

Distrikts Läkaren

NR 2 + 2006



SVENSKA DISTRIKTSLÄKARFÖRENINGEN + DLF



Utbildningsguiden – ett stöd
för läkarens fortbildning

Verksamhetsberättelse

Sverige behöver fler yngre specialister i allmänmedicin!

Sveriges distriktsläkarkår behöver fyllas på med unga specialister i allmänmedicin. Vi måste bli fler, och fler yngre måste lockas till distriktsläkaryrket.



Benny Ståhlberg

I förra numret av *Distriktsläkaren* beskrev vi den brist på allmänläkare som kommer inom några år om inte något görs. Distriktsläkarkåren i Sverige är för liten och dessutom har den en ogynnsam åldersprofil. Stora delar av kåren kommer att pensioneras inom några år. Det är nödvändigt att fler yngre läkare attraheras av specialiteten allmänmedicin och väljer att utbilda sig till och arbeta som distriktsläkare.

Nationella handlingsplanens mål om 6 000 specialister i allmänmedicin år 2008 är ett för lågt ställt mål enligt styrelsens uppfattning och kommer dessutom inte att kunna infrias med det antal ST-läkare som nu är under utbildning. Det behövs aktiva åtgärder för en förbättrad rekrytering.

Att vara distriktsläkare innebär att ha ett arbeta med stimulerande och varierande arbetsuppgifter. Möjligheter till att arbeta deltid är goda och jourbördan oftast rimlig. Unga medicine studerande som kommer i kontakt med specialiteten tidigt under grundutbildningen är ofta positiva till den verksamhet de möter.

Att vara distriktsläkare uppfattas som att vara "doktor på riktigt". Trots detta är det svårt att rekrytera unga läkare till allmänmedicinen. Med stor sannolikhet kan det bero på den höga arbetsbelastning som många distriktsläkare upplever. Uppdraget måste vara tydligt och avgränsat för att skapa förutsättningar till en stimulerande arbetsmiljö! En god arbetsmiljö för distriktsläkarna är nödvändig för att dagens distriktsläkare skall möta framtiden med entusiasm, samt för att allmänmedicin skall vara ett attraktivt alternativ för unga läkare.

Vi som arbetar som distriktsläkare har själva ett stort ansvar för rekryteringen. Att ta väl hand om våra AT-läkare under deras placering på vårdcentral är viktigt. Att påvisa det positiva i vår specialitet och att själva vara goda förebilder.Handledning måste prioriteras – tidsmässigt och lönemässigt liksom uppdraget att vara studierektor. Regioner och lands-ting måste ta hänsyn till detta när man planerar ersättning till såväl privata som offentliga vårdcentraler. Tid för att vara handledare måste avsättas och inte förväntas att man hinner med det-

ta parallellt med det ordinarie arbetet. En investering i handledning av såväl AT-läkare som ST-läkare är en lönsam investering för framtiden. Får vi som distriktsläkare rimlig tid för handledningen är det oerhört stimulerande och positivt för arbetsmiljön.

Distriktsläkarföreningens styrelse kommer att jobba vidare med rekrytering av allmänläkare på olika sätt – rekrytering kommer att vara ett huvudtema på föreningens ordförandekonferens i april.

BENNY STÅHLBERG
Ordförande DLF

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse: Benny Ståhlberg (ordf), Sven-Axel Andersson, Maria Dalemar, Kerstin Ermebrant, Runa Liedén-Karlsson, Anders Nilsson, Christer Olofsson, Ann-Christine Sjöblom.

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

Redaktion: Christer Olofsson (red. och ansv. utg.)
E-post: christer.olofsson@ltblekinge.se

Distriktsläkaren, 8 nummer per år (ISSN 0283-9830):

Adress: Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion: Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

Annonser: Lars Lundblad, lars@mediahuset.se, 031-707 19 30

Layout: Gunnar Brink, gunnar@mediahuset.se

Tryck: Åkessons Tryckeriaktiebolag

DLFs hemsida: www.svdff.se

Omslagsbild: Rasta hunden (Foto: Per Nordlund)



Protos under lupp

Det finns många som har tankar kring Protos. Flera ställer sig frågan: Hur kommer det att påverka min situation om förslaget blir verklighet?

Det är hur vardagen kommer att se ut i Protos som vi ska försöka belysa.

Därför har vi låtit två läkare ställa varsin konkret fråga – en fråga som de funderat kring i samband med Protos.

Dessa frågor vidarebefordrar vi till Protos-gruppen inom DLF. När svaren sedan kommer ber vi frågeställarna att säga sin åsikt om hur de upplever dessa svar.

Värnar om offentlig vård

Kristian Svenberg arbetar som distriktsläkare på Lärjedalens vårdcentral strax utanför Göteborg. Det är en titel han är stolt över.

– Distriktsläkare är ett bra ord, mycket bättre än familjeläkare, säger Kristian.

– Varför ska jag kalla mig ”familjeläkare” när en tredjedel av mina patienter är ensamstående? De har ingen familj.

Kristian har arbetat här länge – ända sedan år 1992. Vårdcentralen ligger i ett invandrartätt område, och det gör att han tycker att det är extra stimulerande att arbeta här.

– Det är ett spännande ställe att arbeta på. Jag har patienter från världens alla hörn. Det innebär att jag har ett omväxlande och intressant distriktsläkarjobb.

Kristian är för en offentligt finansierad sjukvård.

– Offentlighet ger kontinuitet. Den här vårdcentralen har funnits i 35 år, t.ex. Privatisering av vården genererar en otrygghet – eftersom det inte är lika självklart för en privat läkare att se till att det finns någon som tar över när man själv bestämmer sig för att sluta.

– Det finns då också en risk att organisationsfrågor m.m. tar en större del av tiden, så att man får mindre tid över för att ta hand om patienterna.

Privatisering och prestationsersättning

Det leder fram till Kristians frågor om Protos-förslaget.

– Hur ser man på möjligheten att t.ex. driva vårdcentraler på intrapre-



Kristian Svenberg

nad om Protos blir verklighet? Är det meningen att alla vårdcentraler ska privatiseras? Kan man slå vakt om de värden som finns med en offentligt finansierad sjukvård med Protos?

Dessutom vill Kristian också lägga till en fråga som har med ersättningen att göra.

– Vad får det för betydelse för kvaliteten med en prestationsersättning? Finns det inte en risk att den leder till en utveckling mot många, snabba besök hos doktorn för att de genererar mer pengar?

Ser olika ut i olika delar av landet

På Björkekärrens vårdcentral, som ligger lite mer centralt i Göteborg, träffar vi Lotta Dahlberg. Lotta har arbetat som distriktsläkare här i fem år.

Hon arbetar här tillsammans med tre kollegor. I genomsnitt har de ungefär

2 500 invånare i befolkningsunderlaget per doktor. Många av dessa är äldre. Statistiskt så utgör deras patientunderlag den äldsta befolkningen i genomsnitt i hela Göteborg.

Lotta anser att hennes grundinställning till sitt uppdrag är mycket lik den Kristian har.

Innan Lotta kom till Björkekärr arbetade under hon under 14 år i Örebro. Hon jobbade på en vårdcentral på landet i ett litet samhälle, och sedan på en annan inne i staden.

– Sjukvården och samhällen i Sverige ser så olika ut i olika delar av Sverige, säger Lotta,

– Vissa regioner behöver styra vissa delar själva – efter sina egna förutsättningar.

Minns husläkarlagen

Det är dessa erfarenheter som ligger bakom Lottas första fråga:

– Hur ska man kunna implementera ett och samma system – alltså Protos – i hela Sverige?

Inför vårt besök har Lotta läst igenom förslaget i sin helhet och även diskuterat det med sina kollegor på vårdcentralen. Så hon har ytterligare ett par frågor att ställa:

– Är Protos tänkt att bli ett privatläkarsystem, undrar hon.

– Är tanken att vi ska bli egenföretagare?

Lotta minns fortfarande husläkarformen – och hennes erfarenheter från den tiden är negativa.

– I förslaget läser jag att om jag

slutar på en vårdcentral för att börja på en annan så måste jag tala om det för mina patienter och erbjuda dem att följa med, säger hon.

– Jag är medveten om att det finns en skillnad, och det är antalet patienter som är begränsat i Protos. Finns det någon ytterligare skillnad mellan förslagen – som kan få mig att komma över mitt motstånd inför ett sådant system?

Producentneutralt

Vi skickar Kristians och Lottas frågor vidare till DLFs ordförande Benny Ståhlberg, som svarar så här:

– Både Lotta och Kristian ställer viktiga och bra frågor kring Protos-förslaget – det är mycket positivt att man diskuterat förslaget på Lottas vårdcentral. Båda har frågor kring privatisering och finansiering som är viktiga att belysa.

Protos tar *inte* ställning till driftsform – man skall mycket väl kunna vara privat, men även vara anställd av såväl landsting/regioner som en privat entreprenör. Förslaget är producentneutralt och innebär att den som driver verksamhet får samma ersättning oavsett om man är privat eller offentlig uppdragsgivare.

Intäkt från listade

Protos innebär att vården skall vara offentligt finansierad, men till skillnad mot dagens system så föreslår vi en nationell skatt istället för landstingsskatt för familjeläkardelen – och att ersättningarna till landstingens vårdcentraler blir samma som till en privat entreprenör. Om Protos blir verklighet så är det säkert många som vill kvarstå som anställda distriktsläkare och detta går utmärkt med Protos-förslaget.

Förslaget innebär alltså att intraprenad går alldeles utmärkt.

Kristians andra fråga gäller prestationsersättningens betydelse för kvaliteten. I Protos-förslaget ligger 30% rörlig ersättning (= prestationsersättning) och resterande del (70%) fast ersättning i



Lotta Dahlberg

form av kapitation – d.v.s. ersättning för att invånarna är listade hos distriktsläkaren.

Detta skapar knappast några förutsättningar för att tjäna mycket pengar på snabba korta besök.

Den största delen av ersättningen till enheten kommer från det faktum att invånarna väljer att lista sig där.

Två delar

Lottas fråga om hur Protos skall kunna implementeras i *hela* Sverige när det ser så olika ut är en bra och viktig fråga.

Inom Protos-gruppen brottades vi mycket med detta när vi tog fram förslaget. Bilden är att det inte finns någon enhetlig primärvård i Sverige, så vi har delat upp Protos-förslaget i två delar.

Den nationellt reglerade delen som ser lika ut i hela landet är just läkarmottagningsdelen. Med detta menar vi att ha läkarmottagning för patienterna och ordna jourverksamhet.

