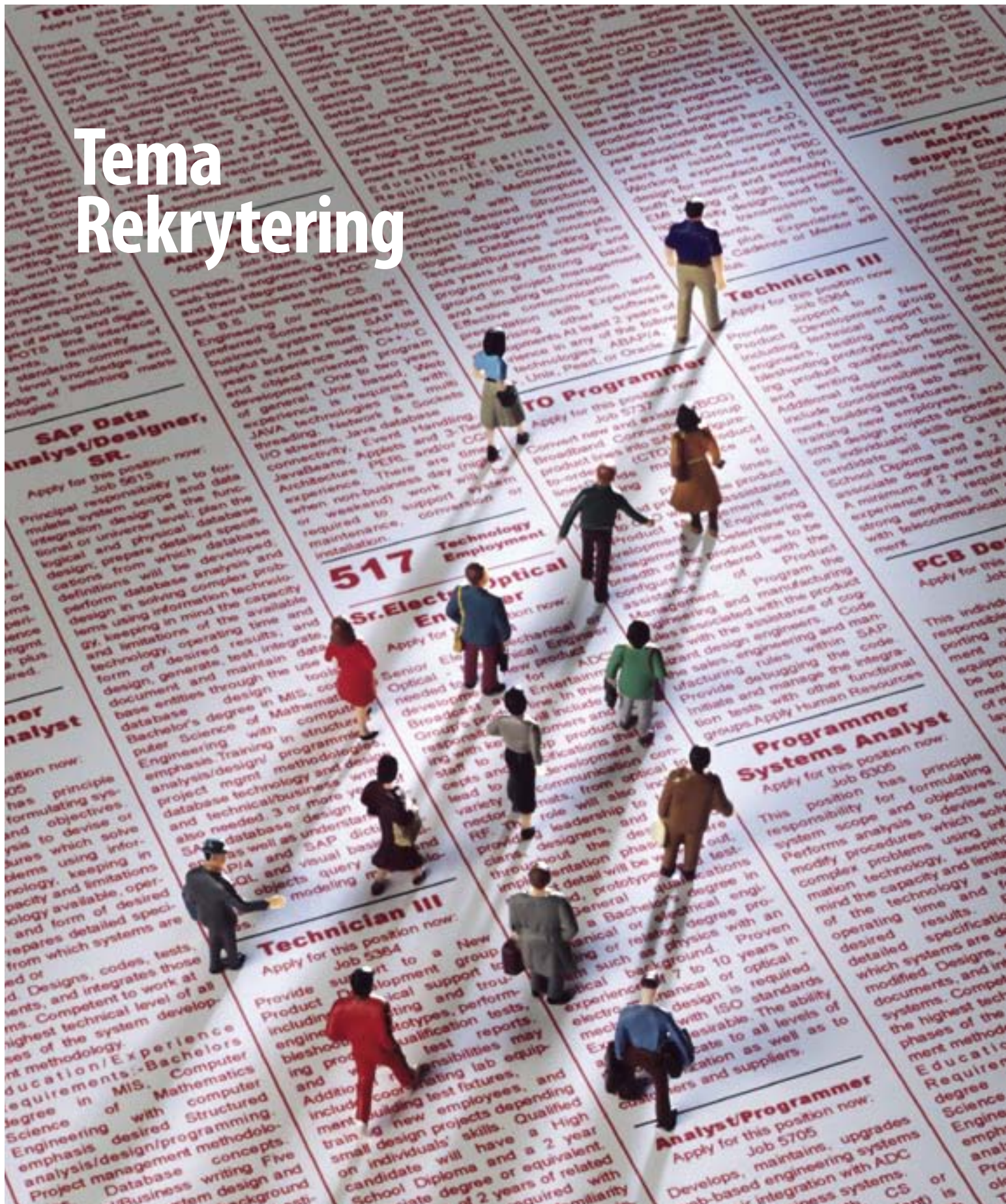


Distriktsläkaren



Nr 1 • 2009 • Svenska Distriktsläkarförbundet • DLF

Tema Rekrytering



VÅRDVAL i primärvården – våga satsa!



Maria Dalemar

Sjukvård är ett ämne som ofta diskuteras. Det är något som ligger nära varje människa och det är oerhört viktigt att jag som individ kan lita på att sjukvården fungerar när jag behöver den. Nästan alla har också synpunkter på hur vården fungerar. Enkätundersökningar visar att vi i Sverige har ett mycket stort förtroende för vården generellt. De som har störst förtroende för vården är de som har varit i kontakt med den via egna erfarenheter, därefter kommer de med nära anhöriga eller vänner som haft behov av vårdens resurser, och lägst tilltro har de som aldrig haft en personlig kontakt med vården. Detta illustrerar att vi har ett tillitsproblem inom svensk sjukvård.

Debatten om vårdval i primärvården är mycket aktuell eftersom många landsting och regioner är i begrepp att besluta om och införa sina vårdvalsmodeller. Debatt förs i rikspolitiken inte minst utifrån regeringens proposition "Vårdval i primärvården". Läkarförbundets redovisning av vårdvalsenkäten har nyligen presenterats och väckt intresse i medierna.

Det är tydligt att det finns stora förhoppningar och förväntningar på att vårdval i primärvården skall lösa många problem, inte minst tillgänglighetsproblematiken. Ett exempel på detta är att vårdvalsmodellerna premierar tillgänglighet för patienterna så högt att det upplevs som det allra viktigaste. Självklart är tillgängligheten en av de grundläggande förutsättningar

för att patienterna skall känna tillit och trygghet, men den är inte den enda. Patienterna skall naturligtvis också vara förvissade om att varje läkare har kontinuerlig kompetensutveckling, att enheten arbetar med kvalitetsuppföljningar, att tid och engagemang kan läggas på preventivt arbete, att tid finns för de svårast sjuka med komplicerade vårdförlopp m.m. Det är viktigt att komma ihåg att alla dessa delar måste vara självklara i det dagliga arbetet för att vi skall kunna skapa den primärvård som efterfrågas.

Vid en offentlig utfrågning i riksdagen på temat "Vårdval i primärvården" framkom det tydligt att det finns en stor förväntan på att vårdvalet skall lösa många av de problem som finns idag. Professor Anders Anell liksom undertecknad lyfte fram att vårdvalet måste innebära mer resurser till primärvården om de positiva effekterna skall uppnås. En annan fråga som diskuterades var effekterna av olika ersättningsformer. Det bestående intrycket från den debatten är att ersättningssystemen måste konstrueras så att tid finns för patienter med komplicerade medicinska frågeställningar, liksom för korta akuta besök, preventivt arbete, kompetensutveckling, kvalitetsuppföljning m.m. De flesta talare framförde också behovet av att vårdvalssystemet måste få tid att utvärderas och utvecklas, det vill säga uthållighet över mer än en mandatperiod. Förändringsarbete tar tid – det vet vi alla!

I vårdvalsenkäten framkommer att de flesta svarande tycker att korta besök premieras för mycket, att det är svårt att få tid för fortbildning och preventivt arbete m.m. Dessa uppgifter skulle kunna få oss att redan nu säga att vårdval inte är så bra som vi hoppades/trodde. Låt oss inte falla i den fällan att redan nu uttala oss om långsiktiga effekter. Det har inte gått någon längre tid sedan dessa modeller infördes och vi måste ha tålamod att se till effekterna över tid, precis som vi begär av politikerna!

Vi distriktsläkare måste engagera oss i dessa frågor! Jag är övertygad om att vårdval kan utvecklas till en bra första linjens sjukvård om det innebär en reell satsning på primärvården och om tid medges för att modellen skall utvärderas och utvecklas över tid. Då blir det attraktivt att arbeta i primärvården med det allmänmedicinska uppdraget för alla patienter.

MARIA DALEMAR
Ordförande

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse: Maria Dalemar (ordf), Ove Andersson, Britt Bergström, Rune Kaalhus, Anders Nilsson, Christer Olofsson, Ann-Christine Sjöblom, Ulf Wahllöf.

Kansli: Anne-Marie Johansson, Sveriges läkarförbund, Villagatan 5, Box 5610, 114 86 Stockholm, tfn 08-790 33 91, fax 08-790 33 95

Redaktion: Rune Kaalhus (red. och ansv. utg.)
E-post: rune.kaalhus@ptj.se

Distriktsläkaren, 6 nummer per år (ISSN 0283-9830):

Adress: Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion: Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

Annonser: Tommy Samuelsson, tommy@mediahuset.se, 031-707 19 30

Layout: Gunnar Brink, gunnar@mediahuset.se

Tryck: Åkessons Tryckeriaktiebolag

DLFs hemsida: www.svdlf.se

Omslagsillustration: StockXpert

Information från styrelsen

Planeringen inför verksamhetsåret 2009 är i full gång. Styrelsen ser framåt emot ett mycket spännande år med flera frågor av centralt och vitalt intresse för oss distriktsläkare. Vårdval i primärvården kommer sannolikt att vara den överskuggande, men det finns fortsatt mycket att arbeta med exempelvis kring IT-frågor och rekrytering. Vad kommer att ske med vårdvalsfrågan i händelse av majoritetsbyte 2010? Hur kommer de olika landstingens vårdvalslösningar att se ut? Vilka förutsättningar finns för att komma fram till en för landet gemensam modell? Dessa och många fler frågor väntar ännu på svar och förhoppningsvis kommer det att klarna under året som kommer.

Ordförandekonferensen maj 2009

En bit in på året väntar som vanligt Distriktsläkarförbundets fullmäktigemöte med ordförandekonferens dagen före. Styrelsen bedömer att vårdvalsfrågan fortsatt kommer att vara i fokus och därför kommer ett av ämnena för ordförandekonferensen att vara just vårdval. Hur ser det ut i Skåne? Hur kommer det att bli i Västra Götaland? Ytterligare landsting har avisat att man under året kommer att gå över i vårdval, och nya och varierande konstruktioner i utformningen av vårdvalet har och kommer att presenteras.

Vad kommer detta att innebära för läkarnas arbetsvillkor och arbetsmiljö? Det har vi ännu inget svar på, men det är en fråga som behöver och ska bevakas. Läkarförbundets Arbetslivsgrupp (ALG) med representation från DLF kommer att arbeta vidare med detta under året.

Läkarförbundets samlade strategi i vårdvalsfrågan kommer inom kort att presenteras i programskriften "Vårdval i primärvården – hur ska det utformas?" Dokumentet sammanställer aktuella

fakta och förbundets synpunkter i vårdvalsfrågan.

Ett annan stor och viktig fråga som kommer att ges tid till under ordförandekonferensen är rekrytering av såväl inhemska som utländska kollegor. Ytterligare ämne är IT-frågan och hur vi arbetar vidare med det nationella IT-nätverket.

Inför Fullmäktige 2009

Det gångna året har ur ekonomisk synvinkel varit omtumlande. Nedgången i ekonomin har varit högst påtaglig och börserna har fallit med drygt 40%. DLF har inte gått igenom föregående år opåverkat av nedgången i ekonomin, men försiktiga investeringar och kloka omdispositioner har kunnat begränsa nedgången av värdet för DLFs samlade kapital till cirka 10%. Årets resultat blir trots värdepappersfall av fonderade medel svagt positivt. Styrelsen står fortsatt fast vid att bekosta lokalavdelningarnas kostnader för det traditionsenliga fackliga seminariet som planeras till november 2009. Medlemsavgiften har under en lång följd av år, faktiskt sedan 1999, varit oförändrad och styrelsen ser att en höjning torde bli nödvändig för att säkra föreningens framtida ekonomi.

Beklagligtvis ser vi även för föregående år ett nettoutflöde av medlemmar. Varför? Ja, tyvärr är det en fråga som saknar ett fullständigt svar. I syfte att närmare studera detta kommer styrelsen att skicka ut en enkät till alla som trätt ur föreningen/förbundet, för att om möjligt få reda på varför man väljer att gå ur. Vidare kommer vi i medlemsrekryterande syfte att skicka ett välkomstbrev till alla som erhåller specialistbevis i allmänmedicin och som inte är medlem i Läkarförbundet. Ett nytt informationsmedium har tagits fram i form av en så kallad "Roll-Up", som på ett informativt och smakfullt sätt ger en beskrivning av fördelarna med ett medlemskap i DLF.



Ulf Wahllöf

Mera kring vårdvalet

En offentlig utfrågning på temat "Vårdval i Primärvården" arrangeras av Socialutskottet den 27 januari. DLF representeras av ordföranden. Viktiga frågor att driva och förmedla till politiken är DLFs syn på ersättningssystem, uppdraget samt vilka kompetenskrav som bör gälla vid etableringar. DLFs grundkrav är att allmänmedicinsk kompetens måste förutsättas utgöra en grundval för etablering.

I syfte att öka mångfalden inom vården har Läkarförbundet sökt och fått 7 miljoner i projektpengar för ett samarbetsprojekt med Nutek och Grant Thornton kring företagandets villkor. Detta projekt riktar sig till i första hand allmänläkare. Man kommer att arrangera "starta eget"-kurser omfattande två dagar samt eventuellt ytterligare en dag med utbildning i utformande av upphandlingsunderlag. Till en början kommer man att rikta sig till de landsting som redan startat med vårdval, VG-regionen samt region Skåne. Man har möjlighet att rikta utbildningen till cirka 700 deltagare. (Se närmare särskild artikel i denna tidning.)

