

Distriktsläkaren

Nr 2 • 2008 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF



**IT i vård och omsorg
Jämförelse av tre vårdvalsmodeller**

Läkarnas medverkan krävs för bra IT-utveckling i vården!

Utvecklingen inom IT går snabbt. Nu är en lagrådsremiss på gång som i enlighet med nationella IT-politiken ska göra det lagligt att ta del av vårdinformationen som finns om patienten. Förslaget öppnar för möjligheten att man som vårdgivare ska kunna ta del av vårdinformation om patienten även utanför den egna enheten och över organisationsgränser. Detta är utmärkt och kan förbättra vården, öka vårdkvaliteten och främja patientsäkerheten.

Stora krav ställs på tekniklösningarna så att de verkligen blir det verktyg som vi vill ha och som underlättar mötet mellan läkaren och patienten. Systemen måste helt enkelt bli mer användarvänliga än idag och upplevas som en tillgång i det vardagliga arbetet med patienterna. Det är också förutsättningen för ett bra och enklare kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Tyvärr har inte alltid införande av IT-lösningar och nya datajournalssystem varit smärtfritt, utan det har på vissa håll lett till arbetsmiljöproblem och negativ stress. För att undvika detta och för att IT-systemet ska bli det verktyg som underlättar arbetet krävs att läkarna är med vid utvecklingen av IT-systemen.

Inte bara i själva genomförandefasen utan även då systemen ska utformas. Utvecklingen av datajournaler och IT-system måste ske med verksamhetens bästa för ögonen, användarvänligheten kan inte nog betonas i detta läge.

Det räcker inte att några IT-kunniga personer i ledningen driver på utvecklingen och lanserar nya datasystem. Läkarna, liksom all vårdpersonal, måste bli delaktiga och få ge sina synpunkter och åsikter utifrån det dagliga patientarbetet och detta skall tas till vara vid införandet – först då kan det skapas ett nödvändigt och positivt engagemang i IT-utvecklingen.

Det är knappast någon som vill gå tillbaka till pappersjournaler, utvecklingen går framåt och här finns förutsättningar för att IT skall kunna bli den förbättring som underlättar vårt arbete med patienterna, men det är en bit kvar.

Tekniken skall underlätta vårt arbete och skapa ett mervärde för oss som arbetar i vården, det skall underlätta själva patientarbetet och komma patienten tillgodo. Detta sker inte utan att vi läkare är engagerade i frågorna. Man behöver inte ha teknikkunskaper, utan det är just



Benny Ståhlberg

professionens synpunkter som behövs. Vi måste vara med när nya IT-system tas fram. Det är ett ansvar vi ska ta och styrelsens uppmaning är att distriktsläkare på olika sätt engagerar sig i IT-frågorna på hemmaplan.

BENNY STÅHLBERG
Ordförande i DLF
till och med 2008-04-18

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse: Benny Ståhlberg (ordf), Ove Andersson, Maria Dalemar, Kerstin Ermebrant, Rune Kaalhus, 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: Rune Kaalhus (red. och ansv. utg.)
E-post: rune.kaalhus@ptj.se

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

Adress: Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

Produktion: Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen: dl@mediahuset.se

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

Layout: Gunnar Brink, gunnar@mediahuset.se

Tryck: Åkessons Tryckeriaktiebolag

DLFs hemsida: www.svdlf.se

Omslagsfoto: StockXpert

Nytt från styrelsen

Tack till Benny

Som Ni alla erfarit via media har vår ordförande Benny Ståhlberg lämnat sina fackliga uppdrag i samband med årets fullmäktigemöte. En attraktiv tjänst som primärvårdschef väntar. Givetvis måste var och en av oss kunna gå vidare i karriären när tillfälle bjuds. Dock kommer vi alla distriktsläkare och kolleger inom andra medicinska verksamhetsområden att sakna Benny, vars ledaregenskaper och sociala kompetens banat vägen för en stark ställning för vår specialitet. Vi är dock övertygade om att Bennys gedigna fackliga erfarenhet kommer att komma oss och våra patienter tillgodo även från en position som arbetsgivarrepresentant.

Läkarförbundets fullmäktigemöte 2007

För första gången arbetade Läkarförbundet vid 2007 års fullmäktige med ett annorlunda upplägg. Ärendena behandlades i utskott och plenum i en viss proportion. En enkät till medlemmarna har visat att metodiken har emottagits positivt. Förändringen ansågs av merparten vara framgångsrik, med konstruktiva diskussioner i utskotten och förbättrade slutliga resultat.

Organisationsfrågor

Övergång från offentlig anslagsstyrd vård till konkurrensutsatt privat vård med offentlig finansiering är en trend i tiden. Förändringarna berör nästan 5 000 medlemmar i Läkarförbundet, varav ett stort antal inom primärvården. Landstingen utvecklar egna ersättningsmodeller som varierar avseende rörlig och fast ersättning per ansluten invånare. Det är viktigt att noga följa utvecklingen ur ekonomisk och arbetsmiljömässig synvinkel och stå medlemmarna bi med information och

utbildning. DLF har följt skeendet via Läkarförbundets Samordningsgrupp. Aktuella områden med vårdvalsmodeller är i dagsläget Halland, Stockholm, Västmanland, Östergötland, Region Skåne, Gotland och Västra Götaland. Läkarförbundets Samordningsgrupp har således arbetat aktivt med frågorna kring hur kvalificerad hjälp till medlemmarna bör ges. Förstahandsansvaret för kontakt och rådgivning har dock lokalföreningarna, medan yrkesföreningarna bör bistå med utbildning, rådgivning och medlemsmöten. Frågan kommer att diskuteras vidare av CS som tar beslut om hur delföreningarna kommer att engageras.

Arbetsmiljö

Läkarförbundets arbetslivsgrupp, ALG, har diskuterat jämställdhet vid specialitetsval. Män och kvinnor värderar ungefär samma saker som viktiga faktorer vid val av specialitet. Ansvar för hemmet och jourtagande påverkar kvinnor något mer i deras val. 80% förefaller dock nöjda med sin specialitet och intresset för att byta är litet. Den lilla grupp som trots allt byter verkar i första hand göra det på grund av missnöje med arbetsförhållandena.

Antalet kvinnor ökar i alla specialiteter. Högst andel finns inom hud, gynekologi och geriatrik, minst andel i kirurgiska specialiteter. Allmänmedicin har en ganska jämn fördelning med 47% kvinnor och 53% män. En handlingsplan för jämställt specialitetsval kan bli aktuellt inom Läkarförbundet.

Utbildningsfrågor

Det föreligger ett behov av att uppdatera Läkarförbundets fortbildningspolitik. De stora skillnader som idag finns mellan olika specialiteter måste undanröjas. Arbetsgivarna måste fås att ta sitt



Kerstin Ermebrant

fulla ansvar för läkares fortbildning. Minst 10% av varje läkares budget bör avsättas till fortbildning. Att driva frågan i den nivån beslöts på Läkarförbundets fullmäktige 2005.

Ett gemensamt brev har skrivits av Läkaresällskapet och Läkarförbundets Utbildnings- och forskningsdelegation till alla specialistföreningar. I brevet förordas en fortlöpande utvärdering av ST-läkares kompetens. Specialistexamen betecknas som ett verktyg som bör kompletteras med andra utvärderingsmetoder. Examinationen skall vara frivillig. Man avråder från att i ST-kontrakten låta skriva in formuleringar om obligatorisk specialistexamen.

Sjukförsäkringsfrågor

För att stimulera landstingen till att utveckla sjukskrivningsprocessen och ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet har staten för åren 2006–2008 tillfört den så kallade sjukvårdsmiljarden, av vilken landstingen kan få del i förhållande till sänkningen av sjukfrånvaron i respektive län. Läkarförbundet, Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Försäkringskassan anser att staten bör tillhandahålla ekonomisk stimulans även efter 2008. Därför har ovan nämnda organisationer tillsammans uppväntat regeringen med en framställan därom.

KERSTIN ERMEBRANT



Professor Anders Anell
vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet

De tre vårdvalsmodellerna – en jämförelse

Vårdvalsmodeller är ett begrepp som på allvar etablerats i debatten om svensk primärvård.

I dagsläget existerar tre sådana – i Halland, Västmanland samt i Stockholm – och diskussioner är igång inom Region Skåne, samt enligt färskare uppgifter i media även i Västra Götaland. Professor Anders Anell vid Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, har studerat de olika modellerna.

Vi träffar Anders i samband med att DLFs lokalförening i Sydvästra Skåne har sitt årsmöte, dit han blivit inbjuden som gästföreläsare.

Han berättar att han nu håller på med ett projekt som går ut på att jämföra de tre vårdvalsmodeller som finns i Sverige just nu. Det är KEFU – Rådet för KommunalEkonomisk Forskning och Utbildning, ett samarbetsorgan mellan Lunds Universitet, Region Skåne och Skånes kommuner – som är finansierare. Resultaten kommer att publiceras i en rapport senare under våren.

Förtroende

Anders inleder med att berätta att han tycker att vårdval i grunden är en bra idé.

– Det är min bias, förklarar han.

Hans uppfattning är att primärvården har ett tufft uppdrag:

– Förutom diagnostik och behandling, ska även primärvården sortera patienter för att skicka dem vidare till rätt specialist, man ska koordinera insatser initialt åt andra och det finns ett gap mellan resurser och behov. Jämfört med andra länder är svensk primärvård underfinansierad, konstaterar Anders.

Men det finns även andra resurser, förutom pengar, som Anders vill fästa uppmärksamhet på – en sådan är förtroende.

– Det handlar inte bara om förtroende från politiker, utan även från andra specialiteter och från befolkningen. Det finns ett bristande förtroende – visserligen har det ändrat sig till det bättre, men det ligger ändå latent.