Det är det som vi i förslaget kallar grunduppdraget. Vi bedömer att det kan se likadant ut över hela landet.

Anpassat efter lokala förutsättningar

Naturligtvis måste anpassning av antal listade ske i glesbygd där det inte finns 1 500 invånare – här blir det färre invånare per doktor.

Den andra delen är tilläggsuppdragen som anpassas lokalt i varje område och bestäms av landstinget/regionen. Där måste då ske en anpassning efter lokala förutsättningar, t.ex. om hemsjukvård skall ingå eller inte.

Avslutningsvis så är det en viktig principiell skillnad mellan Protos och husläkarlagen som infördes 1 januari 1994.

Protos innebär en nationell reglering av de basala reglerna som antal listade, ersättning m.m. Detta ger förutsättningar för ett stabilt system som inte ändras fram och tillbaka i olika delar av landet utifrån lokala politikernas infall. En rimlig lista med max 1 500 invånare – och en stabil ersättning – skapar då förutsättningar för ett hållbart familjeläkarsystem i Sverige.

Politisk fråga

Efter att ha tagit del av detta svar, säger Lotta att hon bättre förstår hur lokala variationer av Protos kan utformas, och det tycker hon är bra.

– Jag tror också jag förstår grundskillnaden mellan den gamla husläkarreformen och det nya förslaget. Ändå kan jag inte låta bli att värja mig mot det så ”personliga” uppdraget, fortsätter hon.

Kristian tycker att det är bra att Protos inte förutsätter en privatisering.

– Men producentneutralt – vad betyder det ordet egentligen, undrar han.

– Ordet leder tankarna till sjukvård som en produkt – någonting som man gör i en fabrik. Varför kan man inte bygga ut den vanliga primärvården istället?

– Egentligen är det en politisk fråga – hur ser man på primärvård? Det gäller att ändra politikernas syn på vad primärvård är.

– Men det är bra att man sätter sig in i Protos-förslaget – vad det innebär och får för konsekvenser för primärvården.

PER LUNDBLAD

Utbildningsguiden

– ett stöd för läkarens fortbildning



Thomas Zilling



Turid Stenhaugen

Det pågår ett intensivt arbete på Läkarförbundet med förberedelserna inför lanseringen av utbildningsportalen *Utbildningsguiden*.

Där kommer också att finnas ett utrymme för den enskilde doktorn att samla egen dokumentation – en personlig loggbok över utbildningsaktiviteter och utbildningsplanering m.m. Denna del kommer att heta *Din Kompetensportfölj*.

Syftet är att underlätta för den enskilde läkaren att själv ta ansvar för sin professionella utveckling.

***Distriktsläkaren* har talat med två av de drivande personerna bakom denna satsning – Thomas Zilling och Turid Stenhaugen.**

Läkarförbundet arbetar för god utbildning och kontinuerlig fortbildning för alla läkare.

Ett mål som förbundet satt upp är att alla läkare ska ges villkor och förutsättningar för sin kontinuerliga kompetensutveckling.

– Distriktsläkarna är den grupp som mest behöver extern fortbildning idag, säger Thomas Zilling, ledamot i förbundets Utbildnings- och forskningsdelegation (UFO).

– Orsaken är att de i stor omfattning arbetar ensamma!

CPD

Det ligger i arbetsgivarens och i den enskilde läkarens intresse att en plan för den individuella kompetensutvecklingen upprättas.

Modern fortbildning skall vara uppbyggd på principerna för vuxenlärande, som är självstyrt, problembaserat och gärna kopplat till lärande i verksamheten. Det engelska uttrycket för fortbildning är CPD – Continuing Professional Development.

– CPD är även ett pedagogiskt begrepp, förklarar Thomas.

– Continuing Medical Education (CME) som innebär inhämtande av ny medicinsk kunskap är en del av CPD-begreppet som inbegriper kunskapsut-

veckling i alla färdigheter som en läkare behöver i sitt dagliga arbete – som t.ex. IT och ledarskap.

– CPD bygger på ett cykliskt system med utvecklingssamtal med en överordnad chef och en fortbildningsplan som upprättas med utgångspunkt från dessa samtal.

Utvecklingssamtal grundbult

Thomas fortsätter med att berätta att man från förbundets sida tagit fram ett dokument som kallas *Vägvisaren*. Syftet är att just vara en ”vägvisare” för att uppmuntra och inspirera att sådana samtal kommer till stånd mellan verksamhetschef och specialistkompetent läkare.

– Så en fortbildningsplan kan se ut så här: Först utvecklingssamtal där man planerar läkarens fortbildning. Läkaren deltar i olika fortbildningsaktiviteter, och återför sedan resultatet till sin enhet. Detta är en viktig del i kvalitetsutvecklingsarbetet.

– Det är denna cirkel som är centrum i utveckling och fortbildning ☞

– den är grundbulten – och att denna cirkel fungerar är arbetsgivarens ansvar. Chefen måste alltså ha budgetansvar och möjlighet att ge ledigt.

– Om man har en chef som inte tillhör professionen, kan det bli problem. Det kan vara svårare för en sådan chef att göra en riktig bedömning av läkarens behov av fortbildning, tror Thomas.

– AT och ST är målstyrd utbildning. Men under fortbildning är det doktors individuella behov av uppdatering av kunskap som styr arbetet!

Åtta dagar i genomsnitt

Läkarförbundet rekommenderar minst tio hela dagars extern utbildning och en halv dag i veckan med intern utbildning för specialister per år. Hur ser det då ut i verkligheten?

Vi ställer frågan till Turid Stenhagen, utredare på Läkarförbundets avdelning för profession och politik. Turid arbetar med fortbildnings- och forskningsfrågor.

– Vi gör en årlig fortbildningsenkät, svarar Turid.

– Om man tittar på resultaten från år 2004, som är de senaste där sammanställningen är klar, så ser vi att siffrorna för riket i genomsnitt ser ut så här: Åtta dagar i genomsnitt för extern utbildning, en timma per vecka för internutbildning och 1 timma i veckan för egen fortbildning.

Det är alltså en bit kvar till de krav som Läkarförbundet ställer upp.

Utbildningsguiden

Turid arbetar med webbprojektet *Utbildningsguiden*. Det är en utbildningsportal för alla läkare i Sverige. Den ska innehålla:

- Samlad information om utbildning,
- Kompetensportföljen (mer om denna följer),
- Utbildningsböcker för AT- och ST-läkare.

Utbildningsguiden ska underlätta för den enskilde läkaren att ta ansvar för sin professionella utveckling.

– Bakgrunden är att det fanns ett hot i Europa under slutet av 90-talet – flera länder hade infört krav på recertifiering, förklarar Turid.

Recertifiering onödig

Thomas har goda kunskaper om hur man ser på frågan om kopplingen mellan läkares fortbildning och recertifiering ute i Europa. Sedan ett år är han andre vice ordförande för AEMH (Europeiska överläkarföreningen) och ordförande i organisationens arbetsgrupp om CPD.

– I Europa delas CPD upp i tre delar, förklarar han.

– 1: *Quality improvement* – motsvarar fortbildning enligt CPD-begreppet, med utvecklingssamtal och cirkeln med återkopplingen till verksamheten. 2: *Quality assurance* – alltså kvalitetssäkring av fortbildning, nationellt genom IPULS och på individnivå genom dokumentation (portfolio) och 3: *Quality control* – vilket i vissa länder sker i form av recertifiering kopplat till så kallade CME-poäng, och det är något som vi är helt emot!

– Skapar man förutsättningar för steg 1 och 2, blir recertifiering onödig – för att inte tala om hur dyrt och byråkratiskt det blir...

– I halva Europa är dock doktorerna privata företagare. Det försvårar utvecklingssamtal. Men i de länder som har en sjukvårdsmodell som påminner om vår, förstår man vad vi pratar om.

Tar ansvar

Turid fortsätter med att berätta att man såg att tanken på recertifiering dök upp även i Sverige runt sekelskiftet.

– Det finns de som är positiva till recertifiering, eftersom man tror att det automatiskt skulle leda till ökade resurser. Men det finns inga belägg för att det är så, säger hon.

I det läget tillsatte Läkarförbundet och Läkaresällskapet år 2002 en arbetsgrupp. Uppdraget var att ta fram ett interaktivt dokumentationsverktyg för fortbildning.

– Vi måste visa att vi tar vårt ansvar för Quality assurance, även om vi är emot just recertifiering, förklarar Thomas.

Ytterligare en arbetsgrupp bildades 2004 för att inkludera AT och ST i arbetet med Utbildningsguiden. Eftersom utbildningsböckerna för AT och ST numera endast finns att ladda hem via Internet i PDF-format, är det naturligt att även samla den informationen under samma tak.

Kompetensportföljen

Till Utbildningsguiden kommer man även att knyta ett webbaserat individuellt portfoliosystem. Det är det som fått namnet *Kompetensportföljen*.

Där ska varje läkare själv kunna logga in sig med användarnamn och lösenord. Tanken är att man då får en plats där man samlar material som dokumenterar läkarens kompetensutveckling från studietiden och hela yrkeslivet. Det kan vara anställnings- och utbildningsmeriter, utbildningsplanering – utvecklingssamtal, utbildningsaktiviteter m.m.

Syftet med Kompetensportföljen är att den ska vara ett verktyg för den enskilde läkarens kompetensutveckling.

– Men Kompetensportföljen ska också visa för allmänheten – patienter och myndigheter – att läkarna tar ansvar för sin professionella utveckling, påpekar Turid.

Individen äger data

Vem ska då kunna få ta del av de uppgifter som samlas där?

– Det avgör man själv, svarar Turid.

– Det är den enskilde läkarens information, som vi på Läkarförbundet förvarar. Den kan aldrig kommas åt av någon annan!

– Men man kan – om man så vill – ge t.ex. sin handledare behörighet att se vissa sidor under en viss tid, fortsätter hon.

– Man ska komma ihåg att om man sitter och skriver sitt CV på vanligt sätt på sin arbetsdator på jobbet, så är det

sedan arbetsgivarens egendom. Så är inte fallet om man loggar in på Kunskapsportföljen.

– Endast individen äger data, säger Thomas.

– Arbetsgivaren kan aldrig gå in och ”kolla”!

Turid berättar att i den referensgrupp som arbetar med Utbildningsguiden så sitter även representanter för både Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

– De har också intresse av det här – det handlar t.ex. om underlag för intyg, och det förenklar den administrativa hanteringen även för dem.

Finansieringen av portalen står dock Läkarförbundet och Läkaresällskapet helt själva för.

Utvärdering

Just nu har ett företag levererat själva prototypen för den teknik man ska använda sig av.

