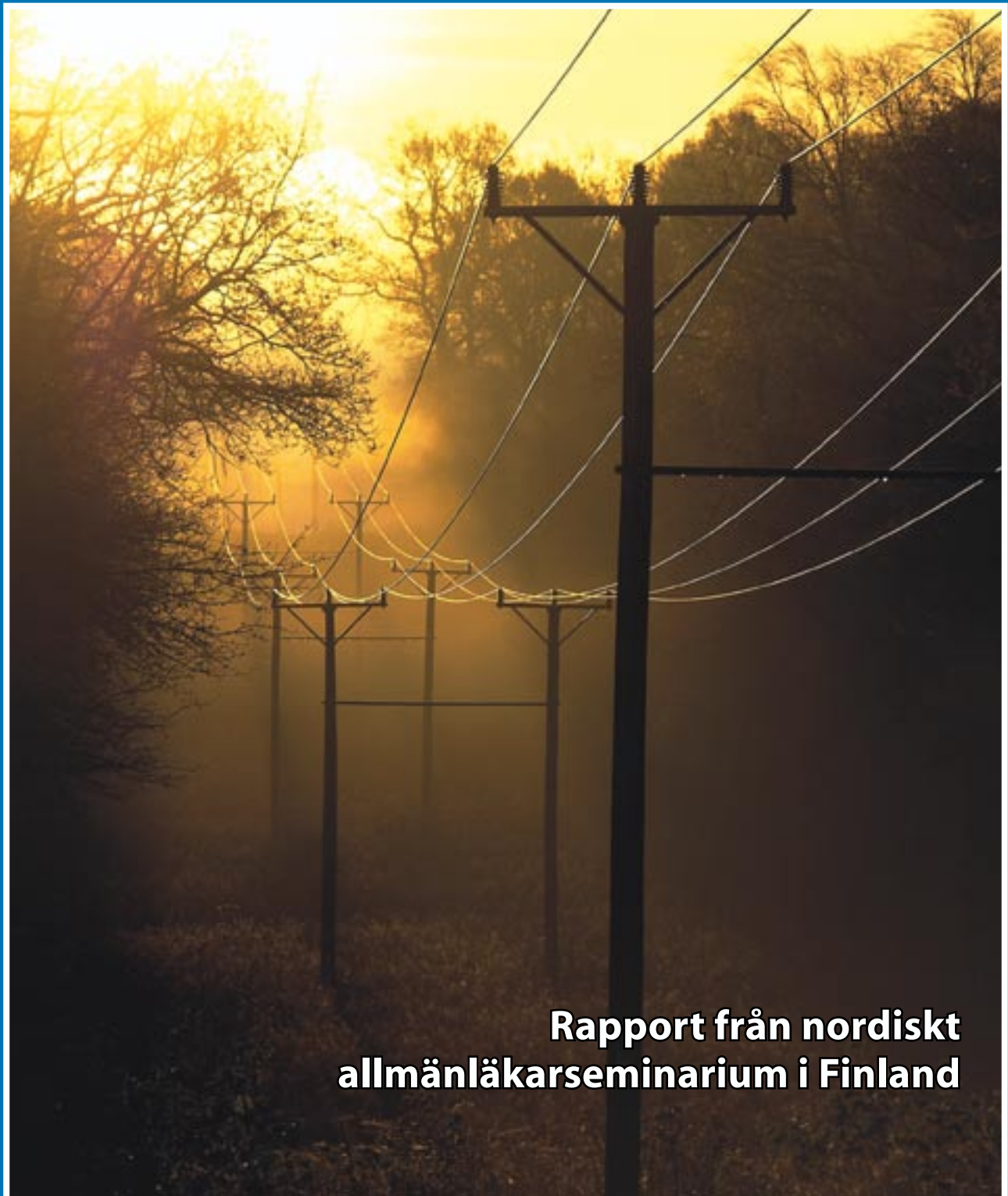


Distrikts Läkaren

NR 7 + 2006



SVENSKA DISTRIKTSLÄKARFÖRENINGEN + DLF



**Rapport från nordiskt
allmänläkarseminarium i Finland**

Din egen läkare

En utbyggd primärvård med en allmänmedicinsk bas är mycket kostnadseffektiv och skulle lösa många av de problem som svensk hälso- och sjukvård brottas med idag.

Det finns en stor samsyn bland de flesta beslutsfattare att Sverige behöver bygga ut primärvården och det finns många olika närsjukvårdsmodeller ute i landet.

För att primärvården eller närsjukvården skall fungera optimalt krävs det en allmänmedicinsk bas, en personligt vald allmänläkare med ett rimligt uppdrag där det finns möjlighet för kontinuitet, god tillgänglighet och där läkaren kan medverka i vården av de äldre.

Distriktsläkarföreningens styrelse har sedan drygt fyra år tillbaka arbetat på att ta fram och förankra Protos. Styrelsen konstaterar att det inte finns någon politisk acceptans för ett nationellt reglerat familjeläkarsystem enligt Protos.

Vi har tagit till oss de synpunkter som framkommit och för att lättare kommunicera och förtydliga vårt budskap har vi, under rubriken "*Din Egen Läkare*", sammanfattat de viktigaste delarna i Protos-konceptet. En egen läkare är även fortsättningsvis kärnan i vårt budskap. Inget i Protos-förslaget har övergetts, men vi har valt att lyfta fram de delar som har ett tydligt patientfokus. Vår bedömning är också att det är de delarna där det är

lättast att nå samsyn mellan allmänläkarna, beslutsfattare och befolkning.

Din Egen Läkare bygger på att alla invånare tillförsäkras en egen vald läkare i primärvården. Den personligt valde läkaren – *Din Egen läkare* – har ett definierat uppdrag som inte behöver upphandlas. Åtagandet skall vara detsamma oavsett driftsform.

Din Egen Läkare bygger på ett listningssystem och erbjuder den som listar sig möjlighet till läkarmottagning med hög tillgänglighet, jourverksamhet dygnets alla timmar, förebyggande insatser vid BVC, läkarmedverkan i hemsjukvård, vid servicehus och annan kommunal hälso- och sjukvård samt insatser i samband med vård i livets slutskede.

Listan skall ha en sammansättning som skapar rimliga arbetsförutsättningar, god arbetsmiljö och hög tillgänglighet. Listans storlek är avgörande för om *Din Egen Läkare* kan uppfylla invånarnas krav och förväntningar på tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet.

Ersättningen är producentneutral och sker dels genom kapitation och dels genom prestationsersättning som bygger



Benny Ståhlberg

på såväl åtgärdsersättning och ersättning per tidsmodul.

Tilläggsuppdrag skall ersättas särskilt.

Din Egen Läkare skall ha möjlighet till etablering i ett reglerat system. Etablering skall kunna ske där invånare saknar egen läkare.

Utbildning/fortbildning skall dimensioneras och kvalitetsssäkras så att läkarens livslånga lärande upprätthålls. Resurser för forskning inom primärvården skall finnas.

Din Egen Läkare bygger på vårt Protos-förslag som är värdegrunden för arbetet.

Det är viktigt att snabbt komma igång och prova ett familjeläkarsystem även i Sverige! Det skulle gagna hela hälso- och sjukvården och inte minst landets patienter.

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: Ledningar i höstdimma (Foto: Håkan Jansson)

Nytt från styrelsen

Styrelsen har under hösten dels haft sitt upptaktsmöte i Fjällbacka under ett par dagar, dels genomfört sitt årliga internatsmöte. Att höstens startmöte brukar förläggas till Fjällbacka beror i första hand på att vår samarbetspartner om tidningen Distriktsläkaren är stationerad där. Tidningen är i läsvärdesundersökningar mycket uppskattad och det är angeläget att varje år på plats stämma av arbetsmetodik och kontrakt.

Nationellt familjeläkarsystem

”En idéskiss till en framtida primärvårdsmodell” från SACO-Vård har presenterats bland annat vid politikerveckan i Almedalen i somras. Den har även diskuterats i media.

Samarbetsgruppen kring förslaget om Nationellt Familjeläkarsystem med representanter för Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) och Svenska Privatläkarföreningen (SPLF) träffades i slutet av september.

Gruppen var ense om att svårigheterna med nationell reglering av ett familjeläkarsystem kvarstår då detta upplevs som ett hot mot landstingens suveränitet.

I sammanhanget måste man dock ha i minnet att primärvården idag inte kan erbjuda invånarna vård på lika villkor trots att detta är lagreglerat.

Förslaget till Nationellt Familjeläkarsystem utgör värdegrund för det fortsatta arbetet för en fullvärdig allmänmedicinsk service till våra patienter.

Protosgruppen har fullgjort sitt uppdrag från DLFs fullmäktige 2002 och respektive delförening kommer nu att fortsätta att marknadsföra familjeläkarsystemet till olika avnämare.

Din Egen Läkare

Styrelsen har gått vidare med att sammanfatta de grundläggande och mest

värdefulla komponenterna i det tidigare Protosförslaget i ett dokument med benämningen *Din Egen Läkare*.

Huvuddragen i *Din Egen Läkare* presenteras i denna tidnings ledare.