Revirstrider

För att förklara detta, går Anders tillbaka i primärvårdens historia.

Den ursprungliga primärvårdstanken formulerades under 1970-talet. Allmänläkarna ansågs vara den viktigaste resursen, men det skulle även finnas fler specialiteter på de större vårdcentralerna. Tanken om att primärvården och allmänläkarna

skulle ta hand om alla patienterna i ”första linjen”, mottogs dock inte väl av andra specialister.

– Det resulterade i revirstrider med barnläkare, gynekologer, öronläkare och kirurger under 1970-talet, säger Anders och visar på följande citat från Gyllensvärd m.fl. från Läkartidningen 1978:

”Allmänläkarna är en onödig och fördyrande vårdnivå som skulle leda till sämre värdekaraktär.”

Anders kommer även med färskare exempel än så. Närsjukvården har lett till nya revirstrider – nu med internmedicin och geriatrik. Här ett citat från Clyne m.fl. i Dagens Medicin 2003:

”Det är farligt för både ekonomi och patienter att låta allmänläkare ta ansvar för multisjuka äldre.”

Mest nöjd där man kan söka direkt

Anders visar ett diagram från en studie där man jämfört olika länder (även utanför EU) och hur många sjukvårdstjänster i dessa länder som är tillgängliga utan att man måste gå via allmänläkaren – alltså som har omfattande remisstväng.¹ Man har även mätt hur nöjd befolkningen är med primärvården och lagt in i diagrammet. ☞

Slutsatsen är intressant. Generellt pekar studien på att befolkningen är minst nöjd med primärvården där remisstvånget är störst och vice versa.

– Primärvårdens organisation har alltså betydelse för möjligheterna att uppnå förtroende hos befolkningen. Kommer det förtroendet, så kommer så småningom även övriga specialisters förtroende, anser Anders.

Inflytande, val och väntetider viktigast

Vilken primärvård är det då som befolkningen vill ha? Anders berättar om en tidigare, experimentell studie som genomfördes med hjälp av en enkät.²

Individer fick ta ställning till primärvårdsmodeller med olika egenskaper – det handlade om typ av vårdgivare, inflytande, valmöjligheter, patientavgifter och väntetid för icke akuta besök. 1 600 enkäter skickades ut och svarsfrekvensen var 58%.

Resultatet visade att inflytande, möjligheter att välja vårdgivare och väntetiderna var det viktigaste. Preferensen för typ av vårdgivare var mer varierande, men man kunde urskilja att fler av de äldre, och individer med dålig hälsa, hellre ville lista sig hos en allmänläkare än hos en enhet.

– Vår slutsats är att om man ska bejaka detta, så måste det också finnas alternativ att välja mellan, påpekar Anders.

Lika – men med stora skillnader

Därmed är Anders framme vid de tre vårdvalsmodeller som vi har i Sverige idag. Han presenterar dem i en jämförande tabell (se tabell 1).

– Vid en första granskning kan det tyckas att de är ganska lika, men det finns ändå flera skillnader, säger han.

– Till exempel så har man i Halland den uttalade ambitionen att flytta ut specialister. Någon sådan ambition finns inte i de båda andra. I Stockholm så *medger* man anställning av specialister i pediatrik och geriatrik – men inga andra.

Anders pekar också på att det finns skillnader i hur listningen ser ut – om

Tabell 1.

| | Halland | Västmanland | Stockholm |
|------------------------|--|--|---|
| Mål och uppdrag | Närsjukvård i fokus. Brett uppdrag. Ambition att flytta ut specialister. 80% av all öppen vård ska ske i närsjukvården | Familjeläkarverksamhet i fokus. Brett primärvårdsuppdrag. Ingen uttalad ambition att flytta ut specialister. | Husläkarmottagning i fokus. Separat auktorisation för t.ex. Barn- och mödrahälsovård. Ingen ambition att flytta ut specialister |
| Listningen | Akreditering. Listning på vårdenheter. Alla listas. | Upphandling enligt LOU. Listning på enheter i första hand. Alla listas. | Auktorisation. Listning på allmänläkare i första hand. Enbart aktiv listning. |
| Ersättningen | Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Avdrag för bristande måluppfyllelse (bl.a. täckningsgrad). | Drygt 80% vårdpeng. Patientavgifter. Bonus och viten. | Drygt 40% vårdpeng. Besöksersättning efter yrkeskategori och åtgärd. Bonus och viten efter måluppfyllelse (3% av total ersättning). |

Tabell 2.

| | Vårdpeng | | Besöksersättning |
|--------------------|----------|----------|--|
| Halland | 0–6 år | 5 440 kr | - Patientavgifter - Besök av personer som inte valt enheten - Utomlänspatienter - Tolkersättning - Tilläggsuppdrag |
| | 7–64 år | 1 632 kr | |
| | 65–79 år | 5 440 kr | |
| | 80+ | 8 160 kr | |
| Västmanland | 0–5 år | 4 352 kr | - Patientavgifter - Besök av personer som inte valt enheten - Utomlänspatienter - Tolkersättning - Tilläggsuppdrag |
| | 6–64 år | 1 121 kr | |
| | 65–74 år | 4 100 kr | |
| | 75+ | 6 083 kr | |
| Stockholm | 0–5 år | 696 kr | - Besöksersättning baserat på yrkeskategorier - Utomlänspatienter - Tolkersättning - Tilläggsuppdrag |
| | 6–64 år | 585 kr | |
| | 65–74 år | 1 515 kr | |
| | 75+ | 2 083 kr | |

man listar sig på en vårdcentral eller hos en läkare.

Skillnader i ersättning

Det är även skillnader i hur ersättningen ser ut, vilket Anders visar i en ny tabellöversikt som jämför de tre systemen (se tabell 2).

Här kan man alltså se en stor skillnad mellan landstingen när det gäller storleken på den fasta ersättningen. I Västman-

land och Halland svarar vårdpengen för det mesta av ersättningen – över 80%. Resterande del utgörs främst av patientavgifter.

I Stockholm svarar dock vårdpengen endast för drygt 40% av ersättningen. Därutöver utgår en besöksersättning som avgörs av vilken yrkeskategori som svarat för besöket (läkare, sjuksköterska, undersköterska, kurator/psykolog) med möjligheter till extra ersättningar för

hembesök, särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden.

– Det är alltså viktigt med besöksersättningen i Stockholm. Men man ska komma ihåg att man där också har en knäckt ersättningskurva, tillägger Anders.

Med en stor andel rörlig ersättning ökar risken för en okontrollerad kostnadsökning. Det har man löst i Stockholm genom att definiera ett ersättningstak baserat på volymen besök hos olika yrkeskategorier – en ”knäckt” ersättningskurva. För läkarbesök går det i korthet ut på att man inte får full ersättning för mer än de första besöken. Därefter minskar ersättningen, och från och med det fjärde besöket får man endast patientavgiften. Taket – eller snarare den knäckta ersättningskurvan – baseras på det genomsnittliga antalet besök per listad individ, förklarar Anders.

Även vårdpengen kan bli orättvis

Kritiken mot Stockholmsmodellen är att kraven på enheter i socialt utsatta områden ökar, eftersom det i dessa ofta tar längre tid för ett läkarbesök – som alltså inte genererar mer pengar.

– Men man ska komma ihåg att med den modell man använder sig av i Halland och Västmanland blir det *inte lika synligt* om man drar ner tidsödande – alltså dyr – verksamhet, påpekar Anders.

– Man kan också hävda att i Stockholm genererar tunga, krävande patienter som t.ex. diabetiker mer pengar till mottagningen, tack vare att de även genererar fler läkarbesök!

För att illustrera detta, ger Anders följande exempel:

– Om man tänker sig att två grupper bestående av vardera tio 80-åringar listas på två olika vårdcentraler i de båda andra landstingen, så får de – eftersom vårdpengen är den huvudsakliga ersättningen – ungefär samma ersättning för dessa. Men om den *ena* av dessa grupper består av diabetiker med hjärtsvikt och inte den andra – då blir det mycket orättvist.

Bonusar och viten

I alla tre landstingen finns ambitioner att i större utsträckning koppla ersättningen till uppfyllda kvalitetsmål. I Västmanland har avsatts 10 miljoner kronor för utbetalning av bonus 2008 (ca 2% av vårdpengen), men man har i skrivande stund inte bestämt vilka kvalitetsmål denna bonus ska avse. Ett avdrag planeras på vårdpengen om (inte ännu definierade) kvalitetsmål för verksamheten uppfylls.

I Stockholm omfattar systemet med bonus och viten år 2008 sju olika mål. Grundbeloppet är 3% av den totala ersättning som betalas ut 2008. Bland annat kommer man att via en gemensam patientenkät följa upp hur stor del av patienterna som anser att helhetsintrycket är gott eller mycket gott. Om dessa är fler än 95% utgår bonus. Om de är färre än 60% utgår istället ett vite.

I Halland fastställs årliga mål för verksamheten som ska vara uppfyllda för att vårdenheter ska få del av vårdpengen. Här har man bara viten och ingen bonus. För 2008 finns ett avdrag på 100 000 kronor om en vårdenhet inte deltar i nationella diabetesregistret. Man har också ett avdrag för det man kallar för täckningsgrad. Man har ambitionen att närsjukvården ska ta hand om 80% av alla besök i öppenvården. Om man kommer under denna siffra på en vårdenhet, reduceras deras vårdpeng med ett fast kronbelopp.

Förändra argumentationen

Naturligtvis finns det problem med individuella val i vården, medger Anders.

– Individer har t.ex. ibland svårt att ta till sig information och bedöma valmöjligheter. Där kan man tänka sig att man i framtiden får en mer systematiskt sammanställd information från finansären, och även en ombudsman som ger konkret hjälp till dem som behöver det.