– Referensgruppen ska först studera den och lämna sina synpunkter. Sedan drar vi igång med den första pilotfasen. Det är fem AT-läkare, fem ST-läkare och fem specialister som ska testa under ungefär en månad – för att finslipa själva prototypen, berättar Turid.

– I nästa steg – som vi kallar pilotstudie två – kommer vi att ha 100–150 läkare. Vi kommer att försöka få stor spridning bland alla specialister då, samt AT- och ST-läkare. Sedan ska vi utvärdera resultatet under hösten.

Därefter ska projektet sjösättas på allvar under hösten 2006. Då vänder man sig till alla yrkesverksamma läkare i hela landet.

Länkad

För att komma till Utbildningsguiden kommer man att få klicka på en länk från Läkarförbundets hemsida.

Länkar kommer också att finnas på Läkaresällskapets hemsida, IPULS, Socialstyrelsen och Specialistföreningarna/ sektionernas respektive hemsidor.

Från första sidan kommer man att kunna klicka sig vidare, antingen direkt till Kunskapsportföljens inloggning, eller till informationssidorna. De senare kommer att vara uppdelade på de olika utbildningsnivåerna: Grundutbildning, AT, ST, fortbildning och forskarutbildning.

Erbjudande

Finns det då inte en fara i att man lägger allt på Internet? Kommer alla att klara av att söka sig till denna information?

– Det förutsätter att man hittar till vår hemsida, medger Turid.

– Men det är viktigt att komma ihåg att det här är ett *erbjudande* – inte ett krav, fortsätter hon.

– Vi kommer inte att tycka att det är förfärligt om vi bara har t.ex. 10% användare efter två år. Vi vill ställa ett hjälpmedel till förfogande. Om man vill sköta sin kompetensutveckling på annat sätt så har vi inga synpunkter på det.

– Vi vänder oss inte i första hand till en 58-årig läkare på landsbygden, säger Thomas.

– Tanken är att det här ska in redan under AT och ST. Vänjer man sig vid systemet redan då, tar man med sig det senare.

Många fördelar

Turid påpekar att för just ST-läkarna är lärandet och tjänstgöringen integrerad.

– Kunskapsportföljen blir ett planeringsredskap med kalenderfunktion som gör att de på ett enkelt sätt kan summera det de har arbetat med.

– De ska ju sedan summera sin tid och sina tjänstgöringar som underlag för specialistbevis. Då kan man enkelt göra det här – har man konsekvent skrivit in allting är det egentligen gjort med en enda knapptryckning.

Lika enkelt är det att ta fram ett uppdaterat CV.

– Om man skriver in en kurs, kan man klicka på en funktion som kallas

”Skicka till CV”. Då hamnar den där direkt.

Chefen viktig

Både Thomas och Turid är helt överens om att Quality control via recertifiering inte är en bra väg att gå. Båda har gedigen erfarenhet inom det område de uttalar sig om.

Thomas har arbetat med frågorna under många år, och har suttit i Läkarförbundets delegation för forsknings- och utbildningsfrågor sedan 1997. Han har också varit ordförande i den grupp som arbetat med att ta fram Kunskapsportföljen.

Turid har tidigare arbetat med utbildningsfrågor för Stockholms Läns Landsting och även med ledarskapsutbildningar för läkare. Mellan år 1995 och 2003 arbetade hon med upphandling av utbildningar för anställda i SLL.

– I USA säger man: ”Jump directly to CPD”, säger Thomas.

– En undersökning man gjorde där på 80-talet visade på att det ger en större nytta för patienten.

– Därför är verksamhetschefen en mycket viktig person när det gäller läkar- nas fortbildning!

PER LUNDBLAD

Fotnot

Om man går till Läkarförbundets hemsida www.lakarforbundet.se finns där redan i dagsläget en hel del information om utbildning.

Klicka på **Utbildning** i den vågräta menyn i sidans överkant, och välj sedan **Fortbildning** i den lodräta vänstermenyn.

Här kan man bl.a. hämta resultaten från fortbildningsenkäten Turid hänvisar till och *Vägvisaren* som Thomas beskriver.

Här hittar man dessutom *Bättre fortbildning i fyra steg*. Det är en programskrift som innehåller ett handlingsprogram för förbundets delföreningar.

Dessa filer är i PDF-format.

Allmänmedicinen viktig vid läkarutbildningen vid universitetet i Lund

Hur ser allmänmedicinens roll ut i grundutbildningen idag?

För att få svar på den frågan för *Distriktsläkaren* till Malmö för att träffa Anders Håkansson, professor i allmänmedicin. Anders är terminsansvarig för termin 10 vid läkarutbildningen vid Lunds universitet.

Det finns många fördomar om allmänmedicinens roll i läkarutbildningen. Är det så att slutenvårdens specialister dominerar utbildningen? Ses allmänmedicinerna bara som de som tar över kontrollen av patienterna "efteråt"?

Svaret på de två sista frågorna är nej – så har det inte varit på länge, menar Anders Håkansson.

– Men i Sverige har vi fristående universitet, som gör som de vill. Därför ser det naturligtvis lite olika ut på olika platser i landet, påpekar han.

Studenterna delas mellan Lund och Malmö

Anders arbetsplats är Allmänmedicinska avdelningen vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, som är en av sex institutioner vid Lunds universitets medicinska fakultet.

– De tre första terminerna av läkarutbildningen går alla studenter i Lund, förklarar Anders.

– Från och med termin 4 till och med 11 går hälften av dem kvar i Lund, och andra hälften fortsätter sin utbildning här i Malmö.

Terminsansvariga

Läkarutbildningen är indelad i tre faser – I, II och III.

– Undervisningsorganisationen ligger fri från de vanliga institutionerna, och det är en god tanke, fortsätter Anders.



Anders Håkansson

– Det innebär att vi ska kunna planera och genomföra undervisningen på bästa sätt utan att ta hänsyn till prefekternas eventuella specialintressen – eller institutionernas andra intressen.

– Vi har ett system med terminsansvariga. Jag är terminsansvarig för termin 10 i Malmö, och min kollega Ann-Christine Haffling är ansvarig för termin 10 i Lund. Vi arbetar alltså tillsammans.

Anders påpekar att de nu står inför en stor omorganisation och förändringsarbete som bl.a. kommer att resultera i att han från och med år 2007 kommer att vara terminsansvarig för termin 11 i stället. Rent praktiskt får det den betydelsen att det han beskriver kommer att vara aktuellt för termin 11 efter detta års utgång.

– Det innebär att vi ska kunna planera och genomföra undervisningen på bästa sätt utan att ta hänsyn till prefekternas eventuella specialintressen – eller institutionernas andra intressen.

Sudda gränser

Men vi ber honom att börja från början – alltså termin 1.

– Under de första fem prekliniska terminerna finns det vad vi kallar för en "strimma" (en poäng per termin) som kallas professionell utveckling. Det är en klinisk grundskolning. Här kommer allmänmedicinerna in, men också sjukhusläkare bidrar.

– Men det leds av en allmänmedicinare – Margareta Troein. Under denna



”Den insats som vi gör tillsammans kommer att vara till godo för alla studenter ur utbildningssynpunkt, men den kommer antagligen också att bidra till en ökad rekrytering på sikt!”

”strimma” får studenten den första kontakten med den kliniska verkligheten.

Förändringsarbetet har målsättningen att det under de tidiga kliniska terminerna – fas II – ska bli två veckors praktik i primärvård, tillägger Anders.

– Vi har även ambitionen att sudda ämnesgränserna. Vi vill belysa olika områden i kursinnehållet både från sjukhusspecialistens synpunkt och allmänläkarens – sudda gränsen mellan sjukhus och primärvård.

Anders ger ett konkret exempel: En patient med symptom på yrsel och ångest.

– Det behövs då bidrag från neurologi, psykiatri, öron-näsa-hals och allmänmedicin. Studenterna ska undervisas så att de kan handlägga patienten på bästa sätt!

Fyra veckors praktik

Allmänmedicinens bidrag i faserna I och II under läkarutbildningen kan summeras till ”strimman” och till de två veckornas praktik. Återstår alltså fas III.

(För enkelhetens skull skriver vi nu termin II, eftersom det är den termin som det kommer att handla om från och med 2007.)

– Första halvan av termin II skriver studenterna en uppsats under handledning. Det är deras examensarbete, och för detta ansvarar i Malmö en annan allmänmedicinare, Nils-Ove Månsson.

– Andra halvan av terminen är en kurs som man kan kalla ”Individ och

samhälle”, alternativt ”Samhällsmedicin”.

Det är den här terminen som Anders kommer att ha ansvaret för i Malmö – och hans kollega Ann-Christin för i Lund. Anders är nog med att betona att de båda arbetar som ett team med denna uppgift.

– Då ska studenterna sy ihop sina kunskaper, och finputsas dem inför AT. Det de har lärt sig under studierna ska de kunna tillämpa på ett sorterat primärvårdsklientel.

För att åstadkomma det, får studenterna praktisera på vårdcentral varannan vecka under en åttaveckorsperiod.

– Kursen under termin II kommer att ha inslag av geriatrik och socialmedicin. Vi har också samarbetspartners utanför huset – det är avdelningarna för Rätts- och Yrkes- och Miljömedicin.

Målbeskrivning för praktiken

Anders tycker att det är mycket bra att studenterna kommer ut på vårdcentraler i och runt Malmö och Lund.

– Det är där de kan få primärvårdspanoramata, de får testa hur de fungerar i verkligheten.

Flertalet vårdcentraler tar alltså emot två studenter – en som kommer jämna veckor och en som kommer ojämnt.

För praktiken finns en separat målbeskrivning, baserad på kompetensmål enligt kursplan med tillägg av obligatoriska moment under praktiken.

Vårdcentralerna har stor frihet att

inom ganska vida ramar utforma en lämplig utbildning, baserad på målbeskrivningen. Med tanke på deras olika upptagningsområden har någon detaljstyrning av t.ex. träning av praktiska färdigheter inte varit möjlig.

Utbildningsansvarig på vårdcentralen

Vid samtliga ordinarie vårdcentraler finns en utbildningsansvarig distriktsläkare. Denne ska lägga schema för studenternas praktik, informera kollegor om målen med praktiken, och – inte minst – inspirera och motivera kollegor och personal för studenternas utbildning.

– Våra handledare på vårdcentralerna gör ett mycket bra jobb, säger Anders.

– Ytterligare två distriktsläkare är knutna till denna termin som terminsassistenter. Det är Anders Beckman och Annika Pahlmblad.