Din Egen Läkare kommer att diskuteras på det fackliga seminariet i dagarna och har bifogats ett nyhetsbrev till lokalavdelningarna. *Din Egen Läkare* har också tillsänts de tidigare medlemmarna i Protosgruppen.

Vid fortsatta kontakter med avsedda målgrupper i samband med presentation av dokumentet, kommer styrelsen bland annat också att fokusera på allmänläkarbristen.

Uppdrag från DLFs fullmäktige

Årets fullmäktige gav DLFs styrelse ett antal uppdrag i anslutning till de motioner som behandlades. Uppdraget handlade om huvudskyddsombud, ersättningssystem i primärvården och IT-stöd till lokalavdelningarna.

Kartläggning av antalet huvudskyddsombud i primärvården sker med en förfrågan till Läkarförbundets lokalföreningar. Svaren förväntas vara klara till det fackliga seminariet.

Vid det fackliga seminariet kommer också ersättningssystem i primärvården att belysas av Roger Chapman från Storbritannien. Roger Chapman är engelsk general practitioner och har arbetat i det brittiska Läkarförbundet BMA.

Avsikten är att få inblick i det brittiska systemet.

Önskan om IT-stöd till lokalavdelningar tillgodoses av Läkarförbundets skrivning om hemsidor till delföreningar.

Artikel om nämnda IT-stöd presenteras på annan plats i denna tidning.

DLFs fackliga seminarium

DLFs årliga fackliga seminarium äger rum i Stockholm om några dagar. Programmet har som huvudpunkt föredrag-



Kerstin Ermebrant

ningen från Storbritannien angående ersättningssystem i primärvården. Vidare kommer det fortsatta arbetet med Familjeläkarsystemet att redovisas och diskuteras.

Din Egen Läkare presenteras i en paneldebatt med efterföljande diskussion i smågrupper.

Vidare kommer styrelsen att redogöra för sina tankar om ett ökat stöd till DLFs lokalavdelningar. Uppdatering av informationen kring rekryteringsproblematiken och analys av den gångna avtalsrörelsen är andra frågor som kommer att tas upp.

Representanter för Läkarförbundets ledning samt från den tidigare Protosgruppen är närvarande vid seminariet.

Rekrytering av specialister i allmänmedicin

Den prognos för rekrytering av specialister i allmänmedicin som DLFs styrelse tillsammans med SFAM tog fram i våras, visar ju att våra uppdragsgivare inte arbetar med relevanta planeringsunderlag. Styrelsen går nu vidare med att göra berörda instanser uppmärksamma på förhållandet. Målgrupper är landstingsdirektorsgruppen, Läkarförbundets ledning och delföreningarna för unga läkare. I ett senare skede bör Socialdepartementet uppmärksammas på förhållandet.

Representanter för DLFs styrelse har hittills träffat SYLFs styrelse och Läkarförbundets ledning i rekryteringsfrågan.

Landstingsdirektörgruppen har tillskrivits.

I anslutning till rekryteringsproblematiken fick DLF som bekant bifall för två yrkanden vid Läkarförbundets fullmäktigemöte i år. Detta innebär att Läkarförbundet har som mål att arbeta för att 6 000 heltidsarbetande specialister i allmänmedicin uppnås senast år 2010 och att krav ställs på beslutsfattare och uppdragsgivare att ta fram fler ST-tjänster i allmänmedicin.

Arbetsmiljö

Styrelsen har diskuterat den nya arbetstidslagen vid flera tillfällen. Olika tekniker att lösa kravet på 11 timmars dygnsvila har skissats. I ren jourverksamhet är problemen inte så markanta. När det gäller beredskap uppkommer frågan om avstegsavtal. Medlemmar från enheter i yttersta glesbygd har hört av sig om möjlighet till sådana avtal. I glesbygd har man på flera håll tidigare haft avtal om schemalagd beredskap på årsbasis.

Arbetsgivarna verkar inte vilja lösa den komplicerade arbetstidsfrågan för läkarna i samförstånd med deras fackliga organisation.

Flera lokala jouravtal som inneburit förbättrad kompensation jämfört med det centrala avtalet har sagts upp. I glesbygd har också flera avtal om schemaläggning av beredskap på årsbasis sagts upp.

Inga avstegsavtal har ännu slutits.

Arbetsgivarparten har också tidigare försökt hävda att "force majeure"-klausulen skulle vara applicerbar på läkarnas beredskap. Detta har man fått tona ner.

Arbetstidsfrågan måste lösas under hösten.

Arbetet med FAS 05 (Förnyelse – Arbetsmiljö – Samverkan i kommuner, landsting och regioner) pågår. FAS 05 avses förstärka samarbetet mellan parterna för att nå en tillfredsställande arbetsmiljö. Läkarförbundet deltar i en rad samarbetsgrupper i projektet. De lokala läkarföreningarna har uppmärksamats på vilka arbetsmiljöfrågor de bör bevaka. Bland

annat har nödvändigheten av skyddsombudskurser lyfts fram.

Innehåll och utformning av lokala samverkansavtal har diskuterats. Det är viktigt att sådana avtal kommer till stånd om FAS 05 skall ge effekt.

AT-läkarna har rapporterat vissa arbetsmiljöproblem. Brist på introduktion, problem med arbetstider och schemaläggning, oklarhet om vem som är chef och brist på egna rum är några sådana problem.

Det är viktigt att ta hand om våra AT- och ST-läkare. De borgar för en god rekrytering. Det gäller att i första hand se till att deras vardag innehåller alla de glädjeämnen och den arbetstillfredsställelse som den allmänmedicinska specialiteten i grunden kan erbjuda.

Utbildning

Läkarförbundets forskningspolitiska program är under slutbearbetning. DLFs styrelse deltar i arbetet och har lämnat synpunkter som är avsedda att förstärka möjligheterna till forskning ute i primärvården och inom den allmänmedicinska specialiteten.

Läkarförbundets Utbildnings- och forskningsdelegation (UFO) genomför varje år en fortbildningsenkät. Liksom vid förra årets enkät visar det sig att allmänläkarna får alldeles för få fortbildningsdagar per år. Med 6,7 dagars extern fortbildning per läkare i genomsnitt, ligger de sämre till än övriga läkare. I DLFs bemanningsprogram, som tidigare antagits av Läkarförbundet, finns normen minst 10 dagar extern fortbildning per år för en specialist i allmänmedicin.

När det gäller möjlighet till kontinuerlig internutbildning på arbetsplatsen saknar 20% av alla läkare sådan. 27% har inga utvecklingssamtal och 67% saknar egen fortbildningsplan.

Läkarförbundets policy är bland annat att alla specialister skall ha en fortbildningsplan samt kunna ägna minst 4 timmar per vecka åt internutbildning/fortbildning.

Det är att notera att en läkares kunskapsmassa brukar fördubblas under en 10-årsperiod. Arbetsmiljölagen ålägger ju

arbetsgivaren att tillse att arbetstagaren har den utbildning som behövs för ålagda arbetsuppgifter.

Utbildningsguiden håller på att färdigställas. DLF bevakar projektet genom representation både i projektets referensgrupp och i UFO.

Arbetet med den nya specialistutbildningen för läkare fortgår. Målbeskrivningarna förväntas bli klara under 2008. Övergångsregler mellan gamla och nya utbildningar ses över.

Särskild kompetens för vårdintyg

Socialstyrelsen kartlägger på regeringens uppdrag ett eventuellt behov av särskilda krav för behörighet att utfärda vårdintyg vid psykisk sjukdom. Regeringen vill veta varför vissa av dessa intyg inte leder till tvångsvård.

Cirka 7 500 vårdintyg utfärdas per år varav 84% leder till tvångsvård.

DLFs styrelse följer arbetet.

Provinsialläkarstiftelsens kurser

Stiftelsens styrelse sammanträdde i september och beviljade medel för 8 kurser. Distriktläkarförningens medlemmar kommer denna gång att få egen inbjudan till vårens kurser istället för att de finns på IPULS' hemsida. Annonsering sker även i Läkartidningen och på DLFs hemsida.

Nordiskt allmänläkarseminarium i Finland

Representanter för DLFs styrelse deltog i september i det Nordiska allmänläkarseminariet i Nådendal i Finland. På programmet fanns bland annat IT, rekrytering, hot och våld på arbetsplatsen samt arbete med kroniska sjukdomar och prevention. Värdefulla erfarenhetsutbyten gjordes. Mycket av problematiken inom allmänmedicin är likartad i de nordiska länderna.

Utförligt reportage finns på annan plats i tidningen.

KERSTIN ERMEBRANT

Rapport från Provinsialläkarstiftelsen

Styrelsen för Provinsialläkarstiftelsen hade sitt sammanträde den 5 september 2006 för att bl.a. besluta om kursutbudet för våren 2007.

Provinsialläkarstiftelsens styrelse sitter undertecknad, övriga läkarrepresentanter är Britt Bergström, Sandra af Winklerfelt samt Anders Nilsson.

I styrelsen finns också representanter från Socialstyrelsen, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Lands-ting. Ordförande är departementsrådet vid Socialdepartementet Heléne Dahl Fransson.

