

- 1. Förord**
  - A. Syftet med utbildningsboken
  - B. Några ord från specialiteten allmänmedicin
- 2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkares specialiseringstjänstgöring**
- 3. Målbeskrivning för specialiseringstjänstgöringen**
- 4. Övergripande utbildningsplan**
- 5. Utbildning i etik, ledarskap, förebyggande arbete m m**
- 6. Individuellt tjänstgöringsprogram och checklistor**
- 7.Handledning**
- 8. Arbetsrättsliga bestämmelser**
- 9. Ansökan om specialistkompetens**
- 10. Kvalitetsutveckling**
  - A. Inspektion av klinik/vårdcentral
  - B. Frivillig examination
  - C. Övrig kvalitetsutveckling
- 11. Fortbildning**
- 12. Forskarutbildning**
  - A. Allmän information
  - B. Specialitetens syn på forskarutbildning
- 13. Information från specialiteten**
  - A. Allmän information
  - B. Specialitetens ställning internationellt
- 14. Information in English**
- 15. Information från Sv. Läkaresällskapet och Sv. Läkarförbund**
- 16. Adresser och beställningsblankett**
- 17. Plats för eget material**

## *Några ord från SFAM*

Föreliggande bok är avsedd att fungera som stöd och hjälp för dig som skall bli specialist i allmänmedicin. Det som boken skall förmedla är själva underlaget för utbildningen, men vi vill också ge impulser och uppslag till hur du kan få erfarenheter och träning under din utbildning, så att du får en god bas att stå på när specialistkompetensen är förvärvad.

Boken har en ram som är gemensam för alla specialiteter. Rubriksättningar och kapitelbenämningar är således givna. Under de givna beteckningarna har vi beskrivit olika förutsättningar och hjälpmedel som finns och som behövs för att förvärva en bas för arbetet som allmänläkare. Under några rubriker har vi varit mer utförliga, under andra mindre detaljrika.

Om informationen är otillräcklig finns i kapitel 13 ("Information från specialiteten") uppgifter på namn och adresser på personer som kan informera mer. I samma kapitel finns förslag till vidare läsning och egna studier.

I texten finns också en del upprepningar – vissa uppgifter återkommer under olika rubriker.

När du påbörjar specialistutbildningen i allmänmedicin, är det angeläget att du känner till något om utvecklingslinjer och tankegångar som är centrala för ämnet. I bokens litteraturavsnitt finns exempel på böcker och tidskrifter, som tar upp frågor om ämnets innehåll och kärna. Det finns mycket klokt och intressant skrivet och det gäller att ta del av många olika intryck och erfarenheter. Både svenska och internationella texter finns att tillgå. Impulser till den svenska allmänmedicinen har kommit mycket från Norge och Danmark, men också från Storbritannien och Holland har erfarenheter hämtats.

En central tanke i all specialistutbildning i dag är målstyrningen. Den innebär att det är en individuell "resa" som varje blivande allmänläkare gör fram till sin specialitetsbehörighet, även om det finns rekommendationer om vad man bör läsa och vilka kurser man kan gå. Den enskilde blivande specialistens behov och önskningar får vägas mot handledarens (och studierektorns) förslag och en flexibilitet skall finnas i utbildningsgången.

Vi hoppas att denna bok skall ge dig inspiration och idéer under dina utbildningsår. En skriven text kan dock sällan vara lika slagkraftig som den information och vägledning som ett tankeutbyte eller dialog med kollegor kan ge. Se därför till att du är aktiv och ifrågasätter när du arbetar.

Saknar du något i boken eller tycker du något kan utgå eller bör förändras? Kommer du på idéer och uppslag som du tror kan vara av värde för oss att få veta, så hör av dig. Boken har karaktär av "lösbladssystem" och den kommer att förnyas varje år.