Möte med Läkarförbundet nya VD

Håkan Wittgren, Läkarförbundet nya VD sedan 1 januari, besökte oss vid senaste styrelsemötet. Håkan är specialist i allmänmedicin i grunden. Han inledde med en historisk exposé kring Läkarförbundets ledning i då- och nutid. Hans förhoppning kring VD-rollen är att den ska vara en bryggfunktion för att när- ➤

mare sammanföra kansli- och förtroendemannarollerna. Organisationen kommer att ses över där viktiga områden kommer att vara kommunikationsfrågorna och informationshanteringen kring förbundspolitiken.

I vårdvalsfrågan är Wittgren tydlig och förordar listning på läkare istället för på enhet. Det finns ett politiskt intresse för en marknad med ett fåtal stora aktörer, vilket gör listning på personlig doktor till en synnerligen viktig och väsentlig facklig fråga. Vi måste värna vår professionella frihet. Ett brett åtagande är bättre än ett smalt. Wittgren är helt bestämd kring att kompetensgrunden för primärvården ska vara specialistkompetens i allmänmedicin. Hur förbundet sedan kommer att jobba med vårdvalsfrågan kommer att vara utomordentligt strategiskt viktigt. Han gör jämförelser med det danska systemet med ett stort antal privata småföretagare och framhåller fördelarna med att utöva yrket under frihet och tillit. Ett nationellt vårdvalssystem som är stabilt över tid, robust, enkelt, icke manipulerbart och förhandlat i fastställd ordning mellan politiker, tjänstemän och verksamhet är slutmålet. Hur kan Läkarförbundet förbättra sin position i vårdvalsfrågan? Ett sätt är den programskrift, se ovan, som förbundet planerar.

En annan hjärtefråga är läkaren som ledare. Behöver man vara chef på heltid? Inte nödvändigtvis, han ser klara fördelar för cheferna med att ha kvar klinisk kontakt.

Distriktsläkaren

Nytt för 2009 är att vi kommer att ägna några nummer av tidningen till olika teman. Rekrytering, KOL/Astma och smärta är teman för 2009. Förhoppningsvis kommer vi även att kunna fortsätta med en krönika i varje nummer. Bokrecensioner kan eventuellt också bli ett nytt inslag. Välkomna med ytterligare förslag eller varför inte en artikel eller annat textmaterial!

För styrelsen
ULF WAHLLÖF

Information från Läkarförbundet

Vi vill att frågan om egenföretagande ska vara "vill jag?" istället för "kan jag?"

Vårdvalsmodeller införs nu på många håll i Sverige. För att uppmuntra och skapa förutsättningar för läkarna att starta egen läkarverksamhet driver Läkarförbundet bland annat projektet "Ökad mångfald inom vården".

Syftet med projektet är att öka andelen egenföretagande läkare, främst inom primärvården, vilket bland annat medför en ökad valfrihet hos patienter och beställare att välja det vårdalternativ som passar dem bäst.

Projektet riktar sig framför allt till de läkare som påverkas av vårdvalsmodellerna – här kommer de största omvälvningarna att ske 2009.

– Det är en fantastisk möjlighet som öppnar sig för kåren och den individuella läkaren. Genom satsningen ska läkarkåren ges möjlighet att vara först att agera i en situation där initiativkraft kommer att forma den framtida vården, säger Björn Druse, ekonomidirektör och projektledare från Läkarförbundet.

Projektet som är samfinansierat av NUTEK, med GrantThornton och SalusAnsvar som samarbetspartners, ska ge läkarna det beslutsunderlag som behövs för att ta steget att bli egenföretagare.

– Vi vill att frågan om egenföretagande ska vara "vill jag?" istället för "kan jag?". Satsningen ska sänka trösklarna för de som är intresserade av att starta eget, så att de kan fatta sitt beslut på så god information som möjligt om vilka finansiella – och arbetsmässiga – konsekvenser som egenföretagande medför för en läkare inom primärvården, säger Björn Druse.

Ett mål är att, tillsammans med de företag och organisationer som ingår i projektet, skapa ett så kallat strukturkapital. Det vill säga när projektet är slut vid ingången av 2010 ska förbundets samarbetspartners i projektet ha kunskapen, intresset och möjlighet att stötta och hjälpa de läkare som därefter vill starta företag.

Under 2009 kommer förbundet att genomföra ett antal utbildningsstillfällen runt om i landet. Förbundet siktar på att 500 läkare blir så intresserade av egenföretagande att de går utbildningen under året. Flertalet kurser kommer att hållas på plats i de landsting som valt att införa vårdval. Det kommer även att ges ett antal centrala kurser i Stockholm. På Läkarförbundets webbplats kommer det att finnas lättillgänglig information om att bli egenföretagare.

Håll utkik efter mer information om kurserna och projektet på webbplatsen samt i mejl och brev.

Framgångsrik rekrytering av läkare från Polen

Bolaget Kalmena Rek AB i Kalmar med sitt dotterbolag Medena Rek i Polen har till dags dato framgångsrikt rekryterat totalt 340 läkare och 60 tandläkare från Polen till den svenska arbetsmarknaden.

Bolaget ägs till hälften av Landstinget i Kalmar län, och den andra hälften av ett privat företag.

– Det är ett lysande exempel på samverkan mellan privat och offentlig verksamhet, säger personaldirektör Håkan Petersson.

Lång erfarenhet

Håkan är personaldirektör i Landstinget i Kalmar län. En position han innehaft sedan 1991, vilket innebär att han idag är den personaldirektör som suttit längst i hela Sveriges landstingsvärld.

– Min minnesbild är att det alltid varit svårt att rekrytera distriktsläkare till vissa geografiska områden, säger han.

Det handlar naturligtvis först och främst om glesbygden.

– I vårt landsting har vi en viss glesbygdproblematik. Dessutom tappar vi invånare i länet varje år – det är bara Kalmar kommun som ökar, vilket beror på högskolan.

Intresse fanns

Historiskt – även under kommunisttiden – har det alltid funnits en kontakt mellan regionen och de baltiska länderna samt Polen, påpekar Håkan.

– Vi har skänkt överskottsmaterial från sjuk- och tandvården, och det har även funnits ett politiskt samarbete.

Det var under ett sådant möte mellan politiker från Kalmar och Polen som frågan om läkarbristen i Sverige första gången mer eller mindre av en slump dök upp. Året var 1999.



Håkan Petersson – personaldirektör på Kalmena Rek AB i Kalmar.

– Samma höst kom en företagare – Kent Brennander – och höll ett föredrag för oss. Han specialiserade sig på att hjälpa svenska företag att etablera sig i Polen, och det var det han talade om. Under en paus talade våra politiker med honom om tanken att rekrytera polska läkare, minns Håkan.

Kent ordnade så att Håkan, några politiker och tjänstemän samt en läkare fick göra ett studiebesök på den medicinska fakulteten i Gdansk.

– Då talade vi också med några polska läkare vi träffade, och det visade sig att det fanns ett intresse från deras sida av att komma till Sverige. Men det fanns ett stort problem – på den tiden var inte Polen med i EU...

Förhandlingar

Landstinget bildade tillsammans med Kents företag *Affärsutveckling Polen* företaget Kalmena Rek AB. Ägarför-

hållandet blev 50–50. Håkan blev VD, och man tillsatte en opartisk styrelseordförande.

– Kent skötte etableringen i Polen – det praktiska där på plats. Jag skötte kontakterna med myndigheter och landsting, förklarar Håkan.

Han presenterade sedan idén för sina kollegor i landsting runt om i regionen. Sex av dessa gick med i projektet. Idag har Kalmena rekryterat polska läkare till totalt 19 landsting.

Problemet den gången – att Polen inte var medlem i EU – innebar att de polska läkarna enligt regelsystemet endast skulle få stanna i Sverige under 18 månader.

– Det skulle i så fall ha varit helt meningslöst. Vårt grundkrav var 36 månader.

Därför fick Håkan för varje rekryteringstillfälle samordna en ansökan från de landsting som skulle vara med till Arbetsmarknadsstyrelsen. Det slutade ➤

” Nu får en EU-doktor automatiskt svensk läkarlegitimation och även specialistkompetens inom de flesta specialiteterna – dock inte i allmänmedicin eftersom utbildningstiden är kortare för dem i de flesta europeiska länder.

med att de fick de 36 månaderna, och då räknade man med att Polen efter dessa skulle vara fullvärdig medlem i EU.

– Och så blev det också, med bara några månaders marginal.

Stöd från Socialstyrelsen

Sedan var det dags för nästa segslitna process.

– Socialstyrelsen hade stenhårda krav när det gällde att uppnå en viss kunskapsnivå i svenska språket. Det var Folkuniversitetet som hade examinationsrätten vid det tillfället. Deras test bestod av sex olika moment, som alltså de polska läkarna var tvungna att klara. Examinationen – som utfördes i Polen – var en process på två dagar. De läkare som misslyckades fick helt enkelt inte komma, eftersom de då inte kunde få svensk legitimation!

Det blev initialt stora problem vid den första examinationen. Men Håkan berättar att han hade ett mycket bra stöd från Socialstyrelsen som hjälpte dem under hela processen.

– Vi fick låta läkarna komplettera utbildningen med en månad och sedan examinera dem på nytt.

– I det stora hela så ordnade sig språkprocessen – men det var mycket tufft i början, minns han.

Den första lilla annonsen Kalmerna publicerade i polsk media resulterade i nästan 2 000 sökande.

– Men då stod det bara ”Vill du jobba som läkare i Sverige”. Efter det att kraven stod klara, återstod det ett par hundra.

Fungerar ekonomiskt

Språkutbildningen sker på plats i Warszawa.

– Den första kursen startade vi där i maj år 2000. Det är en intensiv språk-

kurs, och man studerar måndag till fredag. Den effektiva tiden för utbildningen är sex och en halv månad.

De som antas till kursen får fri kost och logi, samt 3 000 zloty per månad. Det beror på att man *inte* vill att de ska arbeta extra vid sidan om kursen.

– Varje läkare som beställdes av oss kostade landstinget 370 000 kronor. Efter EU-inträdet har priset varit 290 000 kronor. Den summan betalas tillbaka om något fallerar på vägen. Vi har ansvaret till dess att läkaren står första dagen på jobbet, förklarar Håkan.

Hittills har verksamheten gått med överskott, som från landstingets del investeras tillbaka i verksamheten. Ungefär hälften av alla de läkare man rekryterat till dags dato är distriktsläkare.

Blev intresserad

En av dessa är Iwo Os, specialist i allmänmedicin som arbetar vid Hälso-centralen i Västervik. Iwo fanns med i den allra första omgången som kom till Sverige år 2001.

– Jag arbetade som läkare på ett mindre sjukhus i Polen, berättar Iwo.

– Sjukhuset skulle läggas ned, och sättet det genomfördes på tyckte jag inte om. Därför blev jag intresserad när jag såg annonsen.

Den annons Iwo syftar på beskrev ett möte som Iwo gick på.

– På detta möte var Håkan som berättade om möjligheten att komma till Sverige. Han beskrev förhållandena i Sverige, sjukvårdssystemet i landet och svarade på frågor. Jag blev intresserad.

Därefter fick Iwo träffa svenska kollegor och tjänstemän från landstinget. Han fick göra ett test, och sedan började han den svenska språkutbildningen i Warszawa.

Han minns att hans fru inledningsvis var skeptisk till tanken att flytta till Sverige. Men så småningom ändrade hon sig och tyckte i stället att det skulle bli spännande.

I Polen var hon lärare i engelska, och idag arbetar hon som det på gymnasieskolan i Västervik. Familjen har även en dotter som var tre år vid flytten, och sedan dess har de fått ytterligare en dotter, som alltså är född i Sverige.

Allmänmedicinen starkare i Sverige

Det finns fler läkare med polsk bakgrund i Västervik och i landstinget, och Iwo upplever det positivt att han inte är ensam.

– Men det kan också vara jobbigt om en polack uppför sig illa på något sätt – då får vi alla en kollektiv skuld för det, anser han.

Det finns flera skillnader mellan att arbeta som läkare i Polen jämfört med Sverige, berättar Iwo.

– En sådan skillnad var att jag fick arbeta med datajournaler i stället för med papper. Det upplevde jag som effektivare – åtminstone till en början. Men jag har upptäckt att det finns brister med det också – blir det stopp i systemet har man ju ingenting!

Iwo berättar också att han upptäckt att det finns många invandrare i Sverige.

– Jag hade aldrig ett enda besök med tolk när jag arbetade i Polen.

En distriktsläkare i Sverige åtnjuter ett större förtroende och mer respekt – både från patienter och från kollegor på sjukhusen, menar Iwo.

– I alla fall om man jämför med hur det var när jag lämnade Polen. Men det har gått åtta år sedan dess, så idag vet jag inte riktigt hur det är. Men allmänmedicinen har en starkare ställning här i Sverige.

