exakt motsvarande beredningsform finns inte i Sverige. Alvedon®, Curadon®, Panodil®, Reliv®. Analgetikum och antipyretikum (N02BE01).
Tylenol® (Bubbelgumsmakande mixtur för barn)	Paracetamol 160mg/5mL Pseudoephedrin 15mg/5mL	Ej till barn under 2 år utan läkares ordination. Dosering efter ålder. N02BE51
Vitelium® (lotion)	Hydroquinon Ingen angiven styrka	Från 12 år, blekande med solskydd För tillfällig blekning av mörka hudfläckar som fräknar och åldersfläckar.

Tabell 2 visar utländska läkemedel med innehållsämnen, doser eller kombinationer som inte förekommer i Sverige. Så långt som möjligt redovisas läkemedelsnamn, innehåll och gruppering enligt ATC-system. Dessutom rapporteras eventuell behandlingsrekommendation på förpackningen från tillverkaren (översatt till svenska).



5. Upplysning om riskerna med förfalskade läkemedel bör ges.
6. För att se den totala läkemedelsterapi måste hänsyn tas till att utländska läkemedel konsumeras i Sverige.



Axel Carlsson

Leg apotekare, doktorand Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet, Huddinge, (arbetade på Apoteket Källan vid tiden för studien)

axelcefam@hotmail.com

Per Wändell

Docent, leg läkare, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet, Huddinge och distriktsläkare, Hallunda Vårdcentral

Örjan Ericsson

Farm D, leg apotekare, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen

Amadou Jallow

Leg apotekare, Läkemedelsförmånsnämnden (Chefsfarmaceut på Apoteket Källan vid tiden för studien)

Referenser:

1. Region- och trafikplanekontoret, Stockholms läns landsting. Områdesdata 2005 vår. http://www.rtk.sll.se/stat/omradesdatapdf/2005_var/Botkyrka_var05.pdf
2. www.fass.se
3. WHO. Counterfeit drugs. <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/9/06-010906/en/>

Tips på läsning:

Läkemedelsterapi över kulturgränser, LÄKEMEDLSBOKEN 2003/2004, Apoteket AB

Risken för hjärtinfarkt störst bland invandrare, Medicinsk Vetenskap 1/ 05

Läkemedelsverket: Resa med läkemedel och införel för personligt bruk.

http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NormalPage_____1139.asp

del i multikulturella områden då användningen av sådana läkemedel kan öka risken för läkemedelsrelaterade problem såsom osäkerhet om läkemedlets syfte, dubbelmedicinering, interaktioner, biverkningar, under- eller överanvändning, olämplig tid för läkemedelintag, fel doseringsintervall, olämplig förvaring eller överdosering. Vi samlade in läkemedel för destruktion, ett stickprov, vid tillfället "Håll området rent" då kunderna manades att lämna in alla sina gamla läkemedel till Apoteket. Arbetssättet har begränsningar och visar inte den totala användningen av utländska läkemedel. Vi kan inte heller utgå från att preparaten används och om det gjorts vet vi inte om de kombinerats på olämpligt sätt.

Vi hoppas genom föreliggande arbete kunna ge förskrivare och apotekspersonal som verkar i mångkulturella områden eller träffar utrikesfödda, en uppfattning om att det totala läkemedelspanoramata kan innehålla ett dolt internationellt inslag. Kunder och patienter bör uppmuntras att öppet diskutera privatimporterade läkemedel för att minimera risken för läkemedelsrelaterade problem.

Det är svårt att veta i vilken utsträckning som patienterna har haft en ordination från läkare eller om patienterna har egenvårdat med preparaten. Inget preparat har en individuell dosering från ett utländskt apotek.

Vi vet inte om läkemedlet är förfalskat. I många av de länder som invånarna i Botkyrka kommer ifrån är en stor del av marknaden läkemedelsförfalskningar som ibland inte innehåller någon aktiv

substans eller i värsta fall något helt annat. Förfalskningarna sprids av maffialiknande organisationer och leder i berörda länder till många dödsfall [3].

Många läkemedel som vi fått in innehåller antibiotika, digitalisglykosider, psykofarmaka och mycket potenta kortikosteroider och är direkt olämpliga för egenvård. Exempel på detta är Bromazepam som är en benzodiazepin med hög potens. Kortikosteroider för utvärtes bruk skall trappas ut enligt schema och kan ge förtunnad hud vid långvarigt bruk. I flera fall är det läkemedel till barn som inte skall kombineras med svenska barnläkemedel. Risk för överdosering av exempelvis paracetamol finns. Dessutom är många beredningsformer anpassade så att barn tycker om dem, exempelvis isglassar och kolor. Bra för barnen, men risk för överdos föreligger om de förvaras lättåtkomligt. Föräldrarna förstår kanske heller inte att det är läkemedel.

Slutsatser

1. Förekomsten av utländska läkemedel är hög i multikulturella områden.
2. Preparat avsedda för barn förekommer ofta och i beredningsformer som vi i Sverige inte är vana att se.
3. Det är sannolikt att dessa preparat kombineras med i Sverige godkända preparat (receptbelagda, receptfria eller naturläkemedel) vilket kan leda till läkemedelsrelaterade problem.
4. Information om riskerna med lagbrott då man importerar läkemedel bör ges till befolkning i multikulturella områden.

Väntan med haiku

Redan telefontiden sprack.

*Gamlan blev liggande
Gubbsonen ringde högljudd
som en nödställd*

Utanför expeditionen står fyra stolar på rad och ett akvarium. Fiskbeståndet intresserar Egon som lutar sig fram för specialstudium. Han har själv haft guldfisk och är sakkunnig. Märker knappt att Nisse kommer. Nisse slår sig ned vid sidan om.

– Men tjänare, är det du Egon?

Egon rycker till, rösten är väl bekant. Dom är släkt i slakten och brukar ses vid begravningar.

– Nisse! Jaså, du ska till Carlsson?

Doktorn hör allt. Med luren i hand väntar han på att sjukhusväxeln ska få tumarna loss.

– Jag har tid kvart i tie.

– Då är du efter mej!

– Det blir väl försenat. Han verkar sitta i telefonen där inne.

Nisse drar i gång sin hosta. Den dånar och rungungar och Egon dyker ner mot fiskarna för att slippa smittan.

– Det var jävelen vicken hosta.

Egon nästan duckar.

– Det är väl lunginflammation!

– Hatt såna attacker sen i fredags. Ann-Marie skicka hit mej, jag fick va i källarn i natt.

– Jag hade liadant i påskas. Men jag hade hemma på flaska.

– Och dej, vad är det med dej Egon? Du är väl inte sjuk?

Nu kommer doktorn ut. Han hade lagt på luren för det hände inget. Han har några papper i handen och stannar till.

– Och herrarna går det ingen nöd på?!

Kommer strax ...

– Är här mycket i dag Carlsson, hinner Nisse inflika innan det börjar killa i halsen. Vill gärna visa Egon att han känner doktorn rätt väl. Så ser han att Egon tagit av ena skon.

– Sitter du i hossorna?! Vad är det med dej?

– Så jädra värk i foten. Tror det är en nerv!

– Det är gikt. Det hade jag i förfjor. Kunde inte heller ha skor!

– Nej, jag tror det är en nerv i klämme. Det hugger som attan.

Egon börjar kavla ner strumpan. Han vill visa var nerven sitter. Men han hejdar sig. En äldre dam haltar raka vägen mot halvöppna dörren och knackar.

– Han är inte inne, säger Nisse. Men vi är före!

Damen ignorerar kommentaren och vänder. Hon linkar käpp och ser beslutssam ut. Nu kommer doktorn. Han blir spärrad av käppen.

– God morgon Svea, hade du tid idag?

Herrarna stirrar. Nisse gapar andlöst. Hostan kom av sig.

– Jag har varit på labbet som vi sa, men det här går inte! Lika svullet igen!

– Aj då, kom med in här.

Doktorn håller upp en dörr. Egon skulle vilja säga något men tiger, Nisse stöter till honom.

– Vi har tid Egon! Damerna först! Det är mycket idag.

Rösten försvinner i en ny hosta.

Doktorn konstaterar att knäet svullnat för tredje gången.

– Vad var sänkan?

– 46.

– Stämmer väl. Vi får backa. Mycket ont i knäet?

Svea bara skakar på huvudet. Doktorn ser plötsligt att hon vill prata.

– Vi får tappa knäet, det blir nog sista gången. Ont i armarna också?

Svea tittar bort.

Vad var det nu med henne? Ska hon också börja krångla? Brukar käckt prata om sitt evinnerliga Öland med alla syst-rar och svågrar, mer ju närmre sommaren kom. Och på hösten fick man sen höra allt om kalasen och dansen och vinbären. För att inte tala om innanfönstren som man envisades behålla och dom skulle av och på. Allt som på mors och fars tid. Tydligt en viktig ritual och den brukade alltid Svea kvittra om.

Allt var som bortblåst. Doktorn får sakta ner och tystnar. Svea snyter sig.



Inge Carlsson

– Jag var inte beredd. Trodde inte det skulle drabba mej. Lika bra stanna hemma. Dom ska inte behöva köra mej i rullstol. Som mor! Vad har jag där att göra? Mest till besvär. Jag vet hur det slutar!

– Vad var det med mor?

– Det började med knäna. Till slut satt hon där. Det blev reumatiskt.

– Men Svea, dig kan vi bota. OK, ingen midsommardans i år, men nån ska väl sköta disken?

Utanför ekar en hosta.

– Svea, kör hem! Hinner inte nu, kom tillbaka klockan två så tar vi knäet och ordinerar.

Svea nickar sakta, näsduken är framme igen. Det ser ut som ett slags bifall. Var hon inte lite piggare?

Man lämnar rummet. Svea haltar raskt iväg. Nu var det Nästa!

– Ta han före, säger Egon och pekar med tummen åt Nisse. Vi kan inte ha han här. Han behöver nåt starkt.

Bredvid sitter nu gamla mor Nilsson där med sin son, 70, om det räcker. Han hade ju varit i farten sen tidigt. Ringt och orerat om att gamla mor inte kommit upp till kaffet och sen haft ett göre med att få hit henne. Väl kommen hit ser omväxlingen ut att ha fått fart på gumman. Typiskt, kunde hon inte vänta med att pigga till? Nu sitter vi här och blir nerhostade. Han håller lite demonstrativt upp Eslövsbladet när Nisse drar i gång. Men fru N hälsar piggt och glatt. Sonen ser blekt ut.

*Mor baxas in i Saaben
Det krävdes utflykt
att lugna grabben*

Förseningen såg ut att permanentas.

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

Uppliv läkardagar – uppliv Köpenhamn

Nu är det dags igen att slå upp dörarna till den stora årliga kongressen för allmänläkare i Köpenhamn. Årets tema är barn. Vi är stolta över att kunna erbjuda 100 kuser fördelade på en lång rad olika ämnen. Huvudtemat i år är barn, till exempel allergier hos barn, barn och astma, barn och huvudvärk, de inaktiva barnen, barnpsykiatri, samtal med barn, barn som är sjuka ofta, och barns villkor generellt. Som exempel på andra kurser kan nämnas dermatologi, giktssjukdomar, neurologi, stress, endometrios och PCOS, kommunikation och internmedicin.

Så varför inte kombinera några dagar i det danska kulturlivet i Köpenhamn, med ett besök på Läkardagar? Besök det nya skådespelarhuset, tillbringa en kväll på operan – eller ta kanske bara en promenad på Strøget. Det finns många möjligheter – både i Köpenhamn och på Läkardagar.

När hålls Läkardagar?

Från måndagen den 10 november till fredagen den 14 november kommer Bella Center sjuda av liv med många deltagande

läkare. På måndagen öppnas Läkardagar av den danska hälsoministern, och efterföljs av ett livligt och tankeväckande debattmöte, musikalisk underhållning, och som avslutning buffé och ”hygge” tillsammans med läkare från när och fjärran.

Läkardagar är annat än bara kurser!

Läkardagar är inte bara kurser. Vi erbjuder även tre workshops, där du kan tala med undervisare och rådgivare. Två utav dessa erbjuder varje dag ryggs- och ledundersökningar eller möjligheten att öva injektionsteknik på dockor under saklig vägledning. Den tredje workshopen är en blandning av tympanometri, akupunktur och mikroskopi av urin.

Det finns även kurser som är speciellt riktade mot övrig klinikpersonal. Varför nöja sig med att vidareutbilda läkarna, när en klinik är en samlad enhet som kan lyfta i flock? Anmäl hela kliniken och passa på att lära känna varandra bättre!

Kurserna varar oftast 3–3½ timma, men det varierar. Du kan delta en dag eller alla fem dagarna och du kan välja fritt bland alla



kurserna. Workshopparna har öppet hela dagarna. Här är det bara att dyka upp.