Och därmed är han tillbaka där han började: Frågan om förtroende.

– Det är ofta kopplat till att man får välja själv. Ta ett sådant enkelt exempel

som att jämföra med när man ska gifta sig – man har större förtroende för en partner man själv får välja ...

– Specialister i allmänmedicin har tvingats argumentera för sin egen existens med politiker och andra organspecialister, vilket har påverkat *hur* man argumenterar. Då blir det gärna så att man lyft fram primärvårdens roll för att undvika onödig vård och åstadkomma bättre kostnadskontroll.

– Sådana argument som utgår från primärvårdens ”grindvaktfunktion” kan tvärtom uppfattas som negativa i ett befolkningsperspektiv. Sett i ett befolkningsperspektiv bör man hellre lyfta fram sådant som kan skapa värde för enskilda individer, t.ex. att primärvården är en resurs för att hitta rätt specialistvård om det behövs.

– Primärvården måste bli bättre på att argumentera på ett sätt som tilltalar befolkningen. Ökat förtroende hos befolkningen är en förutsättning för att också skapa bättre förtroende hos andra specialister och politiker, avslutar Anders Anell.

PER LUNDBLAD

1. Kroneman et al. Direct access in primary care and patient satisfaction. An European study Health Policy 2006; 76: 72-79
2. Hjelmgren J, Anell A. Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. Health Policy 2007; 82: 314 -22

Fotnot 1

Anders rapport *Vårdval i primärvården – Modeller och utvecklingsbehov* är när detta läses publicerad. Den kan läsas i sin helhet på www.kefu.se.

Fotnot 2

Anders Anell har skrivit två böcker som anknyter till primärvårdens förutsättningar och organisation. Båda är utgivna av förlaget Studentlitteratur i Lund: *Strukturer, resurser, drivkrafter* (2004) samt *Primärvård i förändring* (2005).

Nu använder allt fler läkare SIL – Svensk Informationsdatabas för Läkemedel – och får mer tid för sina patienter

Läkare i allt fler landsting har nu börjat använda SIL – Svensk informationsdatabas för Läkemedel – som är en databas med samlad kvalitetssäkrad läkemedelsinformation. I SIL ingår bland annat NPL (Nationellt Produktregister för Läkemedel), interaktioner, landstingens rekommenderade listor och FASS-texter.

– Som patient kan man känna sig extra trygg om man får ett recept av en läkare som arbetar i SIL eftersom förskrivningen har kontrollerats ur flera perspektiv, säger distriktsläkare Anders Nilsson som även är SILs medicinska rådgivare.

Mer tid för patienter

Först ut att använda SIL blev Landstinget i Jönköpings län i maj 2006 då förskrivarna på vårdcentralen Rosenhälsan började använda databasen via sitt journalsystem Medidoc. Distriktsläkare Peter Johansson på Rosenhälsan konstaterar att han sedan SIL kom in i bilden hinner med ytterligare tre patienter per vecka.

– Genom SIL får jag ett bättre underlag för mina förskrivningar eftersom den läkemedelsinformation som jag behöver finns samlad via mitt journalsystem. Jag behöver inte leta på flera ställen utan får samtidig information om exempelvis dosering, interaktioner och biverkningar. Självklart är tidsvinsterna en stor fördel men viktigast är dock att jag upplever en ökad trygghet i min roll som förskrivare.

Anders Nilsson håller med Peter och kompletterar med ytterligare ett perspektiv:

– Det finns även en hälsoekonomisk aspekt som blir allt viktigare nu när

allt tyder på att enskilda mottagningar kommer att få ett ökat ekonomiskt ansvar för sina läkemedelsförskrivningar. Här kan SIL bli ett värdefullt instrument som underlättar för mig att göra medicinskt och ekonomiskt försvarbara förskrivningar.

Anders betonar att läkemedelskostnaderna ökar och ställer krav på förskrivarna.

– Det är framför allt de dyra specialpreparaten som står för ökningen men landstinget vill att förskrivarna – även de som förskriver ”vardagspreparat” skall bekosta läkemedlen ur sin egen budget. Det gör det nödvändigt att man vid varje förskrivning av läkemedel har bästa möjliga stöd för att kunna ge patienten det preparat som är billigast utan att någonsin ge avkall på den medicinska kvaliteten. En nog så svår uppgift!

Landstingen samarbetar kring det medicinska innehållet

En medicinsk referensgrupp bestående av läkare och sjuksköterskor från flera landsting i vilken Anders Nilsson är ordförande och där även Peter Johansson ingår arbetar fortlöpande med att ta fram förslag på utveckling av det medicinska innehållet i SIL.

– Jag ser SIL som ett mycket värdefullt instrument i läkarens arbete framöver. Referensgruppen arbetar med en rad olika tänkbara källor, till exempel dopinginformation, interaktioner, läkemedels påverkan på laboratorieresultat, läkemedelsbibliotek, kortnotationer, spädningslistor m.m. En del kan bli klara på ganska kort sikt, andra tar längre tid att genomföra. SIL kommer att vara en informations- och faktakälla som man inte kan vara utan, säger Anders Nilsson.

Genom SIL online kommer du åt SIL även utan journalsystem

I väntan på att SIL ska bli tillgängligt via alla journalsystem, kan du redan nu få tillgång till delar av SILs läkemedelsinformation direkt på webben. SIL online ger en tydlig överblick över basal läkemedelsinformation inklusive landstingens rekommendationer med indikation i första, andra och tredje hand, utbytbarhet och förmånsinformation.

Så får du tillgång till SIL online

Gå in på SILs hemsida www.silinfo.se så hittar du snabbt länken. Behöver du hjälp, kontakta någon på support@silinfo.se

Snart finns SIL i allt fler landsting

I takt med att fler systemleverantörer integrerar SIL i sina journaler, blir SIL tillgängligt i allt fler landsting. Alla landsting med Medidoc journal är uppkopplade mot SIL. Även PMOs läkemedelsmodul är nu i drift. Under året kommer SIL att bli tillgängligt via ytterligare journalsystem däribland System Cross, Infomedix, Swedestar och VAS.

SIL – Svensk Informationsdatabas för Läkemedel

SIL är en landstingsgemensam databas med kvalitetssäkrad läkemedelsinformation som gradvis kommer att bli tillgänglig för alla förskrivare oavsett ort och journalsystem. SIL ägs och finansieras av Sveriges samtliga landsting, regioner samt Gotlands kommun. Arbetet med SIL tog sin början 2004 och kommer under 2008 att övergå från projekt till förvaltning med organisatorisk hemvist hos Sjukvårdsrådgivningen AB.

Varför behöver vi veta vad som sker inom IT?

I början var dataprogram inom sjukvården gjorda för specifika frågeställningar. Man skapade små och lite större öar som var för sig hanterade lokala problem. Undan för undan har man försökt knyta ihop dessa till större öar antingen genom att skapa program som ska klara allt (vilket oftast visar sig besvärligt) eller genom entill-en-lösningar där man knyter ihop enskilda bitar av olika program (vilket medför närmast oändliga mängder av anknötningar).

De flesta av oss är verksamma inom landsting som alla vill bestämma själva, men inte låta verksamheten bestämma. Det medför att landstingen drömmer om enhetliga lösningar där de kan kontrollera allt (vilken version av Word man får skriva i, vem som ska få se det o.s.v.).

Som en digression kan jag berätta att när min fru som post-doc skulle knytas mot KIs intranät ringde jag deras IT-enhet för att ta reda på vilka program och versioner de ville att hon skulle ha på sin dator. Jag har fortfarande inte helt hämtat mig över svaret.

”Här på KI har vi flera Nobelprisvinnare anknutna och vi kan inte kräva av våra brukare att de har några speciella program. Det är vår uppgift här på IT-enheten att saker fungerar oberoende av vilka program man använder”.

Samtidigt har landstingen haft svårt för att samarbeta om datasystem – de vill alla utveckla sitt eget. Verksamheten har under tiden anskaffat de program som fungerar för just deras verksamhet utan större hänsynstagande till vad andra gjort eller behöver.

Nu har landstingens dataavdelningar ofta växt till enheter som är större än den lokala medicinkliniken och de försöker implementera landstingens IT-policy på oss. Samtidigt börjar de flesta landsting



bli medvetna om sjukvårdens IT-problematik (vilket är på tiden) och börjar samarbeta för att hitta lösningar som kan användas i hela Sverige – ja, även i andra delar av Europa. Ränderna är tyvärr svåra att tvätta bort och det finns starka centralistiska drag i de lösningar som växer fram.

Om man tar bilkörning som ett jämförande exempel kan man konstatera att det finns fördelar med att man kommer överens om var man får köra bil, vilken sida av vägen man ska vara på och hur trafikskyltar skall vara utformade, men trafikmyndigheterna har dock inget intresse av att styra människors val av bilmärke, modell, färg och tilläggsutrustning. Landstingen vill tvinga in inte bara distriktsläkare och IVA-läkare i samma mall utan även sjuksköterskor, arbetsterapeuter m.fl. Samtidig vet alla som för in datalösningar i sjukvården att om man inte får med sig läkarna, så kommer det inte att fungera som man önskade sig.

Därmed står vi inför ett större problem när nu landstingen faktiskt börjar

röra på sig i frågan om samordning av sjukvårds-IT inom Sverige.

Vilken dag som helst kan man riskera läsa följande mening i någon tidning:

DLF anser att SKL genom SVR i samarbete med SLIT, SLITS och andra aktörer måste säkerställa en IKT-miljö så att SoS NI-projekt kan implementeras, och för att SITHS kan slutföras behövs BIF genomföras snarligen så att HSA med fungerande HCC och IDC kan användas i t.ex. NPÖ med integrering av SIL, NOD och övriga projekt, och att man måste öka medvetenheten om att utformningen av dessa projekt samt RIV vare sig det är TIS-gruppens förslag till V-TIM, oberoende av om man väljer HL-7 ver 3 eller EHRCOM, eller NARRRs förslag till VIT, i hög grad är beroende av användarstöd.