– Den insats som vi gör tillsammans kommer att vara till godo för alla studenter ur utbildningssynpunkt, men den kommer antagligen också att bidra till en ökad rekrytering på sikt!

Casemetodik

Studenterna varvar veckan på vårdcentral med en vecka med föreläsningar och gruppseminarier.

Läkarutbildningen vid Lunds universitet har infört casemetodik som metod vid falldiskussioner, där såväl vanliga och viktiga sjukdomstillstånd – som förebyggande arbete och försäkringsmedicinska frågor – avhandlas.

– Casemetodiken är en studentaktiverande arbetsform, där man på ett strukturerat sätt diskuterar igenom diagnostik och behandling av olika fall, förklarar Anders.

– Det är ett mycket uppskattat inslag i utbildningen och fallen utgår från ett primärvårdsperspektiv.

Samtalsmetodik

Under de fyra veckorna på vårdcentral ska de studerande videospela minst en konsultation som sedan visas och diskuteras under ett gruppseminarium.

Inom läkarutbildningen vid Lunds universitet har man redan tidigare under utbildningen lagt stor vikt på samtalsmetodik.

– Vi har också haft kurser – fyra gånger – i konsultationsmetodik för distriktsläkare i regionen. Kursen är på en vecka och bedrivs i internatform fortsätter Anders.

– Det rör sig om ett 120-tal läkare i Skåne. Deltagarna är i princip de som är våra handledare på vårdcentralerna och ibland även deras kollegor. Även andra specialister har deltagit i våra kurser.

Tenta på romanfigur

En annan detalj som rönt uppmärksamhet, är att man i den s.k. MEQ-skrivningen (Modified Essay Questions) som avslutar terminen, har använt sig av ett skönlitterärt verk.

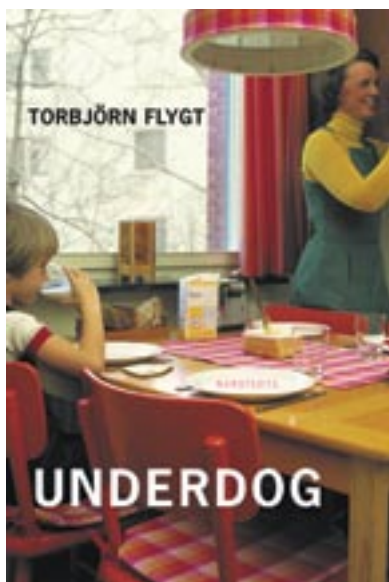
Det är bakgrundsmiljö och persongalleri till frågornas fallbeskrivningar man hämtar från boken – som alltså alla studenter bör ha läst före tentan.

Idén slog väl ut. Studenterna tyckte det var ett positivt inslag i tentan. Vinsten är att ett skrivningsfall inte bara handlade om en ”kvinna 48 år”, utan om en människa med bakgrund, känslor och sociala relationer – en person som bokens läsare fått känna.

2002 delade man ut boken *Underdog* av författaren Torbjörn Flygt. Till och med författaren själv sade efteråt att det var ”med stor förtjusning som han läste tentamen”, och att han ”själv

lärde känna mina romanfigurer igen, lärde känna dem på ett annat sätt, fick en annan slags förståelse för dem och deras handlingar”.

Man har fortsatt på den inslagna vägen, och för varje ny termin har man letat fram en aktuell svensk roman.



Romanfigurer ger liv åt patientfallen i tentamen.

Allmänmedicinaren jämbördig aktör

Ser det då ut på samma sätt vid alla läkarutbildningar runt om i Sverige?

Anders påminner om att – som vi redan konstaterat – så är universiteten fristående, och lägger själva upp utbildningen som de vill.

– Därför ser det lite olika ut. Traditionerna väger olika på olika platser. I Linköping började man från ”scratch”. Det är det yngsta universitetet – och det har inneburit att primärvården är väldigt engagerad i utbildningen.

– I Uppsala är det på gång att allmänläkarna ska engageras mer i utbildningen. Det är en stor utmaning för primärvården där.

Anders tillägger dock att han tror att Lund ligger bra till i jämförelse med de övriga universiteten.

– De engagerade kollegor jag träffar på inom all läkarutbildning behandlar

allmänmedicinaren som en jämbördig aktör, säger han.

Disputation på distans

Anders tillägger att han tror att redan provinsialläkaren var en professionellt erkänd figur.

– Kanske det blev en liten förändring i den attityden direkt efter att man avskaffade dem, men så är det inte längre, anser han.

– Utvecklingen med professorer i allmänmedicin – som började här i Skåne på vårdcentralen i Dalby utanför Malmö med Bengt Scherstén – har betytt mycket.

Det var just på Dalby vårdcentral som Anders själv disputerade om mödrahälsovård 1989. Innan dess hade han efter avslutade medicinstudier i Lund först gjort AT och FV i Växjö, och sedan arbetat som distriktsläkare och chef för vårdcentralen Teleborg i Växjö.

En bland många

Till Malmö kom Anders som universitetslektor 1996. Professor i allmänmedicin blev han 2003.

Han har alltså en gedigen bakgrund både från primärvård och universitet och kan därför anses ha ett bra underlag för sin åsikt att allmänmedicinens status idag är fullt jämförbar med andra specialiteter.

– I utbildningen är det självklart att vi är en av alla specialiteter – en bland många, summerar han.

– Jag tror att det vi gör här under utbildningen kommer att sätta spår framöver: Att fler väljer att bli specialist i allmänmedicin.

Fast egentligen tycker han inte om benämningen specialist i allmänmedicin.

– Vi får kalla oss det, för det går hem bättre i dagens läge. Men jag tycker egentligen att det är finare att kalla sig för generalist – det är större och friare, avslutar Anders Håkansson.

PER LUNDBLAD

Nytt från styrelsen

DLFs ordförandekonferens och fullmäktigemöte 2006

Ordförandekonferensen och fullmäktigemötet 2006 äger rum i Spårvagnshallarna den 20 och 21 april.

Huvudämnen vid ordförandekonferensen blir rekrytering av allmänläkare samt DLFs fortsatta strategi beträffande förslaget till Nationellt Familjeläkarsystem.

Inflytelserika politiker kommer att bevista delar av både ordförandekonferens och fullmäktigemöte och det kommer att finnas goda möjligheter till diskussion och information.

Av stort intresse är att få belyst hur tillgänglighet och vårdgaranti kommer att utvecklas mot bakgrund av den prognostiserade utvecklingen av antalet specialister i allmänmedicin.

DLFs styrelse hoppas därför att lokalavdelningarna ställer upp med så många representanter som möjligt.

Kan dessutom lokalavdelningarna bidra med information om hur prognoserna ser ut beträffande rekryteringssituationen och nettotillskott av specialister i allmänmedicin i sina respektive områden vore det mycket värdefullt.

Rekrytering av specialister i allmänmedicin

Statsmakternas mål för läkartätheten i primärvården är att det senast år 2008 skall finnas 6 000 specialister i allmänmedicin.

Läkarförbundets mål är att det skall finnas 1 heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per högst 1 500 invånare senast år 2010.

Syftet med denna bemanningsnivå är att primärvården skall kunna erbjuda befolkningen en servicenivå med hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet.

Emellertid visar analyser som DLFs styrelse har gjort att nettotillskottet spe-

cialister i allmänmedicin de sista 10 åren varit mycket lågt.

Fammi (Familjemedicinska institutet) fann i en noggrann kartläggning år 2004 att utvecklingen stått still sedan 2001.

Både DLFs och Fammis analyser pekar på att det inte finns mer än drygt 3 900 allmänläkare omräknat till heltid ute i verksamheten.

DLFs styrelse har granskat en lång rad dokument, bland andra Socialstyrelsens rapporter och prognoser gjorda av SKL (Sveriges Kommuner och Lands-ting). I Socialstyrelsens statistik har inget år mellan 1995 och 2003 gett ett tillskott av specialister i allmänmedicin i nivå med SKLs prognoser.

En av orsakerna till utvecklingen är sannolikt att avgångarna från arbetslivet har tagit fart de sista åren. Detta syns såväl i den fackliga statistiken som i Socialstyrelsens rapporter.

I åldrarna från 57 till 64 år är det fler som är medlemmar i DLF än som är verksamma i hälso- och sjukvården enligt Socialstyrelsens statistik.

En väsentlig facklig fråga som måste besvaras är huruvida en otillfredsställande arbetsmiljö är orsaken till att många lämnar arbetslivet i förtid.

Styrelsen kommer att i samarbete med SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) också kartlägga det förväntade utfallet av pågående ST-tjänster i allmänmedicin.

Rekryteringsfrågan kommer samtidigt att lyftas till Läkarförbundet

DLFs styrelse anser det mycket viktigt att få fram sanningen om nettoutvecklingen av specialister i allmänmedicin. Under alltför lång tid har beslutsfattare inom hälso- och sjukvården arbetat med för höga siffror.

Det måste vara ett oavvisligt krav att det antal läkartimmar i allmänmedicin som invånarna behöver skall räknas



Kerstin Ermebrant

utifrån invånarnas reella behov och med inriktning på bästa möjliga sjukvårdsekonomi. Beräkningarna måste utmytna i ett antal tjänster – heltid. Och det skall finnas allmänläkare att bemanna tjänsterna med.

Uppdragsgivarna måste också ha klart för sig prislappen i läkartimmar på alla de uppgifter som ingår i allmänläkarens uppdrag samt att arbetsveckan är 40 timmar minus de pauser läkaren enligt arbetstidslagen har rätt till.

Nationellt familjeläkarsystem (Protos)

I det fortsatta arbetet med Protos är det värdefullt att undersöka invånarnas inställning till ett familjeläkarsystem. En mindre arbetsgrupp inom styrelsen har satt samman ett begränsat antal frågor att ställa till ett statistiskt godtagbart urval invånare.

Frågorna avser bland annat kartläggning av kunskapen om landstingens skyldighet att erbjuda varje invånare en fast läkare med specialitet i allmänmedicin, huruvida sådan de facto har erbjudits och om i så fall kontinuitet kunnat bibehållas. Vidare efterfrågas invånarnas inställning till att ha en fast personlig läkare.

Arbetet med Team-Protos löper vidare i SACO-Vård. De olika yrkeskategorierna kommer att beskriva sina respektive uppdrag på liknande sätt som DLF gjort i sitt förslag till Nationellt familjeläkarsystem. ☺

Sjukvårdspolitik

Läkarförbundet presenterade 2004 programmet "Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur". Nu har förbundets sjukvårdspolitiska arbetsgrupp – i vilken DLFs styrelse är representerad – vidareutvecklat sina tankar i "Framtidens närsjukvård – finansiering, styrning och struktur". Delföreningarna får ge sina synpunkter på programmet i en remissrunda innan det presenteras externt.