Anpassad ST

Det finns skillnader mellan utbildningarna för distriktsläkare i Europas olika länder. Sverige är ett av de få länder där allmänmedicin är en egen specialitet, med lika lång utbildningstid som andra specialiteter.

Håkan berättar att det får göras en prövning i varje individuellt fall. Man får ta reda på vad den rekryterade läkaren behöver komplettera, och sedan helt enkelt starta en specialanpassad ST-utbildning.

– I genomsnitt så brukar det ta ungefär tre år tills dess att läkaren är färdig. Det är sällan det går fortare än så, förklarar han.

– Det är naturligtvis det anställande landstinget som får ordna den, tillägger Håkan.

I Iwos fall blev det så att han påbörjade en förkortad ST-utbildning. Idag är han sedan flera år klar med den.

Ovan vid sjukskrivningsproblematiken

Vi frågar vad Iwo upplevde som mest besvärligt när han kom till vårdcentralen i Västervik.

– Problemen med sjukskrivning, svarar han.

– Som ny doktor fick jag ta över patienter från någon annan. Patienter som hade gått sjukskrivna länge. Jag var inte van att hantera det, kontakter med Försäkringskassan m.m. Naturligtvis går det dock bättre nu.

Han förklarar att i Polen tas ett sjukskrivningsärende – när det gäller själva bedömningen av arbetsförmåga – över av den polska motsvarigheten till Försäkringskassan och deras läkare.

– Det var bekvämare, anser Iwo.

Inga negativa reaktioner

Iwo är kvar på den arbetsplats han först kom till. Han har en egen lista – med 1510 individer, för att vara exakt. Flera av dessa är äldre multisjuka.

Vi frågar hur patienterna reagerade på honom när han först kom.

– Jag fick inga direkt negativa reaktio-



Iwo Os har polsk bakgrund och är specialist i allmänmedicin vid Hälsocentralen i Västervik.

ner. I början var det dock en del av dem som ville prata engelska med mig – de trodde helt enkelt inte att det var möjligt att lära sig svenska... (*Distriktsläkaren* kan intyga att Iwo, i alla fall idag, talar en alldeles utmärkt svenska).

– Dessutom så har jag haft flera patienter med polsk bakgrund.

Iwo och hans familj åker ofta tillbaka till Polen på besök. Vi frågar vad de kollegor som finns kvar där är nyfikna på och vill veta när han talar med dem.

– De vill veta hur man jobbar och hur systemet i Sverige fungerar, svarar han.

Bidrar till bättre arbetsmiljö

Håkan berättar att man hittills genomfört nio kurser för läkare i Polen, och att man planerar för en tionde.

Förutsättningarna är dock lite annorlunda idag.

– Nu får en EU-doktor automatiskt svensk läkarlegitimation och även specialistkompetens inom de flesta specialiteterna – dock inte i allmänmedicin eftersom utbildningstiden är kortare för dem i de flesta europeiska länder.

Han minns den mediala uppmärksamhet som blev resultatet när han först drog igång projektet.

– Visst fanns det motståndare inom framför allt professionen. Men det kom redan från början många som insåg att de som kom skulle bidra till en bättre arbetsmiljö – tack vare att de skulle bli fler som delade på arbetsuppgifterna.

Idag är detta det allmänna synsättet.

– Hade vi inte haft de polska läkarna här i Landstinget i Kalmar län, skulle vi ha haft en mycket besvärligare situation – och med betydligt större kostnader för hyrläkare, konstaterar han.

Språkkunskaper en förutsättning

Iwo tror att han är här i Sverige för att stanna.

– Mina barn är rotade här, och jag får använda min kompetens som specialist i allmänmedicin betydligt mer här, jämfört med i Polen, förklarar han

Håkan tillägger att han tror att minst 90% av dem som Kalmerna rekryterat är kvar i Sverige. ☺

” Jag fick inga direkt negativa reaktioner. I början var det dock en del av dem som ville prata engelska med mig – de trodde helt enkelt inte att det var möjligt att lära sig svenska...

Rekryteringsprocessen som sådan är Iwo nöjd med.

– Men en grundlig språkutbildning är en *förutsättning* för yrket. Dessutom så kräver patientsäkerheten att man även blir förstådd av sina *kollegor*, påpekar han.

Därför anser han att modellen med intensiv språkutbildning med tentamen i Polen är bra.

Håkan ser ett problem med detta i framtiden.

– Idag finns det fler företag som erbjuder utlandsrekrytering. Det kan leda till att man naggar lite i kanten på språkutbildningen. Kommer de från ett EU-land finns inga formella krav på språknivå – inte ens på medicinalförfattningen.

Medicinalförfattningen ingår i språkutbildningen i Warszawa, och en särskild inhyrd jurist tar dessutom upp den under en vecka i slutet av utbildningen.

– Jag kommer dock aldrig att medverka i en verksamhet där man naggar på språkkunskaperna, säger Håkan.

Fascinerades av viljan

Det fanns inledningsvis många vanföreställningar om *varför* man rekryterade polska läkare till Sverige. En av dessa var att dessa skulle vara billigare att anställa.

– Jag har från allra första stund varit mycket noga med att se till att de polska läkarna får *exakt* samma förutsättningar när det gäller samtliga anställningsförhållanden, hävdar Håkan med kraft.

Under samtalet med Håkan bläddrar vi i pärmar som är fulla med korrespondens med olika myndigheter. Han avslöjar att om han från början insett vad han gav sig in på, är det tveksamt om han hade fullföljt processen.

Så vi avslutar med att fråga vad som drev honom att lägga ner så mycket jobb på uppgiften.

– Jag fascinerades av den stora uppoffring som de polska läkarna var villiga att göra:

– Att nästan isolera sig i sju månader för att lära sig svenska och att vara medveten om att man var tvungen att klara sig till en viss nivå för att över huvud taget få komma till Sverige – samtidigt som man redan från början varit tvungen att säga upp sig från de jobb man hade.

Därför blev ambitionen att ro projektet i hamn en utmaning som Håkan antog.

– Men när väl det inledande beslutet att sätta igång var taget, hade jag ett stort stöd från Socialstyrelsen, Migrationsverket och AMS. Utan detta stöd, hade det nog inte fungerat, avslutar Håkan Petersson.

PER LUNDBLAD

www.svdlf.se

Du är alltid välkommen till Distriktsläkarförningens hemsida. Här hittar du facklig information, aktuella remissvar och intressanta länkar. Här kan du även läsa webbupplagan av vår tidning. För att underlätta ditt surfande har vi lagt in en snabb och bra sökmotor direkt på startsidan.

Distriktsläkarförningens fond

DLF förvaltar *Stiftelsen Svenska Distriktsläkarförningens samfond*. Ur denna fond har Distriktsläkarförningen möjlighet att dela ut medel varje år. Enligt fondens regler kan distriktsläkare söka medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet, dock ej till täckande av lönebortfall. Arbetet bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Fonden kan också dela ut medel till behövande medlemmar i distriktsläkarförningen eller till medlemmars efterlevande.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation.

Gränsen för behövande att söka medel rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst (f.n. ca 128 400 kr) och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar (f.n. 64 200 kr). Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Anne-Marie Johansson på DLFs kansli, Tel 08-790 33 91.

Ansökan med motivering skickas till Svenska Distriktsläkarförningen, Box 5610, 114 86 Stockholm, E-mail: anne-marie.johansson@sdlf.se Fax 08-790 33 95.

Sista ansökningsdag för våren 2009 är den 15 maj.

Välkommen med din ansökan!



En lyckad rekrytering

– en process i flera steg

Att rekrytera rätt person är en svår uppgift. Man kan aldrig vara säker på att göra rätt.

Distriktsläkaren har talat med en professionell rekryterare, som ger några tips om hur man ska göra för att oddsen ska öka att lyckas hitta rätt person.

Vi träffar Sven Jellbo som har arbetat professionellt med rekrytering i 15 år.

Sedan 2004 är Sven delägare i Matcha Ledarskap – ett företag som arbetar med ledningsutveckling, rekrytering och personlighetsbedömning. Deras största kund är Västra Götalandsregionen, där man bl.a. har rekryterat samtliga primärvårdsdirektörer.



Sven Jellbo – professionell rekryterare.

Fastnar i kompetensfrågor

– Normalt brukar man säga att en hyggligt bra chef lyckas med 50% av sina rekryteringar!

Orden kommer från Sven, och man studsar något inför att siffran är så låg. Målet för Matcha Ledarskaps verksamhet är att när *de* utför en rekrytering istället ska ha minst 95% rätt.

Varför är det så att hälften av alla rekryteringar misslyckas, frågar vi.

– Träning ger färdighet. Jag intervjuar dussintals människor varje vecka. Det gör antagligen inte en verksamhetschef på en vårdcentral, svarar Sven.

Enligt honom är det vanligaste misstaget när chefen intervjuar de sökande att denne pratar mest själv.

– Dessutom – oavsett vilket yrke det handlar om – är det generellt så att man alltför ofta fastnar i kompetensfrågor, och det gäller även läkare, tror han.

Sven pekar på att det idag finns möjligheter att utbilda sig när det gäller rekrytering – kurser i intervjuteknik

m.m. Han anser att det är en god investering för en verksamhetschef.

Vem behövs?

En fråga man bör ställa sig, fortsätter Sven, är om den person man intervjuar kan tillföra någon *energi* till avdelningen den ska vara verksam på.

– Även på en vårdcentral är en rekrytering ett tillfälle att utveckla organisationen! Att utveckla sin organisation handlar om vem jag ska ta in. Är det bra i det läge man befinner sig att ta in en äldre person som kan tillföra erfarenhet? Eller behövs det en förnyring? Det är sådana frågor som bör styra – inte formella meriter.

Dessutom tenderar många att sätta upp orealistiska önskelistor, tillägger han.

Naturligtvis måste man ställa de nödvändiga baskraven på den man ska anställa. Men man bör även låta den man intervjuar få uttrycka *sin* vision om det nya jobbet. På det sättet kan man läsa ut mycket om den sökandes egenskaper.

Projekt med kravspecifikation

Men nu – när vi redan har kommit till intervjun – har vi redan gått händelserna i förväg. Sven har en fast struktur som man bör arbeta efter när man ska göra en rekrytering:

– Det ska ses som ett projekt, så börja därför med att lägga upp en plan för hur det ska gå till – tid, kostnader, vilka personer ska delta och så vidare. Annars är det risk att rekryteringen drar ut på tiden.

Gör sedan en kravspecifikation.

– Det är aldrig självklart att ersätta någon som har slutat med en kopia av företrädaren. Ifrågasätt tjänstens omfattning och ansvar – skall detta minskas, ökas eller på annat sätt förändras? Fastställ också lönenivå och andra anställningsvillkor.

Annonsera

Sven påpekar att det i princip finns två vägar att hitta kandidater – uppsökning eller annonsering. Han har lång erfaren-

het av de olika metoderna och själv är han starkt för annonsering.

– Huvudskälet är att annonsering nästan alltid är snabbare och effektivare, samt att uppsökning alltid bara sker i en snäv krets. I bristyrken, dit många läkarkategorier kan räknas, kan uppsökning vara en metod att *komplettera* med. Att man utnyttjar egna nätverk är självklart, men kom ihåg att det är svårt att objektivt utvärdera dessa om man har en nära relation.

Intervjua många inledningsvis

Efter annonseringen kommer det som Sven ibland tycker är den svåraste delen av processen – att utvärdera de ansökningar man får.

– De är ofta så förfärligt dåliga, anser han.

– Ofta står det för mycket. Idealet är ett personligt brev på en sida, kompletterat med en meritförteckning på en sida. Det saknas dessutom ofta en sammanfattning av vad den som söker har *lärt sig* av tidigare anställningar – ett reflekterande inslag.

Den som läser ansökan ska helst kunna se lite bakom raderna – bedöma mognaden hos personen som skrivit den, fortsätter Sven.

Man bör *inte* välja ut ett fåtal till första intervju och sedan ha flera timmar långa intervjuer med var och en.

– Kalla hellre många, och genomför korta intervjuer istället. Kom ihåg att den första intervjun inte syftar till att välja ut, utan att välja *bort*.

Djupintervju

Och som vi redan konstaterat, anser Sven att man ska låta den *sökande* prata så mycket som möjligt.

– Gör en kort presentation om vad jobbet innebär, och låt sedan den sökande prata, gärna så fritt som möjligt. Försök att skapa en avspänd atmosfär, är hans råd.

Först därefter är det dags att sälla, och kalla dem som återstår till djupintervju.

– I denna blir frågorna mer omfattande, och ska handla om hur tidigare

arbetsuppgifter har lösts. Exempelvis ”Hur uppkom den situationen?”, ”Hur löste du det?” Ställ också många följdfrågor.

Det man ska försöka koncentrera sig på är *motivationsfrågor* – vad driver personen i allmänhet och i den sökta tjänsten i synnerhet?



– Utan rätt motivation blir även den mest kompetenta kandidaten ett misslyckande. Men *rätt* motivation, ambition och personlighet kan kompensera många andra brister!