Vill du veta mera – eller anmäla dig till Läkardagar?

Se alla kurserna på www.laegedage.dk. Här kan du också läsa senaste nytt och även anmäla dig till Läkardagar. Vi skickar gärna en katalog där du kan läsa allt om Läkardagar 2008, skicka bara ett mail till psa.plo@dadl.dk.

Har du frågor angående arrangemanget är du välkommen att kontakta Läkardagars sekretariat på mail psa.plo@dadl.dk eller telefon +45 35 44 84 66

Väl mött på Läkardagar 2008!

Kirsten Talbro Laraignou

Nordisk Kongress för allmänläkare Köpenhamn – maj 2009

Även om våren 2009 är långt borta, är det ändå tid att sätta kryss i kalendern nu. Från onsdagen den 13 maj till lördagen den 16 maj 2009.

De nordiska kongresserna för allmänläkare hålls vartannat år och de nordiska länderna turas om när det gäller värdskapet. Nästa år skall kongressen hållas i Danmark, där Dansk Sällskap för Allmän Medicin, DSAM, är värd under de tre till fyra dagar som kongressen pågår.

Det är den 16:e nordiska kongressen och den äger rum i hjärtat av Köpenhamn på Scandic Copenhagen, bredvid Planetariet, Tivoli och Köpenhamns Rådhus. Den första kvällen inbjuds till officiell reception på Rådhuset, och nästa morgon håller den danska hälsovårdsministern öppningstalet för kongressen på Scandic. Efter detta följer två och en halv dagar med föreläsningar och workshops.

Arrangören har höga förväntningar på denna kongress med tanke på både kvalitet och omfång. Den vetenskapliga kommit-

tén har för avsikt att hålla en hög facklig nivå och organisatoriskt har de också satt en hög standard.

Titeln på det vetenskapliga programmet är ”The future role of general practice – managing multiple agendas”. De olika vetenskapliga ämnena är bland annat profylax, behandling av kroniskt sjuka, komplexa hälsoproblem, kliniken som en integrerad del av sjukvården och metodisk tillgång i fråga om forskning, undervisning och kvalitetsförbättring. Det detaljerade programmet kan ses på kongressens hemsida www.gp2009cph.com

Även socialt planeras några spännande dagar, till exempel kanatur genom Köpenhamn, inkluderande besök i fristaden Christiania, utflykter till det berömda museet Louisiana, Hamlets slott Kronborg i Helsingör och Fredensborg slott, samt en tur i Köpenhamns centrum till Dansk Design Center och Royal Copenhagen.

Fredag kväl blir det galamiddag med dans på Langelinie Pavillonen, nära den lilla sjöjungfrun.



Det är en bra idé att redan nu anmäla sig till kongressen så är ni säkra på att få plats – dessutom undgår ni det högre priset som tillkommer senare. Anmälan och mer information finner ni på www.gp2009cph.com

Kirsten Talbro Laraignou
Kongressledare Nordisk Almenkongress

Socialstyrelsens nya kvalitetskrav på ST – en välkommen utmaning för profession och huvudmän

Sedan 1993 har SPUR-inspektion varit specialitetsföreningarnas eget instrument för att säkra kvaliteten på ST. Inspektion av en sjukhusklinik eller en vårdcentral har hittills varit frivillig, tar en till två dagar och brukar upprepas vart femte år. Genom att besöka kliniker och vårdcentraler och intervjua utbildningsläkare, handledare, verksamhetschef och övrig personal skaffar sig SPUR-inspektörerna en bild av utbildningens kvalitet och föreslår därefter åtgärder för förbättring. Bedömning och poängsättning sker enligt nationella riktlinjer och resultaten publiceras i Läkartidningen. Studierektorer har hittills inte medverkat i själva inspektionsprocessen.

Specialitetsföreningarna – för allmänmedicinen SFAM – har det övergripande ansvaret för att inspektioner kommer till stånd, medan administration, marknadsföring och metodutveckling sköts av SPUR-kansliet.

När det gäller SPUR-inspektion av ST i allmänmedicin går det inte att uppfylla kravet på extern granskning genom att inspektera samtliga landets över tusen vårdcentraler. Därför togs en särskild modell för primärvården fram 2003. Den går ut på att vårdcentraler inspekteras gruppvis, till exempel enheterna inom ett studierektorsområde. Antalet inspektioner blir då rimligt även om de sker till priset av en mer översiktlig granskningsprocess. Pilotinspektioner inom fyra studierektorsområden 2003 visade dock att modellen fungerar väl.



Socialstyrelsen har i samband med ny författning om specialitetsindelning och målbeskrivningar även uppmärksammat behovet av förbättrad utbildningskvalitet. Särskilt intressant är föreskriften om obligatorisk, regelbunden extern granskning av specialiseringstjänstgöringen och att SPUR-inspektion omnämns som metod i allmänna råd. Det står dock huvudmannen/vårdgivaren fritt att själva välja metod och i remissvaren har vissa landsting föreslagit andra lösningar.

Fördelen med att tillämpa SPUR-modellen är emellertid uppenbar. De na-

tionella riktlinjerna skapar likformighet över landet och granskning sker inomprofessionellt med tonvikt på förbättringsmöjligheter snarare än på kontroll. Modellen har använts i 15 år och över 90 procent av de vårdcentraler som blivit inspekterade anser att SPUR-inspektionen varit värd det arbete och de kostnader den betingat.

Den nya författningen börjar gälla 1 september 2008. Profession och huvudmän har därmed fått en välkommen utmaning. För allmänmedicinen och SFAM gäller det att bygga upp hållbara rutiner för SPUR-inspektörsverksamheten och att rekrytera fler inspektörer. För huvudmännen gäller det att skapa tidsmässiga resurser för studierektorerna i primärvården så att de aktivt kan medverka i SPUR-inspektion av sina utbildningsenheter.

Fakta om ST-SPUR

Organisation:	Stiftelse, ägs av SLS och SLF. Socialstyrelsen medverkar i styrelsen.
Bedömning sker av	Verksamhet, läkarstab, lokaler/utrustning, tjänstgöring, utbildningsklimat, teoretisk utbildning och forskning
Totalt antal inspektioner 1993–2007	>1 600 st, varav 42 inom primärvården
Inspektionskostnad	C:a 15 000 kr per vårdcentral, 15–30 000 kr/sjukhusklinik
Omsättning	C:a 1,5 milj kr per år
Praktisk information om SPUR	SPUR-kansliet, Ylva Öijvall, email: ylva.oijvall@slf.se

För SPUR-stiftelsen
Gösta Eliasson
 gosta.eliaasson@bredband.net
 För SFAMs styrelse
Madelene Andersson



Illustration: Folke Nordlinder

SFAM söker SPUR-inspektörer!

I den nya författningen kring målbeskrivningar föreskriver Socialstyrelsen obligatorisk extern granskning av kvaliteten på specialiseringstjänstgöringen. Det betyder att fler SPUR-inspektörer behövs.

För SPUR-inspektörer i allmänmedicin gäller:

- Du måste vara ST-läkare eller specialist i allmänmedicin.
- Du går en kostnadsfri certifieringskurs under en dag.
- Du och en kollega granskar tillsammans ett område med fyra till tio vårdcentraler, främst genom att diskutera ST-utbildningen med studie-rektor. Du besöker också några vårdcentraler och intervjuar ST-läkare, verksamhetschef och handledare. Ni beskriver sedan kvaliteten av ST med hjälp av en bedömningsmall. Du gör minst en inspektion per år.
- Du får resa och ev. övernattningskostnader betalda och ett arvode som för närvarande är 3 000 kr per dag.
- Du får en unik inblick i andra vårdcentralers organisation och ST-utbildning.

Är du intresserad av att bli SPUR-inspektör – välkommen att höra av dig!

Gösta Eliasson
SPUR-stiftelsen
gosta.eliasson@bredband.net
Tel 070-376 99 63

Madelene Andersson
SPUR-samordnare, SFAM

Två nya studiebrev

Dyspepsi och reflux

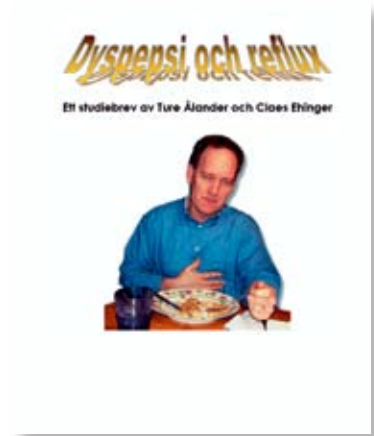
Syftet med detta studiebrev är att uppdatera läkare inom primärvården om diagnos och behandling av de vanligaste åkommorna i övre delen av mag-tarmkanalen. Det sker bäst genom att diskutera egna erfarenheter av patientkontakter med kolleger på sin arbetsplats eller i sin FQ-grupp. Därför är denna skrift utformad mer som en inspirationskälla för diskussion än som faktaunderlag. Vi har med en del patientfall som kan användas men det kan vara bättre att gruppen i mån av tid, tar fram egna patientfall. Studiebrevet har författats av allmänläkarna Ture Ålander och Claes Ehinger och faktagranskats av Professor Lars Agréus. Alla är medlemmar i SFAMs nätverk Gastroprima. En avgränsad, interaktiv del av studiebrevet kommer att publiceras på SBU:s hemsida.

Studiebrevet är producerat av SFAM med ekonomiskt stöd från SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. Texten, som innehåller kliniska tolkningar av SBU:s evidens, har dock inte genomgått någon granskning av SBU och ansvaret för innehållet i detta studiebrev vilar helt på författarna och SFAM.

Metoder för behandling av långvarig smärta

Ett studiebrev med fallbeskrivningar byggt på SBU-rapporten "Metoder för behandling av långvarig smärta" från 2006. Studiebrevet syftar till att öka kunskapen hos främst primärvårdsläkare att möta patienter med långvarig smärta. Det lutar sig mot faktaunderlaget i SBU-rapporten och är tänkt att stimulera till fördjupad reflexion och diskussion kring bemötandet av denna stora patientgrupp.

Studiebrevet är producerat av SFAM med ekonomiskt stöd från SBU. Texten, som innehåller kliniska tolkningar av SBU:s evidens, har dock inte genomgått någon granskning av SBU och ansvaret



för detta studiebrev vilar helt på författaren och SFAM.

Författare: Stefan Bergman, med dr, Specialist i allmänmedicin och Forskningschef FoU-centrum Spenshult.

Förteckning över studiebrev

SFAM utger studiebrev i syfte att användas i fortbildning i allmänmedicin till exempel i FQ-grupper. De flesta studiebrev från senare år kan hämtas som pdf-filer på www.sfam.se. Tryckt version av skrifterna kan beställas från SFAMs kansli. Beställningslista finns på www.sfam.se

- Allmänläkaren och sjukintyget
- Astma – KOL
- Blodpropp
- Diagnosregistrering
- Dyspepsi och reflux
- Epidemiologi
- Hemsjukvård
- Kollegiala grupper
- Kritiska händelser
- Långvarig smärta
- Medsittning
- Osteoporos
- Prioriteringar
- Prismatiska modellen
- Reumatoid Artrit
- Riskbruk
- Rygg och nacke
- Smärta i muskler och senor
- Urininkontinens
- Vår FQ-grupp

ANNONS

NäSTa-möte i Västervik

Den 21–22 maj genomfördes vårens NäSTa-(nätverk för ST-läkare i allmänmedicin) möte i Västervik – en stad med drygt 20 000 invånare på Sveriges ostkust med en underbar skärgård. Värddar var ST-läkarna i Västervik, och 27 deltagare utspridda från Piteå i norr till Karlskrona i söder deltog i mötet.

Under mötets två dagar fick deltagarna både höra intressanta föreläsningar och möjlighet att diskutera en mängd spännande ämnen, som till exempel hur man bäst kan utnyttja den mångkulturella primärvården, och skillnader och likheter mellan att arbeta som allmänmedicinare i storstad kontra glesbygd. Det framkom att ST-läkare med utländsk bakgrund vid ett flertal tillfällen inte fått tillräckligt med information i början av ST-utbildningen, och att de inte heller alltid varit på det klara med vilka rättigheter de har. Förhoppningsvis kommer den nya hemsidan för ST-läkare i allmänmedicin, som det berättas mer om senare i artikeln, att kunna lösa åtminstone en del av detta problem.

ST-läkare Silke Nadolny från Slottsgatans VC i Oskarshamn höll ett mycket uppskattat föredrag om hur det är att vara utländsk läkare i det svenska sjukvårdssystemet, och om skillnaderna mellan tysk och svensk primärvård.