DLFs ställningstaganden i Protos är väl bevarade i detta förbundets förslag till närsjukvårdsprogram.

Förhandlingsfrågor

Läkarförbundets förhandlingsdelegation har en analysgrupp som har utvärderat avtalsrörelsen. Gruppens rapport skall vara klar i mars. Intressanta frågor är bland andra hur förbundets ganska detaljerade yrkanden kontra arbetsgivarens mindre detaljerade kan påverka skeendet under avtalsperioden.

Arbetsmiljö

Ett antal konferenser om FAS 05 (Förnyelse, Arbetsmiljö och Samverkan i kommuner, landsting och regioner) drar igång i slutet av mars. Konferenserna kommer att omfatta hela landet och pågår till slutet av september.

FAS 05 är ett centralt avtal tecknat våren 2005 med syfte att bland annat förbättra arbetsmiljö och arbetsklimat.

Konferenserna riktar sig framför allt

till dem som driver eller ska utveckla samverkans- och arbetsmiljöarbetet i uppdragsgivarnas verksamhet.

Representanter för arbetsgivare och fackliga förtroendevalda från samma organisation förutsätts delta vid samma konferenstillfälle. Det är viktigt att även politiker deltar.

Omorganisationer pågår ute i landet. På vissa håll byggs helt nya vårdenheter upp i primärvården.

DLFs styrelse vill påminna om vikten att tillvarata möjligheten att få chefer som är läkare på sådana enheter likväl som att tillse att alla enheter får skyddsombud som är läkare.

Utbildning

Provinsiälläkarfondens kurser fick färre sökande i den senaste ansökningsomgången. Detta är oroande och kan leda till att någon eller några kurser måste ställas in. Kurserna annonserades på IPULS' (Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige) hemsida, på DLFs hemsida och mail skickades dessutom till alla med känd e-mailadress. Däremot skickades inte som tidigare brev med vanlig post.

DLFs representanter i Provisiälläkarstiftelsens styrelse kommer att begära att konsekvenserna av detta följs upp.

Den populäraste kursen var denna gång liksom tidigare "Allmänläkaren och funktionell datoranvändning".

KERSTIN ERMEBRANT

Om jag blir anmäld...!

Antalet anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (=HSAN) har ökat kraftigt under de senaste åren. Risken för att bli anmäld en eller flera gånger under ett yrkesverksamt liv som läkare är således påtaglig.

Som medlem i Sveriges Läkarförbund har Du möjlighet att få råd och hjälp i anmälningsärenden.

Skulle du bli anmäld, ring Läkarförbundet!

08-790 33 00

Det finns även en broschyr "Om jag blir anmäld" som du kan få från Läkarförbundet.

Styrelsen

Fadderlista

till styrelsemedlemmarna i DLF

Kontaktperson	Lokalavdelning
Sven-Axel Andersson sven-axel.andersson@mailbox. swipnet.se	Värmland Gävleborg Dalarna
Maria Dalemar maria.dalemar@svdlf.se	Fyrbodal Skaraborg Göteborg
Kerstin Ermebrant kl.ermembrant@tele2.se	Jämtland Norrbotten Västerbotten Västernorrland
Runa Liedén-Karlsson runalk@ltkalmar.se	Gotland Kalmar Jönköping Östergötland
Anders Nilsson anders.folke.nilsson@telia.com	Uppsala Stockholm Västmanland Södermanland
Christer Olofsson christer.olofsson@ltblekinge.se	Kronoberg Blekinge Halland
Ann-Christine Sjöblom ann-christine.sjoblom@sll.se	Södra Bohus Älvsborgs Södra Örebro
Benny Ståhlberg benny.stahlberg@svdlf.se	Mellersta Skåne Nordvästra Skåne Östra Skåne Sydvästra Skåne



Anmälan av E-mailadress

Om du inte anmält din E-mailadress till Läkarförbundet, gör det genom att skicka ett mail till: anne-marie.johansson@sll.se eller gå in på Läkarförbundets hemsida: www.sllf.se



Det finns en uppsjö olika länksamlingar på Internet. En sådan är helt enkelt en Internetsida som har länkar till andra Internetsidor. Dessa länksamlingar kan vara av mycket skiftande kvalitet – både när det gäller kvaliteten på länkarna den innehåller, och hur ofta de uppdateras. En av de allra bästa är Mölnåls Stadsbiblioteks länksamling – där man ordnat länkarna efter innehåll, och presenterar dem dessutom enligt samma ordning som man sorterar böcker på ett bibliotek.

Ett bibliotek i cyberrymden

Signum

Man skriver in adressen www.molndal.se/bibl i sin webbläsare. Vi kommer då till startsidan (se bilden ovan).

Här finns en uppdaterad förteckning med mer än 20 000 (!) länkar till olika sidor på Internet. Man strävar dessutom efter att ha ett kvalitetsurval på dessa länkar.

Länkarna är ämnesindelade, och indelningen följer svensk biblioteksstandard. Det betyder att de är ordnade i ett system som är hierarkiskt uppbyggt med huvudavdelningar som var och en betecknas med en bokstav, skriven med versal – ett s.k. *signum*. Bokstaven U står för *Naturvetenskap* och bokstaven V för *Medicin*, för att ta två exempel. Systemet kallas även för SAB-systemet.

Under denna bokstav följer sedan en finfördelning i ämnen där bokstavskoden byggs ut med gemener. T.ex. *Vna* som står för *Sambällsmedicin* och *Socialmedicin*, och *Vnab* som står för *Rehabilitering*.

Precis som på biblioteket, alltså! Fördelen med att använda detta system är att det är så välkänt och att det har utformats under många år. Det innebär att det är heltäckande så att varje ämne kan placeras in i schemat.

Sök signum på Kungliga Biblioteket

Om man vill ta reda på under vilket signum man ska söka efter ett ämnesord, kan man göra en sökning på Kungliga bibliotekets webbplats www.amnesord.kb.se

Här finns en sökfunktion där man kan skriva in ett ämnesord, och sedan få reda på SAB-koden (som alltså är samma sak som signum) man ska leta under.

En direktlänk till denna sida finner man om man klickar på **Hitta signum med "Svenska ämnesord"** i högerspalten på länksamlingens startside.

Ett exempel: Vi skriver in *acetylsalicylsyra* i rutan vid ämnesord och klickar sedan på **Sök**.

Vi får då ett resultat som visar att signum för detta ämnesord är under **Vd** (som står för *Farmakologi*).

Ämnesord	SAS-kod	System
Acetylsalicylsyra	Vd	SAO

Huvudavdelning – underavdelning – webbsida

På startsidan ligger alla huvudavdelningarna i mittspalten. De står naturligtvis i bokstavsordning, med bokstaven **A** (*Bok- och Biblioteksväsen*) längst upp. För att ta oss till **V** (*Medicin*) får vi alltså rulla oss nedåt på sidan.



Så här ser det ut när kommit fram. Här ser vi de olika underkategorierna som finns under **V**. För att ta oss till **Vd** klickar vi på översta länken **Va – Vd Icke kliniska discipliner**.

Nu kommer vi till en ny sida som börjar med **Vaa** (*Medicinsk genetik*) så vi rullar oss nedåt tills vi kommer till **Vd**.

Så här ser samlingen ut:



Vi ser här endast början av själva länksamlingen. Vid tidpunkten för vårt besök fanns det sammanlagt 29 länkar.

Finner vi någon som verkar intressant, behöver vi bara klicka på den. Då lämnar vi Mölndals Stadsbibliotek och hamnar istället på den Internetsida som länken beskriver.

Vi klickar i detta exempel på **Läkemedelsförmånsnämnden**, och här ser vi den övre delen av den sida vi kommer till:

Ett klick på bakåtknappen i webbläsaren tar oss tillbaka till länksamlingen igen. Tänk bara på att om man börjar klicka sig runt på den hemsidan ute på nätet man kommit till, kan det bli många "bakåtklick" man får göra för att komma tillbaka till länksamlingen. Det är därför en god idé att se till



att man lägger Mölndals Stadsbibliotek i sin Favoritmeny – då kan man ju nå startsidan med ett enda klick där!

Hundratals länkar

Vi återvänder till bokstaven **V** på startsidans mittspalt:

Här ser vi endast början av förteckningen. Ordet **MEDICIN** längst upp är också klickbart.



Här förs vi till den fullständiga förteckningen över innehållet under **V**, det vi ser på startsidan är ett sammandrag.

Så här ser den ut. Vi ser bara den övre delen av sammanställningen, i sin fulla längd innehåller den 26 underrubriker.

Direkt under följer sedan dessa underrubriker i bokstavsordning igen – nu med sina respektive länkar ut på Internet. Det finns hundratals länkar under **V**.



Länkarna är i förekommande fall presenterade tillsammans med olika symboler. Svensk, norsk eller dansk flagga indikerar att webbplatsen är på något av dessa språk. Språket för övriga är nästan undantagslöst engelska.

Andra symboler som används är stjärna för särskilt bra webbplats, en nyckel betecknar webbplats som kräver lösenord och man markerar också nya länkar.

Här ett exempel: Vi kan alltså se att denna länk är ny, och att webbplatsen är på svenska.



Den osynliga webben

Det är alltså enkelt att snabbt orientera sig och finna länkar till intressanta webbplatser via katalogen. En fördel med att söka efter information på Mölndals Stadsbiblioteks länksamling är naturligtvis att länkarna är kvalitetsgranskade – vilket aldrig är fallet när man söker i en sökmotor.

Men det finns en annan anledning till att inte bara förlita sig på sökmotorer, som t.ex. Google eller AltaVista. Man missar då det som brukar kallas för "Den osynliga webben". Uttrycket kräver en närmare förklaring.

För att illustrera gör vi först en sökning för att få fram telefonnummer och adress på undertecknad via www.eniro.se

Namn/telefoner/mobilnr	Gatuadress/område	
Per Lundblad	Göteborg	Sök

Sökningen resulterar i ett antal träffar. Vi ser en av dem här:

Per Lundblad
Tel 031-210655
Åkernsg. 7, 416 53 GÖTEBORG

Webbplatsen har indexerat alla Sveriges telefonkataloger och lagt dem i en databas. Genom att kombinera för- och efternamn samt stad har vi fått fram bl.a. detta resultat.

Svarsresultatet skapas dynamiskt varje gång man söker, och det skickas till den dator som utfört sökningen. Det sparas inte någonstans, så det är inte statiskt och kan därför inte hittas av sökmotorerna.