Ta referenser i slutet av processen

Först *nu* ska man ta referenser.

– Det bör vara det sista man gör, när det inte är så många kvar. Då ska man också tala om för den sökande att referenser måste tas. Tänk bara på att det är oerhört viktigt att man respekterar kandidatens integritet!

– Det är viktigt att man talar om för kandidaten om man tar referenser som inte kandidaten själv uppgett.

Sven liknar att söka ett jobb med lite som att klä av sig inför en annan person. Han påminner om att när det gäller anställningar i den offentliga sektorn så är den öppen för insyn om till exempel vilka som har sökt en viss anställning.

– Därför är det viktigt med respekt och trygghet för individen. Man vill inte bli allmängods, bara för att man vill byta jobb.

Trivsel viktig faktor

Vi frågar Sven om han har några konkreta råd att ge till en verksamhetschef på en vårdcentral som ska rekrytera en specialist i allmänmedicin.

– Det är viktigt att se till att den arbetsplats jag erbjuder är så attraktiv som möjligt. Det är en av chefens viktigaste roller – att skapa det ryktet. Det handlar mycket om hur chefen är *själv* – vilka signaler man sänder ut, svarar han.

Därför är det också viktigt, enligt Sven, att man arbetar målmedvetet och långsiktigt med att rekrytera människor som själva är positiva, målinriktade och trevliga att arbeta med.

– Då blir det lättare att rekrytera nästa gång!

Han tror att de som arbetar i primärvården i en större stad själva kan rangordna olika arbetsplatser i det här avseendet.

– Alla undersökningar visar att trivselen på arbetsplatsen betyder mer för viljan att stanna kvar än arbetsuppgifterna i sig och till och med *lönen*, tillägger han.

Kända brister enklare att hantera

Att hitta rätt personal är alltså chefens viktigaste uppgift. Så vi låter Sven sammanfatta:

– Blir det fel, suger det enorm energi från alla. Så gör alla rekryteringar till ett prioriterat projekt med tydliga referensramar och beslutspunkter. Var generös med antalet som kallas till intervju i början, träffa så många som möjligt. Var noggrann och kritisk på slutet. Använd annonsering i första hand. Ta referenser som sista steg i urvalsprocessen.

– Ingen är perfekt, men om du från början *vet* vilka brister din nya medarbetare har, är det mycket enklare att hantera dessa, än om du upptäcker det efter ett år.

– Visa respekt för kandidaterna. Tänk på att *alla* ska ha en bra bild av din organisation efteråt – även de som *inte* fick jobbet, avslutar Sven Jellbo.

PER LUNDBLAD

Från reumatologi till allmänmedicin

Varför lämnar man en anställning som biträdande överläkare i reumatologi på det stora fina sjukhuset efter sexton år för att bli husläkare? undrar en del. För att kunna ge ett kortfattat svar på det måste jag dela upp frågan i sina båda delar. Att jag valde att lämna reumatologin berodde på en del tråkiga omständigheter som vi här kan kalla arbetsmiljöskäl. Att jag valde att bli husläkare beror helt enkelt på att jag upptäckte att det var roligt. Det är kortversionen av vad som hände och som kanske behöver utvecklas lite mer.

Efter att ha slutat på Reumatologen behövde jag ett jobb. Under tio år var jag konsult på vårdcentralerna i Täby och Vaxholm, och på en av dessa frågade jag om de behövde en vikarie. Hösten 2007 började jag arbeta där, inte så lite orolig över allt jag inte kunde och snabbt måste lära mig. Veckorna innan jag började läste jag all ledig tid allt jag hittade som jag skulle kunna behöva veta. Och visst fanns och finns det fortfarande luckor i mina kunskaper. Ändå har det gått förvånansvärt bra. Till stor del beror det på förstående och hjälpsamma kollegor, men också på att jag upptäckte att man som reumatolog är "bredare" än man själv tror. Att under alla dessa år ha arbetat med sjukdomar i rörelseorganen är naturligtvis till stor hjälp i den allmänmedicinska vardagen. Dessutom har reumatologiska patienter symtom från ett flertal organsystem, vilket gör att vi arbetar i nära samarbete med andra specialister. Engagemang av hud, njurar, mag-tarmkanal och lungor är vanligt bland dessa patienter. Dessutom är de allra flesta högriskpatienter beträffande hjärt-kärlsjukdom och infektioner.

Några månader in på hösten samma år fick jag frågan om jag ville ha ett ST-block i allmänmedicin och tvekade inte en sekund. Vid det laget hade jag upptäckt att jag trivdes utomordentligt med jobbet. Den stora bredden i arbetsuppgifter och glädjen över att hela tiden lära mig nya saker avgjorde. Dessutom har jag hamnat på en otroligt trevlig arbetsplats där vi har roligt tillsammans och upptäckt hur viktigt detta är.



Låter jag alltför positiv? Finns det inga nackdelar? Jo, naturligtvis kan man hitta även sådana. Till exempel har jag gått från ett lägre arbetstempo med betydligt mer tid för reflektion till ett betydligt högre. På sjukhuset hade jag mycket mer undervisning i form av föreläsningar, seminarier och bedside-undervisning vilket jag ibland nu saknar. Naturligtvis kan jag också sakna känslan av att jobba med ett avgränsat område där jag med alla års erfarenhet kände mig trygg och säker och inte minst "var någon". Trots detta har jag inte ångrat mig vid något enda tillfälle.

Ett större problem finns dock och jag vill passa på att belysa detta. När man hoppar av en fast tjänst i mogen ålder för att ta ett ST-block är det mycket viktigt att få veta vad som krävs och vilken tidsram som gäller. För egen del gjorde jag upp en

plan tillsammans med dåvarande studierektorn innehållande det vi trodde borde ingå. Eftersom ingen av oss egentligen visste bestämde vi att jag skulle kontakta Socialstyrelsen för att få närmare direktiv. Men – och detta är verkligen sant – under det dryga år som förflutit sedan dess har jag ringt den person som är ansvarig för frågor kring läkares specialistutbildning över hundra gånger och aldrig lyckats nå henne. Jag har lämnat meddelanden på telefonsvararen och bett henne ringa upp utan effekt. I november 2008 skrev jag till slut ett brev med mina frågor och påpekade att det här var viktigt för mig. Tyvärr gav inte heller detta något resultat. Alltså vet jag fortfarande inte om de randningar vi planerat och tiden på vårdcentralen kommer att räcka. Det går inte att bortse från att det också finns en ekonomisk aspekt på detta i form av lägre lön under ST-tiden.

Det fanns under en period ett projekt där man försökte värva sjukhusspecialister till primärvården. Vad jag minns fanns där klara riktlinjer för vad som borde ingå i utbildningen och hur lång tid det skulle ta. Den lön man hade tidigare fick man behålla. Precis detta efterlyser jag, men projektet lades ned enligt uppgift på grund av bristande intresse. Synd. Det finns trots allt ett flertal kollegor i sjukhusvärlden som sneglar åt ett byte till allmänmedicin, men med ovanstående oklarheter kommer de inte att ta steget.

Direkt efter AT valde jag allmänmedicin och arbetade då fjorton månader på vårdcentral. Olika omständigheter gjorde sedan att jag hamnade i en annan specialitet. Nu tjugo år senare känns det som om jag kommit "hem" igen.

CHARLOTTE HAMMARBERG

Styrelsens väg till arahant*

Då all förändring börjar med att reda ut var man är, för att sedan försöka hitta vart man vill, frågade jag DLFs styrelse om hur det kom sig att de blev allmänmedicinare. Frågorna var enkla och konklusionen kan ni alla fundera på.

- a) Vilka specialiteter tänkte du arbeta inom som student/AT?
- b) Vilka specialiteter har du jobbat inom utöver allmänmedicin?
- c) Varför valde du allmänmedicin?



Maria Dalemar

- a) Invärtesmedicin, allmänmedicin
- b) Geriatrik
- c) Förebilder inom allmänmedicin



Ove Andersson

- a) Barnmedicin
- b) Geriatrik
- c) Intressanta arbetsuppgifter



Christer Olofsson

- a) Barnmedicin
- b) Barn-, lung-, samhällsmedicin
- c) Individuell frihet



Anders Nilsson

- a) Allmänmedicin
- b) Onkologi
- c) Självständighet



Britt Bergström

- a) Allmänmedicin
- b) Invärtesmedicin
- c) Arbetsmarknadsmässiga



Rune Kaalhus

- a) Allmänmedicin
- b) Patologi
- c) Självständighet



Ann-Christine Sjöblom

- a) Infektion, barnmedicin
- b) Infektion, medicin
- c) Privata sociala skäl



Ulf Wahllöf

- a) ÖNH, psykiatri, allmänmedicin
- b) Psykiatri
- c) Bredden av frågeställningar

Svaren får ses som ögonblicksbilder från några som valde specialitet för upp till 20 år sen, men visar ändå hur få av oss som tydligt har haft som enda mål att jobba inom allmänmedicin. Ibland är det någon/några kolleger som genom sitt sätt att vara/jobba blir förebilder, ibland är ens liv sådant att det blir mest praktiskt med en öppenvårdsspecialitet, ibland är det ett vik man fastnar i, ibland är det en arbetsform som attraherar. Därigenom kommer nästa problem – att veta hur vi ska hitta de framtida

allmänläkarna. Vi måste vara förebilder så att yngre kolleger känner ett önskemål om att bli som oss. Vi måste ge utrymme för olika arbetssätt, arbetsuppgifter och arbetstider, vilket ger möjligheterna att hitta ett bra sätt att jobba. Vi måste vara frikostiga med att försöka fånga in de kolleger som känner sig frestade av ett vik och så vidare.

Även om dagens underläkare uttrycker önskemål om att bli gastroenterologer eller handkirurger betyder inte det att de är för-

lorade för allmänmedicinens charm. Nästan alla har vi varit på väg någon annanstans innan vi drogs in i generalistens stora vagn.

RUNE KAALHUS

* The four stages of enlightenment in Buddhism are the four degrees of approach to full enlightenment as an Arahant which a person can attain in this life. The fourth stage is that of Arahant, a fully enlightened human being who has abandoned all fetters, and who upon decease (Sanskrit: Parinirvana, Pāli: Parinibbāna) will not be reborn in any world, having wholly abandoned samsara.

Våra nya ersättningsystem

De av oss som hittills inte hört talas om ACG (Adjusted Clinical Groups) och CNI (Care Need Index) kan bli smärtsamt medvetna om dessa akronymer inom kort. Per 1 januari, 2009 har landsting och regioner som omfattar 5,5 miljoner svenskar licensierat ACG.

För att ta reda på mer om detta system för allokering av resurser inom primärvården, var jag med på ett möte i Stockholm 14 januari med ett drygt fyrtiotal illustra individer. Det var vårdvalsdirektörer, hälso- och sjukvårdsstrateger, lednings- och stabsfunktioner samt några enstaka distriktsläkare, varav fyra från DLFs IT-nätverk. En av oss hade även en programpunkt, den mest debatterade och i mitt omdöme bästa. Självt var jag mest frågvis och något klokare blev man ju.

Åtta sjukvårdshuvudmän har köpt in systemet inkl. de tre regionerna. Alla verkar måna om att införa detta snarast i större eller mindre omfattning, mycket till följd av de politiska vågor som Stockholm rört upp och som övriga landsting vill undvika. ACG har funnits i Sverige ett antal år. Det hämtades ursprungligen till Stockholm men har övervintrat under lång tid i Blekinge. Så länge det rörde sig om en akademisk diskussion huruvida man kan mäta vårdtyngd och i så fall hur tillförlitliga systemen är, var intresset lågt, men nu kopplar man pengar till siffrorna och intresset har ökat betydligt. Nu har det blivit maximal islossning och expansionen i Sverige har gått mycket snabbt under senare tid, sedan systemet hämtats från Johns Hopkins University, där det skapades för drygt tjugo år sen. Enligt information på mötet har man valt lösningar för fördelning av medel i vissa områden som kommer att allo-

keras om många miljoner mellan olika vårdcentraler.

Det är en rimlig gissning att de flesta av oss kommer att påverkas inom kort, och med sådana pengavolymbyten så är det önskvärt att vi alla får en bättre förståelse av vad dessa system bygger på.

För dem av er som inte känner till ACG eller CNI så är det två olika system som försöker beräkna framtida resurskonsumtion inom primärvården utifrån diverse parametrar.