Vi gör ett nytt försök:

Distriktsläkarföreningen (din kära yrkesförening i Läkarförbundet) anser att Sveriges Kommuner och Landsting (intresseorganisation för de offentliga huvudmännen) genom:

Sjukvårdsrådgivningen AB (utförarorganisationen till SKL bestående av f.d. Carelink, delar av f.d. SPRI, vård på webben o.s.v.) i samarbete med

Sveriges Landstings IT-chefer (våra vänner IT-tjänstmännens chefer)

SjukvårdsLeverantörernas IT-Sektor (våra vänner inom leverantörsidan både program, maskiner och konsulter) och andra aktörer måste säkerställa en

Information- och Kommunikations-teknologi (nya benämningen på det som var IT)-miljö så att

Socialstyrelsens Nationella IT-strategi (Regeringens uppdrag till myndigheten vilket skall resultera i föreskrifter om databruk i sjukvården, men som hela tiden verkar vara något varv efter verkligheten. Alla är dock överens om att det är ett mycket viktigt arbete.)-projekt kan implementeras, och för att

Säker IT i Hälso- och Sjukvård (Projekt om kommunikationsstrukturer inom sjukvårdsIT-lösningar som startades för drygt 15 år sedan i några större landsting och som förts vidare inom SKL och nu läggs ut i de enskilda landstingen i förvaltningsform) kan slutföras behövs Bastjänster för Informations-Försörjning (Projekt under upphandling om hur IT-säkerhetslösningarna i sjukvårds-Sverige ska se ut) genomföras snarligen så att

Hälso- och SjukvårdsAdressregister (En gemensam dataregisterstruktur över alla hälso- och sjukvårdsanställda som förvaltas av de olika huvudmännen) med fungerande

HealthCare Certificate (hälso- och sjukvårdscertifikat för att säkerställa en persons rättigheter i IT-systemen) och

ID-Certifikat (fysisk kort med nödvändig elektronisk information) kan användas i t.ex.

Nationell PatientÖversikt (Patientöversiktstjänst som ska strukturera befintlig elektronisk information från olika vårdssystem i ett gränssnitt och göra denna information tillgänglig för all vårdpersonal som behöver informationen) med integrering av

Svensk Informationsdatabas för Läkemedel (Sammanställning av läkemedelsanknuten information i databasform som FASS med flera),

Nationell OrdinationsDatabas (Elektronisk förskrivartöd/översikt/struktur som ska in i journalsystemen samt förse förskrivningsdatabasen med information) och övriga projekt, och att man måste öka medvetenheten om att utformningen av dessa projekt samt

Regelverk för Interoperabilitet inom Vård och omsorg (Regler för hur man tekniskt och semantiskt (innehållsmässig) ska utforma elektronisk information inom hälso- och sjukvård så att informationen är kommunicerbar mellan olika system) vare sig det är

Tillämpad Informationsstruktur (det projekt som haft uppdraget att sammanställa hur information ska vara formulerat i sjukvårdsIT och föreslå en modell (V-TIM)) förslag till

Verksamhetsorienterad Tillämpad InformationsModell (det flödesschema över hur man strukturerar en vårdbegäran och de utfall som är möjliga till följd av detta, finns i en snygg ritning i A2-storlek som är nästan läsbar), oberoende av om man väljer

Health Level 7 version 3 (amerikansk modell över standardiserat språk m.m. i sjukvårdsprogram och är ett standardiseringsorgan som anknyter till ISO o.s.v.) eller

Electronic health record communication (europeisk modell över standardiserat språk m.m. i sjukvårdsprogram och är ett standardiseringsorgan som anknyter till ISO o.s.v.), eller

Nationell Arkitektur – Regler, Riktlinjer och Rekommendationer (Data-programarkitekternas utvecklingsgrupp för att styra mot gemensamma/kompatibla strukturer) förslag till

Verksamhet, Informationsstruktur och Teknik (hur de tre verkligheterna kan mötas, d.v.s. sjukvårdsverksamhet, hur man bygger IT-program för denna och vilken teknik som finns att tillgå) i hög grad är beroende av användarstöd.

Det meningen, som faktiskt är semantisk korrekt, vill förmedla är att vi i DLF önskar att läkare är med på alla nivåer när man tar fram IT-stöd för vår verksamhet, vare sig det rör sig om vilken information som behövs och av vem, men även hur den presenteras och struktureras. Sedan är det tyvärr så att man måste, som i vår egen verksamhet, ”walk the walk and talk the talk”. Vi måste ta på oss det ibland dryga arbetet att delta under processen och vara kapabla att formulera oss så att de som producerar IT-lösningarna förstår vad som behövs. Ingen förväntar sig att vi känner till allt utvecklingsarbete som redan är gjort, men det skadar inte att vara lite bekant med dessa akronymer om man vill verka något sänär insatt. IT-världen är extremt förtjust i akronymer, men vi har väl också en jargong som andra inte alltid hänger med i?

Alla dessa projekt är på väg ut i vår verklighet, vare sig vi vill eller inte. Smart-cardinloggning, standardiserat förskrivartöd som blir lika oberoende av journalsystem, integrerad läkemedelslista med all information om vad den enskilde har fått förskrivet och hämtat ut, gemensam struktur på varningsinformation, möjlighet att ta del av elektronisk sjukvårdsinformation oberoende av vem i Sverige som skrivit den o.s.v.

Just nu är det viktigt att se till att våra behov tillgodoses och inte bara administrationens önskemål om statistikinsamling på alla de nivåer med möjlighet av sammanställning på enskild patient/behandlare/klinik/landsting för diverse ändamål, alla självklart mycket goda.

Möjligheterna att kunna påverka är ändå bättre än på länge och DLF ser gärna att de av er som har intresse av IT-frågor hör av er så att vi kan hjälpas åt. Tillsammans kan vi se till att denna vackra nya värld som är påtänkt mer blir som vi önskar.

RUNE KAALHUS

Ohanterligt system **tidstjuv** i primärvården

Landstinget i Östergötland fick Sveapriset för bästa IT-innovationen i vården 2007. Deras bidrag handlar om "Åtkomst av vårdinformation via översikter". En IT-lösning som gör att samlad vårdinformation kan bli åtkomlig för olika aktörer utifrån olika behov.

För att få reda på hur man upplever detta bland användarna ute i primärvården for vi till Linköping.

Vi träffar distriktsläkare Ebba Curman på hennes arbetsplats Ekholmens vårdcentral i Linköping. Här har Ebba arbetat sedan 1985.

Ansvarade för införandet

På Ekholmen har man lång erfarenhet av att arbeta med datoriserat journalsystem. Redan 1994 gick man över till det, och det var Ebba som var ansvarig för införandet av systemet på vårdcentralen.

– Jag upplever mig själv som intresserad av IT-teknik, och jag visste i detalj hur systemet var uppbyggt, berättar Ebba.

– Naturligtvis var det lite trögt i starten, men snart hade vi lärt oss att använda det. Sedan dess har vi även förbättrat det allt eftersom. Jag tycker det har fungerat bra, sammanfattar hon.

Nytt system

Ebba minns att då – 1994 – hade en läkares dator ett minne på 32 megabyte och att servern hade hela 64 megabyte.

– 1994 fanns inte den kommunikation inom IT-teknologin vi vant oss vid idag. Vi kände inte till Internet och hade inte någon e-post.

Naturligtvis har man idag på Ekholmens vårdcentral moderna datorer med snabba processorer, rejäla hårddiskar och har full uppkoppling till nätet. Det är inte det som är problemet för Ebba och hennes kollegor i dagsläget.



Ebba Curman, distriktsläkare på Ekholmens vårdcentral i Linköping.

Men nu ska alla byta till ett landstingsövergripande system, och det innebär att det system man använder sig av på Ekholmen ska pensioneras.

– Tidigare så har inte sjukhusen haft datoriserade journalsystem, men det ska man införa nu. Alla ska ha samma – både primärvård och sjukhusen, förklarar Ebba.

Minskar produktionen

Ebba vill verkligen betona att hon har full förståelse för att man måste ha ett och samma system i hela landstinget.

– Jag är inte motståndare till det. Men som distriktsläkare blir man bekymrad om vi får signaler att detta nya system är *sämre*, förtydligar Ebba.

Hon berättar att man i landstinget haft en annan vårdcentral som varit pilotvårdcentral för det nya systemet, och att man där rapporterat att man sex månader efter införandet räknar med en produktionsminskning på 15%!

– Det är datorvana personer som arbetar där – det är alltså inte fel på dem. det är själva programmets fel: Det är trögt och tar lång tid att hantera, säger Ebba.

Svårare med lokala initiativ

Därför tror inte Ebba att primärvården kommer att bli några vinnare när det nya systemet nu ska införas.

– Däremot möjligen sjukhusen – de hade ju inte något system alls innan. Men vi hade ett *bättre* system!

Man hade dessutom lokalt, på eget initiativ, utvecklat flera saker i sitt program på Ekholmen. Ebba visar ett system med sökord – hon använder sig av termen endokarditprofylax – som hon berättar att det på sin tid tog tio minuter (!) att ordna och lägga in i systemet.

– Initiativ av det här slaget kommer nog att bli väldigt tröga att genomföra i framtiden, och därför kommer det nog inte att bli så många sådana, tror hon. ☞

Sveapriset

Det nya systemet ska alltså införas på Ekholmen – och på alla andra vårdcentraler i Östergötland – till hösten.

Redan nu har landstinget lanserat den s.k. Vårdportalen. Det var den som belönades med Sveapriset – utdelat av socialminister Göran Hägglund på KvalitetsMässan i november 2007.