Vill man söka efter telefonnummer kan man alltså *inte* göra det via Google, utan istället använda Eniros telefonkatalog. (Undantaget från denna regel är naturligtvis företag eller vissa privatpersoner som har egna hemsidor på Internet där telefonnummer kan stå.)

Därför är resultatet av Eniros sök på Per Lundblad en del av "Den osynliga webben" – som på engelska är känt som *The Invisible Web*.

Sammanställning av databaser

Dessa informationsdatabaser har fått en allt större betydelse och ökad användning på Internet. På Mölndals stadsbibliotek har man samlat ett antal sådana databaser på en särskild sida som heter **Kvickref**. Man når den enkelt med ett musklick från startsidans högerspalt.

Kvickref
De viktigaste informationsdatabaserna samlade på en sida

Så här ser sidan ut, vi ser bara den övre delen:

KVICKREF - Informationsdatabaser
En del av den osynliga webben

Allmänna uppslagsverk Encyclopædia Britannica Nationalencyklopedin Nordisk familjebok Information Please Nobelpriset	Genealogi och biografi SVAR Biography.com Svenskt biografiskt handlexikon Hus och hem HemNet - Lediga bostäder Livsmöjligheter Flowerweb Konsumentverket Kommunikationer	Språk Akademiens Ordbok Cambridge Dictionaries Ethnologue Lexis lexikon Svenska datatermgruppen Sverige Sverige Direkt Regeringskansliet Lagrummet - rättsinformation
--	--	---

Totalt finns här 99 länkar till olika databaser – vars innehåll alltså inte kan nås via sökmotorerna. Här ser vi de som presenteras under rubriken Medicin:

Medicin
Apoteket
FASS.se
Infomedica
MARS
MEDLINEplus
PION patientinformation

Det finns fler kriterier som håller sökmotorerna borta från vissa webbsidor. Vill man veta mer om **Den osynliga webben** kan man klicka på den här länken i högerspalten på startsidan.

Fantastisk resurs

Sammantaget är alltså Mölndals Stadsbibliotek länksamling en smutt ovärderlig resurs när vi ska söka efter information på Internet.

Den är enkel att navigera, och på alla sidor i katalogen finns i vänsterspalten en meny från vilken man kan nå alla andra huvudavdelningar.

Man kan söka i huvudkategorierna med hjälp av Google efter olika ord, och startsidan har också ett sökfält till Googles vanliga Internetsökmotor.

I den här artikeln har vi under vårt besök på detta bibliotek i cyberrymden av naturliga skäl uppehållit oss vid "hyllan" för medicin, men här finns oändligt mycket mer att upptäcka. Så surfa snarast till Mölndals Stadsbiblioteks länksamling och lägg in samlingen i Favoritmenyn.

PER LUNDBLAD

 **www.svdlf.se**

Du är alltid välkommen till Distriktsläkarföreningens 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.

DLFs verksamhetsberättelse för 2005

Distriktsläkarföreningens verksamhetsberättelse för år 2005 finns i sin helhet på vår hemsida www.svdlf.se Här följer en sammanfattning.



Aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor

Protos

Under året har det fortsatta arbetet med förslaget till nationellt familjeläkarprogram haft två huvudspår. Fortsatt lobbyarbete för att förankra förslaget, i första hand riktat mot externa intressenter. Ett annat spår har varit deltagande i det samarbete som Läkarförbundet har med övriga SACO vårdförbund med ambitionen att kunna erbjuda ett "samlat" primärvårdskoncept. För styrelsen och Protos-gruppen har det varit viktigt att samarbetet med SACO vårdförbund inte leder till att grundtankarna i Protos-konceptet kullkastas. Ett viktigt syfte med samarbetet är att ett gemensamt förslag, som omfattar många yrkesgrupper, har potential att ge en betydligt ökad politisk tyngd.

Läkarförbundets presidium har träffat Ansvarsutredningen och Vård- och äldreomsorgsministern och då har bland annat Protos berörts.

Ledamöter i DLFs centrala styrelse har deltagit vid ett flertal lokala medlemsmöten under 2005 och diskuterat och informerat om Protos-förslaget.

DLF avser att

- i samarbete med Protos-gruppen fortsätta arbeta för att få till stånd en

försöksverksamhet enligt de principer som finns beskrivna i förslaget till nationellt familjeläkarprogram. DLF kommer vidare att delta i det fortsatta samarbetet med SACO vårdförbund med målsättningen att ta fram ett Team-Protos-förslag. Förnyade samtal med SKL planeras. Ett samlat Team-Protos kan underlätta en försöksverksamhet men DLFs bedömning är att stöd från Socialdepartementet krävs för att få till stånd detta.

Rekrytering av specialister i allmänmedicin

DLFs styrelse har tagit fram statistik och annan information om tillgången på specialister i allmänmedicin. Statsmakternas mål är 6 000 allmänläkare år 2008. Läkarförbundets mål är en heltids allmänläkare per 1 500 invånare senast år 2010.

I det material styrelsen granskar finns tydliga indikationer på att nettoutvecklingen är oroande. Åldersfördelningen är skev och många har slutat i förtid. Risken finns att det inte sker någon tillväxt de närmaste 15–20 åren. Avgångarna kan bli så höga att specialistutbildningsnivån inte räcker till.

Styrelsens kartläggning värderar bl.a. medlemsutveckling, facklig anslutningsgrad, tjänstgöringsgrad, specialister i allmänmedicin i annan verksamhet och utfallet av ST-tjänster. Siffror som presenterats av uppdragsgivare och Socialstyrelsen ligger betydligt högre och det är därför av stor vikt att den sanna nettoutvecklingen av de allmänmedicinska specialisterna redovisas. Styrelsen går vidare med att ta fram ytterligare material.

DLF avser att

- fortsätta sin kartläggning av nettoutvecklingen av specialister i allmänme-

dicin och rekryteringssituationen inför upplägg av förslag till åtgärder.

Sjukskrivning

Sjukskrivningsfrågan har varit aktuell i olika sammanhang under 2005. Läkarförbundet har antagit ett policyprogram "Sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen". I den arbetsgrupp som utarbetade programmet var DLF representerat som förening samtidigt som vi var ytterligare två allmänläkare i gruppen. De synpunkter som vi tidigare lyft fram om exempelvis mer tid för att kunna sjukskriva på ett bra sätt, och möjligheterna för distriktsläkaren att avsluta sitt sjukskrivningsåtagande när alla medicinska insatser är färdiga finns med i policyprogrammet. I rapporten beskrivs även det faktum att sjukskrivningarna har blivit ett betydande arbetsmiljöproblem för oss i primärvården. Frågan behöver således diskuteras ytterligare. Att sjukskrivningarna upplevs som ett problem beror till stor del på bristen på distriktsläkare i primärvården. Mer resurser skulle med stor säkerhet minska frustrationen och upplevelsen av att vi inte riktigt hinner med att göra bra bedömningar vid sjukskrivning.

DLF avser att

- fortsatt följa upp frågan med sjukskrivningar.

Läkemedelsrådet

Arbetet har under detta verksamhetsår präglats av diskussionerna kring för- och nackdelar med generisk förskrivning. Förbundet har efter remissförfarande tagit ställning för möjligheten till generisk förskrivning, vilket är mycket positivt för Distriktsläkarföreningen eftersom vi tidigt tagit ställning för detta. Det andra stora arbetet har varit att ta fram ett nytt läkemedelspolitiskt program. ☺

DLF avser att

- fortsätta att bevaka läkemedelsfrågorna i läkemedelsrådet,
- aktivt delta i arbetet med ett nytt läkemedelspolitiskt program.

Allmänläkare som chef

Styrelsen har arbetat med frågan hur vi skall lyckas få fler allmänläkare att bli intresserade av att vara ledare och chef. Frågan har diskuterats vid olika sammankomster, senast vid det fackliga seminariet, och ett dokument har arbetats fram till stöd för den som är intresserad av att gå in i ett sådant uppdrag. För att dokumentet skall få så stor spridning som möjligt har det förutom diskussion på fackligt seminarium presenterats i tidningen *Distriktsläkaren* och finns att läsa på hemsidan.

DLF avser att

- verka för att fler allmänläkare blir intresserade av och får förutsättningar för att verka som chefer och ledare i vården.



Aktuella fackliga frågor

Förhandlingsfrågor

I början av året pågick 2005 års avtalsförhandlingar och ett nytt avtal kunde tecknas 31 mars. Det mest förvånande med avtalsrörelsen var att arbetsgivarparten inte hade något intresse att diskutera arbetstidsfrågor med anledning av nya bestämmelser i Arbetstidslagen från 1 juli 2005.

De lokala löneöversyner som slutförts under året har landat på nivåer kring 2%, de flesta något över, men i vissa fall strax under den nivån. I vissa fall har man överenskommit om 2-års avtal med ett utfall kring 4%. I samband med löneöversynen har åtminstone ett lokalt avtal

om förbättrad beredskapsersättning tillkommit.

Allmänna bestämmelser har varit föremål för en omfattande översyn under hela föregående avtalsperiod, men det fanns kvarvarande frågor som avhandlades i den centrala avtalsrörelsen 2005. Strukturen har ändrats med ny kapitel- och paragrafindelning. Dessutom har språkliga och redaktionella ändringar gjorts. Allt för att öka tydligheten och överskådligheten. En viktig ändring är att huvudregeln vid avstängning är att den anställde får behålla sin lön. Andra nyheter är att föräldrapenningtillägget betalas ut en gång per födsel istället för två och att möjlighet införts att komma överens om tidsbegränsad anställning med den som har ålderspension. I avtalet har också införts en så kallad portalparagraf där möjligheterna att träffa lokala och individuella lösningar lyfts fram.

Under hösten 2005 har förhandlingar om ett nytt pensionsavtal på kommunala sektorn kunnat slutföras.

EUs arbetstidsdirektiv är nu fullt ut inarbetade i Arbetstidslagen och gäller från 1 juli 2005 med övergångstid fram till 1 januari 2007 i vissa fall. Arbetstidsfrågorna blev inte en del av avtalsrörelsen som tidigare påpekats. Framför allt kommer det att bli problem med att tillämpa 11-timmars regeln och då särskilt för läkare i beredskap. I nuläget måste problematiken lösas lokalt och lokalt kollektivavtal om avsteg från 11-timmars regeln kan behövas för att klara vissa verksamheter. Förhandlingsavdelningen har under året tagit fram underlag/vägledning som skickats ut till lokalföreningarna och som beskriver vad man bör tänka på och hur förbundet ser på problematiken.