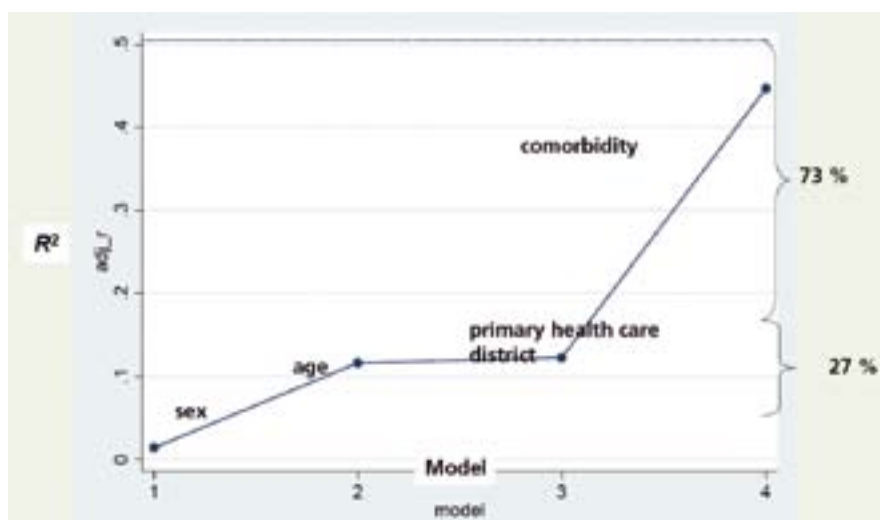
ACG skapades av bl.a. Barbara Starfield för att förutse vilket vårdbehov en enskild individ skulle kunna förväntas ha närmsta året. Incitamentet var att finansierare ville ha ett instrument för riskanalys för att bättre kunna bedöma försäkringsbehov. Man fann att diagnoser, och i synnerhet kombinationer av dessa, var bättre markörer för detta än enbart enskilda diagnoser eller tidigare vårdkonsumtion. Ålder och kön kan förklara ca 6–7% av sjukvårdskonsumtionsvariabiliteten (det vill säga varför vissa behöver vård och andra inte), medan senaste versionen av ACG förklarar ca 30%.

De flesta som var närvarande var eniga om att en period på 15 månader bakåt i tiden var mest lämpad utifrån svensk sjukvårdskultur för att få det mest korrekta utsnittet av de listades diagnoser. Det pågår en mycket livlig debatt om vilka diagnoser som ska vara med. Många ser det som en vårdtyngdsmätning, där patientens alla diagnoser, oberoende av vem som satt dem, ska vara med. Andra tycker att det ska vara öppenvårdsdiagnoser, mycket baserat på diskussioner om täckningsgrad. Andra återigen vill att det enbart ska vara diagnoser man sätter i primärvården, för att redovisa vad den enskilda mottagningen har för diagnospanorama, utifrån att glesbygdsenheter oftare sköter mer

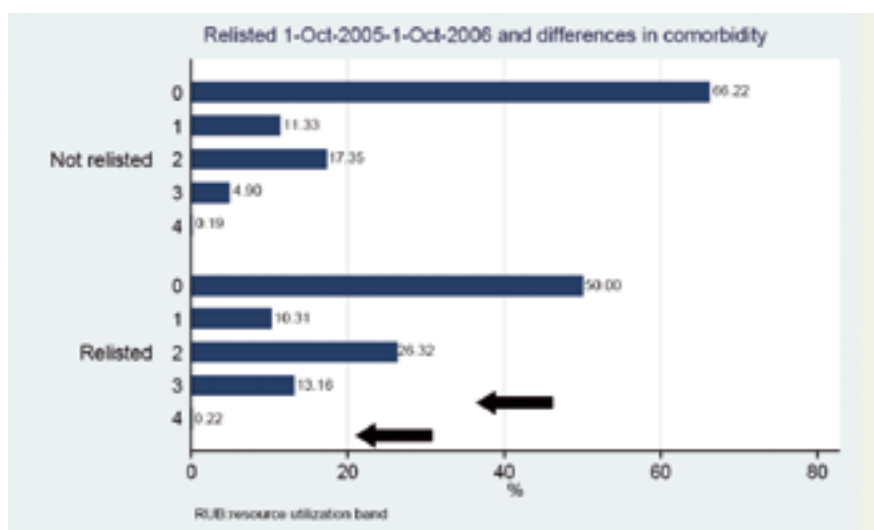
av vårdkrävande patienters behov. De flesta skiljer inte på vilka professioner som sätter diagnoserna. Västra Götaland informerade om att de inte kommer ta med de flesta Z-diagnoserna, då variabiliteten mellan enheterna är för stor.

Vi fick även tillfälle att lyssna till K. Kinder från JHU School of Public Health samt S. Sutch från England. De förde fram ett behov av att samköra diagnoser med ordinerade läkemedel då alla system lider av en underrapportering av diagnoser, och man kan fånga många tillstånd hos en individ utifrån vilka läkemedel denne har fått. ACG grupperar all diagnosinformation i 32 olika ADG (Adjusted Diagnostic Groups) baserat på allvarlighetsgrad, varaktighet, diagnos säkerhet, etiologi och behov av sekundärvård. Sedan sammanställer man antalet ADG över en definierad tidsperiod, vilken i Sverige troligen blir 15 månader, samt lägger in ålder och kön. Man får då fram vilken av 93 unika ACG individen ska tillhöra under nästa ersättningsperiod. Att man endast har 32 ADG gör systemet rätt robust och i endast liten grad manipulerbart.

Oavsett vilka eller hur många diagnoser man sätter på en förkylning kommer händelsen att hamna i samma ADG. När man sedan sammanställer en ACG för individen kan de som har sju småkrämpor på ett år samlas, medan de som samtidigt har en astma hamnar i en annan ACG. Har man även t.ex. hjärtsvikt blir plötsligt förkylningar värdefulla ur ersättningssynpunkt. Detta är rimligt rent medicinskt, då vi alla lätt förstår att individens ålder och kön samt förkylningsepisoder inte i sig säger så mycket om vårdbehovet, utan det gör då tilläggsinformationen om astma, hjärtsvikt och så vidare. Varje ACG har en egen relativa vikt, som man i Östergötland försöker konvertera till svensk verklighet. Man



Bilden visar hur man ur olika parametrar kan förutsäga framtida vårdkonsumtion och är tagen från dr K. Kinder, Johns Hopkins University. För närmare presentation se första webblänken längst ner på nästa sida. Det är tydligt hur lite man på stora volymer kan vinna med socioekonomiska faktorer, vilket även verkar konkludera med de akademiska arbeten som gjorts. Det är möjligt att man på mindre enheter ser större utslag, men skillnaden mellan Gagnef och Vaxholm är mindre än man tror. Skälet är troligen att det är ett fåtal sjuka som är de extremt kostnadskrävande, och då fångas detta lättare av diagnoser.



Denna bild från samma presentation tycker jag är ett starkt positivt skäl för varför ACG kan ha en plats i vårt nya vårdvals-Sverige. Den visar hur omlistade patienter ligger grupperade i högre kostnadsgrupper. Min egen enhet har fått ett antal omlistningar till oss att hantera, vilket kan verka positivt. Våra politiker, som tror att vi ska jubla över alla nya kunder när de ersätter oss enligt ålder enbart, kanske ska kolla in denna graf som visar att det är de som listar om sig som är vårdtyngre. Kanske en sanning för oss som lever i ett vårdvalssystem, men jag träffar ständigt sjukvårdspolitiker och andra lekmän som tror att det är gynnsamt för en enhet att få nya patienter att tjäna pengar på. Jag har hittills inte fått fram samma siffror på vår enhet, men det krävs tydligen bara lite mer volym för att se flödena.

kan så addera dessa inom enheten och se hur stor andel av sjukvårdshuvudmannens totala vårdtyngd enheten utgör. Och få ekonomiska medel därefter.

Alla är eniga om att idén är rimligt rättvis, och att ACG verkar vara kapabelt att fånga en korrekt bild av den verklighet som diagnoser kan ge. Manipulation verkar inte vara speciellt trolig. Problemet utgörs i huvudsak av att olika enheter diagnosätter olika, mest till frekvens men även innehåll, samt att diagnosstrukturen inom en vårdenhet medför en annan resursåtgång än inom en vårdenhet i ett annat område. Sjukdomar kanske hanteras olika i Gagnef än i Stockholm. Sedan är det fortfarande så att 70% av variabiliteten inte fångas upp av ACG.

CNI används parallellt av många landsting för att säkerställa att enheter får ersättning för områden med sämre socioekonomisk nivå. Man kan självklart ha åsikter om att man både ska få betalt för områden som har högre risk för sjukdom, samt för det faktiska antalet sjuka. Det blir lite som att ha en byrå med strumpor i olika lådor där man vet att det är 3% sannolikhet för att få en grön strumpa i en låda och 7% i en annan. Om man då får högre ersättning för att ha ansvaret för en sju procentig låda samt i tillägg få betalt för varje grön strumpa man faktisk drar från lådan, så är det klar risk för tårta på tårta. Nu argumenteras för att utifrån sociodemografiska variabler, såsom andelen ensamstående föräldrar, mobilitet, utbildningsnivå, ensamhushåll hos äldre, utlandsfödda, andel barn under 5 år, andelen trångbodda samt arbetslöshet, primärvården ska få betalt för att genom förebyggande insatser reducera ohälsan i dessa grupper.

När man hör om landsting som tänker låta 20% av den viktade ersättningen baseras på CNI, så blir man lite bekymrad över vilka insatser våra politiker och tjänstemän tror att vi är kapabla

att utföra inom den förebyggande verksamheten. Utöver det är det ett bekymmer att man använder geografiska områdens medelvärden för att skatta kostnaden för enskilda individer, samt att man i vissa modeller blandar snittvärden med individuella värden typ förra årets deklarerade inkomst. Visst kan vi möjligen påverka hälsotillståndet och sökmönstret hos befolkningen, men mycket av detta är socialmedicin som ligger vida utanför vad en vårdcentral kan klara att påverka.

Även i akademiska kretsar diskuteras hur man kan hantera den överrisk som högriskbefolkningen har. Vissa har fört fram att detta ökade behov inte har klarats av med ersättningsmodeller baserade på ålder/kön och att man därför får en underrepresentation av diagnoser i områden med reellt högre sjukvårdsbehov.

Andra åter anger att folks förväntningar är en minst lika problematisk parameter. Det tar längre tid att besluta att inte behandla och förklara detta för någon som förväntar sig behandling, men inte behöver det än att besluta och behandla någon som behöver det. Denna del av vår verklighet är ytterst svårt att visa. SFAM har haft tanken att andelen besök för kroniska besvär ska vara 1,2 ggr fler än för akuta åkommor, vilket möjligen är önskvärt men svårt att uppnå om man har hög tillgänglighet som politiskt mål. Detta är ytterst tydligt i Stockholm där man nu har drygt dubbelt så många läkarbesök per invånare som i övriga Sverige.

Det är ett fåtal inom vår profession som anser att dagens Stockholmsmodell är den optimala, men verkligheten kvarstår med de förväntningar som 1,9 miljoner invånare nu har till en sjukvård som ska ersättas med andra metoder. Facit är väl fortfarande att vi får vara tröga med att ändra vårt beteende efter vad som är ekonomiskt gynnsamt/nödvändigt, ty under nästa period kommer det ett nytt ersättningsystem som gör att allt blir annorlunda. Och inte att förglömma, nu kommer propåer om att läkemedelkostnaden ska decentraliseras. Medan regeringen får glåpord av SKL för den låga uppräknings av läkemedelskostnaderna, så vill SKL att vi ska ta över kostnaden, samtidigt som de ska besluta om överföringens storlek till oss. Hittills har spåren förskräckt när det gäller deras förmåga att hitta ekonomiskt viabla modeller, där ACG och CNI är de senaste förslagen på ersättningsmodeller.

Om man på femtio år inte har hittat den optimala ersättningsmodellen för vår ordinarie verksamhet, hur lång tid ska landstingen få leka med de medel som behövs för läkemedelskostnaden?

För dem som har intresse av mer information så kan man finna denna på:

http://www.ensolution.se/news.aspx?r_id=6030

<http://www.sos.se/fulltext/123/2004-123-19/2004-123-19.pdf>

Se speciellt kapitel 5 och 6.

RUNE KAALHUS

Håkan Wittgren – ny VD för Läkarförbundet

Läkarförbundet har fått en ny VD. Den här gången är det en allmänmedicinare som har erfarenhet från att arbeta både i den kommunala och i den privata sektorn.

Vid årsskiftet tillträdde Håkan Wittgren posten som ny VD för Läkarförbundet.

Dubbelspecialist

Det har hunnit gå hela 22 år sedan Håkan var klar med sina medicinstudier, vilket faktiskt är ganska svårt att tro när man träffar honom.

Han berättar att han efter avslutad AT på Södersjukhuset kom till Danderyds sjukhus och började på geriatriska avdelningen där.

– Efter en tid kom ST-reformen, och man började också formulera och diskutera Husläkartanken, minns han.

– Jag tilltalades av den, och därför gick jag över till ST i allmänmedicin. Eftersom jag redan hade gjort en del av geriatriken och internmedicin, kombinerade jag båda.

Alltså kan Håkan idag titulera sig dubbelspecialist – i geriatrik samt i allmänmedicin. Han var klar våren 1995.

– Men det var dock länge sedan jag arbetade som geriatriker, påpekar han.

Goda erfarenheter av kommunalt huvudmannaskap

Så småningom, berättar Håkan, blev han rekryterad till uppdraget som primärvårdschef till Sigtuna.

– Det uppdraget var på halvtid, så jag kombinerade det med att arbeta kliniskt på vårdcentralen i Märsta den andra halvan.

Idag minns han perioden som en intressant tid.