Föreningens utbildningsutskott har arbetat fram denna slutliga produkt. Vi har haft ett antal studierektorer och utskottsledamöter inom SFAM som referenspersoner och medförfattare till vissa kapitel. Vi tackar dem för deras bidrag.

Lycka till med din specialiseringstjänstgöring!

Bengt Mattsson  
Ordf i SFAMs  
utbildningsutskott

Meta Wiborgh  
Ordf SFAM

## 3

## Målbeskrivning för specialiseringstjänstgöringen

Enligt behörighetsförordningen – se kapitel 2:4 – skall Socialstyrelsen meddela föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar). Nedan följer Socialstyrelsens målbeskrivning för allmänmedicin.

### Övergripande målbeskrivning

#### Profil och verksamhetsfält

Allmänmedicin omfattar kunskaper och färdigheter att självständigt utreda och behandla de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper och primärt omhänderta patienter med sjukdomar som kräver vård av läkare inom annan specialitet. Allmänläkaren möter oselektade patientproblem och arbetar med ett befolkningsperspektiv. Vård av kroniskt sjuka och vård av gamla är centrala uppgifter.

Allmänmedicin omfattar också hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt rehabilitering och omvårdnad. Förebyggande arbete är en viktig del av allmänläkarens verksamhet, såväl i det individuella patientmötet som på befolkningsnivå.

#### Samverkan inom och utom sjukvårdssystemet

Allmänläkaren samordnar patientens sjukvård och skall i samarbete med annan specialist kunna svara för uppföljning och behandling vid sjukdomar som primärt handlagts inom annan specialitet.

Viktiga samverkansparter utanför sjukvården är socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling samt miljö- och hälsoskyddsnämnd.

## Kunskaper, färdigheter och förhållningssätt

Specialistutbildningen skall ge en för alla allmänläkare gemensam kompetens, som senare får kompletteras beroende på under vilka förhållanden arbetet skall utföras.

Allmänmedicinens breda panorama ställer krav på diagnostisk och terapeutisk kompetens inom flera olika medicinska verksamhetsområden (se preciserade delmål). Det specifika för allmänmedicinen är att kunskaperna skall kunna ställas samman till en helhet med individen i centrum. ST-läkaren skall förvärva kompetens att värdera symtom i tidigt skede.

Kunskapen om människans utveckling under olika åldrar och om sjukdomars naturlig förlopp är en förutsättning för att kunna följa och bedöma oklara och blandade sjukdomsbilder. Att arbeta med barn, vuxna och äldre inom samma familj bidrar till att ge ökad förståelse för såväl hälsa som sjukdom.

Den blivande allmänläkaren skall förvärva kompetens att primärt handlägga akuta olycksfall och att utföra akut hjärt-lungräddning. Allmänläkaren skall kunna ansvara för omvårdnad vid cancersjukdomar och för vård i livets slutskede. Kunskap om hemsjukvård är väsentlig. För sitt omhändertagande av vanligt förekommande sjukdomar skall den blivande specialisten bli väl förtrogen med såväl primärvårdens som sjukhusvårdens metoder för diagnostik.

Specialistutbildningen skall ge den blivande allmänläkaren kompetens att arbeta förebyggande, såväl i det individuella patientmötet som på befolkningsnivå, och att kunna identifiera riskindivider och riskmiljöer. Utbildningen skall ge kompetens att arbeta med ett epidemiologiskt synsätt.

Under specialiseringstjänstgöringen skall den blivande specialisten vidare

- träna sin förmåga att fatta självständiga och välgrundade beslut i frågor av medicinsk-etisk natur
- förvärva kunskaper om övergripande sjukvårdspolitiska mål och prioriteringar
- beredas tillfälle att delta i verksamhetsplanering och ekonomiuppföljning samt i arbete med produktionskontroll och kvalitetsutveckling
- förvärva kunskaper och insikter i läkarens arbetsledarroll
- uppmuntras att ta del i forsknings- och utvecklingsarbete samt utveckla sin förmåga att kritiskt granska resultaten av olika metoder och tekniker
- fördjupa sina kunskaper om möjligheterna att förebygga sjukdom och skada, samt delta i individuellt och generellt förebyggande arbete
- träna sin pedagogiska förmåga genom att delta i undervisning och handledning av olika personalkategorier.