Den andra dagen inleddes med en inspirerande, interaktiv föreläsning av Carl Edvard Rudebeck, för vad vore ett möte inom allmänmedicin i Västervik utan vår egen specialist, professor och ikon inom allmänmedicin, såväl i Sverige som i övriga Europa. Föreläsningen med titeln ”*Det unika med allmänmedicin*” gav upphov till många spännande diskussioner under den första morgontimmen, och skapade en bra övergång till nästa programpunkt som var ”*Allmänmedicin som varumärke*”. Marcel Aponno, ST-läkare från Göteborg, redogjorde för enkätstudien som han och Lena Ekelius genomförde, och som man har kunnat läsa om



i ett tidigare nummer av denna tidskrift. Beslutet att genomföra enkätstudien togs vid föregående NäSTa-möte och efter en presentation av resultatet av enkäten följde en livlig diskussion kring ämnet varumärke. Vi enades om att det är viktigt att fortsätta utforska ämnet, och därför beslutades det att två studenter som går sista året på Handelshögskolan i Stockholm ska kartlägga allmänmedicinens varumärke i samhället i form av en C-uppsats. Äntligen kommer vi att få veta hur det ligger till! Fler rapporter från detta spännande område kommer säkerligen att följa framöver.

Vid NäSTa-mötet i Växjö hösten 2007 beslutades det att en gemensam hemsida för ST-läkare i allmänmedicin skulle skapas. Ansvarig för detta är Lidia Amini, ST-läkare från Uppsala och tillika medlem i ST-rådet samt svensk representant i Vasco da Gama (den europeiska motsvarigheten till NäSTa). Hon presenterade och demonstrerade hemsidan som fortfarande är under konstruktion, men finns att beskåda på www.st-allmanmedicin.se. På denna sida kommer allt matnyttigt finnas som du som ST-läkare behöver veta.

Trots ett digert program hann vi ändå med en trevlig social aktivitet. På onsdagskvällen åkte vi ut i Västerviks vackra skärgård. Båten tog oss till Idö, där vi efter en välbehövlig promenad på ön åt en grillbuffé innan middagen avslutades med en sommarinspirerad efterrätt. En fantastisk utsikt och strålade väder inramade middagen där vi njöt tillsammans, pratade och knöt band inför framtiden.

Nästa gång är det ST-läkarna i Örebro som arrangerar NäSTa-möte i samband med SFAMs höstmöte. Vem är förresten din NäSTa-representant?



Anna Hertin
Lovisa Jäderlund Hagstedt
LovisaJa@LTKALMAR.SE
Johan Stark
 ST-läkare i Västervik

ST-forum och nya målbeskrivningen i fokus på studierektorskonferens

ST-forum och nya målbeskrivningen stod på agendan när 50-talet studierektorer i allmänmedicin möttes i en årlig konferens i maj. Nynäs havsbad visade sig från sin bästa sida: krispig försommargrönska och strålande sol.

Arets studierektorsmöte arrangerades av CeFam i Stockholm, och chefen för AT-ST-enheten, Helena Schildt Tossman, hälsade oss välkomna till Nynäs havsbad i Nynäshamn, en anrik kurort med ett litet sjukhus där Riksförsäkringsverket länge bedrev rehabilitering och utredningar. Nu låg huset delvis öde, men den gamla sjukhusträdgården blommade och bjöd på vacker promenad i pauserna.

Den första förmiddagen ägnades åt ST-forum, den utbildningsform som numer alla ST-läkare i allmänmedicin i Stockholm utgör en del av. Sex ST-läkare och fyra studierektorer fick ge sin bild av hur det är att arbeta i och med ST-forum. Ungefär 8–15 stycken ST-läkare i respektive närområde bildar så kallade basgrupper. Flera basgrupper bildar sedan ett ST-forum. Basgrupperna träffas i regel en eftermiddag varannan vecka. Cirka tre gånger per termin träffas hela ST-forum. En gemensam hemsida styr all kommunikation och ger möjlighet till snabbt erfarenhetsutbyte av kurser, och förmedlar senaste nytt kring sidoutbildningsplatser. Även de större träffarna med föreläsningar arrangeras vanligen av ST-läkarna själva. Några ST-läkare ur ett ST-forum bildar tillsammans med studierektor och en handledare en ledningsgrupp. Där diskuteras och fattas övergripande beslut kring till exempel internat och gemensamma utbildningar. De ST-läkare som var på plats var överväldigande positiva. Några honnörsord återkom:

- **nätverk** – möjlighet att på ett tidigt stadium skapa ett nätverk av kollegor i samma situation i sin närhet.



Foto: Anders Lundqvist

- **behovsstyrd utbildning** – ST-läkarna avgör själva, planerar och genomför sin fortbildning.

- **inflytande** – även de större träffarna med föreläsningar arrangeras vanligen av ST-läkarna själva.

- **eget ansvar** – vuxna individer tvingas och tar(!) ansvar för sin egen utbildning.

Under eftermiddagen presenterade jurist Anna Sundberg från Socialstyrelsen arbetet kring den nya målbeskrivningen. Förhoppningen är att den ska kunna träda i kraft under sommaren som planerat. Juridiska svårigheter och långdragna diskussioner med alla inblandade parter har medfört att sjösättningen dragit ut på tiden. Förankringsarbetet har skett i nära samarbete med företrädare för de olika specialistföreningarna. Ett arbete som Anna Sundberg leende konstaterade lärt henne att ”frågar man två läkare så får man minst tre ståndpunkter”! Förhoppningen är också att skrivelsen är så pass övergripande att den inte blir förläggad efter allt för kort tid.

I de nya föreskrifterna föreslås att ”vårdgivaren ansvarar för att det finns tillgång till en studierektor som ska vara

läkare med specialistkompetens inom relevant specialitet samt ha genomgått handledarutbildning”. Vidare sägs om studierektorns uppgifter att denne ska ”vara en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschefer, handledare och ST-läkare”. Avseende en av vårens heta frågor: intygandet av specialistkompetens, framgår att i den nya skrivelsen så krävs

- att när verksamhetschef och handledare är samma person ska verksamhetschef utse annan person att intyga

- när verksamhetschefen inte är läkare och uppgiften delegeras ska detta intygas.

Vidare föreslås en ny prövning av ansökan om specialistkompetens. I den sker först en inledande kontroll av att underlaget är kvantitativt komplett. Därefter ska yttrande från två externa bedömare inhämtas. De externa bedömare ska utses av Socialstyrelsen efter förslag från specialistföreningen, och de ska inneha specialistkompetens i den avsedda specialiteten.

Att målbeskrivningen innebär att alla de läkare som är legitimerade efter 1 juli



Föreställningen "Livet är en cirkus" bjöd bland annat på en ovanligt skäggig lindansös samt chefredaktör Lundqvist som kanonkula...

ANNONS

år 2006 ska göra ett mindre vetenskapligt arbete får stora konsekvenser för allmänmedicin, som ju är den största specialiteten. Mängden av blivande allmänmedicinare som behöver utbildas i hur man skriver ett vetenskapligt arbete är mycket stor och risk finns att många nu aktiva handledare inte känner sig kompetenta nog att handleda sin ST-läkare även i detta.

Jan-Eric Olsson redogjorde för VESTA: vetenskap och evidens för ST i allmänmedicin. Det är ett projekt ännu i sin linda. Första steget blir att inventera behovet av utbildning inför detta vetenskapliga arbete. Förslag om en kanske veckolång kurs innehållande bland annat statistik är under framtagande. Men behovet av att äska pengar är stort. Vem ska betala för att ST-läkaren behöver gå ännu en kurs, samt kommer att vara ur produktion på sin arbetsplats för att ägna sig åt ett mindre vetenskapligt arbete? Mer information om VESTA-projektet kommer framöver.

Samtliga studierektorer som har AT-läkare samlades under fredag förmiddag för gemensamt utbyte av idéer och frågor. Allt ifrån urvalsprocess, introduktion, handledning till finansiering av AT-block diskuterades. I syfte att förbättra informationsutbytet studierektorer emellan föreslogs en länksamling på www.sfam.se, där vi kan ta del av vägledande dokument i utbildningsfrågor såsom de utformats i olika landsting.

Ingen konferens utan mingel och skratt. Att *Livet är en cirkus* blev vi varse när utlovad cirkusföreställning visade sig innebära att studierektorerna själva fick agera cirkusartister. Vi få som blev över utgjorde publik och skrattade så tårarna rann. Mest bejublade blev nog dansande pingviner, en ovanligt skäggig lindansös och denna tidskrifts chefredaktör som kanonkula. Kvällen avslutades med bastu och bad av modiga eller kanske galna friskusar. Det var 12 grader i vattnet!



Foton: Anders Lundqvist

Anna Barnéus
Studierektor Stockholm nordost
anna.barneus@sll.se



SFAMs Vetenskapliga Höstmöte

Conventum Örebro 22–24 oktober

Allmänmedicin – Framtidens medicin

Denna årliga allmänmedicinska konferens har i år fått ett framtidstema. Klimatförändringar, tekniska landvinningar och lagförslag om primärvården är några exempel på sådant som kommer att förändra vår vardag. Att mötas ger också en möjlighet att förändra och att verka för en bättre framtid. Ett allmänmedicinskt forum som detta känns därför viktigare än någonsin.

Onsdagen är en förmötesdag och det är på torsdagen som föreläsningsprogrammet startar. Torsdagsförmiddagen bjuder bl.a. på ett smörgåsbord av ett trettiotal ST-uppsatser/forskningsarbeten och avhandlingar. Eftermiddagen har fem parallella teman; diabetes, tyst kunskap, blodtryck, prevention och sjukskrivning. Fredagen är tänkt som en "framtidstag" som avslutas med en akademisk resa i Carl von Linnés anda. Välkomna!

Onsdag 22 oktober

- 09.30–10.00 Fika och ankomstregistrering**
- 10.00–12.00 Ordförandemöte**
- 10.00–12.00 Examinandsmöte**
Genomgång av skriftliga examensprovet.
- 10.00–12.00 Examinatorsmöte**
- 12.00–13.30 Lunch**
- 13.30–15.00 Semmelweis**
En spännande pjäs om hur inskränkthet och fördomar kan hindra sanningen att nå fram.
- 13.30–15.00 Studierektorsmöte**
- 13.30–15.00 Institutionsmöte - allmänmedicinska institutioner och FoU-enheter**
- 15.00–15.30 Fika**
- 15.30–17.30 SFAMs årsmöte**
- 19.00– Mingelbuffé**

Torsdag 23 oktober

- 08.30–09.00 Ankomstregistrering**
- 09.00–09.20 Officiell invigning av SFAMs årliga vetenskapliga möte**
- 09.20–10.00 Framtidens globala hälsa – hur mår nästa generation patienter?**
Från barnmedicin till allmänmedicin och folkhälsovetenskap. Barnadödlighet ett gott mått på hur den globala hälsan förbättras. Hur ser hälsoläget ut i Sverige i framtiden utifrån det vi vet om barnen idag?
Professor Staffan Janson, Karlstads och Örebro universitet.
- 10.00–10.30 Fika**
- 10.30–12.30 Presentation av ST-uppsatser och allmänmedicinska avhandlingar**
- 12.30–14.00 Lunch**
- 14.00–15.00 Förekomst, insjuknande och mortalitet av diabetes.**
Hur ska man göra med prevention, satsa på individen eller befolkningen och vem ska göra detta?
Allmänmedicinare eller andra? Diabetesneuropati, ett svårt område där vi kan lära oss en del. Hur bra är våra kliniska undersökningsmetoder? Screening av diabetes – hur gör vi? Hur bör man göra och lönar det sig? Antikroppar, tillför de något i den kliniska vardagen?
Stefan Jansson, specialist i allmänmedicin, Örebro. Doktorand, Uppsala och Örebro universitet.
Olle Rolandsson, Docent i allmänmedicin, Umeå universitet.

SFAMs Vetenskapliga Höstmöte Conventum Örebro 22–24 oktober

14.00–15.00 Allmänläkaren och massmedia

Att vara allmänläkare kan innebära att innebära att bedriva mottagningsarbete samt att delta i forskning, utbildning och utvecklingsarbete. Har vi också ett ansvar för att bedriva information och hälsouppläsning? Hur tar vi i så fall det ansvaret? Hur ser våra kanaler ut? I ett sådant arbete behöver vi hjälp av media. Många läkare har en kluven inställning till journalister och känner en osäkerhet i att uttala sig offentligt. Journalister vittnar också om svårigheterna att komma i kontakt med läkare. Vi behöver inspiration för att våga vara mer aktiva i detta arbete.
Gunilla Hasselgren, specialist i allmänmedicin, Karlstad. TV-doktor på SVT.

14.00–15.00 Kan man bli erfaren snabbare? Om tyst kunskap och dialogseminariemetoden (del 1 av 2).