– Vi var ett av de områden där man testade ett kommunalt huvudmannas-



Läkarförbundets nye VD Håkan Wittgren har bl.a. en bakgrund som allmänmedicinare.

skap. Det var ett försök som genomfördes i totalt fem kommuner, förklarar Håkan.

Han är inte negativ till de erfarenheter det kommunala huvudmannaskapet medförde.

– Jag tyckte att professionen fick stor frihet – det var vi som var experterna. Vi fick testa olika lösningar, och vi hade bra bemanning. Det var populärt att jobba där då.

Håkan tillägger att han i detta försök upplevde att man kom närmare varandra i huvudmannagrupperna, att det blev tydligare vad som var kommunal sjukvård och vad som var landstingssjukvård.

Tidig facklig erfarenhet

Vid millennieskiftet började Håkan centralt på Praktikertjänst, och där har han arbetat fram till nu när han tar över VD-stolen på Läkarförbundet.

– Praktikertjänsts uppgift är att stötta småskaligt företagande att starta verksamhet i privat regi. Mitt huvudupp-

drag där var att ansvara för affärsområdet hälso- och sjukvård. Men jag har även arbetat extra inom organisationen som jourläkare.

Tidigare under sin karriär var Håkan också aktiv inom Läkarförbundet.

– Mitt engagemang började redan när jag var underläkare. Först satt jag i SYLFs styrelse, och jag var även med i Stockholms läkarförening. Under åren 1994–96 satt jag sedan i Läkarförbundets Centralstyrelse (CS).

Men de fackliga uppdragen avvecklade Håkan senare, när han istället blev chef.

Läkarna bör leda

Vi frågar vilka de viktigaste frågorna för VD att ta tag i just nu är.

– Att läkarna med kraft tar tillbaka initiativet och inflytandet i sjukvården, svarar han utan att tveka.

– Den medicinska professionen måste vara stark – och det är läkarna som naturligtvis borde se till att utöva ett naturligt



” Jag hoppas att vi – tillsammans med DLF och andra aktörer – kan vara med att skapa de förutsättningar som behövs och som gör att det blir attraktivt för läkare att arbeta inom primärvården!

ledarskap. Ändå är det så inom allmänmedicinen att det är mer än 50% av verksamhetscheferna som kommer från en annan profession!

Vad beror då detta på?

– Antagligen är en viktig del av förklaringen att primärvården har haft så ryckiga förutsättningar, tror han.

– Till slut blir man sliten, och då upplever man att det är svårt att utträta det man *vill* med sitt ledarskap.

Danmark intressant exempel

Så för att göra något åt situationen måste vi först och främst börja *tala* om den, anser Håkan.

– Vi måste skapa energi i frågan – framför allt för de unga som kommer nu.

– Men vi måste också jobba för att skapa förutsättningar för läkarna att ta initiativet. Jag tror att vårdvalen som kommer nu kommer att hjälpa till med det.

Han anser att man kan titta på situationen i Danmark.

– Professionen är nöjd, patienterna är nöjda och till och med finansierarna är nöjda, konstaterar han.

Håkan berättar att han minns när Fammi någon gång under 2003 presenterade sin undersökning där man visade att över hälften av Sveriges befolkning inte visste namnet på sin läkare – och ofta inte heller visste vart de vid behov skulle vända sig.

– Jag gjorde då en betraktelse – och den var att alla visste vem deras *tand-*

läkare är. Detta trots att det inte finns någon lagstiftning, och ingen som helst beställaradministration. Det fungerade helt enkelt ändå!

Vill göra primärvården till en attraktiv arbetsplats

Därför tror Håkan mycket på en frihet för olika driftsformer.

– Det handlar om tillit – en större autonomi. Systemet ska sätta ramarna – det ska inte lägga sig i!

Han tillägger att det är hans egna, privata åsikt att patienten dessutom helst ska vara listad hos en läkare – inte på en vårdenhet.

– Det måste också till långvariga, stabila förutsättningar. Man måste sträva efter politisk stabilitet. Vi måste få arbeta under givna förutsättningar under *lång* tid.

Håkan hoppas att man kan få till stånd en större entreprenörsanda, och han påpekar att Läkarförbundet har börjat med ”starta eget-kurser”.

– Om man är sin egen, skänker det en större professionell frihet på många sätt, anser han.

– Jag hoppas att vi – tillsammans med DLF och andra aktörer – kan vara med att skapa de förutsättningar som behövs och som gör att det blir attraktivt för läkare att arbeta inom primärvården!

Alla behövs

Men det finns fler viktiga uppgifter framöver.

– Det kommer att bli tufft inne på sjukhusen – trängseln där blir allt mer påtaglig. Det beror på en ökande andel äldre i befolkningen, och för få sängplatser. Läkarförbundet kan inte lösa den frågan ensamt, men det är viktigt för oss att vara med och påverka i debatten – både lokalt och centralt.

Vi frågar hur han ser på det konkurrensförhållande som ibland kommer till uttryck mellan sjukhusvård och primärvård.

– Det hänger ihop med att befolkningen inte vet vart de ska vända sig. Genom att säkra ett stabilt system – som befolkningen också förstår – så behövs *alla*, på *rätt* sätt vid *rätt* tillfälle. Sjukhusen vill inte ha ett okontrollerat inflöde – de vill ha de patienter de *ska* behandla, svarar Håkan.

Han återkommer till vikten av att man ser till att det blir bättre arbetsvillkor i primärvården, så att läkare gärna arbetar där.

– Då kommer också ett naturligt samarbete mellan sjukhus och primärvård att fungera bra.

– Vi är bara i början av en stor process som kommer att förändra den svenska sjukvården. Personligen tror jag t.ex. inte att 21 olika huvudmän för densamma tillhör framtiden, avslutar Håkan Wittgren.

PER LUNDBLAD

Distriktsläkare till Mönsterås Hälsocentral

Vår hälsocentral i Mönsterås har ca 8 200 personer listade på läkarmottagningen. Läkarbemanningen är 5,25 ordinarie distriktsläkartjänster, 2 ST-tjänster och 1 AT-tjänst. Hälsocentralen har stadigt varit välbemannad under många år.

Så arbetar vi

Vi arbetar efter en familjeläkarmodell och fokuserar upplägget av läkarmottagningen utifrån uppdraget som patientsvarig läkare. I distriktsläkaruppdraget ingår tjänstgöring i en gemensam distriktsläkarjourlinje för mellersta delen i Kalmar län. Ett led i den individuella kompetensutvecklingsplanen för distriktsläkaren är att det finns möjlighet till egen kompetensutveckling kontinuerligt. Mönsterås fick status som hälsocentral bland de första som startade upp under år 2007. Vi har ett positivt utvecklingsklimat och arbetar med systematiskt kvalitetsssäkring av verksamheten genom utvecklingsuppdrag.

Med Dig hos oss är vi fullbemannade!

Vi söker Dig som läkare med specialitet inom allmänmedicin och har en önskan om att aktivt vara med och vidareutveckla allmänmedicinen hos oss på en tillsvidare anställning. Tillträde snarast efter överenskommelse. Du ska se Dig som en del i arbetslaget och ha en ambition att bidra till en god arbetsmiljö med ett positivt lösningsfokuserat förhållningssätt. När Du kommer till vår verksamhet är vi fullbemannade på alla läkartjänster!



Mönsterås är nära

Mönsterås är en kustkommun som gränsar mot Oskarshamn, Högsby, Kalmar och Öland. I Mönsterås kommun finns det två hälsocentraler, Mönsterås och Blomstermåla.

Är du intresserad av att arbeta vid Mönsterås Hälsocentral – kontakta oss!

Upplysningar:

Verksamhetschef Maria A Hilberth, 0499-489 39, 070-644 92 28
e-post mariahb@ltkalmar.se

Medicinskt ansvarig läkare Maria Sörensen, 0499-489 33
e-post mariaso@ltkalmar.se

Facklig företrädare Läkarförbundet distriktsläkare
Conny Pettersson, 0499-489 32 e-post connyp@ltkalmar.se

Ansökan märkes med **Ref nr PV 09-009** och skickas till:

Maude Löfström
Primärvårdsförvaltningen
Box 601
391 26 Kalmar

Ansökan senast 09-03-20

www.ltkalmar.se/ledigajobb • www.ltkalmar.se/lm_monsteras/



Wikipedia – uppslagsverk som redigeras av användarna själva

The screenshot shows the Wikipedia article for 'Influensa'. The article text describes influenza as an infectious disease caused by influenza viruses, a group of viruses in the family Orthomyxoviridae. It notes that influenza is a disease that can be classified as a zoonosis, meaning it can spread between animals and humans. The article lists three types of influenza viruses: Type A, which can spread across continents and cause epidemics; Type B, which is more localized; and Type C, which causes mild illness. A table of contents is visible, listing sections like 'Influensa hos människan' and 'Influensavirus hos djur'. On the right side, there is a sidebar with a list of related terms and subtypes, including 'influenza', 'höstinfluensa', 'svininfluensa', and 'ägginfluensa', as well as specific virus subtypes like H1N1, H1N2, H3N2, and H5N1.

Kan vi lita på det vi läser på Internet?

Svaret är naturligtvis att det kan vi inte – lika lite som vi obetingat kan lita på annan information som når oss via andra medier.

Uppslagsverket Wikipedia har haft en närmast explosionsartad utveckling. Det är en bra resurs på många sätt, men man ska vara medveten om att det inte finns någon central kvalitetsgranskning och kontroll av det som publiceras där. Den står användarna för istället.

Helt andra förutsättningar

När man söker efter något på Google eller någon annan sökmotor, får man ofta en träff som leder till det Internetbaserade uppslagsverket Wikipedia. Här har vi sökt på ordet *influensa* i Google och vi ser här en av de träffar vi får. Den är rankad nummer fyra när vi gör sökningen:

[Influensa - Wikipedia](#)
 Influensa, infektionssjukdom orsakad av influensavirus, en grupp virus i familjen ortomyxovirus. Influensa är en sjukdom som skall betecknas som en zoonos, ...
 en.wikipedia.org/wiki/Influensa · 30 · Cacciat · Lästarens sidor

När vi klickar på denna länk, kommer vi till följande sida (se den stora bilden överst).

Wikipedia har fått ett fenomenalt genomslag på Internet, och därför blir det allt vanligare att vi hamnar i detta uppslagsverk när vi söker efter information på nätet. Antalet artiklar i Wikipedia ökar dessutom hela tiden.

Men vad är Wikipedia, och vad är det som skiljer detta uppslagsverk från andra som också finns på Internet?

Det är ganska viktigt att man har klart för sig de förutsättningar som råder på Wikipedia, och det är dessa vi ska titta närmare på i denna artikel. Det skiljer nämligen sig en hel del mellan Wikipedia och t.ex. Nationalencyklopedin och Encyclopedia Britannica.

Uppdateras ständigt

Till att börja med så är det helt gratis att använda sig av Wikipedia. Den svenska Nationalencyklopedin har en Internetupplaga (med över 460 000 artiklar) som det kostar 549 kronor per år att prenumera på. Britannica kostar ca: 70 dollar om året.

Naturligtvis är det betydligt billigare att skaffa sig ett Internet-konto till dessa, jämfört med att köpa dem inbundna i bokform. Det finns en annan fördel också: På nätet är det ju enkelt att snabbt uppdatera informationen i en viss artikel. ↻

Wikipedia kallar sig för ”Den fria encyklopedin”, men det är inte först och främst kostnadsfriheten man syftar på då. Istället är det – och det är detta man ska vara medveten om – det faktum att *vem som helst*, när som helst, kan uppdatera och ändra i den information man hittar här!

Hela idén med Wikipedia är att alla kan komma åt och redigera den information som finns. Uppslagsverket uppdateras därför ständigt.

Detta system har både för- och nackdelar. Det har också inneburit att Wikipedia har blivit omdebatterat och bl.a. kallats ”världens största klotterplank”.

Ändå är det så att det finns många fördelar med uppslagsverket – en källkritisk granskning är som alltid självklar, men det gäller inte bara på Wikipedia. Just detta uppslagsverk tillhandahåller dock ovanligt bra möjligheter att utföra just en sådan.

300 000 artiklar

Wikipedia grundades under början av 2001 av två personer – internetoperatören Jimmy Wales och filosofen Larry Sanger. Ordet *wiki* (som ursprungligen är hawaiianska och betyder snabb) står för en webbplats som är öppen för alla användare att redigera innehållet på.

Från början var språket engelska – och den engelskspråkiga versionen är fortfarande den mest omfattande. Den innehåller över två och en halv miljon artiklar (september 2008).

Innan utgången av 2001 fanns Wikipedia på 18 olika språk. Idag finns mer än 200 olika språkversioner av uppslagsverket. Det är viktigt att komma ihåg att varje språkversion utgör en *egen* version av Wikipedia.

Redan startåret 2001 kom den första svenskspråkiga versionen, men utvecklingen tog inte fart på allvar förrän under slutet av 2002. När denna text skrives innehåller svenska Wikipedia drygt 300 000 artiklar.