Stiftelsens ekonomi är ansträngd och det fria kapitalet har minskat. Styrelsen beslöt att höja kursavgiften med 1 000 kronor från och med 1 januari, 2007. Kursavgiften har inte ändrats sedan slutet av 1990-talet. Den nya kursavgiften blir 3 000 kronor för tvådagarskurser och kurser som är tre dagar eller längre kostar 4 000 kronor.

Vid sammanträdet beslöt styrelsen att bevilja cirka 680 000 kronor till åtta kurser.

Sedan något år har inte brev skickats ut om kurserna utan kurserna har funnits på IPULS hemsida.

Styrelsen gjorde en utvärdering av att endast informera om kurserna via IPULS hemsida och konstaterade att det varit svårt att nå målgruppen distriktsläkare på detta sätt. Därför beslöt styrelsen att stiftelsen lämnar IPULS tillsvi- daret och från och med vårens kurser kommer Distriktsläkarför- eningens medlemmar att få brev med kursinbjudan och annonsering kommer att ske i Läkartidningen. Kurserna kommer också att finnas på DLFs hemsida.

Flera kursledare har problem med mycket sena återbud till kurserna samtidigt som det är svårt att få tag i reserver som kan ställa upp med kort varsel. Rådet är att den som verkligen vill gå en kurs håller

kursdagarna obokade in i det sista eftersom chansen att få en återbudsplats då är mycket stor.

Med anledning av detta ändrade styrelsen rutinerna för något år sedan. Kursdeltagare faktureras numera direkt efter uttagning kursavgiften och betalning skall vara stiftelsen tillhanda inom en månad annars går platsen till annan sökande. Någon återbetalning av kursavgift vid avbokning senare än en månad före kursstart sker inte, men man kan erbjuda platsen till annan kollega.

Det är tanken att man skall ta ställning till om man verkligen vill och kan gå kursen på ett tidigt stadium och att kursledningen därmed skall slippa en del av det merarbete som uppstår vid sena återbud.

Totalt beviljades medel för 8 kurser:

- Allmänläkaren och funktionell datoranvändning
- Allmänläkaren och sjukintyget
- Ångest stress – vad gör vi?
- Läkaren som ledare i 2000-talet
- Palliativ medicin
- Medicinen och det mänskliga – humanism, läkekonst och etik
- Transkulturell allmänmedicin
- Case-metodik som pedagogiskt verktyg i vardagen

Distriktsläkarför- eningens medlemmar får en egen inbjudan till kurserna per post och man kan även anmäla sig elektroniskt via Distriktsläkarför- eningens hemsida www.svdlf.se

BENNY STÅHLBERG

Har du tips om nya P-stiftelsekurser och gärna förslag på kursgivare hör av dig till:

Provinsialläkarstiftelsen
Distriktsläkarför- eningens
Box 5610
114 86 Stockholm



Inbjudan till Skrivartävlan 2006

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2006 års skrivartävling.

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej bör överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1–4 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1 500 kr. De vinnande texterna publiceras i Bulletinen för Medicinsk Psykologi.

Bidragen i Word-format ska vara bedömarkommittén tillhanda senast den 15 dec 2006.

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi, Henry Jablonski, Kvarngatan 2, 118 47 Stockholm henry.jablonski@spray.se eller Lena Svidén, kul.sviden@mailbox.swipnet.se vilka också lämnar ytterligare upplysningar.



Upprop för allmänmedicinen – ett initiativ i Kronobergs län

Birgitta Sagemo är distriktsläkare i Växjö. Hon har också varit ordförande i den lokala DLF-föreningen i Kronobergs län, och hon sitter kvar i styrelsen.

I våras skrev Birgitta ett dokument hon kallade för *Upprop för allmänmedicinen* och skickade ut det bland sina kollegor i länet.

Uppslutningen bakom detta upprop blev stor – Birgittas upprop undertecknades av 94 läkare på 21 vårdcentraler.

Efter att ha fått in alla namnunderskrifter skickade hon in uppropet med ett följebrev till landstinget. Någon reaktion därifrån har hon fortfarande inte fått.

Före detta ordförande

Vi träffar Birgitta på hennes arbetsplats – en vårdcentral inne i centrala Växjö. Det är en landstingsägd vårdcentral med sex anställda läkare som tillsammans delar på fem fulltidstjänster. För tillfället har man även en ST-läkare och en AT-läkare på vårdcentralen.

Man arbetar med områdesansvar, och Birgitta har räknat ut att det går ungefär en läkare per 1 800 invånare i vårdcentralens upptagningsområde.

Birgitta har arbetat här i Växjö sedan hon blev färdig specialist i allmänmedicin 1994.

Under åren 2003–2006 var Birgitta ordförande i den lokala DLF-föreningen.

– Innan dess var jag med i styrelsen några år, berättar hon.

Hon avgick från ordförandeposten vid årsmötet som hölls i februari, men sitter fortfarande kvar i styrelsen.

Hann inte med

Hon anser själv att hon egentligen inte är någon drivande personlighet, vilket kan tyckas lite märkligt med tanke på ordförandeskapet och det upprop hon just har skrivit.

– Jag har kanske utvecklat mig själv i den riktningen under dessa år, medger hon.

– Men en annan orsak till att jag valde att lämna ordförandeskapet var att det var ett högt tryck på arbetet här på vård-



” Det är viktigt för oss som yrkesgrupp att vi talar om vad det är vi vill, men att vi gör det från en utgångspunkt som är tagen från befolkningen i stort!

centralen. Därför var det svårt för mig att ta ut den fackliga tiden på fyra timmar per vecka som jag hade avsatt – det hanns helt enkelt inte med. Dessutom arbetar jag deltid och har fyra barn hemma.

I höst har Birgitta blivit medicinskt ledningsansvarig på vårdcentralen, vilket inneburit att hon kände ett behov av att trappa ner det fackliga arbetet.

– Tre år satsade jag – så nu fick någon annan ta över, summerar hon.

Positivt att stå enade

Men hon har lämnat efter sig ett dokument som hon skämtsamt kallar för sitt ”testamente” – det s.k. *Uppropet för allmänmedicinen*. Det ligger en lång process bakom dess tillkomst, berättar Birgitta.

– För knappt sex år sedan skulle primärvården omorganiseras i vårt lands-ting. Det var närsjukvårdsbegreppet som skulle implementeras, minns hon.

– Det vållade turbulens, och stor oro bland distriktsläkarna. På den tiden var jag inte aktiv i DLF, men jag och många andra gick ändå på DLFs årsmöte. Det var en stor oro för framtiden som kom till uttryck där.

Birgitta berättar vidare att hon tyckte att distriktsläkarkollektivet inte bara skulle klaga, utan även komma med en definition om hur *de* ville ha det.

– Jag tyckte det skulle vara positivt om vi kunde enas – och *stå* enade – som distriktsläkare, förklarar hon.

Till politikerna istället för väntrummet

När så Birgitta sedan blev ordförande i DLF, fanns dessa tankar kvar hos henne.

– Det resulterade att jag skissade lite på dem, och diskuterade med de övriga i styrelsen. Men det resulterade inte i något konkret den gången.

Sen kom Protos. Förslaget mottogs inte med någon stor entusiasm av distriktsläkarna i Kronoberg. Remissvaret blev – som Birgitta karakteriserar det – ”tveksamt positivt”.

– Vi upplevde att Protos uppmunt- rade till privatisering, och det har vi ingen tradition av här i Kronoberg, förklarar hon.

Från DLFs centralstyrelse kom sedan den korta ”väntrumsversionen” – som riktar sig till allmänheten – av Protos- förslaget.

– DLF och SFAM i Kronoberg tog ställning till det, och bestämde sig för att *inte* lägga ut det i väntrummet. Orsaken var att vi såg det som en partsinlaga – hur skulle våra övriga kollegor (sjuksköterskor, sjukgymnaster m.fl.) reagera om vi la det i väntrummet, undrar Birgitta.

– I stället skickade vi det till politi- kerna, för att påverka dem.

Offensiva

– med befolkningens förtroende

Resultatet lät vänta på sig, men mer än ett halvår senare kom en reaktion.

– Det var moderaterna, folkpartiet och kristdemokraterna som tog kontakt med oss och ville diskutera Protos, säger Birgitta.

– Vi träffade dem i februari i år.

Strax innan detta hände hade Birgitta åkt på Läkarförbundets lilla represen- tantskap.

– Bland annat skulle det handla om hur *andra* ser på oss som läkare, berät- tar hon.

Några inspirerande föreläsare talade om ämnet, och det blev en positiv upp- levelse för Birgitta.

– De visade oss på att resten av sam- hället anser att vi läkare alltid vet bäst, att vi är konservativa och klagar – och att det därför inte finns någon som tycker synd om oss, fortsätter Birgitta.

– Det är därför viktigt för oss som yrkesgrupp att vi talar om vad det är *vi* vill, men att vi gör det från en utgångs- punkt som är tagen från befolkningen i stort!

– Vill vi ha gehör, måste vi vara offen- siva på ett sådant sätt som innebär att vi får befolkningens *förtroende*.

Skrev utkast

Det här tankesättet kopplade Birgitta ihop med de reflektioner och funde- ringar hon tidigare haft.

– Jag blev inspirerad och bestämde mig för att skriva ner en plattform för hur vi vill verka som distriktsläkare.