Bo Göransson, professor vid Yrkeskunskande och Teknologi (KTH, Stockholm), har sedan mitten av 80-talet bedrivit forskning kring yrkeskunskande och de aspekter härav som inte låter sig formaliseras med hjälp av regler. Han har tillsammans med Maria Hammarén utvecklat Dialogseminariemetoden (DSM), en metod för att strukturera och kvalificera samtalet och reflektionen kring yrkeskunskande genom förberedande läs- och skrivuppgifter. Forskarskolan på YoT, som producerat ett tjugotal avhandlingar, använder sig av DSM i forskarutbildningen. Distriktsläkarna Henrik Åhsberg och Christer Andersson deltar i forskarutbildningen på YoT med projektet *Allmänläkarens yrkeskunskande* och berättar om sina erfarenheter med detta ur ett allmänläkarperspektiv.

14.00–15.00 24-timmars blodtrycksmätning. På vem och varför?

Kan vi optimera hypertoni-behandling med 24-timmars-mätningar? Vilket stöd finns? Vilka är fallgröparna? Bör alla glesbygdsvårdcentraler ha utrustningen?
Introduktion av Peter Engfeldt, specialist i allmänmedicin och invärtesmedicin, professor vid enheten för klinisk medicin, Örebro. Föreläsaren Fredrik Nyström är professor i internmedicin/endokrinologi vid Linköpings Universitet, han är ansvarig för området hypertoni på Universitetssjukhuset. Nyström har arbetat och forskat på ambulatorisk blodtrycksmätning och dess koppling till komplikationer sedan han slutfört sin avhandling på det temat 1997.

14.00–15.00 Stress och stressrelaterad ohälsa. Prevention, konsekvenser och betydelsen av fysisk aktivitet.

Föredraget kommer att handla om stress och stressrelaterad ohälsa, inklusive diagnosen utmattningssyndrom och de olika benämningar och begrepp som används kring denna ohälsa. Tidiga tecken och symtom samt nya forskningsrön kring biologiska och kognitiva konsekvenser kommer att diskuteras. Hur kan vi inom allmänmedicinen använda FYSS 2008 som ett besluts stöd för fysisk aktivitet som förebyggande och som behandling vid stress?
Ingibjörg Jonsdottir, docent i fysiologi samt utvecklingsledare för forskningen vid Institutet för Stressmedicin i Göteborg.

14.00–16.30 Några perspektiv på synen på sjukskrivning och konsekvenser av sjukskrivning

Rapport om vad som hänt sedan beslutsstödet för sjukskrivning trädde i kraft.
Carl Edvard Rudebeck, Professor och specialist i allmänmedicin.

15.00–15.30 Fika

15.30–16.30 Vad är egentligen optimal behandling av typ 2-diabetes?

Kan det vara farligt att sänka blodsöcket för mycket mot bakgrund av senare studier?
Carl Johan Östgren, specialist i allmänmedicin, Ödeshög. Universitets lektor på Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet.

15.30–16.30 Ångest, depression och Nationella riktlinjer – blir det bättre för patienter och primärvård?

Socialstyrelsens enhet för nationella riktlinjer
Gunilla Nyrén, projektledare. Eva Arvidsson, Cecilia Björkelund, Anna Karin Fahlén, Ingvar Krakau, Kjell Lindström och Roland Morgell, specialister i allmänmedicin.

15.30–16.30 Kan man bli erfaren snabbare? Om tyst kunskap och dialogseminariemetoden (fortsättning).

Bo Göransson, professor vid Yrkeskunskande och Teknologi, KTH, Stockholm. Henrik Åhsberg och Christer Andersson, specialister i allmänmedicin, Göteborg.

15.30–16.30 Vem har högt blodtryck? En felaktig frågeställning?!

Om riskfaktor blodtryck vid sänkning av risken för hjärt-kärlsjukdom. Primär- och sekundärprevention hos ung och gammal. HYVET-studien gällande behandling av patienter äldre än 80 år. Hälsoekonomiska aspekter. När och hur skall vi intervensera?
Anders Hernborg, specialist i allmänmedicin, informationsläkare Läkemedelskommittén Halland, hornblåsare och hedersdoktor, medlem i SFAMs Läkemedelsråd, SFAM L.

15.30–16.30 **Varför ska jag träna när knäna gör ont?**

Många söker på vårdcentralen för ont i knäna och hos flertalet i medelåldern ses inga förändringar på röntgen. Forskning har visat att den här typen av patienter i första hand behöver information om sitt tillstånd, träna upp musklerna för att stabilisera knäna och gå ned i vikt om det behövs. Trots våra forskningsbaserade riktlinjer görs ofta upprepade röntgen undersökningar, få ordinerar träningsperioder och inga förebyggande åtgärder vidtas. Vi vet att en nedsatt benmuskelstyrka ökar risken för artrosutveckling undersökt med röntgen fem år senare. När kan vi ställa diagnos utan röntgen? Vilken träning kan rekommenderas enligt FYSS 2008? Kan uppföljning av patientens benmuskelstyrka vid ett "vanligt återbesök" för annan kronisk sjukdom vara ett alternativ?

Under denna timme berättar vi om senaste forskningen inom primär och sekundärprevention av artros, praktiska erfarenheter från distriktsläkarens artrosförebyggande arbete och en rapport från införandet av artrosskolan i Primärvården ÖLL.

Lillemor Nyberg, specialist i allmänmedicin, Karlskoga, doktorand CeFAM, KI, repr. för allmänmedicin i Socialstyrelsens faktagrupp för framtagande av nya nationella riktlinjer för artros.

Jenny Forsberg sjukgymnast, Örebro, AFC/ CAMTÖ, ansvarig för införandet av artrosskola på 23 av 29 VC i Örebro läns landsting senaste fyraårsperioden.

15.30–16.30 **Några perspektiv på synen på sjukskrivning och konsekvenser av sjukskrivning**

Monica Engblom, specialist i allmänmedicin, Sundbyberg. Doktorand i forskargruppen Sjukfrånvaro, hälsa och livsvillkor. Gert Lindenger, Medicinsk rådgivare, Försäkringskassan.

19.00 **Bankett med diplomering**

Fredag 24 oktober

08.30–09.30 **Klimat och hälsa**

Hur hänger det samman? Vilka hälsoeffekter kan uppkomma i olika delar av Sverige framöver? Hur kan hälso- och sjukvården anpassa sig för att minska riskerna?

Elisabet Lindgren, läkare, forskare vid Stockholm Resilience Centre vid Stockholms universitet och huvudansvarig för hälsofrågorna i Klimat- och sårbarhetsutredningen. Vetenskaplig rådgivare till bla WHO, EU och regeringen. Medverkat i FN:s klimatpanel, IPCC.

09.30–10.00 **Högtidsföreläsning – årets allmänmedicinska avhandling.**

"Infections in small children and their families symptoms, consultations and antibiotics"

Katarina Hedin, Med Dr, specialist i allmänmedicin, Urshult.

10.00–10.30 **Fika**

10.30–11.45 **Framtidens bilddiagnostik – den virtuella patienten**

Vi närmar oss snabbt en sjukvårdskris som innebär att vi blir allt fler som blir äldre och sjukare och detta kommer att sluka mycket av de gemensamma resurserna. Men genom att utveckla den medicinska bildbehandlingen kan många invasiva undersökningar som tarm- och hjärtröntgen undvikas. Därigenom kortas vårdkedjan och sjukvården sparar en massa tid och pengar. Som grädde på moset slipper patienterna plågsamma undersökningar.

Anders Persson, professor på centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering (CMIV) i Linköping, tror att den digitala tredimensionella röntgenbilden kan revolutionera morgondagens sjukvård.

10.30–11.45 **Framtidens läkemedel**

Vilka behandlingsprinciper finns i företagens "pipeline"? Hur kan vi bedöma nya läkemedels kostnadseffektivitet? Hur länge ska vi vänta innan vi införlivar nya läkemedel i terapiarsenalen? Har allmänmedicin ett särskilt ansvar? Läkemedelsindustrins och/eller producentobunden information? Kan samarbetet mellan industrin och sjukvården utvecklas på ett ansvarsfullt sätt?

Anders Blanck, Läkemedelsindustriförbundet, Jan Håkansson, specialist i allmänmedicin, SFAMs läkemedelsråd.

10.30–11.45 **Framtidens specialistutbildning**

En helt ny författning för specialistutbildning gäller för alla läkare legitimerade efter 2006-06-30.

Författningstext och målbeskrivningar väntas vara fastställda efter sommaren 2008. Vad innebär nyheterna för dig som ST-läkare, handledare, kollega, studierektor och verksamhetschef? Hur hanterar vi och tolkar en ny målbeskrivning? Hur vet vi att målen är uppfyllda? Vilka krav ställs på verksamheter som utbildar läkare? Kraven på kvalitetssäkring av utbildande enheter ställer krav på en ökning av SPUR-inspektioner. Har vi beredskap för det? Dessa och många andra frågor kommer att avhandlas under mötet. De viktigaste nyheterna i författning och målbeskrivning presenteras med ett stort utrymme för frågor från auditoriet.

Medverkande bl.a. Annika Eklund-Grönberg, ordförande i SFAM och aktiv i SFAMs målbeskrivningsgrupp samt Gösta Eliasson, SPUR-samordnare.

10.30–11.45 **Probiotika; samarbete i stället för krig – ett nytt förhållande till bakterien**

Dietist Salme Portinson tar upp bakgrund och säkerhetsstudier. Professor Johan Söderholm, Linköpings universitetssjukhus talar om probiotika vid IBS och *Helicobacter pylori* infektion. Docent Andreas Aly, Bromma Sjukhus, föreläser om probiotika vid antibiotikainducerad diarré och ytterligare möjliga utvecklingsområden för probiotika.

11.45–12.45 **Lunch**

12.45–13.45 **Vårdval i Sverige**

Toivo Heinsoo, utredare åt regeringen

13.45–15.15 **Fortidens och framtidens allmänmedicinska forskning**

En akademisk resa i Carl von Linnés anda med Anders Håkansson som reseledare som speglar den allmänmedicinska forskningens utveckling. Tre meriterade professorer som nu pensioneras ger en personlig bild av sitt ämne och en välgrundad gissning om vad allmänmedicinsk forskning avhandlar i framtiden.

Professor Anders Håkansson

Linnés motto "omnia mirari etiam tritissima," allt förtjänar uppmärksamhet – även det allmogliga är en god devis för allmänmedicinsk forskning. Professor och tillika redaktören för läkartidningen. Anders Håkansson läste medicin i Lund, arbetade i Växjö i olika roller, AT, FV, DL och chef för vårdcentralen Teleborg. Anders disputerade om mödrahälsovård vid den akademiska vårdcentralen i Dalby, blev universitetslektor i Malmö 1996 och är professor allmänmedicin sedan 2003.

Professor emeritus Birgitta Hovelius

En Skånsk resa ur ett genusperspektiv

Birgitta Hovelius är uppväxt i Småland läste medicin i Lund där hon, förutom fyra år i Umeå, tjänstgjort som läkare. Hon disputerade 1980 vid den akademiska vårdcentralen i Dalby på en avhandling om UVI och *staphylococcus saprophyticus*, en bakterie som då var okänd som patogen. Sedan 1996 professor i allmänmedicin i Lund – ett ämne hon fortfarande tycker måste försvaras inom det gamla universitetet. Inom akademien har hon kämpat för att introducera genusbegreppet. Birgitta Hovelius stämma har hörts utanför akademien framförallt kring frågor som rör vårdens roll – Skapar vården sjukdom? Hon har de senaste åren varit huvudredaktör för den svenska versionen av boken Allmänmedicin, ett standardverk för framtidens ST-läkare inom allmänmedicin.

Professor emeritus Bengt Mattsson

En Västgötaresa ur ett konsultationsperspektiv

Bengt kommer från Skåne, började läsa medicin i Lund men avslutade studierna i Umeå, en stad och ett universitet som han varit trogen under långa perioder. Först en tid som psykiater men sedan 1980 allmänläkare och lärare i allmänmedicin; den första akademiska tjänsten som inrättades i denna specialitet i Sverige. Men det senaste decenniet, 1999–2008, har han varit professor i allmänmedicin i Göteborg. Bengt blev "riktig" läkare inom allmänmedicin efter en längre vistelse i England på 80-talet. Där blev den personlige läkaren och medicinen som ett humanistiskt ämne tydliggjort. Dessa teman har han särskilt värnat om i sitt arbete. Patient-läkarrelationen, konsultationen och allmänmedicinska kliniska grundbegrepp inom grundutbildningen och de 20-tal avhandlingshandledningar som han har varit handledare för. Bengt menar att det inom allmänmedicinen praktiseras mycket tyst kunskap, särskild av kollegor med lång erfarenhet, som behöver offentliggöras. Därför är psykiatrikerens Clarence Blomqvist devis och artikel "Det oetiska i att inte forska" fortfarande aktuell för allmänmedicinare idag.