Bakom Sveapriset står SKL, Socialdepartementet och KvalitetsMässan samt Apoteket, INTEL, Telia, Kommunal, SKTF, Vårdförbundet, Läkarförbundet och Vårdföretagarna.

Syftet med detta pris är att främja en utveckling i linje med den nationella IT-strategin för vård och omsorg.

Vårdportalen medger att en samlad vårdinformation kan bli åtkomlig för olika aktörer utifrån olika behov. Men Ebba påpekar att det fortfarande finns mycket att önska när det gäller användarvänligheten. Dessutom tar det lång tid att komma åt dessa uppgifter.

Kan se var patienten har sökt

För att visa oss, gör Ebba en sökning på sig själv på Patientportalen.

– Det tar lång tid att hämta upp patienter – det krävs många knapptryckningar och man får vänta mellan varje, fortsätter hon. Vi kan följa hennes arbete på skärmen, och det tar verkligen lång tid.

– Därför blir själva systemet en tidstjuv. Det hjälper inte att utbilda personalen – vi är utbildade och vi är datorvana.

Men det finns ändå sådant som är bra med Vårdportalen.

– Det finns bra saker. Via den så kan jag få en samlad bild av *var* folk har sökt – inte för vad, men jag kan se att de t.ex. varit på kirurgmottagningen, fortsätter Ebba.

– Jag kan också komma åt svar på labbar som är utförda i landstinget, och även komma åt svar från fysiologen och röntgen.

Sjukhusen har inte tidigare haft dator-

journal. Ebba kan alltså inte se några journaltexter, eftersom de inte finns där.

– Dessutom finns inte labsvaren i en samlad översikt – en lablista, utan endast som svar vid varje tillfälle. Vi som jobbar i primärvården har inte tillgång till några lablistor – men det har sjukhusläkarna, påpekar hon.

Uppsplittrat

Därför måste man först klicka upp varje enskilt tillfälle som patienten har sökt vård, och sedan klicka sig vidare till svaret som gavs efter just det tillfället. Ebba använder åter sig själv som demonstrationsobjekt, och det blir ett väldigt klickande och väntande.

Dessutom kan man inte kopiera texten till den egna journalen på datorn. Ebba berättar att de flera gånger varit tvungna att skriva av den *för hand*, för att sedan manuellt knappa in den igen i patientens journal på vårdcentralen.

– Det är tre olika databaser som kopplas upp till Vårdportalen: Lab, fysiologi och röntgen, och det är naturligtvis bra att ha tillgång till dessa. Men det blir så uppsplittrat när man måste klicka på varje vårdtillfälle och därifrån vidare till resultaten.

Vill ha samlad information

Att göra något åt detta, är vad som står högst på Ebbas önskelista.

– Jag vill ha en samlad översikt om allt som finns om den patient som jag arbetar med. Och jag vill kunna kopiera från Vårdportalen till mitt journalsystem.

Hon påpekar att de ofta får höra ”Det finns ju i datorn...”

– Men vi måste ha den informationen *samlad*. Då kan den ge oss en första indikation på patienten. Jag vill ha den presenterad på ett sådant sätt att jag enkelt kan klicka på t.ex. fysiologens lista – där alla svar från fysiologen ska finnas.

Som det nu fungerar så tar det alltså ganska lång tid – det har vi själva kunnat konstatera under vårt besök.

Identifiera timmar

När vi besöker Ekholmen har landstinget just publicerat en rapport med namnet *Administrativa timmar kan bli patienttid*. I den pekar man på att genom att ”jobba smartare kan administrativ tid frigöras och användas till patientarbete”.

Det handlar om ett projekt för att hitta dessa timmar, och i rapporten säger man sig ha identifierat 1,5 miljoner timmar som skulle kunna omvandlas. Vi läser också:

”En del har frigjorts redan, men mycket tid kommer att frigöras när effekterna av den datoriserade patientjournalen börjar märkas, bland annat i samband med remisshantering, dokumentation och mindre journalletande.”

– Är det så att det är själva journalsystemet som tar tid i onödan – då är det bedrövtligt, säger Ebba.

– Det känns som att de som skapat systemet inte har klart för sig hur vi arbetar, hur vår kliniska vardag ser ut. Läkemedelslistan måste ju dessutom underhållas för att vara aktuell – datorn kan aldrig ersätta dialogen med patienten. Vi måste ändå fråga!

Därför tycker hon att det är konstigt att man bestämmer sig för att införa det nya systemet utan att lyssna på de erfarenheter man gjort på den vårdcentral som var pilot för projektet.

– Jag tror säkert att det finns många tidstjuvar på sjukhuset – de *hade* ju inte något datoriserat journalsystem. Men det hade vi i primärvården. Därför verkar det som om vi kommer att vara förlorare i och med att det nya systemet införs överallt – och det känns tråkigt, avslutar Ebba Curman.

PER LUNDBLAD

Fotnot

Hela den rapport som texten refererar till, kan läsas på Östergötlands Landstings webbplats: Adressen är <http://www.lio.se/templates/NewsPage.aspx?id=40207>

Vård på webben

Nationell IT-strategi, patientdatalag och gemensam sjukvårdsrådgivning

Sveriges första nationella IT-strategi för vård och omsorg presenterades i mars 2006.

Lars Andåker är landstingsdirektör i Sörmland, och även ordförande i Beställarledningen för nationella IT-strategin inom vård och omsorg i SKL.

Så här svarar Lars när vi ber honom beskriva det uppdrag han har:
– Att åstadkomma att staten, landstingen, kommunerna och privata vårdgivare använder IT i vård och omsorg på ett sätt som innebär att vi kan kommunicera med varandra, och därigenom ge en säkrare vård.

Bankerna kan redan

Lars tillägger att det i sin tur innebär att man måste byta fokus.

– Vi måste gå från myndighetsutövande till ett verkligt patientinflytande!

Han fortsätter med vad han själv beskriver som ett skräckexempel.

– En patient skrivs ut från Karolinska sjukhuset efter att ha vårdats där för en hjärtinfarkt. När han sedan tar kontakt med sin vårdcentral för uppföljning, finns det ingen kommunikation mellan vårdcentralen och sjukhuset – istället tvingas man där att skicka efter alla uppgifter på papper.

Lars jämför sedan med de IT-tjänster som Sveriges banker ställer till förfogande för sina kunder.

– Våra bankärenden kan vi sköta via datorn – vi kan betala våra räkningar, få saldouppgifter och göra överföringar. Alla *banker* kan kommunicera med varandra via IT-teknologi.



Lars Andåker, landstingsdirektör i Sörmland.

Patientdatalag

Det är så det ska gå till i världen också – i en så snar framtid som möjligt.

– Men för att åstadkomma det krävs ganska mycket – bl.a. så krävs en ny lagstiftning, fortsätter Lars.

Det omfattar en ny Patientdatalag, och en sådan är på gång. I sitt betänkande från 2006, föreslår SOU (Statens offentliga utredningar) en sammanhållen journalföring och personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården. Det är denna reglering som kallas för Patientdatalagen.

Denna lag ska reglera bl.a. frågor om journalföring, elektronisk tillgång till patientuppgifter och användning av dess uppgifter i verksamhetsuppföljning. Vi citerar vidare:

”Genom förslaget öppnas helt nya rättsliga möjligheter för sjukvårdshuvudmännen och privata vårdgivare att

bygga elektroniska informationssystem som alldeles oberoende av formella gränser gör viktig information om patienter tillgänglig för behörig personal när den behövs i patientvården, s.k. sammanhållen journalföring.”

– Den nya lagen kommer att träda i kraft den 1 juli i år, berättar Lars.

– Bl.a. kommer den att göra det möjligt för patienten själv att se journalanteckningar om sig själv på nätet. Egentligen är det en ganska självklar utveckling – att jag själv äger den informationen som finns om mig!

Säkerhet och sekretess

Lars påpekar att det därför är viktigt med ett journalsystem som går över alla gränser.

– Men man måste vara tuff mot dem som använder det – det krävs säkerhet och sekretess.

För att åstadkomma detta, ska man ta fram ett ID-kort som ska möjliggöra inloggning.

– På så vis ska man alltid kunna se vem som gjort inloggningen – inte bara vilken dator den är gjord från. Och det ska även gälla de privata vårdgivarna! Därför behövs det en katalog över alla vårdens enheter, personer, roller och verksamheter. Den kallas HSA-katalogen, och en sådan ska finnas i alla landsting under 2008. Nästa år kommer korten, fortsätter Lars.

För att systemet ska fungera behövs det ett gemensamt fungerande ”alfabet”, en fungerande arkitektur – det måste gå att koppla ihop alla användare så att de kan tala med varandra.

Användarvänligt

”Vården på webben” är ett begrepp som enligt Lars är bland det allra viktigaste som ska sjösättas.

– Man måste kunna boka/avboka en tid, förnya recept, ställa frågor, hitta information om sjukdomar man har m.m., säger han.

– I Sörmland och en del andra landsting är vi redan igång! Vi införde bl.a. möjligheter för kvinnor som kallades till gynekologisk undersökning att ändra sin tid via Internet, och kunde då konstatera att det totala antalet kvinnor som kom ökade med från 65% till 79%.

Lars menar att det är samma service som Bilprovningen redan tillhandahåller – man får sig en tid tilldelad och kan sedan via nätet byta den till en som passar bättre. Det är en naturlig och användarvänlig service, som också kan appliceras på många delar av hälso- och sjukvården.

– Dessutom har vi etablerat ett telefonnummer till samtliga sjukvårdsupplysningar i landet: 1177. Det ska ha ett gemensamt IT-system, och där ska finnas möjlighet att bli kopplad vidare – till exempel till en barnlinje, olika utländska språk m.m. Dessutom ska allt kvalitetssäkras vilket betyder ett gemensamt beslutsstöd. Samma beslutsstöd bör också

finnas i primärvården och på sjukhusen.