Birgitta skrev ett första utkast, och tog med sig det till mötet med de borgerliga politikerna.

– Det visade sig att de inte visste så mycket om Protos – och var för den delen inte så intresserade heller. Vad de ville var att stämma av sina idéer om tillgänglighet, primärvårdens organisation och annat med oss, berättar hon.

Birgitta berättade då för politikerna att hon tänkte samla namnunderskrifter och sedan skicka dem till landsstinget.

– Det var det bästa mötet jag deltagit i under min fackliga tid – just för att vi fick tillfälle att diskutera direkt med politikerna om hur vi vill jobba.

Mycket stor uppslutning

Efter att Birgittas utkast behandlats på DLFs årsmöte, och där kompletterats något, skickades det ut till samtliga vårdcentraler i länet.

– Sedan skrev de, som så önskade, under det, och skickade därefter tillbaka det till mig. Av 100 distriktsläkare och cirka 30 ST-läkare fick jag in 94 underskrifter! Det är en mycket god uppslutning – särskilt om man betänker att många av ST-läkarna befann sig på sjukhus då och därför inte nåddes av uppropet, påpekar Birgitta.

Följebrev som uppmanar till dialog

Efter att ha förtydligat alla namnunderskrifter skickade Birgitta in uppropet med ett bifogat följebrev under slutet av juli.

I detta brev påpekade man att syftet är att DLF "velat formulera hur vi distriktsläkare vill arbeta, i samspel med våra patienter och medarbetare i landssting och kommun" samt att man från DLF och SFAM "välkomnar en dialog med företrädare för politiska partier och landstingsledning."

Brev och upprop skickades till landsstinget, landstingsdirektören personligen och till sjukvårdsdirektören.

Sedan hände ingenting.

Lokaltidningen enda reaktionen

I september fick en journalist på Smålands-Posten upp ögonen för uppropet, vilket resulterade i några artiklar i tidningen.

– Det är den enda reaktionen som vi fått så här långt, avslöjar Birgitta.

– Ingen av dem som vi adresserat brevet och uppropet till har hört av sig, och vi har heller inte fått några som helst indikationer på hur det tagits emot. Kanske beror det på valet, och att det ännu inte är klart vilka partier som kommer att styra i landstinget framöver.

I uppropet pekar man på den bekymmersamma situation man står inför i Kronoberg när det gäller den framtida rekryteringen. Som på många andra håll i landet står man inför stora pensionsavgångar.

– Man försöker bl.a. rekrytera från Polen och Tyskland. Det är bra med invandrare bland våra kollegor – men de kan inte vara lösningen på hela problemet med rekryteringen framöver.

Jourer ett bekymmer

En annan punkt DLF försökt komma tillrätta med i Kronoberg är frågan om nattjourerna.

– På Ljungby lasarett är det distriktsläkarna som svarar för nattjouren hela veckan – därför är det svårt att rekrytera dit. Här i Växjö har vi distriktsläkare nattjouren på sjukhusets akutmottagning varje lördag och söndag mellan 00:00 och 08:00, fortsätter Birgitta.

– En av punkterna vi tar upp i uppropet är att vi vill vara på våra vårdcentraler och göra ett bra jobb – men det *kan* vi inte om vi ska vara kompediga!

Därför hoppas hon fortfarande på att det ska komma en reaktion från ansvarigt håll på hennes *Upprop för allmänmedicinen* som återges i sin helhet på sidan 13.

PER LUNDBLAD

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.ernebrant@tele2.se	Jämtland Norrbotten Västerbotten Västernorrland
Runa Liedén-Karlsson runalk@ltkalmars.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@slf.se eller gå in på Läkarförbundets hemsida: www.slf.se

Upprop för allmänmedicinen

Den kronobergska primärvården har de senaste decennierna haft ett gott rykte med respekterade, kunniga distriktsläkare som tagit väl hand om sina patienter. För tio år sedan fanns få vakanta tjänster och 30 sökande konkurrerade om attraktiva ST-tjänster. Nu finns en annorlunda bild – åtminstone 15 tjänster är vakanta och i praktiken saknas fler distriktsläkare pga. långtidssjukskrivningar och deltidstjänstgöring. Genom bl.a. utlandsrekrytering har ST-tjänster tillsatts men inom 10 år kommer ett fyrtiotal distriktsläkare att ha gått i pension.

Det är således hög tid att i vårt län skapa en attraktiv arbetsmiljö för distriktsläkare så att de orkar arbeta till 65 år, att ST-läkarna stannar i Kronoberg och att AT-läkare lockas till vårt yrke.

Vi vill att mötet med patienten ska präglas av helhets-syn, kunskap, ett professionellt och engagerat bemötande, kontinuitet samt tillgänglighet och vård efter medicinska behov.

Vi vill vara patientens doktor i första linjens sjukvård genom att:

- Arbeta på vårdcentraler med ansvar för högst 1500 individer/heltidsarbetande läkare, tillsammans med distriktsköterskor, undersköterskor, sekreterare.
- Ta ansvar för äldre och handikappade i hemsjukvård genom samarbete med kommunsköterskor och regelbundna ronder på särskilda boenden.
- Träffa alla patienter med kroniska sjukdomar åtminstone en gång/år för undersökning och bedömning av fortsatt behandling. Stötta distriktsköterskor med specialismottagning (t.ex. diabetes), i deras pedagogiska omhändertagande av sina patientgrupper på vårdcentralerna.
- Samarbeta med sjukgymnaster, samtalsterapeuter och apotekare.
- Sköta läkarinsatserna på BVC.
- Ta emot akutfall samma dag efter bedömning av distriktsköterska och efter behov erbjuda kvällsmottagning på vårdcentralen.

- Delta i jourverksamhet kvälls- och helgtid till kl. 21, därefter beredskapstjänst för hemsjukvården.
- Ha möjlighet att dagligen avsätta tid för hembesök tillsammans med kommunsköterskor.
- Ta ansvar för sjukskrivna patienter genom möjlighet till dialog med Försäkringskassan och vid behov kunna avsätta tid för avstämningsmöten.
- Ha goda kontakter med specialister inom sluten somatisk och psykiatrisk vård för att samråda om patienter och vid behov remittera vidare. Möjlighet att tillsammans med specialist bedöma patienter på vårdcentral (konsultverksamhet).
- Kunna avsätta tillräcklig tid för fortbildning, samt möjlighet att delta i FQ- och Balintgrupper, för att upprätthålla kompetens och motverka utbrändhet.
- Verka för förebyggande hälsovård individuellt eller i grupp, och i samarbete med andra aktörer.

För att detta ska fungera med bibehållen kvalitet och arbetsmiljö behöver vi bli fler distriktsläkare. 1 läkare/1 800 inv. så som man planerat tjänster i Kronobergs län är inte tillräckligt, utan målet bör vara högst 1/1 500.

Flera undersökningar, såväl i Sverige som utomlands, visar att en professionell primärvård, med god kontinuitet och tillgänglighet är kostnadseffektiv. En väl fungerande patient-läkarrelation, där läkaren känner sina patienter, ger trygghet och förebygger onödiga och kostsamma utredningar och remisser.

Kronoberg vår/försommar 2006

Birgitta Sagemo

(+ ytterligare 93 namnunderskrifter)

Rapport från Nordiskt allmänläkarseminarium i Finland

Vartannat år arrangeras ett Nordiskt allmänmedicinskt seminarium när representanter från alla nordiska länder träffas. Värdskapet cirkulerar och denna gång träffades ett trettio-tal allmänläkare i Nådendal i Finland den 20–22 september. Det är ett viktigt tillfälle att utbyta erfarenheter med varandra. Det förefaller som om även beslutsfattarna har gemensamma möten eftersom trenderna är likartade i de olika länderna men genomförandet skiljer sig ändå från land till land.

Tyngdpunkten på seminariet är det fackliga perspektivet men de vetenskapliga föreningarna deltar också med representanter och vissa programpunkter ägnas åt de vetenskapliga frågorna. Tyvärr kunde ingen från SFAM delta denna gång. Den svenska representationen bestod av delar av vår styrelse, Benny Ståhlberg, Anders Nilsson, Kerstin Ermebrant, Runa Liedén-Karlsson, undertecknad samt privatläkarföreningens ordf. Gunnar Welander. Anne-Marie Johansson, kansliet, deltog också.

Själva konferenslokalen var förlagd till en stor färja, som utan motor låg förtöjd invid den stora konferensanläggningen. Vi ägnade första kvällen åt att redovisa vad som hänt i de olika länderna sedan vi träffades senast. Vårdlandet Finland inledde och beskrev en förändring avseende kommunindelning till större kommuner/regioner och att man ser att underlaget för ett primärvårdsområde bör vara ca 20 000 invånare. Ett närsjukvårdsbegrepp håller på att utvecklas. Vårdgaranti är införd och patienterna skall kunna få en tid inom tre dagar. Rekryteringsfrågan är bekymmersam och antalet hyrläkare ökar framförallt inom den yngre läkargruppen, vilket på sikt är problematiskt med färre specialister på sikt.