DLF avser att

- via representation i FD särskilt bevaka och aktivt arbeta med förhandlingsfrågor relaterade till arbetsmiljö, löner och förändring av lagstiftning om arbetstider.



Arbetsmiljöfrågor

Arbetsliv

Läkarförbundet har använt begreppet *arbetsliv* – arbetslivsfrågor – vilket indikerar ett vidare fält än den rent fysiska arbetsmiljön som ofta kommer i åtanke när begreppet arbetsmiljö används.

Arbetsmiljön för Sveriges distriktsläkare är ett mycket stort problem. Distriktsläkarna har ringa inflytande över sin vardag och verksamhetens mål. Dessutom arbetar de under orimlig tidspress vilket bl.a. framkommit i flera enkäter som Läkarförbundet låtit göra under de senaste åren.

ALG är en arbetsgrupp tillsatt av Läkarförbundets centralstyrelse. Direktiven till arbetslivsgruppen är att fastställa målsättning för och över tiden ange inriktning på arbetslivsarbetet inom Sveriges läkarförbund. Gruppen skall initiera projekt och aktiviteter inom såväl den egna organisationen som i förhållande till externa enheter t.ex. forskningsgrupper och arbetsgivare. Gruppen skall ha ett övergripande ansvar för förbundets aktiviteter inom arbetslivsområdet. DLFs styrelse har varit representerad i ALG till och med augusti 2005. Efter denna tidpunkt är en ledamot adjungerad till ALG.

Styrelsen har aktualiserat distriktsläkarnas arbetsmiljöproblem i ALG. Styrelsen har vid flera tillfällen hanterat arbetsmiljöfrågorna inom ALG där det även finns juridisk kompetens inom området. Frågan om stafettläkarnas arbetsmiljö har styrelsen lyft i ALG.

Såväl DLFs styrelse som ALG har följt olika arbetsmiljöärenden som varit aktuella hos arbetsmiljöinspektionen. Grundinställningen är att vid neddragningar skall en konsekvensanalys ➤

av arbetsmiljöeffekterna göras innan en neddragning verkställs.

DLF avser att

- fortsatt intensivt arbeta med att förbättra distriktsläkarnas arbetsmiljö genom att arbeta för tillräckliga resurser bl.a. i form av läkarbemanning i förhållande till uppgifterna, inte minst är detta viktigt i det fortsatta Protosarbetet,
- arbeta för ökat inflytande över den egna arbetsdagen och ett arbetsliv som bättre än idag tillvaratar den enskilde läkarens kompetens i varierande skiften av livet,
- fortsätta att arbeta inom Läkarförbundets arbetslivsgrupp med arbetsmiljöfrågorna,
- arbeta för att allmänläkarna får allt fler skyddsombud som är läkare ute i verksamheten.



Utbildning och forskning

Grundutbildning

Core curriculum

Det pågår stora förändringar av den medicinska grundutbildningens kursupplägg. Möjligheten att välja fria kurser s.k. selektives har ökat. Risker med detta är att det dels kan urholka kvalitén på utbildningen och försvåra att byta studieort. Frågan har tagits upp vid möten med fakulteterna.

Vidareutbildning

Beslut om ny **specialitetsindelning** har fattats under året av regeringen.

Ett Nationellt råd för specialiserings-tjänstgöring kommer att inrättas under våren 2006 och där kommer en ledamot att representera Läkarförbundet. Läkarförbundet har länge pekat på vikten av att arbetet med de nya målbeskrivning-

arna inleds och ser nu fram emot att tillsammans med specialitetsföreningarna stödja det Nationella rådet och Socialstyrelsen i ett sådant arbete.

Meriter från forskarutbildning ska få tillgodoräknas i specialiseringstjänstgöring. En förutsättning är dock att kvaliteten i specialiseringstjänstgöring bibehålls.

Folder om **utlandstjänstgöring** under ST har gjorts klar under året.

Fortbildning

Resultatet av den **fortbildningsenkät** som genomförts under november 2004 har presenterats av UFO. Undersökningens syfte är att följa utvecklingen under ett antal år framöver och den undersökning som nu genomförts är en första referenspunkt. Resultatet visar att läkarna får betydligt mindre fortbildning, såväl externt som internt, jämfört med de rekommendationer som Läkarförbundet gett. Resultatet visar också att den andel som finansierats av läkemedelsindustrin var lägre än det många hade förväntat sig.

Utbildningsguiden ett samarbete mellan Läkarförbundet och Läkaresällskapet.

För att kunna garantera en hög kompetens hos läkarkåren bör kvalitetssäkring ske. Läkarnas grundutbildning, fort- och vidareutbildning samt lärandemiljö bör granskas kontinuerligt. Därför har ett förslag om ett interaktivt dokumentationsverktyg vuxit fram där den enskilde läkaren ska kunna dokumentera sina fortbildningsplaner och genomförda utbildningsaktiviteter. Utbildningsbok för ST och AT är också tänkta att inlemmas i denna guide.

I denna bör finnas en Kompetensportfölj med möjlighet för medlemmar att skapa ett elektroniskt bibliotek där alla dokument som rör den enskilde läkarens professionella utveckling ska kunna arkiveras. En grundförutsättning för detta är att fullt insynskydd garanteras.

Guiden blir en viktig del av ett kvalitetssäkringssystem där man visar att

läkaren tar ansvar för patientsäkerhet och medicinsk kunskapsutveckling.

DLF avser att

- fortsätta verka för att allmänläkarna har tillgång till garanterad fortbildning och att denna skall ingå som del i allmänläkarnas vardag.



Forskning

Den **forskningspolitiska propositionen** har lanserats under året, men är (ännu) inte antagen. Den har fått ett positivt mottagande. Den ger en bra bakgrundsbeskrivning, men är också ett uttalat politiskt dokument.

Politiken visas tydligt i följande prioriterade forskningsområden:

1. Forskning om barns hälsa i ett samhällsperspektiv.
2. Kultur för hälsa.
3. Forskning om ohälsa och sjukfrånvaro.
4. Forskning om övervikt, kost och fysisk aktivitet.
5. Forskning om komplementär och alternativ medicin.
6. Forskning om elektromagnetiska fält.

Uppdatering av det forskningspolitiska programmet

Ett reviderat förslag beräknas vara klart till UFO/ULF-mötet i april 2006. Grundförutsättningar för arbetet är att läkares forskning skall fokuseras och inte som tidigare den medicinska forskningen.

DLF avser att

- verka för att allmänläkarna på ett annat sätt än tidigare skall ha möjlighet till forskning i sitt uppdrag.
- fortsätta verka för att allmänläkarna har tillgång till garanterad fortbildning

och att detta skall ingå som en del i allmänläkarens vardag,

- arbeta för att allmänläkaren på ett helt annat sätt än tidigare skall ha möjlighet till forskning i sitt uppdrag.



Lokala kontakter

Ordförandekonferensen

Ordförandekonferensen genomfördes för sjätte gången och i anslutning till DLFs fullmäktigemöte. Huvudpunkter var det nya avtalet, rapport från Läkarförbundets sjukförsäkringspolitiska arbetsgrupp och lokalavdelningarnas egna rapporter.

DLF avser att

- fortsätta med ordförandekonferenserna.

DLFs fullmäktige

Vid genomgång av verksamhetsberättelsen var fullmäktigedelegerade särskilt aktiva i diskussionen kring avsnitten om Protos, avtalsrörelsen, arbetsmiljöfrågorna och sjukförsäkringspolitiken.

Två motioner behandlades. Den ena föreslog avgift från pensionärer till DLF. Pensionärer har kostnadsfritt medlemskap och DLF har inga kostnader för dem. Fullmäktige beslöt oförändrade förhållanden. Den andra motionen föreslog tillsättande av en arbetsgrupp för att penetrera vilka fackliga frågor som är mest centrala för medlemmarna. Fullmäktige beslöt enligt förslaget i styrelsens svar att bifalla motionens grundtanke och att starta med ett gruppmail till medlemmarna med ett antal konkreta viktiga frågor.

Fackligt seminarium

Traditionsenligt genomförde DLF sitt årliga fackliga seminarium i anslutning till styrelsens novembermöte. Bland

ämnena som diskuterades fanns sjukskrivningsproblematiken, arbetsmiljöfrågor, dimensioneringen av allmänläkare, hur man mäter prestationer, Protos och allmänläkaren som chef.

Inbjudne gästen Yves Salés, vice ordförande i P.L.O. (danska DLF) redovisade i ord och bild hur det danska familjeläkarsystemet fungerar. Dansarna är nöjda med sitt familjeläkarsystem. Fritt läkarval råder, listning sker och läkaren har rätt att stänga sin lista vid 1600 invånare. Konceptet är det klassiskt allmänmedicinska med ansvar från vaggan till graven.

DLF avser att

- fortsätta med det årliga fackliga seminariet då detta är ett uppskattat sätt att få närkontakt med lokalavdelningarna.

Medlemsmöten

DLFs styrelseledamöter har under året deltagit i ett antal lokala möten bland medlemmarna ute på fältet.

DLF avser att

- förutom vid stadseenligt fullmäktigemöte ombesörja att styrelsedelegerade så ofta som möjligt av medlemmarna deltar vid möten ute i lokalavdelningarna.



Internationella kontakter

UEMO

Sverige innehar presidentposten i allmänläkarnas europeiska fackliga organisation, UEMO, från år 2002. DLFs styrelse är representerad i ledningen för UEMO och en styrelseledamot finns med som representant för Sveriges läkar-

förbund vid UEMOs två årliga möten. Under år 2005 har UEMOs generalförsamling haft tvådagars möten i juni och oktober.

Vad är de viktigaste frågorna för allmänläkarna i Europa, just nu och under de närmaste åren? Resultatet av en undersökning under året bland UEMOs medlemsländer kan sammanfattas med att de tre viktigaste områdena berör rekrytering, allmänläkarens roll/åtagande och informationsteknologins användning och utveckling i hälso- och sjukvården. Dessa områden kommer särskilt att lyftas fram i UEMOs fortsatta arbete inom de europeiska läkarförbunden.

Det är i dagsläget ett 10-tal länder som erkänner allmänmedicin/familje- medicin som egen specialitet jämförbar med andra specialiteter.

I det korta perspektivet får UEMO arbeta vidare med specialistfrågan via nationell lobbying i de länder som inte erkänner allmänmedicin/familje- medicin som egen specialitet.

Först efter ett erkännande av allmän- medicin/familje- medicin som egen specialitet är det möjligt att gå vidare med vad som skall vara minimikrav för specialiteten avseende utbildningens innehåll och längd. I UEMO finns beslut om att vi skall sträva mot krav på fem års tjänstgöring för att erhålla specialistkompetens och att det på sikt också skall finnas krav på tjänstgöringens kvalitet och innehåll.