– Egentligen är det bedrövligt att vi fortfarande på vissa enheter tillåter nästan vem som helst att svara i telefon och ge patientråd.

Under budget

Landstingen och regionerna ska även framgent ha sin egen sjukvårdsrådgivning, men driva tjänsten utifrån ett nationellt koncept. Tanken är att tack vare att alla i nätverket har samma rådgivningsstöd, kan landstingen och regionerna hjälpa varandra när det är många som ringer. På det sättet kan väntetiderna kortas.



En poäng är också att samverka på natten då antalet samtal är färre och då också för att lättare kunna bemanna rådgivningen när trycket är som störst på kvällar och helger.

Allt detta kostar naturligtvis pengar, men enligt Lars så ligger man faktiskt under budget i nuläget.

– Landstingen satsar knappa 200 miljoner och staten 100 miljoner kronor. Kommunerna är inte med ännu, men de är på väg. De är så många fler, så därför tar det längre tid för dem att komma överens.

Tror på utvecklingen

För att åstadkomma allt detta har man utöver beställarledningen på SKL skapat ett utförarbolag – SVR AB – som ska driva projektutvecklingen och förvaltningen av nationell IT för vård och omsorg.

På hemsidan läser vi bl.a. följande:

”SVR AB ska vara navet i en nationell vårdwebbplats och en samordnad sjukvårdsrådgivning via telefon och andra mediekkanaler. Vi utvecklar bra IT-stöd för vård och omsorg som underlättar säker informationsöverföring över vårdgivargränser. All vår verksamhet sker i samverkan med vårdens och omsorgens aktörer”.

I beställarledningen för nationell IT i vård och omsorg ska det alltid vara en landstingsdirektör som är ordförande, med en mandatperiod på två år. Vi frågar Lars vad det var som fick honom att ta på sig uppdraget.

– Jag gick in i det här för att jag tror på utvecklingen, svarar han.

– Vi måste använda IT på ett smartare sätt och ge patienterna större möjligheter till egenvård, att se sin journal och att se sina ”egna” remissflöden. Vården måste in på nätet!

Hårt tryck från staten

Enligt Lars behövs det både morot och piska för att visionen ska bli verklighet.

– Man måste peka på vinsterna, men också med hela handen.

Alla landsting är suveräna när det handlar om att ta sina egna beslut, men enligt honom har samtliga hittills varit överens om de beslut de fattat.

– Staten utövar – via socialministern och statssekreterare – ett hårt tryck i frågan, förklarar han vidare.

Att det finns en irritation ute bland användarna att IT-systemen inte alltid upplevs som användarvänliga, anser Lars att man måste ha förståelse för.

– Vi måste lyssna på dem, och ta till oss deras synpunkter.

– Men det gäller ändå till sist att bestämma sig för om man vill vara med i utvecklingen, eller sitta på läktaren och klaga. Det gäller att komma bort från ”myndighetsbeteendet”, avslutar Lars Andåker.

PER LUNDBLAD

Remissvar

"Patientdatautredningen – patientdata och läkemedel"

(SOU 2007:48)

Patientdatautredningen har, på uppdrag från regeringen, fått lämna förslag på åtgärder rörande anpassningar av lagrum med återverkan på datahantering inom hälso- och sjukvård. Som del i detta arbete har nu utredaren Sigurd Heuman lämnat ett slutbetänkande gällande förändringar i tillämpliga lagar inom området.

Det som mest berör distriktsläkarkollektivet är de åtgärder som föreslås för ett utvidgat användande av receptregisterlagen. Syfte är att förbättra förutsättningarna för att skapa en god och likvärdig vård samt öka förutsättningar för effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser. Förändringarna krävs av många skäl bl.a. kvalitetskontroll, myndighetsutövande m.m.

Förändringarna innebär bl.a. att uppdragsgivaren/landstinget kommer att ges möjlighet att följa förskrivning per förskrivare. Föreningen kan inte se att uppdragsgivaren/landstinget, utan god kunskap om den lokala verksamheten, kan använda individuella förskrivardata till annat än personlig kontroll av den individuella förskrivaren. Föreningen motsätter sig därför detta förslag.

Brist på kunskap och brist på följsamhet till vårdprogram och behandlingsrekommendationer nämns som skäl till uppdragsgivaren/landstingens utökade befogenheter att utöva kontroll gällande ekonomi samt medicinsk kvalitet.

I den diskussionen kan vi notera att dessa skäl för uppdragsgivaren/landstingets

behov av ökad kontroll riskerar att inte nå sitt syfte om man inte i senare skede också ökar våra uppdragsgivares ansvar gällande vidareutbildning/fortbildning. Utvecklingen visar för närvarande att landstingen i allt mindre grad tillgodoser vårt behov av vidareutbildning och att vi som tidigare i hög grad är hänvisade till läkemedelsindustrins vidareutbildningsaktiviteter. Utredningen påpekar också att läkemedelsindustrins utbildningar ofta har en negativ påverkan på landstingens möjligheter till styrning av läkemedelskostnader och kvalitet i vården, vilket också styrker behovet av att koppla frågan om landstingens ansvar för läkarnas vidareutbildning till användandet av läkemedels- och förskrivardata.

I övrigt betingas många av förslagen i utredningen av andra sjukvårdsaktörers utökade uppdrag samt tidigare oklara juridiska förhållanden kring patientdatatagstiftning. Distriktsläkarföreningen har valt att inte yttra sig om dessa förslag specifikt, men tillstyrker att ett nationellt heltäckande vaccinationsregister utvecklas.

Vi noterar dock att de förslag som nu läggs fram i dessa frågor skapar förutsättningar för att personliga uppgifter gällande identitet både för patient och förskrivare blir åtkomliga för fler aktörer inom hälso- och sjukvården med risk för otillbörligt bruk. Utvecklingen måste följas i dessa delar.

Fadderlista

till styrelsemedlemmarna i DLF

| Kontaktperson | Lokalavdelning |
|---|---|
| Ove Andersson ove.andersson@lul.se | Gävleborg Uppsala Östergötland |
| Maria Dalemar maria.dalemar@svdlf.se | Fyrbodal Skaraborg Göteborg |
| Kerstin Ermebrant kl.ernebrant@tele2.se | Jämtland Norrbotten Västerbotten Västernorrland |
| Rune Kaalhus rune.kaalhus@pfj.se | Dalarna Värmland Västmanland |
| Anders Nilsson anders.folke.nilsson@telia.com | Stockholm Södermanland |
| Christer Olofsson christer.olofsson@ltblekinge.se | Kronoberg Blekinge Halland |
| Ann-Christine Sjöblom ann-christine.sjoblom@sll.se | Södra Bohus Älvsborgs Södra Örebro |
| Tillfälligt vakant | Gotland Jönköping Kalmar |
| 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

Rapport från

EURACT Council-möte inklusive SFAM-EURACT-konferens

3–7 oktober 2007, Älvkarleö Herrgård

För deltagande i det internationella EURACT Council-mötet 3–7 oktober 2007 och SFAM-EURACT-konferensen 4 oktober 2007 på Älvkarleö Herrgård erhöj jag bidrag ur DLFs Samfund. Medlen användes för att täcka mina kostnader för deltagande (anmälningsavgift, mat och logi), mina resor inklusive förberedelsefasen samt vissa administrativa utgifter.

EURACT, European Academy of Teachers in General Practice höll 3–7 oktober 2007 för första gången ett s.k. Councilmöte i Sverige. Av EURACTs 38 medlemsländer fanns 28 länder representerade. Under mötet diskuterades en rad frågor rörande läkarutbildning från grundnivå till specialist-/fortbildningsnivå. Bland annat slutfördes planeringen inför en europeisk kurs i kompetensvärdering (genomförd i Polen i november 2007).

En synnerligen viktig och mycket uppskattad programpunkt var den gemensamma SFAM-EURACT-konferensen 4 oktober. Där deltog även ett 30-tal svenska läkare från olika delar av landet. Däribland återfanns SFAMs vice ordförande respektive sekreterare, representanter från SFAMs Fortbildningsråd, Kvalitetsråd, ST-råd (utbildningsläkare) och Examens-/Utbildningsråd, representanter från Allmänmedicinska institutionerna vid Linköpings och Göteborgs universitet, studierektorer och fortbildningssamordnare inom allmänmedicin, primärvårdsdirektören i Hälsingland/Gävleborg m.fl.

Efter inledande välkomstord följde informativa och uppskattade presentationer samt tre interaktiva parallella workshops med olika utbildningsteman.

Övrigt program innefattade en guidad bussrundtur i Gävle med efterföljande middag på Gävle stadshus. Den 6 oktober genomfördes flera mycket uppskattade studiebesök – Södertulls Hälsocentral/Familjeläkarjouren i Gävle respektive i Sandviken samt vid det kommunala korttidsboendet Rosengården, Sandvikens sjukhus och äldreboendet Kremnan i Sandviken. Möte, konferens och boende var förlagt till höstfagra Älvkarleö Herrgård.

Möte inklusive konferens rönste stor uppskattning hos både utländska och svenska deltagare och konferensen blev en större succé än vi vågat hoppas på. Studiebesöken gav inspiration och kvaliteten inom svensk primärvård och kommunal omsorg imponerade.

Några efterföljande kommentarer: ”Det visar vad som kan vara möjligt och vikten av att kombinera tillgängliga resurser med ett humant synsätt”. ”Jag fick en bra idé om att börja organisera regelbundna lokala träffar för handledare och utbildningsläkare”. ”Diskussionen med svenska kollegor var mycket viktig, t.ex. angående primärvårdens roll i det svenska sjukvårdssystemet”. ”Det var intressant att få följa den interaktiva kollegiala dialogen (fortbildningsprojektet ASK) användbar i utbildning och som kanske kan användas till att motverka utbrändhet bland läkare”.