Från Sverige rapporterades om arbetet med Protos-konceptet och hur det inne-



Konferenslokalen – en stor färja utan motor.

burit en ökad debatt om allmänläkarna och primärvård vilket varit positivt. Problemen med landstingens totala ointresse av ett nationellt reglerat system redovisades också. Vidare beskrevs hur sjuk-skrivningsfrågan aktualiserats, liksom arbetsmiljöarbetet och rekryteringsbekymret.

Island var mycket positiva när det gällde sitt rekryteringsarbete. De är idag ca 200 specialister och bör vara ytterligare ca 10 stycken för att vara fullbemannade. De har haft en god löneutveckling och tjänar nu bättre än andra specialister, ca 10 000 euro/mån. På Island finns inget remisstvång men avgifterna styr ändå patienterna så att de söker sin familjeläkare först. Om de får remiss till annan specialist blir besöket subventionerat, annars inte.

Våra grannar i väst rapporterade om utvecklingen i Fastlegeordningen. De är fortfarande mycket positiva till genomförandet, men det finns områden som behöver utvecklas. Genomsnittslistan innehåller idag 1 240 invånare/lista. De

har fått en god löneutveckling med en årslön motsvarande ca 110 000 euro.

Danmark var som alltid de mest positiva. Allmänläkarna i Danmark har en självklar och framträdande plats i samhället och i sjukvårdssystemet, vilket skapar en grundtrygghet hos såväl vårdgivarna, som alltid är privata, samt hos invånarna. Ett nytt avtal har en del nya inslag. E-konsultationer ersätts högre än telefonkonsultation och det finns en klar målsättning att öka denna typ av konsultationer. Särskilda ersättningar ges för förebyggande arbete vid konsultationen. Vårdprogram har utarbetats av professionen och om dessa följs ökar intäkterna. Även läkemedelsgenomgångar ger extra ersättning. Danskarnas bekymmer är att kåren börjar bli ålderstigen och rekryteringsarbetet är inte helt lätt. Danskarna är bekymrade över den stora andelen svenskar som genomför grundutbildningen i Danmark. Detta minskar deras underlag till färdiga specialister, eftersom merparten flyttar tillbaka till Sverige efter genomförd grundutbildning.

Hur skall IT användas i vården? Detta var en omfattande programpunkt där vi hade gruppdiskussioner i grupper sammansatta av representanter från de olika länderna. Sammanfattningsvis är det så att diskussioner pågår i alla länder om hur kommunikationen med patienterna skall kunna öka via IT, kommunikation mellan olika vårdgivare och även patienternas rätt/möjligheter att ta del av journalen via nätet. Min uppfattning är att Danmark och Finland kommit längst i detta arbete. I Danmark är redan E-konsultationerna dubbelt så många i antal som telefonkonsultationerna. De som arbetar med detta gav inte uttryck för oro avseende sekretessproblematik eller negativ arbetsmiljö. Både Finland och Danmark har kommit betydligt längre i datakommunikation mellan olika vårdgivare. Norge ligger tydligen sist i detta avseende och därifrån var också oron för sekretessproblem m.m. mest uttalad.

De vetenskapliga diskussionerna handlade om vården av patienter med kroniska sjukdomar. Hur kan vi bli bättre inom detta område? Ett annat viktigt område som belystes var preventionsarbetet. Utgångspunkten var: minskar sjukligheten eller skapar vi sjuka individer utifrån riskbedömningar? En livlig diskussion följde, men någon klarhet i hur man skall se på detta uttrycktes inte.

Island redovisade hur arbetssituationen ser ut utifrån ett hot- och våldsperspektiv. Ur studier kunde man visa att det är vanligt förekommande med hot. Majoriteten av dem som utsätts för hot är män, förutom när det gäller sexuella hot/trakasserier, och de som blir hotade har oftast mångårig erfarenhet inom yrket. De flesta hot händer under eftermiddagen och uttalas av unga män med låg inkomst, allt enligt sammanfattande studier. En av deltagarna som arbetar i norra Finland beskrev konkret hur de arbetar med säkerhetsfrågorna. De har haft en mycket bekymmersam situation med hot och våld. Hela mottagningen är genomarbetad utifrån ett säkerhetstänkande – alltifrån möblering i väntrummet och på expeditionerna till



Den svenska delegationen: Anders Nilsson, Benny Ståhlberg, Gunnar Welander, Runa Liedén-Karlsson, Kerstin Ermebrant och Maria Dalemar. (Foto: Anne-Marie Johansson)

larmsystem i datanätet. Det skall finnas en flyktväg från varje rum. Detta har lett till omfattande ombyggnationer. Det finns en funktion så att de räcker att trycka på en knapp på tangentbordet, så larmas det på alla datorer på mottagningen när hjälp behövs. Vidare har överenskommelse tecknats mellan psykiatrin och GP. Här klargör man vad psykiatrin ansvarar för och vad som ligger inom GPs ansvarsområde. Detta skapar tydlighet och trygghet också för patienterna. Alla hot måste anmälas och det bör vara arbetsgivaren som anmäler, inte den som varit utsatt. Det visade sig att i det norska systemet är det inte möjligt att avföra en patient från listan som hotat, vilket är fullt möjligt i Danmark.

Det avslutande ämnet var rekrytering, och Sverige hade huvudansvaret för denna programpunkt. Kerstin Ermebrant redogjorde noggrant för den aktuella situationen i Sverige och hur dyster den långsiktiga prognosen ser ut. Rekryteringsläget är bekymmersamt i alla nordiska länder med undantag för Island. Vi kan alltså inte räkna med att våra grannländer skall kunna förse oss med specialister i framtiden. Island bedömde att deras framgångsfaktorer bland annat är en god löneutveckling, positiv markands-

föring bland annat i samband med specialistutbildningen inom landets gränser, samt att de har olika arbetsgivare inom familjemedicinen jämfört med sjukhusen där det bara finns en arbetsgivare.

Det råder samsyn kring att ST-läkartjänsterna måste öka väsentligt, och att kontakten med studenterna måste förstärkas under grundutbildningen för att skapa positiva förebilder.

Precis som vi konstaterat informerade de andra om att de också har problem med att många ST-läkare "fastnar" på sjukhusen under randningen där. Kontakten med vårdcentralen måste var stark under hela utbildningstiden. Vidare framhölls vikten av en god arbetsmiljö om vi skall kunna entusiasmera unga kollegor att välja vår specialitet. I det sammanhanget framfördes vikten av att få in andra mer dynamiska definitioner och mätmetoder än antal invånare/läkartjänst och antal läkarbesök/dag.

Med detta avslutades detta seminarium och Danmark hälsade välkommen till nytt möte om två år. Vi hoppas alla att vi då skall kunna rapportera om en annan situation – inte minst ur rekryteringssynpunkt med många nyinrättade ST-tjänster bland annat.

MARIA DALEMAR

ST – effektivaste sättet att möta rekryteringsproblemen



Som vi tidigare rapporterat i *Distriktsläkaren* står primärvården inför stora pensionsavgångar på läkarsidan. Den framtida rekryteringen framhålls av många som en ödesfråga. Kommer vi att klara att fylla de tomma mottagningarna? Därför är det av stort intresse att titta på de som just nu befinner sig under ST. Hur många är de idag, och hur ska man säkra en tillväxt av specialister i allmänmedicin i framtiden?

För att få reda på hur det ser ut i Stockholm, ställde vi dessa frågor till Birgitta W Hammarström.

Birgitta arbetar som medicinskt sakkunnig på Beställare Vård avdelning Norr i Stockholm. En tjänst hon delar med en halvtid som husläkare i Täby.

Hon arbetade som studierektor för ST i allmänmedicin för nordöstra Stockholm under åren 1991–97, och har även arbetat med fortbildnings- och andra utvecklingsfrågor. Birgitta satt även i DLFs styrelse några år under mitten av 90-talet.

En av fyra

Vi inleder med att fråga hur dagens situation för rekryteringen ser ut i just Stockholm.

– Intresset för allmänmedicin är stort, svarar Birgitta.

– Möjligheterna att hitta en blivande allmänläkare varierar dock, beroende på vilken husläkarmottagning/vårdcentral det gäller. Valfungerande mottagningar har alltid lättare att hitta medarbetare.

Birgitta berättar att politikerna i länet år 1997 avsatte en extrapott med pengar för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin. Detta gjordes, då det stod klart, att endast en av åtta ST-läkare fanns inom allmänmedicinen.

– Politikerna ställde sig bakom ett krav på att varannan ny ST skulle vara i just allmänmedicin. Detta för att på kort tid justera rådande obalans, säger hon.

– Vi arbetade hårt med den frågan. Det handlade framför allt om att hitta finansieringsmöjligheter, som stimulerar husläkarmottagningar/vårdcentraler att ta emot ST-läkare.

Några år senare var en ST-läkare av fyra inom allmänmedicin i Stockholm. Andra rekryteringsvägar prövades också såsom omskolning av andra specialister till allmänläkare.

– Detta gav viktiga signaler i hela hälso- och sjukvården, inte minst om primärvården som ”framtidensbransch”. Många andra specialister prövade på allmänmedicinen och en del stannade kvar.

Under nuvarande mandatperiod har signalerna inte varit lika tydliga, varför tillväxten avseende ST i allmänmedicin stannat upp något.