Professor emeritus Kurt Svärdsudd

En Lapplandsresa ur ett epidemiologiskt perspektiv

Kurt Svärdsudd född i Piteå, tog studenten i Luleå, läkarutbildningen i Umeå och AT i Boden som då var Sveriges största centralasarett. Kurt blev involverad i ett klinisk epidemiologiskt projekt om blodfetter som ledde till kontakter med Gösta Tibblin och undersökning av 1913 års män i Göteborg. Kurt kom till Göteborg 1972 där han arbetade klinisk inom intermedicin och med ett fackligt engagemang parallellt med forskarstudier, avhandlingen blev klar 1978. Året därpå blev det post-doc i Minneapolis USA. Orsaken till att Kurt Svärdsudd så småningom hamnade på samma stol som Carl von Linné en gång innehade i Uppsala var att han sökte och fick Gösta Tibblins professur i allmänmedicin vid hans pensionering. Kurt har handlett ca 15 doktorander inom allmänmedicin och det finns ungefär lika många inskrivna idag och nu handlar det inte bara om medicinsk epidemiologi utan om mångfalden inom allmänmedicin, från astma, vitamin B12, kvinnors hälsa till fibromyalgi och konsekvenser av förtidspensionering.

15.15 **Avslutning**

Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen

Kultursjukdomar är sjukdomstillstånd eller syndrom som kanaliserar diffus sjukdoms- eller obehagskänsla i en kulturspecifik kontext. Symptomen formas efter tillgängliga och av samhället sanktionerade mönster och förändras i takt med samhällskulturen. En viktig förutsättning är att tillgång till rationell förklaring och behandlingsarsenal saknas samt att sjukdomen institutionaliseras [1].

Under de senaste decennierna har vi i Sverige upplevt en rad tidigare okända diagnoser som amalgamförgiftning, sjuka-hus-syndromet, el-allergi, fibromyalgi, whiplash-syndrom och utbrändhet. De utmärker sig genom en diffus och överlappande sjukdomsbild samt stor offentlig uppmärksamhet. Arbetsförmedlingens utredningsverksamhet för el-allergi ("Elrum") och den offentligt finansierade forskningsverksamheten kring amalgamförgiftning är bara två exempel på hur dessa sjukdomar institutionaliseras. Båda dessa institutioners nedläggning illustrerar vidare hur panoramat av kultursjukdomar förändras med tiden. Diagnosernas kortvariga och ibland epidemiartade förlopp, deras gemensamma "symptompool" samt en osäker behandlingsarsenal tyder på att de kan utgöra landets samtida kultursjukdomar [2,3].

I en kultur som den svenska, där samhörighet och jämlikhet betonas och där öppen aggressivitet undviks, upplevs meningskiljaktigheter och konflikter ofta som starkt obehagliga [4]. Sjukskrivning och sjukdomsdiagnoser har utgjort en del av svensk konflikthantering sedan 70-talet när anställda uppmanades att "sjukskriva sig" för att undvika öppen arbetsmarknadskonflikt [5]. Konflikt och aggression är påfallande vanliga företeelser i kultursjukdomssyndromen. Konflikter, exempelvis kring bemötande och sjukskrivning, finns inte bara på läkarmottagningen. Även i den offentliga debatten är

konflikt vanligt förekommande, ofta med patientföreningar som aggressiva aktörer. Konflikter är inte heller ovanliga på patientens arbetsplats.

Kränkning eller att "inte bli tagen på allvar" är likaså ett centralt och återkommande tema. Konflikter utspelar sig även här. Patientföreningar, patientnämnder och offentliga medier skapar giltiga normer för vad "kränkning" är. Att vara kränkt sanktioneras som ett legitimt inslag i patientens kommunikation med läkaren och kan så användas som ett kraftfullt instrument till att få sina krav tillgodosedda. Läkarens strävan efter konfliktfri konsultation och rädslan för att kränka patienten utgör slutligen ett hinder för omprövning av diagnosen eller ett ifrågasättande av besvärens förmenta orsak. Patientens sekundära sjukdomsvinst, som kan vara långtidsjukskrivning eller samhällets omhändertagande, kan så bevaras.

Aggressionskänsla som inte får uttryck på annat sätt kan – när andra medel till kommunikation med omgivningen inte står till förfogande – konvertera till sjukdomssyndrom som uttrycker sig i kroppslig form. Genom sin diffusa karaktär skapar dessa syndrom ofta en känsla av frustration och otillräcklighet hos läkaren. Denna kan i sin tur leda till konflikt med patienten. En fråga är således om inte läkarens känsla av frustration, konflikterna mellan patient och läkare samt även patientföreningarnas ibland orimliga aggressivitet kan vara överföringar och motöverföringar av just den aggressionen och frustrationen som kan finnas i patientens bakgrund. Detta återkommande konflikt- och aggressions-tema i en kultur som annars undviker just konflikt och aggressivitet är iögonfallande. Det kan vara en antydning om att dessa syndrom i Sverige kan vara konversioner av oförlösta konflikter på det individuella såväl som på det kollektiva planet.

Allmänmedicinens roll i det svenska kultursjukdomsfenomenet är förmodligen betydligt större än vad som tidigare



Markus Beland

har uppmärksammats. Flertalet patienter med "kultursjukdomssyndrom" passerar genom allmänläkarens dörr, där de ofta blir remissfall eller sjukskrivningsärenden. Allmänläkaren har således en nyckelroll i syndromets fortsatta utveckling. Att känna igen kroppsliga syndrom som konversioner av psykologiska eller sociala konflikter kräver kompetens och kunskap om de komplicerade samband som finns mellan konflikt, beteende och sjukdom. Dessvärre finns dock varken under allmänläkarnas ST-utbildning eller under den professionella vidareutbildningen explicita krav på att förvärva sådan kompetens [6]. I landets biomedicinskt präglade medicinkultur är allmänmedicinen förvisso inte ensam om att visa ett begränsat intresse för denna så viktiga aspekt av sjukdom. Med tanke på att psykologisk och social kompetens utgör en av allmänmedicinens grundpelare är detta ointresse högst anmärkningsvärt. Psykologisk kompetens, kritisk självreflexion och vaksamhet är förutsättningar för att upprätthålla den professionella handlingsförmågan. Dessa aspekter av den allmänmedicinska professionaliteten har ibland kommit alltför mycket på undantag. Kultursjukdomarna har därmed erbjudits ett betydligt större utrymme än vad som hade varit nödvändigt.

Den svenska allmänmedicinen är i europeisk jämförelse förhållandevis dåligt utbyggd. Antalet allmänläkare i förhållande till befolkningens mängd, liksom antalet allmänläkare i förhållande till slutenvårdsmedicinen, ligger under det europeiska genomsnittet [7, 8]. Allmänmedicinens utbyggnad kan rimligen antas ha ett samband med primärvårdens kvalitet. Kontinuitet kan här vara en viktig indikator. Kontinuitet i patient-läkarrelationen lik-

som kännedom om de lokala förhållanden är allmänmedicinska grundstolpar och förutsättningar för att tidigt fånga upp tecken på en annalkande "kultursjukdomskarriär". Dessa tecken kan ur medicinskt perspektiv och vid en kortvarig läkarkontakt framstå som betydelselösa. För den allmänläkare som känner patienten och dess sociala förhållanden kan de emellertid förmedla viktig information. En sådan patientkännedom växer enbart fram genom långvariga kontakter mellan läkare och patient, det vill säga genom kontinuitet. Dessvärre gynnas inte sådan kontinuitet av det rådande primärvårdsparadigmet. Den svenska primärvården har formats med slutenvård som förebild, och folkhälsoarbete liksom "befolkningsansvar" har varit prioriterade mål [9]. Vårdkedjor, telefonslussar och vårdcentraler bemannade med vikarier räcker möjligen

till att täcka befolkningens behov i dessa avseenden. En allmänmedicin med kontinuitet och patient-läkarrelationen i fokus kan emellertid inte frodas under dessa förutsättningar. Den kultursjukdoms- och sjukskrivningsepide mi som vi under det senaste decenniet har kunnat beskåda kan möjligen ses som en kostsam konsekvens av det rådande folkhälso paradigmet inom primärvården. Det ointresse som landets sjukvårdspolitiska ledning visar för frågan om kontinuitet och individualitet i primärvården, det vill säga för allmänmedicinen, är i detta sammanhang högst anmärkningsvärt. Troligen är det en av orsakerna till varför kultursjukdomssyndromen har kunnat växa i den omfattning och till de kostnader som vi under de senaste åren har sett.

Markus Beland
markus.beland@nll.se

Referenser:

1. Johannisson K. Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter. Stockholm: Norstedts, 1990.
2. Beland M. Kultursjukdomar med högt pris. Läkartidningen 2002; 99: 3998-4001
3. Göthe CJ. Från skrivkramp till bildskärmsjuka. Folkvett 2000; 2 <http://www.vof.se/folkvett/20002fran-skrivkramp-till-bildskarmssjuka>
4. Daun Å. Svensk mentalitet. Stockholm: Rabén Prisma, 1998: 92ff, 211ff
5. Zaremba M: Arg, besviken, sjukskriven. Dagens Nyheter 2004-12-05 <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=1058&a=351354>
6. Svensk Förening för Allmänmedicin. Förslag till ny målbeskrivning. http://www.sfam.se/documents/malbeskro80127_000.pdf
7. Boerma, W, Fleming DM. The Role of General Practice I Primary Health Care. WHO Europe. Norwich: The Stationary Office Limited, 1998
8. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press 2006.
9. Sjönell G. Husläkarfallet. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin, 1994

ANNONS

ANNONS

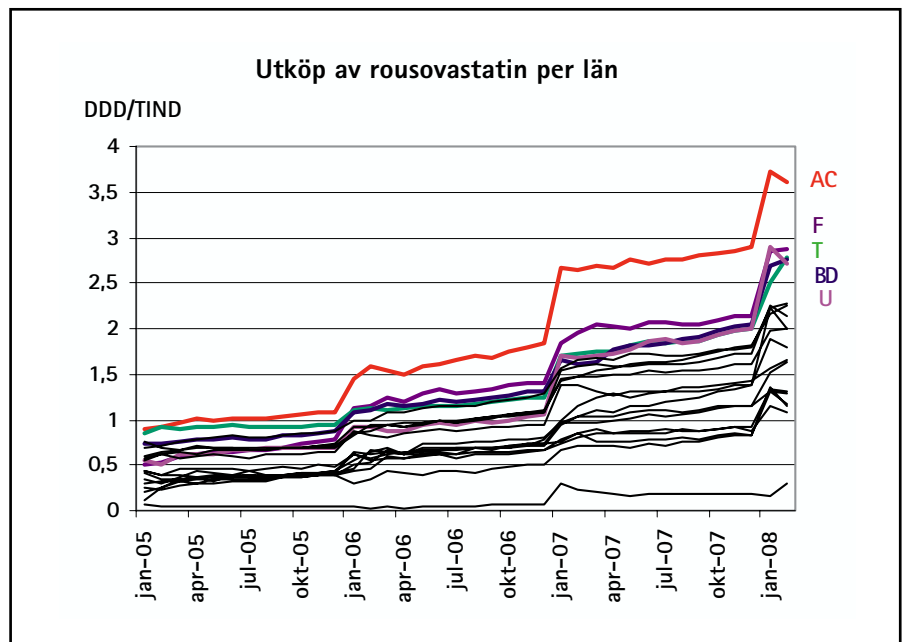
Risk för icke ändamålsenlig förskrivning när läkemedelsindustrin integreras i landstingens utbildning

Det är inte enkelt att förverkliga nationella riktlinjer och evidensbaserad medicin ute i landstingen, vilket inte minst SBU känner till [1,2]. Nationella riktlinjer har bland annat att konkurrera med kommersiella krafter. Denna artikel diskuterar utifrån ett konkret exempel de särskilda risker som finns om läkemedelsindustrin blir en drivande kraft i introduktionen av metoder eller farmaka, som är ofullständigt vetenskapligt dokumenterade.

I en kampanj i Jönköpings län försökte kardiologer att introducera apolipoproteinbestämning (ApoB/A I-kvot) i rutinsjukvården [3,4]. Kvoten ApoB/AI har visats ha ett högt prediktivt värde för utveckling/progression av hjärt-kärlsjukdom och kommer sannolikt få en viktig roll i riskskattningen i framtiden. Däremot finns ännu få undersökningar, som visar hur kvoten fungerar som uppföljningsinstrument efter intervention, och få studier som värderar utfallet i form av sjuk- och dödlighet.