Principen är enkel: Någon skriver en faktatext om ett ämne, och publicerar sedan resultatet på webbplatsen. När någon annan sedan läser denna text, kan denne enkelt (det krävs bara några musklick) gå in och redigera den text som är publicerad. Detta gör naturligtvis även webbplatsen öppen för mindre nogräknade användare, som kan lägga till felaktiga fakta eller sådant som är att betrakta som rent klotter.

Två olika typer av sökningar

Men det har visat sig att om någon gör just det, så kommer *andra* användare – som är serösa och har ordentlig kunskap i ämnet – att snabbt ingripa för att återställa ordningen. I Wikipedia finns hela tiden en historik – man kan enkelt läsa hur sidan såg ut i tidigare versioner och man kan med ett enkelt musklick även *återställa* den tidigare versionen.

Det fantastiska är att det på det stora hela har visat sig fungera.

Vi ska visa hur det går till, och vi tar texten om influensa i den svenskspråkiga versionen som utgångspunkt. Vi går till adressen www.wikipedia.se (som kommer att ändras i adressfältet till se.wikipedia.org/Portal:Huvudsida) och skriver sedan in ordet *influensa* i sökrutan.

Det finns två sätt vi kan hantera den sökning vi vill göra. Om vi klickar på knappen *Sök* direkt under sökrutan, kommer vår sökning att omfatta alla artiklar i Wikipedia som innehåller ordet *influensa* – alltså på samma sätt som om vi utför en sökning på ordet i en sökmotor. I det här fallet ger det 1595 träffar.

Om vi däremot vill använda Wikipedia på samma sätt som vi använder ett uppslagsverk – alltså slå upp ordet *influensa* som ett uppslagsord, för att läsa den artikel som finns om *influensa* – klickar vi istället på *Gå till* direkt under sökrutan.

För att förklara skillnaden mellan dessa två sökningar kan vi illustrera med en annan artikel i Wikipedia: Slår man upp artikeln om *Spanska sjukan*, så förekommer ordet *influensa* även i den texten – men ämnet är alltså *Spanska sjukan*. En sådan träff genereras om man klickar på *Sök*. Däremot kommer vi direkt till *artikeln* om just *influensa* om vi klickar på *Gå till*.

Sidornas egna historik

Längst upp på den sida vi kommer till när vi kommer till artikeln, finns det fyra flikar – *artikel*, *diskussion*, *redigera* och *historik*. Detta gäller för alla artiklar vi hittar på Wikipedia. När vi kommer till sidan är det fliken *artikel* som är aktiverad.

Vi klickar på fliken *historik*. Här ser vi ett utsnitt av övre delen av sidan (se bild 4).

Var gång någon ändrar i uppslagstexten om *influensa*, skapas en logg på den här sidan. I normalinställningen ser vi de 50 senaste loggfilerna. Längst ned kan vi klicka oss bakåt – 50 i taget – och på så sätt komma fram till den första loggfilen. På detta sätt kan vi konstatera att den första texten skapades 18 november, 2003 kl. 15:42.

Sedan den gången har alltså ett stort antal redigeringar av texten ägt rum. Genom att räkna loggfilerna kommer vi fram till att ganska exakt 100 sådana redigeringar är gjorda.



Bild 4

Versionshistorik för "Influensa"

Visa loggar för denna sida

Bläddra i historiken

Från år (och tidigare): Från månad (och tidigare): alla

(Senaste | Första) Visa (50 nyare) (50 äldre) (20 | 50 | 100 | 250 | 500)

Val av öff. markera i klickrutorna för att jämföra versioner och tryck enter eller knappen längst ner.

Förläring: (nuvarande) = skillnad mot nuvarande version, (föregående) = skillnad mot föregående version, m = mindre ändring.

- (nuvarande) (föregående) 6 januari 2009 kl. 14:49 JAnCb0t (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Ändrar: fa: [اشران] (gör ogjord))
- (nuvarande) (föregående) 26 december 2008 kl. 23:15 VolkivBot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Lägger till: hi: [সংগ্ৰহ] (gör ogjord))
- (nuvarande) (föregående) 9 december 2008 kl. 21:43 ArthurBot (Diskussion | Bidrag) m (7 692 byte) (robot Lägger till: sco: [Hainle, tp: [purn]] (gör ogjord))

Vi tittar på de två senaste loggfilerna. (När denna text skrevs 20090126).

- (nuvarande) (föregående) 6 januari 2009 kl. 14:49 JAnCb0t (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Ändrar: fa: [اشران] (gör ogjord))
- (nuvarande) (föregående) 26 december 2008 kl. 23:15 VolkivBot (Diskussion | Bidrag) m (7 730 byte) (robot Lägger till: hi: [সংগ্ৰহ] (gör ogjord))

Längst till vänster finns orden (**nuvarande**) och (**föregående**). Från och med den andra loggfilen är bägge klickbara. På så sätt kan vi snabbt se vad det är som ändrats mellan de olika versionerna.

- (nuvarande) (föregående) 27 oktober 2007 kl. 10:00
- (nuvarande) (föregående) 7 maj 2007 kl. 21:57

För att illustrera hur det kan se ut, klickar vi på två äldre loggfiler – 27 oktober, 2007 och den dessförinnan, 7 maj, 2007 och markerar dessa. Därefter klickar vi på knappen *Jämför angivna versioner*.

Den sida vi då kommer till har två spalter, där de textavsnitt som ändrats är markerade med olika färger – gult för den äldre versionen och grönt för den nyare. Själva ändringarna är markerade med röd text. Vi ser här ett utsnitt av sidan:

<p>Rad 18:</p> <p>***Influensa hos människor***</p> <p>Influensan ger, efter [inkubations]en på ett par dagar, smitt kraftiga symptom. Innan ett par timmar kan man gå från fullt till till [feberfasa]. Hög feber är vanligt, liksom muskelvärk och huvudvärk.</p> <p>– Hota förekommer i de flesta fall som ett typiskt symptom. Influensa kan även ge nyheter och rinnande</p>	<p>Rad 18:</p> <p>***Influensa hos människor***</p> <p>Influensan ger, efter [inkubations]en på ett par dagar, smitt kraftiga symptom. Innan ett par timmar kan man gå från fullt till till [feberfasa]. Hög feber är vanlig, liksom muskelvärk och huvudvärk.</p> <p>• Hota förekommer i de flesta fall som ett typiskt symptom. Influensa kan även ge nyheter och rinnande</p>
---	--

Vi kan då konstatera att alla ändringar som skett den här gången är av grammatisk karaktär. I meningen ”Hög feber är *vanligt*” har ordet *vanligt* ändrats till *vanlig*. De andra ändringar som gjorts är att ordet *viktigt* på samma sätt ändrats till *viktig*, och i avsnittet om influensavaccin står meningen ”I mitten av februari varje år *tas* ett beslut inom WHO...” där man ändrat ordet *tas* till *fattas* – ”...varje år *fattas* ett beslut...”.

Användarnamn eller IP-nummer

Vem är det då som utfört dessa ändringar? Om vi tittar på loggfilerna kan vi se ibland en signatur. Om en sådan inte finns, står där ett IP-nummer istället.

Ett IP-nummer är den adress en dator som är uppkopplad mot Internet per automatik erhåller, och då vet vi naturligtvis inte något ytterligare om den person som står bakom änd-

ringen. Vi kan dock se i en sammanställning (om vi klickar på IP-numret) om samma IP-nummer dyker upp i andra artikelsammanhang på Wikipedia, samt klicka för att se dessa – och därigenom söka bilda oss en uppfattning om relevansen i denne persons andra korrigeringar.

Om det finns ett användarnamn, klickar man på det istället och kommer då till en sida där personen i fråga presenterar sig själv. Även här finns en sammanställning av vad signaturen utfört för redigeringar på Wikipedia, och som vi kan ta del av. Ibland presenterar personerna sig med namn och adress, ibland skriver de endast allmänt om sig själva. Det viktiga är att vi kan granska vad de tidigare och senare utfört för andra redigeringar. Det hjälper oss att skapa en uppfattning om deras allmänna trovärdighet.

Så här presenterar sig en av användarna som redigerat artikeln om influensa. (*Vi har kryssat över vissa uppgifter.*) ➔

namn: xxxxxxxx xxxxxxxx

Född: den xx 1984

Verkar i Linköping, Östergötland

Bakgrund: Studerar till läkare på Hälsouniversitetet i Linköping, går termin 7 från och med Januari 2009.

Har innan dess läst till chitängerjor i Teknisk fysik och elektroteknik (Y-injekt) på LTH (Linköpings Tekniska Högskola) men har nu tagit uppehåll sedan jag kom in på läkarprogrammet. Tog studenten på Ekebyholmskolan 2003. Är adventist och kommer försöka se till att den sidan är saklig och så neutral som möjligt.

Intressen:

- Schack, spelar i Linköpings alfråms schackklubb (LASS)

Bidrag på wikipedia:

- Oxidativ fosforylering
- Elektromagnetisk våg
- Matt Ringarnas hemsida
- Ureacykeln
- WP:VMS Veckans Medicinska Samarbete

Är medlem i:

- Wikipedia-Projekt Medicin (som jag startade den 4 feb 2007)
- Wikipedia-Projekt kemi

Referenssidor:

- Wikipedia Hur man lägger in bilder på en sida - bra bildhjälp
- Wikipedia Tabeller - hur man redigerar tabeller
- Wikipedia Lista över användare-mallar - piffa upp din artikel
- Wikipedia Begäran om åtgärder - anmälan av notoriska kottare
- Wikipedia Namngivning - hur artiklar bör namnges
- Ugglespöjagan av Nordiskt familjebok SF
- Länkar utifrån T4's nyckelord (pyramiderna)

Diskutera eller redigera

Vi kan också diskutera innehållet i en artikel. Då klickar man på fliken *diskussion* längst upp på sidan. Just den här texten ingår i *Projekt medicin* – ett försök att kvalitetsgranska, förbättra och standardisera viktiga medicinrelaterade artiklar på Wikipedia. Här är det fritt fram att anmäla sitt intresse – för att vara med och förbättra den aktuella texten man klickat sig från, alternativt gå med i projektet som deltagare, eller att bara diskutera innehållet i dessa texter. Det är bara att klicka vidare på det man önskar.

Slutligen kan vi alltså direkt redigera den text vi läser – utan att först gå med i någon grupp. Det kan ske genom att vi klickar på fliken *redigera* längst upp på sidan. Då kommer hela texten att öppna sig i en särskild ruta där vi kan skriva in våra ändringar, förhandsgranska hur slutresultatet kommer att se ut, och sedan välja att spara dem.

Länken *redigera* finns också efter varje ny underrubrik. **Ärligen återkommande influensa** ^[redigera] Klickar vi där är det bara den text som visas under den aktuella underrubriken som öppnas i redigeringsrutan.

I båda fallen skapas en loggfil, och den ändrade texten kommer snart att visas i Wikipedia.

Källredovisning

När man redigerar en text på Wikipedia förbinder man sig till att den text man publicerar inte är kopierad ur ett copy-

rightskyddat verk. Det är knappast så att man kan bötfällas för det om man gör det ändå – i alla fall inte om man gör det anonymt – men den kommer ganska snabbt att bli raderad.

Den sista länken för varje loggfil är nämligen ”**gör ojord**”. Ett klick på den, så tas obarmhärtigt den redigering man gjort bort. Kom ihåg att detta kan alltså *alla som klickar sig in* till loggfilerna göra!

Man vill dessutom att den som gör en redigering av en text också lämnar en källa till de faktauppgifter man lämnar. Dessa referenser presenteras med små upphöjda siffror i anslutning till texten. Så här ser de ut:

Inflynsa orsakar årligen återkommande epidemier. Läkemedelsverket har i samarbete med Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) och inbjudna experter tagit fram behandlingsrekommendationer för den årliga återkommande influensan.^[1]

Källorna är samlade längst ned under artikeln. Ett klick på själva siffran för oss direkt ned till denna förteckning. I det här fallet är det en länk till Läkemedelsverkets hemsida.

I exemplet ovan är orden *epidemier* och *Läkemedelsverket* länkade. Det ser vi eftersom de är markerade med blått. Det innebär att just dessa ord finns som egna uppslagsord på Wikipedia, och vi kan förflytta oss direkt till dessa artiklar genom att klicka på orden.



Lika bra som Encyclopedia Britannica

Fungerar verkligen då det här?

Wikipedia är, som vi redan konstaterat, en omdiskuterad företeelse. Men strukturen som vi redogjort för, medger under alla omständigheter att vi har unika möjligheter till att *själva* källkritiskt granska det vi finner i uppslagsverket.

Den ansedda tidskriften *Nature* lät göra en studie i frågan. Man valde ut ett stort antal artiklar i varierande ämnen och skickade ut dem till sina granskare för undersökning. Undersökningen gick ut på att två artiklar över ett ämne – en från Wikipedia (den engelska versionen) och en från Encyclopedia Britannica – jämfördes och kvalitetsgranskades av Natures experter. Tidningens granskare fick dock inte veta var de kom ifrån, utan de ombads att endast kvalitetsgranska informationen i texterna.