– Idag är situationen sådan, att av ungefär 1400 ST-läkare finns cirka 380 inom allmänmedicin. Det innebär alltså att vi ligger kvar på en av fyra istället för en av tre. Enligt Nationella handlingsplanen skall det finnas minst 6000 verksamma allmänläkare i primärvården för att kunna erbjuda en allt större andel av befolkningen en fast läkarkontakt.

Måste anställas från början

En av orsakerna till att utökningstakten stannat upp något, enligt Birgitta, är att det trädde en förändring i kraft år 2005.

– Då bestämdes det att varje ST-läkare ska ha sin anställning på husläkarmottagningen/vårdcentralen från början. Tanken bakom är klok, men små enheter kan dra sig för att anställa.

– Vi har många små företag inom vården i Stockholm. Och vi har exempel



Birgitta W Hammarström

på enheter som fungerat utmärkt som utbildningsenheter tidigare, men som inte vågat ta steget och anställa ST ännu. Man oroar sig för vad som kan hända efter de fem åren, om man inte har ekonomi som möjliggör en fortsatt anställning. Även stora vårdföretag har varit tveksamma till det nya ST-systemet.

Därför ligger man efter sin plan i Stockholm.

– De 380 skulle behöva vara 500 om vi ska kunna möta pensionsavgångarna, påpekar Birgitta.

Blir inte dyrare

Vill man åstadkomma en förändring av läkarstrukturen måste det till tydliga politiska direktiv, anser Birgitta.

– Detta krävs i alla landsting och saknas på många håll idag. Ofta finns det alltför lite kunskap – både på politisk och administrativ nivå – om vikten att påverka ”läkarfördelningen” mellan specialiteter.

– Med höjt kunskapsläge, ökar intresset för frågorna. Tillträdande majoritet i Stockholm, som genomfört beskrivna förändringar under 1990-talet, är insatt i dessa frågor, varför det finns goda förutsättningar att gå vidare. Dessa frågor löser sig inte själva utan kräver ett medvetet arbete.

– Den nationellt beslutade ökningen av antalet allmänläkare i primärvården måste även *uttalas* av politikererna – på region- eller landstingnivå! Det ska synas i budgetdirektiven! Det handlar om en *omfördelning* av läkarresurser. Det blir alltså *inte* dyrare. Den mycket låga andelen allmänläkare av totalantalet läkare i Sverige hindrar oss fortfarande från att utveckla en ”behovsbaserad”, ändamålsenlig och inte minst personlig hälso- och sjukvård.

– Många förstår inte dessa samband. Det finns mycket kvar att göra även i Stockholm, tillägger hon.

Fyra sätt – ST effektivast

Birgitta räknar upp fyra tillvägagångssätt för att lösa rekryteringsproblemen på sikt.

– För det första måste man öka antalet ST genom att lyfta fram allmänmedicinen under hela läkarutbildningen och tillsätta särskilda ekonomiska resurser just för ökning av (andel) ST i allmänmedicin. För det andra måste man satsa på att de som idag arbetar inom primärvården stannar kvar. För det tredje måste man återrekrytera dem som försvunnit till andra arbetsuppgifter. För det fjärde kan man ibland behöva vidareutbilda andra specialister till allmänläkare.

– Men ska man styra flera läkare till allmänmedicin i framtiden, sker det bäst och effektivast under ST-tiden, sammanfattar hon.

Påverka upplägget

Studierektorerna och handledarna är nyckelpersoner för att få en sådan utveckling till stånd. De har stort inflytande över hur man lägger upp ST i allmänmedicin, menar Birgitta.

– Vi måste i hela landet lägga upp en mer flexibel ST utifrån uppsatta mål. Här har en förändring skett stegvis sedan målstyrd ST infördes 1992. Man måste komma ifrån tänkandet med visst antal månader inom olika kliniker under sidoutbildningen, utan istället måste ST individanpassas. Det kräver mer arbete av både studierektorer och handledare.

– Vikariat före ST kan förstås tillgodoräknas, om de skett under handledning. För sidoutbildning är privata specialister ett alternativ till sjukhusen.

Det är viktigt att släppa in ST-läkarna *själva* i hela upplägget av tjänstgöringen. Det är just den proces- ➔

KursDoktorn arrangerar

AllmänläkarDagarna

EN MÖTESPLATS FÖR PROFESSIONEN

Billingeus, Skövde
31/1-2/2 2007

**Miss inte tre dagar med högintressanta föreläsningar
och seminarier tillsammans med kolleger från hela landet!
Program och anmälningstalong finns på ...
www.kursdoktorn.nu**

KursDoktorn
FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN



sen som tagit form i Stockholm i och med införandet av ST-forum, påpekar Birgitta.

– Vi måste också lägga kraft på att stärka ST-läkarnas allmänmedicinska identitet – se till att de känner stolthet för den tidigt!

Detta görs dels sedan början av 1990-talet genom seminarier i allmänmedicin, dels genom att handledningen sker på husläkarmottagningen/vårdcentralen regelbundet även under hela sidoutbildningen.

Småskalighet ger god arbetsmiljö

I Stockholm är det inte något stort problem med att allmänläkare slutar och söker sig till andra sysselsättningar i dagsläget. Vanligare är det då att man byter mottagning. Beror det på att arbetsmiljön är bättre?

– Den är väldigt varierande inom länet, svarar Birgitta.

– Det finns skillnader mellan olika mottagningar i samma kommun. Vi ser skillnader i kultur, traditioner och utvecklingskraft mellan de olika enheterna.

Men Birgitta anser ändå att det finns en koppling mellan arbetsmiljön och det

faktum att många vårdcentraler är drivna av husläkarna själva, via små egna företag eller vårdföretag. Arbetsbelastningen är mycket hård och har ökat de senaste åren, men möjligheten att styra sitt arbete och verksamheten gör arbetet roligare.

– Många husläkarmottagningar/vårdcentraler i Stockholm drivs i egen regi. Det är uppenbart, att småskaligheten (även i landstingsregi) har stor betydelse för arbetsmiljön i positiv riktning, säger hon utan att darra på rösten det minsta.

– Det är glädjande att notera att i de områden i länet där flertalet invånare har en fast namngiven husläkare är man också mycket nöjd med hur primärvården fungerar, fortsätter Birgitta.

Minst en av tre

Sammanfattningsvis ser det ändå ganska bra ut om man tittar på situationen med antalet ST i allmänmedicin i Stockholm. Bättre än på många andra håll i landet.

– Vi har 380 av 1400. Det finns landsting som är både bättre och sämre. Men även om det är ganska bra här, kräver det ändå ett avstamp för att vi ska klara det bortfall vi står inför i och med de stora pensionsavgångarna.

– På riksplanet måste vi tänka på samma sätt: ST-läkarna i allmänmedicin bör vara minst en på tre! Ligger ett landsting under den siffran måste man ta krafttag – det handlar om tydlighet, om budget m.m.

– Det behövs för att möta framtiden! Alla invånares rätt till en fast allmänläkarkontakt enligt HSL måste kunna garanteras i hela landet. Denna grundläggande rättighet finns sedan lång tid inom övriga länder inom EU – liksom i västvärlden i övrigt.

– Detta är en ödesfråga för svensk hälso- och sjukvårds fortsatta utveckling, sammanfattar Birgitta W Hammarström.

PER LUNDBLAD

Fotnot

Läs mer om både ST-forum och det framtida rekryteringsbehovet i DL 4/06. Kom ihåg att tidningen kan laddas ner i pdf-format på Internet. Gå till www.svdlf.se och klicka på länken **Vår tidning** i menyen till vänster på sidan.



IT-stöd för lokala DLF-avdelningar

Till årsmötet i våras inkom en motion där nyttan av IT-stöd i olika former för den lokala DLF-avdelningen önskades. Att DLF verkar för att utbildning och central hjälp och service till lokalföreningarna och, i den mån det finns, informerar var och hur. Motionen bifölls och besvarades och här följer information om detta.

Grupp-e-mail:

Föreningar inom Läkarförbundet har möjlighet att kostnadsfritt, via Läkarförbundet, skicka grupp-e-mail till medlemmarna i sin egen förening.

Läkarförbundet hade vid årsskiftet 2006 e-postadresser till cirka 25 000 medlemmar i sitt medlemsregister. För att registret ska vara så aktuellt och komplett som möjligt är förbundet beroende av att läkarna själva uppger sina e-mailadresser. Enklast uppger/uppdaterar du som medlem din e-mailadress genom att gå in på www.lakarforbundet.se/minauppgifter

Se också sidan 11 angående anmälan av e-mailadresser.

Hemsida:

Läkarförbundet erbjuder alla föreningar inom förbundet att kostnadsfritt öppna en hemsida. I dagsläget har cirka 50 föreningar egna hemsidor via Läkarförbundet. I erbjudandet ingår att föreningarna själva sköter sin hemsida via publiceringsverktyget Episerver. Föreningarna får serverutrymme samt en direktadress till hemsidan (exempelvis www.lakarforbundet.se/chefsforeningen). Som del av Läkarförbundets hemsida får inte produktreklam eller stötande information förekomma.