AstraZeneca stödde försöket och kopplade samman det med marknadsföring av rosuvastatin (Crestor). När den lokala kampanjen kritiserades i Läkartidningen [3,4] ville varken Läkemedelsindustriföreningen (LIF) eller AstraZeneca delta i tankeutbytet. Astra lät sin lokala samarbetspartner försvara den otillräckligt prövade metoden kopplad till marknadsföringen av rosuvastatin [5].

Att kunskapsunderlaget är otillräckligt för att införa Apo B/A I-kvoten i rutinsjukvården visas av nya studier [6,7] och de nya nationella riktlinjerna för hjärt-sjukvård [8]. En viktig orsak är bristen på data från interventionsstudier om sambandet mellan apolipoproteinbestämning och utfall i form av hjärt-kärlsjukdom.



Figur 1: Ökad förskrivning i absoluta tal för F=Jönköpings län 2005–2008.

Även kunskapen om gränsvärden för risktillstånd är bristfällig [9].

Rosuvastatin sänker kraftigt Apo B/A I-kvoten. Men kvoten är en så kallad surrogatvariabel och kan inte ersätta reella variabler som sjuklighet och död i hjärtsjukdom. I en första studie med sjuklighet och död som end-points har rosuvastatin inte visat någon fördel jämfört med placebo [10]. Preparatet är tio gånger dyrare än det väldokumenterade simvastatin.

När frågan om apolipoproteinbestämning i rutinsjukvården, och Astras roll i utbildningen, lyftes från landstingstillsammans till nationell nivå [3,4,5] ledde det till ett spänt läge i Jönköpings län. En fortsatt lokal debatt och interkollegial diskussion följde. Ingen i länet förskrivande läkare inom allmän- eller internmedicin undgick kontroversen och kravet på att ta ställning inför sin egen provtagning av lipider och sin egen läkemedelspolicy.

Frågeställningar

Hur utvecklas förskrivningen i ett landsting när ett läkemedelsbolag, till synes diskret men i samverkan med ”opinion leaders” på lokal nivå, introducerar ett kostsamt läkemedel? Påverkar en seriös diskussion bland läkarna – nationellt och lokalt – landstingets läkemedelsanvändning? Slår internationellt avgörande studier på kort sikt igenom i rutinsjukvården så att förskrivningen påverkas?

Resultat

Rosuvastatins förskrivning per län redovisas i figur 1. Jönköping (F) låg 2005 på sjätte plats och under våren 2007 på andra liksom i januari 2008. Den explosionsartade ökningen sammanfaller tidsmässigt med kardiologernas och Astras kampanj för Apo-kvoten/Crestor. ►►

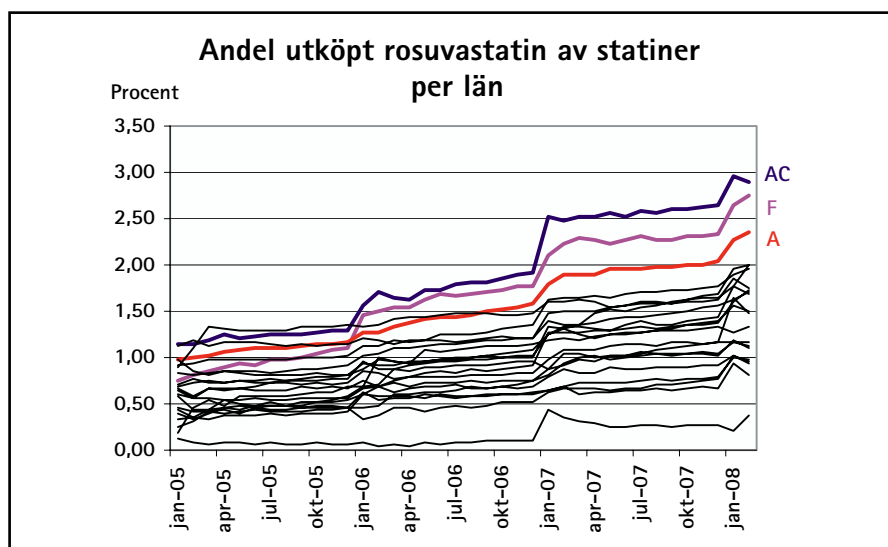
I figur 2 redovisas hur sakta rosuvastatin tagit sig in på marknaden, men hur Jönköpings län lösgjort sig från rikets siffror under senare år. Crestor står i Jönköping nu för 13 procent av landstingets statinkostnader. Det är högst i Sverige. Jönköping är 2006–2007 det enda landsting som har en relativ minskning i atorvastatinförskrivningen (Lipitor), det preparat som effektmässigt ligger närmast rosuvastatin, men som är klart bättre dokumenterat.

Privatläkare i Jönköpings län, förutom den sammanhållna Anebyentreprenaden, har sedan Crestor presenterades 2004 varit högförskrivare. Ett litet antal privatläkare stod 2007 för 30 procent av den totala förskrivningen i länet. Medan länet fördubblade sin rosuvastatinförskrivning tredubblade medicinklinikerna sin under den tid som sammanfaller med AstraZenecas engagemang för apo-kvoten/rosuvastatin. Medicinklinikernas kostnadsökning för Crestorförskrivningen var 2005–2007 340 procent!

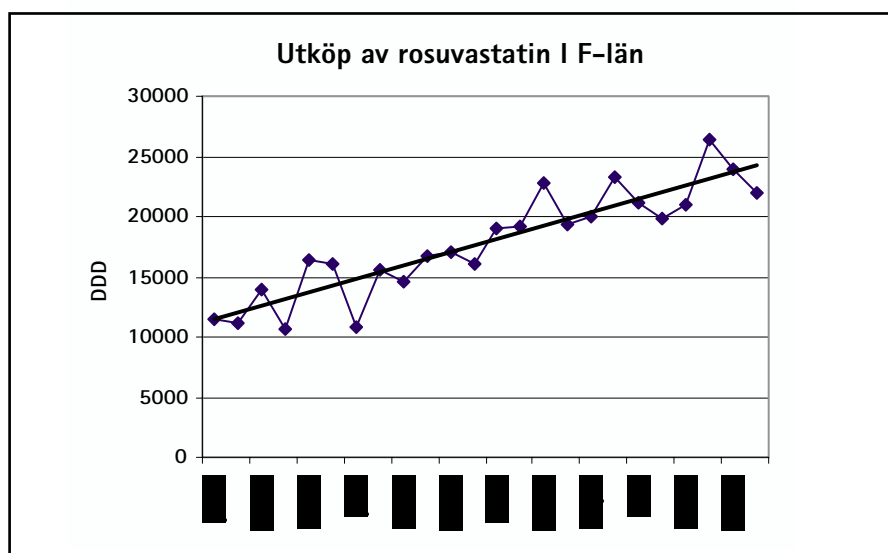
Även om en betydande del av förskrivningen startas på sjukhusen och ofta itereras i primärvården är variationen mellan primärvårdsområdena i länet stor. Medan variationen i den totala statinförskrivningen ålderstandardiserat DDD/TIND (definierade dygnsdoser per tusen invånare och dag) ligger mellan 71 och 108, ligger motsvarande tal för rosuvastatin mellan 1,1 och 5,1. Procentandelen rosuvastatin förskrivet av primärvårdsläkare i förhållande till förskrivningen av alla läkare tillsammans varierar mellan 13 och 57.

I figur 3 redovisas den totala månatliga förskrivningen av rosuvastatin 2006–2007 i F-län. Som synes finns ingen klar minskning efter den intensiva diskussionen i länet våren 2007.

En medicinsk diskussion i Läkartidningen om rosuvastatin och viktiga fynd från en studie rapporterad i New England Journal of Medicine – med åtföljande referat i Läkartidningen, Dagens Medicin och dagspress – kan förväntas avspeglas i nyförskrivningen i hela landet av rosuvastatin. En nyförskrivning definieras av Läkemedelsregistret vid EPC (Epidemiologiskt centrum) på Socialsty-



Figur 2: Ökad relativ andel rosuvastatin bland statiner i F-län.



Figur 3: Inga "språng" i förskrivningen i F-län till följd av diskussion/nya fakta.

relsen som "inget uttag de 12 föregående månaderna".

EPC är av sekretesskäl förhindrade att lämna ut exakt statistik som kan "skada" leverantören.

Någon tydlig koppling mellan nyförskrivningen av Crestor och diskussionen i Läkartidningen våren 2007 kan emellertid inte ses, inte heller till den betydelsefulla studien i New England Journal of Medicine som publicerades on line 6 november 2007. Tvärtom var den månatliga nyförskrivningen november 2007 den näst högsta någonsin och efterföljande två månader väl så hög som före publiceringen.

Diskussion

Apo-kvot-kampanjen i samarbete med AstraZeneca visar otvetydigt att en medicinskt icke motiverad, kostsam läkemedelsförskrivning kan etableras i ett landsting om ett läkemedelsbolag släpps in som "medhjälpare" i läkarnas utbildning. Det krävs inte några spektakulära försäljningsåtgärder som sticker i ögonen eller som står i strid med de etiska överenskommelser som träffats mellan LIF och Läkarförbundet/SKL.

I Jönköping agerade AstraZeneca diskret bakom "opinion leaders" och fick därigenom riklig utdelning. Detta genom ökad trovärdighet på ett sätt som tradi-

tionella konsulentbesök knappast hade givit. Det finns en växande insikt hos läkemedelsindustrin hur läkare maximalt påverkas, vilket är förklaringen till att Pfizer och andra bolag är på väg att avveckla det traditionella konsulentsystemet [11]. Man vill verka indirekt, inte minst genom beslutsfattare inom landstingsbyråkrati och specialistföreträdare.

Ännu större risker kan ses när läkemedelsbolag direkt blir delaktiga i utbildningsplaneringen och genomförandet av vidareutbildning såsom skett i till exempel Södermanland [12]. Blandningen landstingsledning-industri finner Läkarförbundet oacceptabel [13]. Apo/Crestor-kampanjen i Jönköping visar vilka kostnader ett landsting drar på sig. Dels utgifterna för själva läkemedlet, dels indirekta kostnader om otillräckligt dokumenterade medel får stor spridning i befolkningen. Flera exempel – såsom Vioxx – visar att otillräckligt prövade läkemedel kan förorsaka vårdkostnader på grund av biverkningar men också skadestånd [14].

Det är mycket lättare att etablera en felaktig läkemedelsförskrivning i ett landsting än att få bort den; åtminstone så länge inte Läkemedelsverket gör kraftfulla ingripanden eller folkopinionen skräms av i media uppmärksammade biverkningar/dödsfall. Finns väl förskrivningen etablerad ska det mycket till för att läkare inte itererar recept. Detta gäller särskilt riskfaktorbekämpning som leder till långa behandlingstider.

Den fyra till femfaldiga variationen mellan primärvårdsområden visar att andra krafter än medicinska sakska påverkar läkarnas förskrivning. Spännvidden mellan primärvårdsområdena speglar bland annat distriktsläkarnas kunskap och förskrivningsvanor i relationen till läkemedelsindustrin och dess konsulenter.

Läkemedelsförskrivning kopplad till driftsform har lätt att bli en förenklad diskussion. Om ersättningssystemen väl anpassas till god förskrivningskultur, eller blir en del av budgeten, behöver inte privat verksamhet ha sämre läkemedelsförskrivning än offentligt driven vård. Skillnaden mellan Aneby entreprenad – låg förskrivning – och ett antal pri-

vatlänkare i Jönköping – hög Crestorförskrivning – illustrerar saken.

Risken är att strukturförändringar, exempelvis vårdval, inte tar till sig dessa erfarenheter. Fri etablering, konkurrens och små mottagningar leder till utsatthet för läkemedelsindustrin och det blir svårare att upprätthålla landstingsövergripande producentbunden utbildning. Det kan generellt gå med läkemedelsförskrivningen som det gick med de små "fristående" privatmottagningar i Jönköping. De tog snabbt och okritiskt till sig Crestorreklamen när preparatet lanserades.

Konklusion

Vetenskapliga resultat och interkollegiala diskussioner som i Jönköping synes, som denna studie visar, ha en relativt liten effekt på läkemedelsförskrivningen när väl en rutin är etablerad. Inflytandet från "opinion leaders" torde vara mycket kraftfullare än nya fakta i internationella tidskrifter eller debatt i Läkartidningen. Kanske *AllmänMedicin* med sin snävare målgrupp har större genomslag? Tidiga artiklar i tidningen om Vioxx/Cox 2-hämmare kan tala för det [15].

Erfarenheterna från Apo-kvot/Crestor-kampanjen i Jönköpings län visar åter på behovet av att stärka producentbunden information ute i landstingen, minimera – eller kraftfullt reglera samverkan med läkemedelsindustrin i vidareutbildningen – och finna nya vägar att i praxis implementera evidensbaserad medicin. En decentraliserad "landstings- SBU Alert" efterlyses!