Information

Distriktsläkaren

Distriktsläkaren ges ut med 8 nummer /år. Utöver löpande rapporter från styrelsens arbete, fullmäktige och fackligt seminarium redovisas remissvar, poli- ➤

cydokument m.m. Viktiga händelser för allmänmedicinen bevakas, ofta i form av intervjuer samt reportage från lokalavdelningarnas arbete. IT-tips presenteras i varje nummer.

Möjligheten för enskilda medlemmar att tycka till via debattinlägg, korta synpunkter på den elektroniska anslagstavlan har tyvärr utnyttjats i mycket liten utsträckning.

Redaktörsbyte genomfördes från och med nummer 8/05.

DLF avser att

- fortsätta att producera en kostnadsfri medlemstidning med fokus på fackliga information,
- stimulera läsarna till ökad delaktighet i debatten i tidningen,
- via tidningen bevaka viktiga händelser för sjukvården med fokus på allmänläkarnas situation.

Ombudsmannabrev/Hemsidan

Efter varje styrelsemöte sammanfattas styrelsens löpande arbete i *Ombudsmannabrevet* som läggs ut på DLFs hemsida.

Via hemsidan förmedlas aktuell facklig information via bland annat *Ombudsmannabreven*. Provinsialläkarstiftelsens kurser tillkännages och det finns möjlighet till elektronisk anmälan till kurs. Verksamhetsberättelsen med tillhörande motioner/motionssvar finns tillgänglig.

DLF avser att

- fortsätta informera via *Ombudsmannabrevet* efter varje styrelsemöte.
- fortsätta arbeta med hemsidan med oförändrad inriktning.

Medlemsenkät

Vid DLFs fullmäktigemöte i april 2005 antogs en motionen där styrelsen fick i uppdrag att ta reda på medlemmarnas synpunkter i ett antal konkreta frågor utifrån motionens innehåll och den diskussion som fördes vid fullmäktigemö-

tet. Enkäten genomfördes i september i form av en webb-pejling med fem frågor via gruppmail till samtliga medlemmar där vi har tillgång till mail-adress. Sammanlagt svarade 360 medlemmar, 150 kvinnor och 210 män.

Resultatet av undersökningen har presenterats i samband med höstens fackliga seminarium och som en artikel i *Distriktsläkaren*.

De som besvarade enkäten upplevde de traditionella fackliga frågorna som viktigast, d.v.s. arbetsmiljö, lönefrågor och allmänläkarnas åtagande/uppdrag.

Nya arbetsformer/arbetsätt efterfrågas av hälften men lika stor grupp ansåg inte att detta är en angelägen fråga. En tredjedel framförde att lokala fackliga företrädare i ökad omfattning bör träffa medlemmarna ute på deras arbetsplatser. Många var positiva till att få ökad information via Internet/mail och att föreningen undersöker medlemmarnas åsikter i specifika frågor via mail/mot-svarande.

Stafettläkarenkät

Styrelsen har vid två tidigare tillfällen – 2000 samt 2001 – låtit genomföra en medlemsenkät för att undersöka omfattningen av stafettläkararbete bland medlemmarna och skälen till varför man arbetar som stafettläkare.

En identisk enkät med en påminnelse skickades ut till 10% av medlemmarna i början av januari 2005 och efterfrågade stafettläkararbete under år 2004. Svarefrekvensen var så hög som 87%.

Resultatet visar att denna gång är det 8% av DLFs medlemmar som arbetat som stafettläkare mot 16% 2001 och 13% 2000. Det har således skett en halvering av antalet stafettläkare bland våra medlemmar under de tre gångna åren.

Resultatet av enkäten har publicerats i nr 3/2005 av *Distriktsläkaren* och resultatet har även uppmärksammat i press och radio.



Kassörens redogörelse

Intäkter och kostnader följer i stort sett vad som budgeterats. Föreningens tidning *Distriktsläkaren* ges ut utan kostnad för föreningen och tillför istället nettoinkomster. Föreningen har gjort ett bra resultat detta år.

Börsen har haft en positiv utveckling under året, detta avspeglar sig i värdepappersportföljen.

Föreningens ekonomi är stabil. Börsutvecklingen kommer vi naturligtvis att fortsatt följa. Styrelsen följer kontinuerligt den ekonomiska utvecklingen och avser att agera så att medlemmarnas medel hanteras så säkert och ekonomiskt klokt som möjligt. Medlemsutvecklingen är A och O för föreningens fortsatta ekonomi och möjlighet att verka varför stor uppmärksamhet måste ägnas åt denna utveckling.

Stiftelser

Distriktsläkarföreningens styrelse har sedan förra året bara en stiftelse att förvalta nämligen Samfonden. Även denna har gått bra det senaste året p.g.a. den positiva börsutvecklingen.

Möjlighet att söka medel från Samfonden har beretts vid två tillfällen. Enligt bestämmelserna ska fonden i första hand dela ut medel till behövande medlemmar eller medlemmars efterlevande.

Fonden skall i andra hand bereda distriktsläkare medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet med anknytning till verksamheten som distriktsläkare. I praktiken är det väldigt få ansökningar som åberopar behövan-debestämmelsen. ■

Hur många allmänmedicinare behövs för 1/1500?



När man läser *Distriktsläkaren* 1/2006 kan man lätt bli förvirrad. Många har tagit för givet att den nationella handlingsplanens siffra 6 000 specialister i allmänmedicin också betytt en distrikts-/hus-/familjeläkare per 1 500 invånare. I själva verket räcker det till *högst* en per 1 900.

Roger Molin från Sveriges Kommuner och landsting (SKL), bedömer att det behövs 7 000 specialister för att kunna ha ett *genomsnitt* på 1 500 per familjeläkare, eftersom många har färre än 1 500 på sin lista. Men det är för lågt räknat.

Christer Olofsson påpekar i sin debattartikel att dagens 4 877 verk samma specialister i allmänmedicin

i själva verket motsvarar 3 960 heltidsarbetande specialister. Man tar då hänsyn till att den genomsnittliga sysselsättningsgraden är 86% av heltid och att 10 procent ägnar sig åt "annan verksamhet". Vad denna verksamhet innebär framgår inte – tänkbara fält är icke klinisk verksamhet som forskning, chefskap, försäkringsmedicin m.m. men även klinisk verksamhet som rehabilitering, palliativ vård, företagshälsovård och privatläkarvård.

Med Christer Olofssons siffror behövs närmare 8 000 specialister i allmänmedicin för att befolkningen ska få tillgång till en distrikts-/hus-/familjeläkare per 1 500 invånare, förutsatt att befolkningen håller sig kvar på 9 miljoner.

För att nå 1/5 000 behövs alltså ett tillskott på *minst* 3 100 specialister, d.v.s. mer än dubbelt så stort som det som anges i den nationella handlingsplanen (1 100). Med hittillsvarande takt (nettotillskott 40–50 per år) skulle det ta 60 år att nå detta. Dessutom måste de som pensioneras ersättas – fram till 2013 rör det sig om cirka 600 personer.

Vi ligger lika långt från vårt mål som någonsin. Det är bara att bita ihop tänderna och ta nya tag!

INGRID ECKERMAN
Folkhälsoläkare i Nacka
Boo vårdcentral
Ingrid.eckerman@sll.se
www.slso.sll.se/nackafolkhalsa

Utdelning ur Samfonden



Svenska distriktsläkarföreningen förvaltar *Samfonden*. Enligt bestämmelserna ska fonden i första hand dela ut medel till behövande medlemmar eller medlemmars efterlevande.

Fonden skall i andra hand bereda distriktsläkare medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet med anknytning till verksamheten som distriktsläkare.

När Du söker medel ur fonden är det viktigt att Du motiverar vad Du skall använda pengarna till och beskriver vilka kostnader Du har. Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande så är det viktig att lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation.

Denna information finns också på DLFs hemsida www.svdlf.se

Vid frågor går det bra att kontakta DLFs kansli, tel 08-790 33 91.

Ansökan med motivering skickas till Svenska Distriktsläkarföreningen,

Box 5610, 114 86 Stockholm, E-mail: anne-marie.johansson@slf.se

Fax 08-790 33 95.

Sista ansökningsdag för våren 2006 är den 10 maj.

Välkommen med din ansökan!

☼ ORDFÖRANDE



Benny Ståhlberg
Vårdcentralen
290 10 Tollarp
Tel 070-567 91 89
Fax 044-10 29 87 (bostad)
E-mail: benny.stahlberg@svdlf.se

☼ ÖVRIGA LEDAMÖTER



Kerstin Ermebrant
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs
Tel 0684-243 09
Mobil 070-326 94 08
E-mail: kl.ernebrant@telez.se

☼ VICE ORDFÖRANDE



Maria Dalemar
Primärvården Skaraborg,
Primärvårdskontoret
531 85 Lidköping
Tel 070-20 41 417
Fax 0510-519 50 (bostad)
E-mail: maria.dalemar@svdlf.se



Runa Liedén-Karlsson
Kristinebergs VC, Ingenjörsvägen 28
572 61 Oskarshamn
Tel 0491-78 25 55
Fax 0491-78 25 84
E-mail: runalk@ltkalmar.se

☼ SEKRETERARE



Sven-Axel Andersson
Turistvägen 14, 792 97 Mora
Tel 070-324 19 94
Fax 0250-351 14 (bostad)
E-mail: sven-axel.andersson@mailbox.swipnet.se



Christer Olofsson
Kallinge vårdcentral, Gjutarevägen 1-3
372 50 Kallinge
Tel 0457-73 17 69
Fax 0457-73 17 55
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@sll.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

☼ 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@sll.se

☼ VALBEREDNINGEN

Daga Byförs (sammankallande)
Kvartersakuten S:t Erik
Fleminggatan 4,
112 82 Stockholm
Tel 08-672 40 00
E-mail: daga.byfors@sll.se

Per Nordlund
Sorgenfrimottagningen,
Nobelvägen 56, 214 33 Malmö
Tel 070-651 68 065
Fax 044-20 77 16
E-mail: per.nordlund@skane.se

Carin Lundberg
Mjösund 13104
444 96 Ödsmål
Tel: 0304-67 98 22
Fax: 031-703 47 73
E-mail: carin.lundberg@vgregion.se

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2006

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
3	21 mars	20 april
4	3 maj	2 juni
5	14 juni	13 juli
6	23 augusti	21 september
7	13 oktober	10 november
8	21 november	20 december