Episerver är ett av Sveriges största internetbaserade publiceringsprogram. Föreningarna får tillgång till tre fasta sidmallar där text, bild, länkar och dokument kan läggas in. För att redigera i programmet behöver du endast ha tillgång till webbläsare (ex. Internet Explorer) samt uppkoppling till Internet. Programmet är lätt att förstå och som redaktör behöver du inte ha några kunskaper om programmering. Redaktörerna har möjlighet att delta vid ett utbildningstillfälle (en halvdag). Utbildningen äger rum i Stockholm och är gratis, men omkostnaderna bekostas inte av Läkarförbundet.

Innan man startar en hemsida bör man tänka över vilken information man vill ska finnas på hemsidan (ex. styrelsen, protokoll, viktiga lokala frågor). Föreningen måste även ha en ansvarig redaktör som sköter all uppdatering av sidan. På Internet är det av största vikt att informationen är korrekt och uppdaterad. En ouppdaterad hemsida förlorar raskt trovärdighet och besökare.

Vill ni starta en hemsida, maila Läkarförbundets webbansvarige via adress Internet@slf.se

Distriktsläkarföreningens fond

Svenska distriktsläkarföreningen förvaltar *Samfonden*. Ur denna fond har distriktsläkarföreningen möjlighet att dela ut medel varje år. Enligt fondens regler kan distriktsläkare söka medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet med anknytning till verksamheten som distriktsläkare. Arbetet bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Fonden kan också dela ut medel till behövande medlemmar i distriktsläkarföreningen 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.

Vid frågor går det bra att kontakta Anne-Marie Johansson på 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 hösten 2006 är den 30 november.

Välkommen med din ansökan!





Sökmotorn – oundgänglig resurs för att hitta information på Internet

Det finns ofattbara mängder information ute på webben. Exakt hur mycket, finns det ingen som kan säga med säkerhet. Antalet webbsidor ökar dessutom hela tiden. Drygt 20 miljarder är en uppskattad siffra som ofta nämns idag.

Därför gäller det att kunna navigera i detta gigantiska informationsflöde. Alla vill ju snabbt och enkelt hitta relevant information, och då är det vanligt att man använder sig av en sökmotor.

Därför kommer vi att ägna två artiklar åt hur sökmotorer fungerar. Den här texten beskriver de mest basala funktionerna i en sökmotor.

Lagrar bokstavskombinationer

Först och främst bör vi kanske reda ut vad en sökmotor är. Svaret är att det finns två varianter: En s.k. fritextsökmotor är ett dataprogram som ständigt läser olika hemsidor på Internet och kommer ihåg vad som står på dem. Varje ord – eller snarare bokstavskombination – lagras i programmets minne. Programmet lagrar – indexerar – dessa bokstavskombinationer i ett register, och vi kan sedan söka efter specifika bokstavskombinationer i detta register.

Det finns även s.k. kategoriserade sökmotorer, där man sorterar sidor som sökmotorn läst i olika kategorier, som man sedan kan bläddra bland och söka i. Dessa var populära under de tidiga åren under Internets tillväxt, men är på stark tillbakagång idag.

Sök efter ord

Vi återvänder till fritextsökmotorerna. Tre exempel på sådana är Alta Vista, Google och numera Yahoo. De använder sig

av särskilda robotar – s.k. spindlar eller krypare (spiders eller crawlers) – som inte gör något annat än att läsa hemsidor och lagra de ord de finner på dem.

När vi går till sökmotorn så kan vi söka efter olika ord som dessa spindlar har hittat. Vi ska visa hur detta går till, och använder oss av sökmotorn Google (www.google.com) i vårt exempel.

Sökruta

På startsidan finns denna ruta:

Nätet Bilder Grupper Kategori

Avancerad sökning
Inställningar
Språkverktyg

Google-sökning Jag har tur

Sök: webben sidor på svenska sidor från Sverige

I själva rutan ska vi skriva in det ord vi vill söka efter. Ovanför rutan kan vi markera *var* vi ska söka efter ordet. Här är det *Nätet* som är markerat.

Undertill kan vi klicka i olika alternativ för hur sökningen ska begränsas. Vi vill söka bland webbsidor över hela världen, och då ska alternativet *webben* vara förbockat.

Nätet Bilder Grupper Kategori

Per

Google-sökning Jag har tur

Sök: webben sidor på svenska sidor från Sverige

Vi skriver in förnamnet på undertecknad i sökrutan: För att utföra denna sökning klickar vi sedan antingen på knappen **Google-sökning**, eller så kan vi trycka ned *Enter* på vårt tangentbord. ↵

Resultatsida med tio länkar

Nu kommer Google att i sitt index söka efter webbsidor på Internet som innehåller ordet Per. Det resultat vi får presenteras på en ny sida som ser ut så här: (Vi ser den översta delen av sidan).



Längst upp ser vi vårt sökfält där ordet vi just sökt på, och de kriterier vi markerat, står kvar.

I den blå listen därunder kan vi läsa att Google funnit ungefär 2 miljarder 640 miljoner sidor som innehåller ordet Per. Dessa sidor presenteras med klickbara länkar som för oss direkt till just den sidan.

Här ser vi de fyra första av dessa länkar. Googles resultatsidor presenterar dem tio åt gången. Längst ned finns resultatsidorna i sin tur presenterade tio i taget.



Ett klick på ordet **Nästa**, alternativt på siffran **2**, för oss till länkarna för träff 11–20. Vill man ta sig direkt till resultatsidan med träff 21–30 klickar man på siffran **3** osv.

Ett ord räcker inte

Det säger sig självt att det kommer att ta för lång tid att klicka igenom drygt två och en halv miljard länkar på det här sättet. (Om man tänker sig att det tar 10 sekunder per länk, och man håller på dygnet runt, tar det över 800 år!) Därför är det ingen bra metod...

Slutsatsen blir därför att en sökning som utförs med ett enda ord oftast är ganska meningslös.

Undantag från denna regel finns dock: Om ordet är väldigt ovanligt, alternativt om det mål man har med sin sökning är samma mål som väldigt många andra personer – i hela världen – har när de söker på just detta ord. I det första fallet kommer det inte att bli så många träffar, och i det andra fallet

kommer just det resultat vi söker att placeras mycket högt upp i resultatlistan.

Söksträng

Man bör komma ihåg att en sökmotor endast presenterar webbsidor som innehåller den bokstavskombination vi söker. Detta är förklaringen till att just ordet *Per* genererar så många träffar: Här ryms, förutom det svenska förnamnet, alltså träffar på en sida som innehåller t.ex. följande mening: "Priset *per* person är...".

Att vi skrivit Per med inledande stor bokstav har alltså ingen betydelse när vi utför vår sökning.

För att kunna finna det man söker bör man skriva en söksträng (kallas ibland också för söksyntax). Det innebär att vi kombinerar flera ord i vår sökning. Man får alltså försöka föreställa sig vilka ord som finns representerade på den webbsida man söker efter. Helst ska de naturligtvis vara så ovanliga och specifika som möjligt. Vi tar ett nytt exempel:

Två rätt kombinerade ord kan räcka

Vi vill veta vilka vårdcentraler som finns i Karlstad. En sökning på ordet *vårdcentraler* i Google genererar 496 000 träffar, och på den första resultatsidan vi kommer till kan vi inte utläsa något om Karlstad.

Eftersom vi kan utgå från att ordet *vårdcentraler* och ordet *Karlstad* finns på den sida vi letar efter, kombinerar vi orden i en ny sökning. Se dock till att det är ett mellanslag mellan orden – om man inte har det letar sökmotorn endast efter sidor som innehåller ordet *vårdcentralerkarlstad* – och det ger inga träffar alls!



Så här ska det se ut. Nu klickar vi på **Sök**, alternativt trycker ned Enter-tangenten på vårt tangentbord.

Vi får visserligen fortfarande många resultat, men den tredje träffen på första resultatsidan ser ut så här:



Längst upp, med blå text, finner vi namnet på den hemsida som sökmotorn har hittat. Att den är blå, betyder att texten innehåller en hyperlänk och att vi följaktligen kommer att hamna på den sidan om vi klickar på texten.

Mer information på resultatsidan

Under den länkade sidrubriken ser vi ett textutdrag från just den sidan. Det brukar bestå av de ord som förekommer runt de ord vi sökt efter, och ska tjäna som en hjälp för oss att

redan här kunna avgöra relevansen i denna träff. De sökta orden markeras med fet text.

Under textutdraget finner vi sidans adress, vilket i detta fall är www.liv.se/liv_templates/Page___47.aspx-22.k. Huvudadressen är www.liv.se. Det betyder att den är registrerad i Sverige – vilket har betydelse när man ska bedöma relevansen i en sökträff.

Efter **.se** står det ett snedstreck, vilket indikerar för oss att den just här sidan är en undersida som hör till denna huvudadress. Förkortningen **.aspx** betecknar det filformat som sidan är sparad i.

Vi kan dessutom se att sidan har en filstorlek på 22 k, och bör alltså inte ta särskilt lång tid att hämta om man har en någorlunda snabb Internetuppkoppling. Ju högre filstorleken är, desto längre tid tar det att ladda ned den till den egna datorn.