Bengt Järhult

Vårdcentralen i Ryd / FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com

Referenser:

1. Rehnqvist N, Marké L-Å. Kan inverkan av evidens mätas? Vetenskap och Praxis 2006. www.sbu.se
2. Britton M., Asplund K, Brorsson B et al. Så påverkade SBU praxis i vården. Läkartidningen. 2002;99:4628-34.
3. Järhult B, Lindahl S-O, Lindström K. Apolipoproteinbestämning introducerades utan allmänläkarnas medverkan – varför? Läkartidningen. 2007; 105: 883-4.
4. Järhult B, Lindahl S-O, Lindström K. Slutreplik om introduktionen av apolipoproteinbestämning i Jönköping: Visar behovet av etisk plattform i landstingen. Läkartidningen.2007; 105:1065-6.
5. Karlsson J-E, Svensson O. Apolipoproteinbestämning introducerades med allmänläkarnas medverkan! Läkartidningen.2007; 105:963-4.
6. Van der Steeg WA, Boekholdt SM, Stein EA, El-Hachaoiu K, Stoes ES, Sandhu MS, et al. Role of the apolipoprotein B-apolipoprotein A – I ratio in cardiovascular risk assessment: a case-control analysis in EPIC – Norfolk. Ann Intern Med. 2007; 146:640-8.
7. Järhult B, Lindström K. Bör apolipoproteiner bli förstahandsval i rutinsjukvården? Läkartidningen. 2007; 104:3124.
8. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (reviderade 2007). www.socialstyrelsen.se
9. Wälldius G, Angelin B, Eriksson M. Kvoten apoB/apoA-I starkare markör för hjärtinfarkt än lipider. Läkartidningen 2006;103:751-2.
10. Kjekshus J, Apetrei E, Barrios V et al. Rosuvastatin in Older Patients with Systolic Heart Failure. N Engl J Med 2007; Nov 29;357(22):2248-61.
11. Prager N. Vi slopar konsulenter och väljer nya vägar att jobba med vården. Dagens Medicin 12/07.
12. Bengtsson AL. Astra med och formar Sörmlands fortbildning. Dagens Medicin 8/07.
13. Kennedy H. Läkarförbundet ifrågasätter tidigare vd:s nya uppdrag. Dagens Medicin 20070927.
14. Skadade av Vioxx ersätts av försäkring. Läkartidningen.2005;102:2382.
15. Håkansson J, Rosenberg P. Är coxiber bättre än traditionella NSAID? AllmänMedicin 2002;23:208-13.

Nonsens i NDR

– sluta med ranking och uppge jäv!

NDR har konstruerat en rankinglista för landstingen. Det bör man upphöra med då den inte speglar vad som rimligen kan menas med vårdkvalitet. Dessutom bör deltagande experter öppet redovisa jäv och intressekonflikter.

Ranking

I Nationella Diabetesregistrets årsrapport för 2007 [1] har man konstruerat en komplicerad rankinglista för landstingen. Utgående från diabetologföreningens målvärden betraktar man dessa som ”beslutade vårdåtgärder”. Detta har sedan ställts mot i NDR registrerade ”resultat” vad gäller HbA1c, blodfett, icke-rökning, kontroll av fotstatus och mikroalbuminuri. Den fjärdedel av landstingen som inte registrerat 40 procent av en fiktiv prevalens på 4 procent är inte med.

Viljan att göra en rankinglista är en eftergift för en tidens trend som syns i showbiz och television. Detta hänger samman med en tro på marknadsliberal konkurrens. Intentionen kanske har varit att nå ut i media och översiktligt presentera för beslutsfattare.

Jag menar att det är en vantolkning av registrerade data. Så har hänt även med andra kvalitetsregister. NDRs experter borde fråga sig om det överhuvudtaget finns någon meningsfull relation mellan vårdkvalitet och deras rankinglista. Det handlar om vad som menas med kvalitet. Begreppet är komplicerat. Min kritik gäller inte matematiken eller den statistiska bearbetningen.

Data borde istället redovisas i all sin komplexitet. Lokalt har vi aldrig talat om ”bäst” och ”sämst” men väl uppmärksammat skillnader.

En vardaglig definition på god diabetesvård kunde vara: säker diagnos, kunniga och medvetna självständiga patienter som mår bra, fördröjda komplikationer och minskad dödlighet. Till detta kan fogas tillgänglighet, kontinui-



Peter Olsson med hunden Grim i Padjelanta augusti 2008.

tet, bemötande och rationellt resursutnyttjande. Begreppsligt stämmer det inte alls med NDRs ranking.

Inget är självklart

I diskussion med kritiska kolleger har jag uppfattat en hel del invändningar mot måtvärden och registrering i NDR. Vi måste ju vara medvetna om att det vi monitorerar är grova approximationer som surrogatmått. Varje detalj är ofullständig, omdiskuterad och kan utvecklas och förändras. Det gäller till exempel indelningen i typer av diabetes, hur blodtrycket ska mätas, BMI eller midjemått, kolesterolhypotesen, mått på njurfunktion, ASA-behandling med mera. Biverkningar registreras inte, liksom kostråden som är kontroversiella. Differentierat intervall på ögonbottenfoto hanteras felaktigt. Inte ens fotstatus är självklart för alla. Det finns de som hävdar att åtminstone en del patienter bör hantera det själva.

Livsstils-intervention är ett begrepp som kanske bör undvikas, då patienterna upplever det som förnedrande [2].

Viktigast är dock att NDR inte tagit hänsyn till åldern och många av våra patienter är äldre. (I Jokkmokk är 35 procent över 75 år). En klok kliniker individualiserar råden bland annat med hänsyn tagen till åldern. Målen kommer då att avvika från diabetologföreningens. Prevalens och svårighetsgrad varierar geografiskt och sociala faktorer finns överhuvudtaget inte med i analysen.

Folkhälsorapporten visar att Norrbottens män är fetast i landet. Kan man därav dra slutsatsen att fetmavärden är av låg kvalitet?

Ifrågasatt intensivbehandling

Internationellt ifrågasätts ”intensiv”-behandling. ACCORD-studien fick delvis avbrytas på grund av ökad mortalitet [3]. I NDR registreras inte dödlighet. Tvärtom, när svårt sjuka patienter dör försvinner de från statistiken som förbättras. Inte heller insjuknande i hjärtsjukdom eller stroke (det vill säga när ett ”nej” förändras till ett ”ja” på dessa frågor vid registrering) var med i årsrapporten.



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2008

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Örebro den 22–24 oktober 2008.

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: Örebro. Conventum, Hjalmar Bergmanteatern.

Tid: Kl 15.30–17.30, onsdagen den 22 oktober 2008.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 22 september.

Välkommen!
Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

I rapportens inledning nämns i stället den framgångsrika danska STENO-studien [4]. Det sägs inte att studien gällde unga patienter med tidig debut och mikroalbuminuri. Vid studiens start var patienterna 55 år och i NDR är genomsnittlig debutålder 60 år.

Om diabetologföreningens målvärden tillämpats på de som fortsatt följs i intensivgruppen i STENO-studien, skulle 80 procent inte ha uppnått målet för HbA1c och 70 procent inte ha uppnått målet för systoliskt blodtryck. Inte heller för BMI och midjemått hade det blivit godkänt. Att 85 procent hade ASA måste ses som överbehandling med nuvarande rekommendationer. Sammantaget skulle STENO fått ett uruselt resultat i NDRs ranking. Är det rimligt då specialutbildade diabetologer skötte vården?

Jäv och bias

Hur uppnås då goda resultat i NDRs ranking?

Först genom att registrera grännsfall mot normalt. Dessa styrmekanismer ska inte underskattas när bonusregler i privatiserad marknad, i oförstånd definieras som andel under ett visst HbA1c-värde. De ”sämre inställda” (som borde prioriteras) blir mindre populära.

Det andra är att okritiskt använda läkemedel som förbättrar surrogatmåten. Det gäller oberoende av biverkningar. Det paradoxala kan alltså uppstå att man genom att följa råd från experter (förskriv glitazoner) kan förbättra ranking (HbA1c minskar), men patienterna riskerar biverkningar och till och med ökad mortalitet!

När årsrapporten presenterades [5] framförde diabetologföreningens ordförande ett mål om att 80 procent av patienterna borde förskrivas statiner – knappast något som är allmänt accepterat eller?

För att uppnå målen fordras maximal läkemedelsbehandling. Det var därför klagörande när framskjutna experter öppet deklarerade jäv och intressekonflikter [6] när man opponerade mot LÄKSAKs försiktiga hållning till nya preparat.

Sponsringen av NDR har upphört, och det vore naturligt att de experter som deltar i utvärderingen av data öppet redovisar jäv. Man kunde använda myndigheternas blanketter [7]. Det skulle underlätta för läsarnas bedömning av argumenten.

Peter Olsson

Jokkmokks vårdcentral
peter.olsson@nll.se

Referenser:

1. www.ndr.nu
2. Greenhalgh T *Primary Health Care: Theory and Practice*, Wiley-Blackwell, 2007, Paperback, ISBN: 9780727917850
3. Nilsson PM, Eliasson B: Vad är egentligen en optimal behandling vid typ 2-diabetes? Nya studier manar till eftertanke *Läkartidningen* 2008;105:985-6
4. Gaede P m fl: Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:580-91.
5. <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9763> endast på webben
6. Sjöholm, Å m fl: Viktigt att vi skaffar oss erfarenhet och kunskap. *Läkartidningen* 2008;105:1310-2
7. Rosen, Måns: Sju myndigheter har enats om regler för när externa experter anlitas. Viktigt med öppenhet kring jäv och intressekonflikter. *Läkartidningen* 2008;105:2077



Mötet i hemmet

En mötesplats för alla som är intresserade av att utveckla hemsjukvården

Mötet i hemmet – en tvärprofessionell konferens om hemsjukvård

Örebro den 5–6 februari 2009 • Tema för konferensen: Kvalitet och Kommunikation

Pris: 3500 kr • Information: www.sfam.se/hemsjukvard.html



förbundet sveriges arbetsterapeuter

SFAM

Remissvar: Delbetänkande av utredningen Patientens rätt, Vårdval Sverige (SOU 2008:37)

Utredningen belyser på ett utmärkt sätt primärvårdens betydelse i sjukvården och pekar på behovet av en stark primärvård. En första vårdkontakt som kan erbjuda tillgänglighet och kompetent allmänmedicinsk vård och där offentlig och privat vård får verka på lika villkor.

Andra viktiga frågor är:

Fri etablering:

SFAM anser att det är ett bra förslag att den som av staten bedöms kunna åta sig hela uppdraget, och som uppfyller kompetenskraven, ska få rätt att fritt etablera sig var som helst i landet. Då hälso- och sjukvårdslagen stipulerar en lika vård för alla medborgare bör dock särskilda åtgärder vidtas för att säkerställa befolkningens rätt till en god första linjens sjukvård även i glesbygd och i områden med stor sjukvårdstyngd.

Nationellt uppdrag:

SFAM anser att förslaget om ett på nationell nivå definierat primärvårdsuppdrag samt nationellt lika kvalitets- och säkerhetskrav på verksamheterna är bra. Kompetenskraven på personalen måste utgå från uppdraget.

SFAM instämmer i att ett nationellt system sannolikt kommer att innebära ett tydligare offentligt åtagande och en mer likartad primärvård över landet. Vi tror också att nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar kvalitetsutvecklingen.

Fast läkarkontakt:

SFAM anser att förslaget om att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin är ogenomtänkt. Det kan kanske te sig kortsiktigt förståeligt på grund av bemanningssvårigheterna, men konsekvenserna är otillräckligt belysta. Läkare utan bred medicinsk kompetens i första linjens sjukvård leder snabbt till en ökad re-



mitteringsfrekvens med konsekvenser för akutmottagningar och slutenvård samt ökade kostnader för medicinska utredningar och läkemedelsanvändning.

Ersättningssystem:

SFAM anser att ersättningssystemets utformning har en avgörande betydelse för hur systemet kommer att fungera. Även om utredningen föreslår en bibehållen regional självbestämmanderätt över ersättningssystemets utformning borde konsekvensbeskrivning av olika ersättningsmodellers inverkan på primärvårdsverksamheten ha kunnat göras.

Utredningen lämnar en rad viktiga frågor obesvarade

och även om dessa kan komma att besvaras i senare delbetänkanden anser vi det viktigt att kommentera dem redan nu.