Sammanlagt 42 granskare levererade kommentarer som var användbara om ett stort antal artiklar. Totalt fann de åtta fel – och dessa fördelades jämt mellan de båda uppslagsverken: Fyra faktafel i Britannica och fyra i Wikipedia!

De påpekade också småfel, och totalt konstaterades 162 sådana i Wikipedia-materialet mot 123 i motsvarande material från Britannica.

Inga stora skillnader alltså. Och om inte annat så tjänar denna studie till att visa på att man inte blint ska förlita sig på *någon* källa!

Svenska Dagbladet utförde ett liknande test – de lade avsiktligt ut felaktig information – och det tog en, respektive tre, dagar innan tidningen kunde konstatera att den blivit raderad.

Referenser till dessa undersökningar återfinns i slutet av denna artikel.

Källkritik – som alltid

Sammantaget så är Wikipedia varken ett klotterplank eller en källa till absolut och oantastlig kunskap. Men det är knappast något annat uppslagsverk heller...

Det som är bra är att Wikipedia är kostnadsfri och dessutom helt reklamfri. Man lever på donationer av användare – och när man strax före jul gick ut med ett upprop för mer medel, hörsammades detta över förväntan.

Wikipedia är absolut bättre än sina ”seriösa” konkurrenter när det gäller populärkultur och ofta även när det gäller samhällsfrågor. Det beror naturligtvis på att det är ämnesområden som intresserar många av dess användare.

Wikipedia – och den filosofi som ligger bakom – engagerar. Det finns all anledning att tro att uppslagsverket har framtiden för sig.

Men självklart är det så att man ska ha med sig sitt källkritiska sinne, överallt på Internet. Det gäller alltså i högsta grad även på Wikipedia.

PER LUNDBLAD

Fotnoter

1. Läs mer om Wikipedia på www.almhult.se/toppmeny/barnutbildning/grundskola/gemet/kunskapsguiden/tanker/kallkritik/wikipedia.4.6c603f99112b8bcbfe6800014018.html – enklare är att skriva *wikipedia almhults kommun* i Google och sedan ta den länk som har domännamnet *almhult.se* (tredje uppifrån när denna text skrives).

Sidan är väl värd att söka upp – här finns flera länkar om olika aspekter på Wikipedia, och framför allt en länk till en instruktiv film som närmare reder ut hur man använder uppslagsverket till att bedriva källkritik.

2. Läs mer om Natures studie på news.cnet.com/2100-1038_3-5997332.html

3. Svenska Dagbladets undersökning finns på adressen www.svd.se/kulturnoje/nyheter/artikel_305804.svd

4. Regionbiblioteken i Sverige har gett ut en skrift *Wikipedias fel och brister – en angelägenhet för biblioteken?* som också är mycket läsvärd. Den består av 33 sidor i pdf-format som kan hämtas på www.regionbiblioteket.stockholm.se/upload/_Dokument/wikipedia.pdf

Skall din verksamhet privatiseras?

Många kollegor står nu inför en verksamhetsövergång, där verksamheten kommer att privatiseras.

Många villkor gällande din anställning kan då förändras.

Det kan gälla pension, försäkring, lön, avtal, arbetstider, arbetsinnehåll m.m.

Har du frågor eller funderingar?

- Se Läkarförbundets broschyr "Nya villkor för vården".
- Gå in på Läkarförbundets hemsida under fliken "Nya villkor för vården", alternativt länka dig dit från Distriktsläkarförbundets hemsida www.svdff.se
- Se Läkarförbundets skrift "Vad gäller vid privatisering av vårdcentral?". Finns att ta hem från Läkarförbundets hemsida www.slf.se under fliken "Vi tycker" och rubriken "Arbetsmarknad".
- Kontakta din lokala läkarförbund, som ofta är involverad i vad som sker lokalt.
- Ta gärna kontakt med Läkarförbundets medlemsrådgivning, tel 08-7903510, 7903520 eller maila dina frågor till Läkarförbundets e-post: medlemsradgivningen@slf.se



Svar på Tankenötterna

Här är de rätta lösningarna på de tre sista Tankenötter vi publicerade i DL 6/08.

Stina fyller alltså 18 år 31/12. Den 30/12 var hon 17 och hon för resonemanget 1/1, det året hon fyller 19... året efter fyller hon 20.

Meningen är ett palindrom, dvs. den blir exakt likalydande om man läser den baklänges. (Detta exempel gäller för att var det längsta palindrom man lyckats konstruera på svenska språket.)

Först ror båda pojkarna över till den andra stranden. Därefter ror den ena tillbaka. Därefter ror mannen över ensam, och därefter den andre pojken tillbaka. Båda pojkarna ror nu över igen – och en av dem tillbaka. Till slut ror kvinnan över ensam, och den andre pojken ror tillbaka.

Vi gratulerar **Tina Kaulich**, Finspång, **Eva Ginstrup**, Växjö, **Christina Edström**, Vikmanshyttan, **Karin Kjellstrand**, Staffanstorps, **Monika Aronsson**, Tidaholm, **Petter Strandmark**, Lund, **Katarina Kiriakidou**, Solna, **Kerstin Lindkvist**, Åkersberga, **Bengt Svedin**, Göteborg, och **Eva Goldman**, Solna.

Dessa vinnare kommer att få fem trisslotter var.

Vi håller tummarna för att det ska finnas rikligt med vinster på dem!

Redaktionen

Ryktet om vår död är betydligt överdrivet

Vårdval och internet, vårdprogram, surrogatvariabler och kvalitet. Inget klarar vi allmänläkare av, ingen vill ha oss. Vi tycks bli allt onödigare, och många sviktar och blir trötta. Andra blir rädda för framtiden och tycker "det var bättre förr" och strävar emot. Nostalgin var en dödlig sjukdom redan på 1800-talet – hur tar vi oss ur den på 2000-talet?

Vårdval

Är vårdvalet ett hot? Politikerna tycks inte vilja ha oss. Det ska gå bra att vara "familjeläkare" utan specialitet och arbeta på vårdcentral. Finns det anledning att vara orolig? Kommer sjukhusens specialister att strömma ut i primärvården, lockade av vårt enastående löneläge och arbetsmiljö, och entusiastiska att ta över alla osorterade patienter med diffusa symtom? Kommer framgångsrika vårdcentraler att dela upp sin verksamhet i specialiststyrda polikliniker, som tar varje sjukdom för sig, när målen och rationaliserar sjukvården, och lämnar oss allmänläkare vid sidan?

Internet

Internet avskaffar behovet av allmänläkare. Patienterna går allt mer ut och skaffar egen kunskap, och beställer vård. Läkarna ses som hinder och bromsklossar. Allt mer information blir tillgänglig, "läkemedelsinformationen" flödar. Varför ska läkarna komma och lägga näsan i blöt? Det är bara vissa specialister och hantverkande doktorer som behövs, men frågan är väl om inte även de sistnämnda kan avskaffas. Indiska läkare bör kunna sitta och manövrera robotar som opererar bort det mesta på distans?

Mätbarhetens tyranni

Är vi kvalitetsmedvetna? Allmänläkarna tycks missköta sig och undanhålla patienterna evidensbaserad vård? Vårdprogrammets mål nås inte trots pekpinna och uppmaningar. Vi tar inte vårt ansvar – vi

jobbar inte tillräckligt hårt, vilket går ut över patienternas välmående. De måste söka riktiga doktorer för att få riktig vård.

Debatten pågår, vi oroar oss, men känner vi igen vardagen? Politiska och vissa naturvetenskapliga krafter har under århundraden hävdad rationalitet och "evidens". Människan som en maskin. Läs manualen, identifiera den felande länken, rätta till och allt blir bra igen. Låt inte känsloljåsk styra. I Sverige kan vi inte ens skilja "disease" från "illness" – så språket försöker styra tanken. Har detta lyckats – kommer det att lyckas? Var hamnar allmänläkaren – som ett rö för den rationella vinden, eller som en fast punkt i stormen?

Sjukvårdens Martin Timell

Det lär hänga på oss själva. Det är vi som har makten – det är vårt engagemang som avgör. Det är vi som styr allmänmedicinen, så det är bara att kavla upp ärmarna i småblåsten.

Självklart vill vi arbeta med patienter som valt oss – precis som våra företrädare alltid gjort. Motsatsen fungerar helt enkelt inte. Vi kan själva styra tillgänglighet och bemötande. "Heta linjer", mailkontakter och personligt bemötande – allt kan vi själva ordna utan att vara beroende av politiska beslut. Ingen allmänläkare har någonsin i Sverige lidit brist på patienter. Det är den norska satsningen som gett "patientmangel", men dit är det långt.

Internet presenteras som den nya frälsningen och lösningen, men redan uråldriga religioner konstaterar att "kunskafrukt är tung att bära". Motstridiga besked, frälsningsentusiastiska påstående och ouppnåeliga mål präglar nätet, vilket skapar frustration och besvikelser hos många. Allt fler patienter söker alternativmedicinen. Vårt ansvar är att följa debatten, läsa på och ödmjukt hantera informationen. Vår kompetens att "tala med bönder på bönders vis – och med lärda på latin" är det vårt eget ansvar att utveckla.

Allt mer ska styras av vårdprogram med fasta mål. Då blir allt bra, men de förökas snabbt – ingen hinner läsa. När får vi se metaanalyser av vårdprogram – och när får vi se vårdprogram för kombinationssjuka. Hjärtsvikt, astma OCH inflammatorisk värk? "Vi tar livet av våra gamla om vi följer programmen", sa en geriatriker. Alla patienter som inte TÅL medicinerna, inte klarar att gå ner i vikt, som blir sjuka trots pillren är våra kunder.

Personligt ansvarig läkare

Ansvaret för en god allmänmedicin ligger alltså på oss själva. Kontinuerlig kompetensvärdering, livslångt lärande, kollegial dialog. Oberoende kunskapsinhämtande – allt kan vi ordna själva. Allt detta är roligt och inspirerande – när vi möter patienterna. Håller vi den allmänmedicinska fanan högt, kommer våra patienter att fråga efter oss. Politikerna som inte längre kan hantera den subspecialiserade vårdens kostnads- och ojämlikhets explosion, kommer att ropa efter oss – men bara om vi tar vårt ansvar, och inte slarvar med patientdialogen, omdömet och kunskapsinhämtandet. "Allmänläkare i alla organisationer – förenen eder!" Då kommer vi likt Fågel Fenix att återuppstå.



ROBERT SVARTHOLM
Polarull.svartholm@telia.com
Ordf DLF Norrbotten

☼ ORDFÖRANDE



Maria Dalemar
Guldvingens vårdcentral
Östbygatan 21-23
531 37 Lidköping
Tel 070-567 91 89
Fax 0510-519 50 (bostad)
E-mail: maria.dalemar@svdlf.se

☼ ÖVRIGA LEDAMÖTER



Britt Bergström
VC Kungshöjd
Otterhällegatan 12A
411 18 Göteborg
Mobil 0703-503 506
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

☼ VICE ORDFÖRANDE



Ove Andersson
Eriksbergs VC
Granitvägen 5, 2 tr
752 33 Uppsala
Tel 018-611 79 00
Fax 018-55 97 28
E-mail: ove.andersson@lul.se



Rune Kaalhus
Läkargruppen
Källgatan 10
722 11 Västerås
Tel 021-15 02 30
Fax 021-18 55 78
E-mail: rune.kaalhus@ptj.se

☼ SEKRETERARE



Christer Olofsson
Kallinge vårdcentral, Gjutarevägen 1-3
372 50 Kallinge
Tel 0457-73 17 69
Fax 0457-73 17 75
E-mail: christer.olofsson@ltblekinge.se



Ann-Christine Sjöblom
Boo vårdcentral, Edövägen 2
132 23 Saltsjö-Boo
Tel 08-747 57 00
Fax 08-747 57 01
E-mail: ann-christine.sjoblom@ssl.se

☼ KASSÖR



Anders Nilsson
Täby Centrum-Doktorn
Attundafältet 14, 183 34 Täby
Tel 08-638 98 00
Fax 08-638 98 08
E-mail: anders.folke.nilsson@telia.com



Ulf Wahlöf
Dragonens Nya HC
Ridvägen 12, 903 25 Umeå
Mobil 070-329 17 72
Fax 090-17 89 60
E-mail: ulf.wahllof@comhem.se

☼ KANSLI



Anne-Marie Johansson
Sveriges Läkarförbund
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel 08-790 33 91
Fax 08-790 33 95
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se

☼ VALBEREDNINGEN

Göran Fälthammar (sammankallande)
Furulunds VC, Tingsvägen 2, 433 47 Partille, Tel 0706-32 83 83
Fax 031-340 22 36, E-mail: goran.falthammar@vgregion.se

Kerstin Ermebrant
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs
Mobil 070-326 94 08
E-mail: kl.ermembrant@tele2.se

Leif Martén
Mora VC, Mora Lasarett, 792 85 Mora, Tel 070-321 52 42
E-mail: leifmarten@telia.com

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2009

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 2	24 mars	24 apr
Nr 3	14 maj	19 juni
Nr 4	27 aug	1 okt
Nr 5	8 okt	10 nov
Nr 6	18 nov	18 dec