Slutligen ser vi ytterligare två ord: *Cachad* och *Liknande sidor*. Dessa är också skrivna med blå text, och det innebär alltså att de är länkade. *Cachad* för oss till en "snapshotbild" av sidan så som den såg ut när Googles spindel senast besökte den, och *Liknande sidor* tar oss till en ny resultatsida som innehåller länkar till sidor som påminner om denna sida.

Den här informationen leder oss till slutsatsen att sidan antagligen innehåller relevant information om vårdcentraler i Karlstad, så vi klickar på rubriken. Det visar sig vara lands-

Vårdcentraler i Karlstad

- Vårdcentralen Gripen
- Vårdcentralen Herthagen
- Vårdcentralen Kronsparken
- Vårdcentralen Molkom-Väse
- Vårdcentralen Fud
- Vårdcentralen Skåre
- Vårdcentralen Västerstrand

tinget i Värmlands webbplats, och mitt på sidan ser vi följande förteckning:

Det finns sju stycken vårdcentraler, och deras namn är länkade. Ett klick på någon av dem för oss direkt till just den vårdcentralens hemsida.

Var konsekvent med språket

Ovanstående är ett exempel på en väldigt enkel söksträng. Ofta kan man behöva kombinera ihop fler ord för att hitta det man söker.

Tänk på att sökmotorn letar efter sidor som innehåller ord som endast är *exakt* så som de är skrivna i sökrutan. I ovanstående exempel duger det alltså inte att skriva ordet *vårdcentral* istället för *vårdcentraler*. Knepet är att kunna föreställa sig i vilken form ordet står skrivet på sidan, samt att man naturligtvis måste stava till det på samma sätt som det står på sidan man söker. (Skriver man ett stavfel, hittar sökmotorn endast de sidor som innehåller samma stavfel).

Naturligtvis bör man skriva sin söksträng på samma språk – *stugbokning France* är inte en bra söksträng. Då måste det finnas en sida som har både det svenska ordet och det engelska ordet för Frankrike för att man ska få en träff. *Stugbokning Frankrike* är mycket bättre, alternativt *rental cottages France* (som ger över tre miljoner träffar).

Begränsa sökningen

Eftersom sökrutan ligger kvar när resultatsidan presenteras, kan man lätt klicka in sig i den och addera nya ord till sin söksträng. Det gör inget om rutan "tar slut" – med piltangenterna kan man klicka in sig och addera ytterligare ord till sin sökning. De ord som "knuffas ut" till vänster i rutan hänger med i sökningen ändå.

Tre miljoner träffar är för mycket, så nu vill vi begränsa vår sökning.



Vi testar genom att klicka i rutan efter ordet *france*, och där skriva in ordet *normandie*.

Resultatet blir att vi nu får ner antalet träffar till 233 000. Om vi sedan vet var vi vill bo på vår resa, kan vi göra om proceduren en gång till:



Genom att addera ordet *bayeux* (en stad med stark historisk anknytning till invasionen av England 1066) får vi ner antalet träffar till 686!

Vi har alltså gått från långt mer än tre miljoner träffar till 686 genom att addera endast två ord till vår söksträng!

Den första resultatsidan har ett antal länkar till olika agenter som hyr ut stugor och hus i området. Att läsa mer om dem, se priser m.m. går till på ungefär samma sätt som vi beskrev hur man gör när man bokar hotell i London. (Se *IT-tipset i DL 6/06, reds anm.*)

Att informationen på sidorna vi hittar på detta sätt är på engelska har vi redan försäkrat oss om – genom att använda engelska ord i vår söksträng.

Plus, minus och citattecken

Idag är det på det viset i de vanligast förekommande sökmotorerna att man inte behöver ange något tvingande tecken för att inkludera ett ord i en söksträng. Skriver vi två eller fler ord, med ett mellanslag mellan varje, i sökrutan så tolkas det som att alla orden måste finnas med på sidan man söker.

Tidigare var det så att man var tvungen att sätta ett plus-tecken direkt framför alla ord som skulle vara med. Skillnaden mellan *vårdcentral karlstad* och söksträngen *+vårdcentral +karlstad* var den att i det första fallet så räckte det att något av orden var med på sidan för att det skulle räknas som en träff. Plustecknen angav att alla ord som hade det direkt framför sig var tvungna att vara med för att en träff skulle genereras.

Att vi fortfarande påminner om detta beror på att många webbsidor – t.ex. våra dagstidningar, och många medicinska databaser – har inbyggda sökmotorer där man söker enbart i den information som finns lagrad där. Det är vanligt att man i dessa fortfarande använder sig av detta system.

Tecknet + står då för tvingande: ordet *måste* finnas med. Man kan även använda minustecken – för att *exkludera* en webbsida från resultatet. Ett exempel på en sådan söksträng kan vara *+elvis –presley*. Den talar om att man är intresserad av alla sidor som innehåller ordet *elvis*, men om ordet *presley* nämns på samma sida tas den bort från resultatet.

Man kan också omge två eller flera ord med citattecken. Det är en s.k. frassökning. Då talar man om för sökmotorn att just dessa ord ska stå tillsammans i den här inbördes ordningen för att det ska tas med som en träff.

Ett exempel på en sådan söksträng är ”*peroral steroidkur*” som genererar ungefär hälften av de träffar som *peroral steroidkur* genererar. Strängen med citattecken anger att dessa två ord måste stå tillsammans så som vi skrivit dem, men med den andra strängen räknas alla sidor där ordet *peroral* och *steroidkur* finns någonstans på varsitt håll i texten som träff.

Fler sätt att filtrera sökningen

Till höger om sökrutan i Google finns alternativet **Avancerad sökning**. Ett klick där leder oss till en mer avancerad sökruta som fungerar på samma sätt. Så här ser den övre delen av sidan – som alltså ersätter dessa tecken – ut:



Med **alla** dessa ord = alla ord i sökningen är tvingande.

Med den **exakta frasen** = istället för citattecken, orden måste stå i denna inbördes ordning.

Med **något** av dessa ord = det räcker att ett av dem finns med för att det ska räknas som ett resultat.

Utan dessa ord = om ordet förekommer på sidan, exkluderas den från resultatet.

På den här sidan kan vi också bl.a. skriva in följande kriterier för vår sökning:



Genom att klicka på rullmenyn i inställningarna till höger kan vi styra språk, filtyp, datum för uppdatering och sökordens placering på sidan vi söker.



Naturligtvis måste man först fylla i rutan ovanför, där man anger vad det är för ord man söker efter.

Om man är osäker på t.ex. vilken filtyp det är man letar efter, avstår man naturligtvis från att markera det alternativet. Grundinställningarna i den här delen är att inte exkludera något från sökningen.

Tre viktiga ord

Ytterligare ett sätt att skriva sin söksträng är att använda de s.k. Booleska operatorerna. Det är särskilda ord som man använder istället för tecken när man letar efter information i en sökmotor eller databas som inte har en sådan här speciell sökruta. Två exempel på sådana är databasen Medline och Läkartidningens artikelarkiv.

Det är orden AND, OR och NOT. Observera att man måste skriva dem med versaler! Annars söker man efter just de orden, och det lär resultera i många träffar...

AND är samma som plustecknet, det anger alltså att ordet är tvingande, det måste finnas med för att räknas som träff. Om man skriver OR räcker det att ett av de två ord man skrivit med OR emellan finns med för att man ska få en träff. NOT ersätter minustecknet – om det ordet man skrivit NOT framför finns med på sidan, tas den bort från sökresultatet.

Man skriver dem med mellanslag framför det ord man vill applicera operatören på, och de kan kombineras hur som helst i en sökning. Så här kan den se ut: *cancer AND liver OR kidney NOT chemotherapy*.

För att svara på den söksträngen måste en text innehålla ordet cancer, samt ordet liver eller ordet kidney, men om ordet chemotherapy också finns med tas däremot hela texten bort från sökresultatet.

Den som söker, han finner

Det här är inte så krångligt som det kan förefalla vid en första anblick. Om man kan dessa grundläggande regler går det snabbt att träna upp sig på att skriva söksträngar som både förenklar och sällar i sökresultatet.

I nästa nummer ska vi titta närmare på vad det är för skillnad mellan de olika, vanligt förekommande, sökmotorerna. Vi ska också tipsa om olika resurser på Internet som kan vara till nytta för den som är intresserad av att veta ännu mer om ämnet. Till dess – tänk på det gamla visdomsordet ”Den som söker, han finner”. (En frassökning på denna mening renderar 850 träffar i Google...)

PER LUNDBLAD

☼ ORDFÖRANDE



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

☼ ÖVRIGA LEDAMÖTER



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

☼ VICE ORDFÖRANDE



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



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

☼ SEKRETERARE



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



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 Byfors (sammansällande)
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@gmail.com

Göran Fälthammar
Hindås VC, Box 134
430 63 Hindås
Tel 0733-100 107
E-mail: goran.falthammar@vgregion.se

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2007

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1	12 januari	9 februari
Nr 2	23 februari	23 mars
Nr 3	30 mars	27 april
Nr 4	4 maj	1 juni
Nr 5	15 juni	13 juli
Nr 6	31 augusti	28 september
Nr 7	12 oktober	9 november
Nr 8	23 november	21 december