1. Uppdragets omfattning

Primärvårdens uppdrag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som

att primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Under 1990-talet har primärvårdens utveckling, med utredarens ord, "...präglats av en förändrad arbetsfördelning där rader av sjukdomstillstånd som tidigare krävt slutenvård numera sköts i öppen vård. Det gäller olika operationer liksom eftervård och rehabilitering. Dessutom har primärvården i större utsträckning numera ansvar för patienter som behöver långvarig uppföljning och stöd för kroniska sjukdomar som astma, diabetes, psykoser, högt blodtryck, hjärtsvikt och reumatiska sjukdomar."

Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta i framtiden då subspecialisering och centralisering av den slutna

vården gör att än mer av befolkningens behov av hälso- och sjukvård måste tillfredsställas i primärvården. Detta gör att frågan om vårdgivarens kompetens blir helt central för planeringen av Vårdvalsmodellernas utformning.

SFAM anser att: den fortsatta utredningen bör beakta att det krävs en allmänmedicinsk specialistkompetens för att ta hand om den stora mängden av personer med en, eller ofta flera, av dessa kroniska diagnoser. Andra specialister har inte breddkunskapen och andra professioner kan inte ta hela det medicinska ansvaret, men kan däremot ha viktiga uppgifter inom teamarbetet.

Ett brett uppdrag inkluderande rehabilitering, barnhälsovård, ungdomsmottagning och mödrhälsovård underlättar samordningen av olika hälsobefrämjande åtgärder och ger ett effektivare resursanvändande.

2. Samverkan mellan vårdnivåer

Primärvårdens utveckling medför också att betydelsen av en kompetent och långsiktig samverkan mellan olika vårdnivåer och med den kommunala vården blir än större. En sammanhållande kompetens med möjlighet att bedöma inte bara vårdbehov utan också medicinska sammanhang är då nödvändig.

SFAM anser att: Den fortsatta utredningen bör beakta behovet av en bred kompetens i samordningsfunktionen. Distriktssköterskans roll, exempelvis i hemsjukvården, och allmänmedicinarens roll som ansvarig läkare för patienter med stora vårdbehov och besvär från olika organsystem bör särskilt uppmärksammas.

3. Patientens ställning

Utredningen anger att förslaget fokuserar på patientens ställning men samtidigt anges att utredningens uppdrag är att "i ett första led föreslå hur fri etablering kan införas i primärvården så att patienternas möjlighet att välja bland olika vårdgivare kan öka". I detta delbetänkande behandlas det senare uppdraget. Utredningen kommer senare att

» Bristen på specialister inom allmänmedicin är så stor att okonventionella metoder måste prövas.

diskutera hur patienten kan ges ett ökat stöd och inflytande i övrigt.

SFAM anser att: det då är mycket viktigt att belysa hur man kan

- tillgodose önskemålen från de patienter som vill ha en brett kunnig läkare eller en långsiktig läkarkontakt för hela familjen.

- skydda de medicinska behoven hos svagare befolkningsgrupper.

- bedöma vården efter sin faktiska kvalitet och inte endast tillgänglighet och service.

- belysa skillnaden mellan efterfrågan och medicinskt behov. En "kund" i primärvården köper inte vissa undersökningar, behandlingar eller läkemedel. Det man köper är personalens expertkunnande. Resultatet av detta kan inte alltid vara i linje med patientens önskemål. Hur stävja den efterfrågan som skadar?

4. Risk för oligopol

En utformning som utsätter aktörer för stora ekonomiska osäkerheter utesluter med stor sannolikhet mindre aktörer, med små möjligheter att ta ekonomiska risker över tid. Detta är en mycket viktig aspekt som inte tydligt nog framhålls i betänkandet.

En konsekvensbeskrivning av olika ersättningsmodellers inverkan på primärvårdsverksamheten bör också göras. De ersättningssystem som omnämns i utredningen varierar från ca 50% till närmast 100% i kapitering. Utredningen har här en av sina stora svagheter då den inte till fullo analyserar de konsekvenser som så skilda ersättningssystem kan få.

SFAM anser att: frågan noggrant bör utredas.

5. Åtgärder för att minska bristen på specialister i allmänmedicin

Utredningen berör också § 5, andra stycket, i Hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga kravet på allmänmedicinsk specialistkompetens för fast läkare i primärvård, och föreslår avskaffande av denna paragraf. Detta ter sig som synnerligen ogenomtänkt. Arbetet som läkare i primärvården är ett av vårdens svåraste arbeten och vad som görs här har mycket stor betydelse för vårdens total kvalitet – inte bara för medicinska kvalitetsparametrar, utan också för kostnader och arbetsvolym på nästa vårdnivå.

Bristen på specialister inom allmänmedicin är så stor att okonventionella metoder måste prövas. Ett sätt kan vara att erbjuda andra specialister att arbeta inom primärvården med det fulla allmänmedicinska åtagandet – och med krav att detta sker på en enhet där handledning ges av specialistkompetent allmänläkare. Efter ett par års arbete under handledning, möjligen kompletterat med vissa kortare sjukhustjänstgöringar, skulle specialistkompetens kunna erhållas.

Stockholm 080614
för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)



Annika Eklund-Grönberg
ordförande



Björn Nilsson
vice ordförande

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

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

Skattmästare

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

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-2102016
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

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg,
Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson,
Gunnar Carlgren och
Sara Holmberg.

Kansli

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

Examenskansliet

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@bredband.net

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 Sjögren, 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 Ställberg, 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@sll.se

Diplomerade allmänläkare

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

Etiskt nätverk

Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
Maria.Truedsson@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Olof Englund
olof.englund@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

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

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Viktoria Thiger
viktoria.thiger@telgeakuten.se

STOCKHOLM

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

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Torsten Green-Petersen
torsten.green_petersen@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lthblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

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

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

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

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sl.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

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

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

Palliativ vård
Sonja Modin
sonja.modin@sl.se

Riskbruk
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.vss.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Anders Håkansson
anders.hakansson@smi.mas.lu.se

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström
per.stenstrom@medtrac.se

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

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Bertil Hagström
bertil.hagstrom@telia.com

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"

Antal

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

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

Skicka din beställning till SFAMs kansli,
Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.se

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

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

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

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

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

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

Tina Nyström Rönnås, adjungerad
redaktör, Mottagn Sjöstaden, Sthlm
tina.ronnas@sjostaden.nu

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

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

Layout

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

Annonser

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

Tryck

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2008

Nr	Manusstopp	Utgivning
5	15/9	31/10
6	2/11	17/12

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

Läkaren som nomad



Det var mer än tio år sedan. Jag hyrde ut mig första gången. Första dagen hade jag formellt sett inte avslutat AT än. Hoppas att det är preskriberat nu. Litet för många studieår, litet för gammal för att stå ut med studentekonomi. Behövde snabbt komma ikapp.

Uthyrningsverksamheten var liten då. Många såg på den med misstänksamhet. De flesta var avundsjuka på de fantastiskt höga, orättfärdigt höga lönerna. Alla tänkte att det var ett övergående fenomen. "Med dessa kostnader kommer man aldrig att acceptera att det får fortsätta!" sade man.

Mått och steg togs för att begränsa verksamheten. Dessa var både formella och informella. Landstinget i Stockholm skapade en regel som gjorde det omöjligt att hyra in läkare som hade anställning i SLL. En läkare kunde inte heller bli inhyrd inom SLL med mindre än att det förflutit minst sex månader sedan han senast haft en anställning inom SLL. Man trodde säkert att man genom att "försvåra" på detta sätt, skulle vinna något i slutändan. Riktigt vad förstod jag inte då, och än mindre idag med "facit i hand". Själv fick jag aldrig något problem med denna regel eftersom AT inte är en tillsvidareanställning utan en visstidsanställning.

Informellt fanns en tendens att överutnyttja hyrläkaren, lasta på så mycket besök det bara gick och fylla ärendekorgen med komplicerade LOH:n (Läkarutlåtande om hälsotillstånd). Det var som om man ansåg att den förmätta inkomsten med rätta skulle matchas av en orimlig arbetsbörda. Bara om man utnyttjade hyrläkaren till bristningsgräns kunde man försvara att man faktiskt hyrt in honom till den astronomiska kostnaden. Kanske trodde man även att hyrläkaren skulle ge upp, kapitulera under den

dignande arbetsbördan. Sluta med det där orättfärdigt, eller åtminstone orättvist lönade arbetet, och snällt, gärna litet skamsen komma tillbaka till landstinget. Det slutade med att hyrläkarna slutade komma, och vårdcentralen fick dåligt rykte.

Allt det där har ju helt försvunnit idag. Den där strategin med obstruktion från landstingets sida var ett misslyckande! Kanske uttryckte den till och med dåligt omdöme? Då fanns det en eller ett fåtal hyrfirmor att välja mellan. Idag finns det fler än någon kan hålla reda på. Kostnaden då, klagade man på och trodde att det skulle vara skäl nog att få foreteelsen att försvinna. Nu är den större än någonsin. På den enskilda vårdcentralen är man idag litet "extra" snäll mot just hyrläkaren. Man har ju insett att behovet inte försvinner, och man kan kanske behöva hjälp igen... Då kan det vara bra om man blir ihågkommen på ett positivt sätt.

Är det inte konstigt att det trots ett tydligt, uttalat motstånd har blivit så här? Trots en smält fantastisk kostnadsökning har det blivit på det här viset! Allt fler läkare för i dag en "nomadtillvaro", vandrande mellan olika tidsbegränsade uppdrag. Kan det vara så att det trots allt finns någon fördel, för någon, på något sätt med en alltmer nomadiserad yrkeskår utan fast förankring geografiskt?



Foto: Margaretha Sandberg

Hans Händel
handel.hans@telia.com

2008

Oktober

När doktorn tar av sig skorna - utbildning om sjukvård i hemmet
1-2 okt. Kurs på Sjövillan i Sollen-tuna, arrangerad av SFAMs råd för hemsjukvård.

Wonca Asia Pacific Regional Conference

1-5 okt i Melbourne, Australien, se www.racgp.org.au och www.allanpelch.dk

Royal College of General Practitioners' Annual National Primary Care Conference

2-4 okt i Bournemouth, UK

Nationell kvalitetsdag för primärvården

8 okt, Stockholmsmässan i Älvsjö.
Mål: Lära och inspireras av varandras strävan att utveckla primärvården.
Tema: Gör vårdval och prestationer-sättningar att Primärvården springer fortare/Gör ett bättre/ sämre arbete?/ Jobbar mera med rätt/fel saker?
Målgrupp: Allmänläkare och övriga yrkesgrupper med intresse av kvalitetsutveckling i Primärvården.
Arrangör: Kvalitetsrådet i Svensk förening för allmänmedicin.
Sista dag för anmälan: 23 september.
För mer information, program och anmälan: www.sfam.se/kvalitet

SFAMs Höstmöte i Örebro

22-24 okt.

Berzelius Symposium 76:

Obesity - origins, consequences and treatments. 23-25 okt, Umeå www.svls.se/berzelius/5776.cs
Symposiet arrangeras av Svenska Läkaresällskapet i samarbete med Umeå Läkaresällskap, Umeå Universitet och Västerbottens läns landsting.

Primärmedicinsk uke 2008

27-31 okt i Oslo

November

Prevention of falls and injuries in older people
6-7 nov. Berzelius symposium nr 77 på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

Studierektorskurs på Sigtuna-stiftelsen

10-12 nov, Sigtuna. Arrangeras av SFAM.

Laegedage 2008

10-14 nov i Bella Center, København. www.laegedage.dk

Riksstämman i Göteborg

26-28 nov i Göteborg. Läs mer på Läkaresällskapets hemsida.

December

Modern ortopedisk medicin

29 dec 2008-12 jan 2009 Kerala, Indien.
Kursledare: Ulf Måwe och Johan Lindström.
Föreläsare: Ingmar Söderlund och Björn Aasa.
Kursinformation, kursinnehåll, anmälan och kontaktpuppgifter se: www.langtbortlara.se

2009

Januari

"Vecka-3-kurs"
12-14 jan. Wiks slott, nära Uppsala. Träning i värdering av allmänmedicinsk kompetens för examinatorer i specialistexamen, mitt-i-st-värderare, studierektorer, handledare. Närmare information på www.sfam.se

Februari

Mötet i hemmet
5-6 feb. Arrangeras av SFAMs hemsjukvårdsråd i samarbete med de andra professioner som driver hemsjukvård.

Mars

Läkardagarna i Örebro: "Om sjukskrivningar"
31 mars-1 apr. Programmet behandlar läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. Information: ewa.nystrom@orebroll.se. Program och anmälan fr.o.m. hösten 2008.

April

SFAMs ST-dagar i Kalmar
22-24 apr.

November

SFAMs höstmöte i Uppsala
4-6 nov.



Kursdiktorns utbud av kurser tom hösten 2008 är granskade och godkända enligt SFAMs kriterier och anvisningar 2004. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdiktorn.nu