De svenska deltagarna imponerades inte minst av den engelska proceduren

med att välja ut de mest lämpade bland ett stort antal sökanden till utbildningstjänster inom allmänmedicin (blivande familjeläkare).

Det enda negativa var bristen på intresse från svensk media som, med undantag för *AllmänMedicin*, uteblev trots flera påstötningar.

Ekonomiskt stöd för genomförandet erhöles huvudsakligen från SFAM och Landstinget Gävleborg. Dessutom bidrog Region Gävleborg, SIDA:s Östersjöenhet, Sandvikens kommun och Gävle kommun. Dessutom gavs indirekt stöd genom att flera konferenspresentatörer t.ex. från de allmänmedicinska institutionerna i Göteborg respektive Linköping deltog utan kostnad. Därutöver bidrog enskilda privatpersoner med bland annat förtäring.

Administrativt stöd samt hjälp vid planering och genomförande erhöles huvudsakligen från SFAMs kansli i Stockholm, Primärvårdskansliet i Sandviken, Landstinget Gävleborgs Utbildningsgrupp LUF och inte minst från svenska EURACT-medlemmar samt Anna-Karin Svensson, familjeläkare tillika SFAMs sekreterare. Konferensens moderatörer och presentatörer gjorde ovärderliga insatser.

MONICA LINDH

*Svensk EURACT-Council-representant
och samordnare av mötet
Familjeläkare Hälsocentralen Hofors &
Studierektor i Primärvården Gästrikland
Monica.lindh@lg.se*

Dags att planera för din fortbildning i höst!

Se vår kurskatalog
på www.kursdoktorn.nu
– anmälan senast 13 juni

*Miss inte AllmänläkarDagarna i Göteborg nästa år
– reservera datumen 28-30/1 2009!*

KursDoktorn
FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN – NATIONELLA UTBILDNINGAR



Länksamling för distriktsläkare

Tänk er att en kollega granskade och valde ut riktigt bra länkar – för att därefter publicera dem i en lättöverskådlig samling på en hemsida.

Det är precis vad Fredrik Settergren, som just är klar med sin ST-utbildning i allmänmedicin, gör. Hans hemsida hittar man på adressen www.allmanmedicin.se

Fem kategorier

Sidan har en mycket enkel och lättmanövrerad struktur. Länkarna är indelade i olika kategorier som vi finner bakom olika flikar. När vi kommer dit, möts vi av en startsida som ser ut så här:



Den första av de fem flikarna heter *Tio i topp*, och det är den som är aktiv när vi kommer till sidan. De länkar som finns just här kan dock komma att ändras, eftersom det är genom att mäta hur många klick varje länk får som man kan skapa denna topplista. Därmed ligger det också i sakens natur att den är föränderlig.

Man aktiverar de andra flikarna genom att ställa musmarkören på någon av dem och sedan klicka på den. Redan när man placerar musmarkören på fliken dyker det upp en liten förklarande textruta till höger om själva markören.

Kliniska resurser

Medicinska länkar till sidor som hjälper dig att handlägga och snabbt sätta dig in i ett stort antal symtom och sjukdomstillstånd.

Sedan är det bara att klicka. Sidan vi kommer till har samma grafiska utformning som startsidan, det enda som skiljer dem åt är naturligtvis de länkar som finns här. Den flik som är aktiv är dessutom vit, och de övriga flikarna röda.



Öppnas i nytt fönster

På www.allmanmedicin.se finns, när vi besöker sidan, 54 olika länkar till resurser på Internet. Under respektive flik är de presenterade i bokstavsordning.

Även länkarna har fått en liten förklarande textruta som automatiskt dyker upp om vi placerar markören på själva länken.

För att ta oss till den webbplats som beskrivs i den här korta informationen, behöver vi bara klicka på själva länken – i det här fallet alltså någonstans på orden **Growing people**.

Growing People

Om barn och graviditet. Handboken är den mest intressanta delen för oss allmänmedicinare, mycket användbart på BVC.

När man gör det öppnas ett nytt fönster i webbläsaren, ovanpå det gamla. Det innebär att vi aldrig – även om vi klickar oss runt på den webbsida vi kommer till – är mer än ett enda klick från att återvända till länksamlingen. Det enda man behöver göra är att stänga det nya fönstret med ett klick på krysset längst upp till höger i den blå dokumentlisten.

Blanketter i olika format

Länken **Blankettsamling** (överst under *Tio i topp*-fliken) leder till en sida där vi kan hämta hem fler än hundra olika blanketter för utskrift. Dessa blanketter är i sin tur sorterade under olika rubriker. Här ser vi den översta delen av sidan:



Dessa blanketter presenteras med olika symboler framför. Symbolerna talar om vilket filformat blanketten kommer i.

Den här symbolen anger att blanketten är i s.k. pdf-format. Detta format

kräver att man har programmet Adobe Acrobat Reader installerat på sin dator för att man ska kunna öppna och läsa filen.

Denna symbol betyder att den istället är i Word-format. Det krävs alltså att datorn har Word installerat för att blanketten ska kunna läsas.

Acrobat Reader kan – till skillnad från Word – hämtas gratis till datorn (länk för hämtning ligger längst ned på sidan).

Det tredje filformatet är html – d.v.s. det format som man använder sig av för hemsidor på Internet. Det kan läsas av alla webbläsare.

Drivs ideellt

Sidan är föredömligt ren och enkel till sin struktur, och är dessutom helt befriad från all reklam. Det innebär också att vi slipper s.k. banners och pop-up-fönster, som ofta är priset vi får betala för andra kostnadsfria resurser på Internet.

Den drivs av Fredrik Settergren, som just avslutat sin ST i allmänmedicin. Han berättar för *Distriktsläkaren* att upprinnelsen var när han som nybliven ST ofta fick frågan från andra kollegor var någonstans på Internet han hade hittat olika typer av information.

Sidan bekostas av honom själv (!) och har ingått i hans specialistexamen. Men han berättar också att han inte har några planer på att lägga ner den sedan han blivit klar – tvärtom!

– Den är min hobby, och arbetet jag lägger ner är helt ideellt. Jag kommer aldrig att ta in reklam, det skulle inkräkta på trovärdigheten, förklarar Fredrik.

Han berättar att han fått ett erbjudande från Region Skåne om att driva den via dem, men har avstått även från den möjligheten.

– Jag vill behålla kontrollen själv. Och jag tycker det är en fördel att webbdesignern och läkaren är en och samma person.

Däremot vill Fredrik gärna ha synpunkter på sidan från dem som använder den, och även gärna tips på fler länkar. Men han betonar att tanken med sidan inte är att samla på sig så *många* länkar som möjligt, utan endast de bästa.

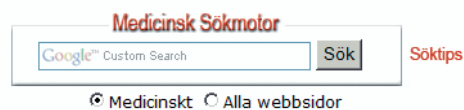
Vill man skicka sina synpunkter till Fredrik finns alla kontaktuppgifter samlade om man klickar på det lilla kuvertet som finns ovanför fliken längst till höger.



Här kan man även ta del av mer information om sidan, och dessutom läsa den blogg som Fredrik publicerar ”om allmänmedicin och allt möjligt”.

Inbyggd sökmotor

Oberoende av vilken flik vi valt, kan vi alltid hitta ett sökfält under själva länksamlingen.



Här kan vi skriva in ett eller flera ord och söka på det – precis som i en vanlig sökmotor. Men innan vi söker, ska vi under själva sökfältet markera om vi vill söka *Alla webbsidor* (vilket ger precis samma resultat som om vi gjort sökningen via vanliga Google) eller om vi vill göra en s.k. *Medicinsk sökning*. Det är en mycket bra funktion, och för att utföra en sådan sökning ser vi till att alternativet *Medicinskt* istället är markerat.

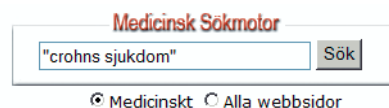
En medicinsk sökning innebär att man endast letar efter resultat på sidor som är utvalda av Fredrik själv. Dels är det de sidor som finns bland länksamlingen, men även några andra han har lagt till.

Fördelen är uppenbar: En vanlig sökning på webben gör ingen skillnad på *kvaliteten* på de hemsidor som sökmotorn finner det sökta kriteriet på. Glöm aldrig att vem som helst kan i princip påstå vad som helst på Internet! En medicinsk sökning innebär alltså att man avgränsar sin sökning till kvalitetsgranskade och utvalda sidor på nätet. Man får också en mer rimlig mängd träffar.

Söktips

De gamla vanliga råden gäller även här när man utför en sökning: Skriv på svenska om man vill ha svenska svar, på engelska för engelska svar. Tänk också på att använda frastecken (") om man har mer än ett ord och önskar att de ska stå bredvid varandra. Ett exempel: Skriver man orden *crohn sjukdom* så letar sökmotorn efter alla sidor som innehåller dessa båda ord – dock inte nödvändigtvis direkt efter varandra. Det räcker att de förekommer på samma sida för att ge en träff.

Skriver man däremot *"crohns sjukdom"* talar man om för sökmotorn att man bara är intresserad av sidor där ordet *crohns* omedelbart är följt av ordet *sjukdom*.



Minustecken framför ett ord talar om att man vill exkludera alla sidor där det ordet ingår. Om man skriver en sökning på *diabetes –mellitus* (minustecknet ska alltså stå direkt framför – utan mellanslag – det ord man vill exkludera) så söker man efter sidor där ordet *diabetes* ingår, men om ordet *mellitus* också förekommer tas den sidan bort från sökresultatet.

Fler konkreta och bra söktips får man om man klickar på länken **Söktips** direkt till höger om själva sökrutan.

Resultatet av den medicinska sökningen presenteras sedan som en länklista, precis som i Google:



Resultat 1-10 för "crohns sjukdom".

Tips: Spara tid genom att trycka på Return eller Enter istället för att klicka på "Sök"

[Sjukdomar - Crohns sjukdom](#)

Crohns sjukdom är en kronisk inflammation som kan drabba hela mag-tarmkanalen.
www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=27553 - 19k - [Cachad](#)

[Behandling av Crohns sjukdom - growingpeople.se](#)

Det är vanligt att barn med **Crohns sjukdom** blir undermåra. Därför är behovet av kostbehandling i regel stort. Barnen behöver ca 25 procent mer kalorier än ...

Vi får länkar till de olika (av Fredrik utvalda) sidor som innehåller våra sökord. Dessa länkar är i normalfallet skrivna med blå text.

Vi kan läsa några av de ord som flankerar de sökta orden (svart text) på sidan länken leder till – detta för att kunna göra en första relevansbedömning – och slutligen se vilken webbadress (grön text) som den sidan länken leder till har. För att ta oss till själva sidan, klickar vi alltså någonstans på själva länken.

Det är alltså mycket enkelt och användarvänligt – precis som resten av Fredriks webbsida. Det är bara att önska honom

lycka till i framtiden och hoppas att han orkar jobba vidare med det ideella arbete som ligger bakom.

Vi kan tillägga att om man idag skriver en sökning på ordet allmänmedicin i "vanliga" Google, så kommer Fredriks sida upp som träff nummer ett – av ca 115 000 träffar – d.v.s. överst på länklistan.



Nätet

Tips: Spara tid genom att trycka på Return eller Enter istället för att klicka på "Sök"

[allmänmedicin.se](#) - Medicinska länkar och medicinsk sökfunktion

allmänmedicin.se är länksamlingen som gör det lätt för läkare att nå det bästa på nätet!
Noggrant utvalda medicinska länkar med fokus på kvalitet och ...

www.allmanmedicin.se/ - 11k - [Cachad](#) - [Liknande sidor](#)

Tänk bara på att även om sidan *beter* allmänmedicin.se så stavas webbadressen *inte* med ä! Istället ska man skriva **www.allmanmedicin.se** i adressfältet!

PER LUNDBLAD



Vi söker distriktsläkare

Primärvården Södra Bohuslän

Distriktsläkare, med avgränsat uppdrag Partille

Vi är en stor och en liten vårdcentral som jobbar ihop. Flera av oss har funnits på arbetsplatsen i massor av år. Andra har upptäckt den senare.

Vi är fem ordinarie läkare och fyra ST-läkare på Kyrktogets vårdcentral och två ordinarie läkare på Furulunds vårdcentral. Nu behöver vi förstärkning både på den nyrenoverade stora och på den lilla vårdcentralen.

För att garantera en bra arbetsmiljö och patientkontinuitet inför vi ett avgränsat uppdrag på datumbasis. Du får ca 1800 definierade "genomsnittsinvånare" att sköta på en heltid.

Ring mig och berätta hur du vill jobba hos oss!

Upplysningar: Verksamhetschef Göran Fälthammar, tfn 0706-32 83 83, 031-340 21 08.

Facklig företrädare: Agneta Sikvall, tfn 031-86 27 05.

Ansökan sänds till Diariet, Regionens Hus, 462 80 Vänersborg, märkt med **ref.nr PVSB 71-2008**.

Sista ansökningsdag: 2008-05-21.

www.vgregion.se/jobb



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Tropik- och resemedicin, internationell hälsa ÖNH-sjukdomar i närsjukvården

Angola 29 september – 11 oktober 2008

För andra gången arrangeras en kursresa till Angola.
Mer om detta kan Du läsa på [www.nashalsan.se/kursresa Angola](http://www.nashalsan.se/kursresa%20Angola).

Otologi och audiologi i ett låginkomstland

Seminarium som dr Filipe Matuba, angolansk barnläkare och ÖNH-specialist, arrangerar i staden Huambo. Kursdeltagarna inbiteras hålla föredrag (engelska el. portugisiska). Detta medför reducerad kursavgift!

Föreläsningar

Tropikmedicin, resemedicin och vaccinationer, internationell hälsa; Angolas historia och utveckling; öronsjukdomar i låginkomstländer; infektioner, hörselproblem, tinnitus och yrsel i närsjukvården.

Föreläsare

Anders Naucclér, doc. infektionssjukdomar, spec. tropikmedicin,
Åke Reimer, doc. audiologi, spec. ÖNH och Audiologi.

Övrigt

Stadsrundtur i Luanda, Safari i Nationalparken Kissama, båtturen på Quanzafloden.
Resekostnad 35.000:- (hjälpension, del i dubbelrum, utflykter)
Kursavgift 8.000:-
Researrangör är Voyage Specialresor, Stockholm,
tel 08-247597, e-post voyage@telia.com

Information och anmälan

Åke Reimer, www.nashalsan.se,
e-mail: ake.reimer@telia.com, mobil: 0708-943268.

Insändare

Jag saxar ur ”policydokument sjukskrivningsfrågor”:

Vidare måste kassans beslut kommuniceras till den som utfärdat MU och LUOH. ... Läkaren som utfärdat intygen måste också få direktinformation från FK i de fall när besluten inte överensstämmer med läkarens bedömning.

Jag måste få kommentera detta ständigt återkommande – och vid första påseendet rimliga – önskemålet som alltid kommer upp i de kontakter med distriktsläkare jag har i min funktion som försäkringsläkare.

Nu är det en gång för alla så – åtminstone tills riksdagen ändrar på lagstiftningen – att Förvaltningslagens sekretessregler gör detta omöjligt!

Det är medborgarens försäkring, inte sjukvårdens eller Försäkringskassans.

Det är individen (eller dess legala företrädare) som måste ”göra skadeanmälan” genom sjukanmälan. Det är också individen som väljer vad han/hon vill åberopa i kontakten med Försäkringskassan. Det är individen som bedömer om FKs beslut är fattat på ett korrekt och fullständigt underlag, annars får han/hon komplettera den medicinska dokumentationen på lämpligt sätt. Det är ju inte alls säkert att han/hon vill att detta ska ske genom samma läkare!

Det är individen som kan begära omprövning av beslut eller överklaga till rättslig prövning i tre instanser.

Allt detta är rimligen välkänt i DLFs styrelse. Det är synd att ett i övrigt mycket balanserat policydokument innehåller krav som strider mot gällande lagstiftning.

Oavsett vad styrelsen tycker så bör väl ett policydokument utgå från de förutsättningar som råder för vår verksamhet?

Men visst är det så att Förvaltningslagen känns främmande för den som vanligtvis arbetar inom HSLs ramar. Det som ofta är allmänmedicinarens främsta tillgång – personkännedom – kallas inom förvaltningen för jäv och innebär att du inte ska handlägga ärendet.

Man ska inte glömma lagens goda sidor, öppenheten, offentligheten som grundprincip och framför allt rätten att kunna få varje beslut prövat i flera steg. I motsats till alla de beslut vi fattar inom HSLs hägn....

BENGT DAHLBLOM, *Luleå*
Spec allmänmedicin, försäkringsläkare

Rapport från Provinsialläkarstiftelsen

Styrelsen för Provinsialläkarstiftelsen hade sitt sammanträde den 11 mars 2008 för att bl.a. besluta om kursutbudet för hösten 2008.

I Provinsialläkarstiftelsen styrelse sitter undertecknad, övriga läkarrepresentanter är Britt Bergström, Sandra af Winklerfelt samt Ann-Christine Sjöblom.

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

Vid sammanträdet beslöt styrelsen att bevilja 550 000 kronor till 6 kurser.

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.

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

BENNY STÅHLBERG

Totalt beviljades medel för 6 kurser:

- Allmänläkaren och funktionell datoranvändning
- Läkekonst och vardagsetik
- Diabetes typ 2
- Sexuell ohälsa en integrerad del av allmänmedicinska sjukdomar – sexualmedicin för distriktsläkare
- Praktisk juridik för allmänläkare – Intyg, lagar och sekretess
- Hjärtsjukdomar i primärvården

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

Provinsialläkarstiftelsen
Distriktsläkarföreningen
Box 5610
114 86 Stockholm
e-post: anne-marie.johansson@slf.se

☼ 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



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

☼ VICE ORDFÖRANDE



Maria Dalemar
Carema närvård
Sandbäcksgård 2
681 50 Kristinehamn
Tel 070-605 40 40
Fax 0510-519 50 (bostad)
E-mail: maria.dalemar@svdlf.se



Kerstin Ermebrant
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs
Tel 0684-243 09
Mobil 070-326 94 08
E-mail: kl.ernebrant@tele2.se

☼ SEKRETERARE



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



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



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

☼ KANSLI



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

☼ VALBEREDNINGEN

Göran Fälthammar (sammankallande)
Kyrktogets VC, Box 108, 433 23 Partille, Tel 0706-32 83 83
Fax 031-340 21 25, E-mail: goran.falthammar@vgregion.se

Per Nordlund
Sorgenfrimottagningen, Nobelvägen 56, 214 33 Malmö
Tel 070-651 68 06, Fax 044-20 77 16
E-mail: nordlund.per@gmail.com

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

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2008

| Nummer | Manusstopp | Utgivningsdag |
|-------------|---------------|---------------|
| Nr. 3 _____ | 20 maj _____ | 20 juni _____ |
| Nr. 4 _____ | 29 aug. _____ | 1 okt. _____ |
| Nr. 5 _____ | 14 okt. _____ | 12 nov. _____ |
| Nr. 6 _____ | 21 nov. _____ | 18 dec. _____ |