## Sidoutbildning

För att uppfylla målbeskrivningens krav krävs utbildning inom andra medicinska verksamhetsområden. Sidoutbildningen skall utveckla färdigheter och ge kunskap om den slutna vårdens möjligheter och begränsningar och om dess arbets sätt. De största sidoutbildningsbehoven föreligger inom internmedicin, obstetrik och gynekologi, pediatrik och psykiatri. Se i övrigt de preciserade delmålen.

## Teoretisk utbildning

Parallellt med den kliniska tjänstgöringen skall teoretiska studier bedrivas, likaså skall deltagande i kompletterande utbildning i form av kurser, konferenser etc ingå. ST-läkaren skall i samråd med handledaren planlägga litteraturstudier och kursdeltagande som kan påskynda kompetensutvecklingen samt ge kunskaper och färdigheter, som kan vara svåra att förvärva inom ramen för tjänstgöringen.

## Kvalitetssäkring

Målbeskrivningen skall tjäna som vägledning för den läkare som avser att specialisera sig inom ämnesområdet. Den skall vidare utgöra grunden för ett individuellt tjänstgöringsprogram, som skall utformas i samråd mellan ST-läkare och handledare så snart som möjligt efter anställningen.

Specialiseringstjänstgöringen skall ske under handledning och det är verksamhetschefens och handledarens ansvar att tillsammans med ST-läkaren planera tjänstgöring och utbildning så att specialistkompetens uppnås inom den tid som anges i författningen. Det är också verksamhetschefens ansvar att tillse att ST-läkaren erhåller den sidoutbildning som målbeskrivningen föreskriver och att kompletterande utbildning/tjänstgöring tillhandahålls i de fall kunskapsbehovet inte kan tillgodoses inom den ordinarie verksamheten. Handledaren skall tillse att sidoutbildningen utformas så att målbeskrivningens krav tillgodoses och att god och regelbunden kontakt etableras med sidoutbildande enheters handledare och med eventuell studierektor.

ST-läkarens kompetensutveckling skall fortlöpande kontrolleras och stämmas av gentemot det individuella tjänstgöringsprogrammet; en lämplig form för detta är regelbundna utvecklingssamtal.

## ***Preciserade delmål***

### **Kunskaper och färdigheter inom olika medicinska områden**

Många sjukdomstillstånd som berörs handläggs i vissa skeden i samverkan med andra specialister. Specialisten i allmänmedicin skall ha de kunskaper och färdigheter som är relevanta för att i allmänmedicinsk verksamhet självständigt kunna handlägga/ta hand om följande

#### Barnaålderns förlopp och sjukdomar

- barnets normala tillväxt samt de vida gränserna för variation
- vanliga sjukdomar under barnåldern, t ex infektionssjukdomar
- barnhälsovård

#### Blodsjukdomar

- anemier
- avvikelser i den vita blod bilden

#### Endokrina sjukdomar

- diabetes
- tyreoidesjukdomar

#### Gynekologiska sjukdomar

- blödningsrubbingar och flytningar
- klimakteriebesvär
- preventivmedelsrådgivning
- mödrahälsovård

#### Hjärt-kärlsjukdomar

- den multifaktoriella genesen och enskilda riskfaktorers betydelse för utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom
- hypertoni och ischemisk hjärt-kärlsjukdom
- akut hjärt-lungräddning

#### Hudsjukdomar

- olika typer av eksem
- psoriasis
- infektioner och infestationer

#### Infektionssjukdomar

- vanliga infektionssjukdomar inom olika organsystem
- oklara febertillstånd
- infektionssjukdomars spridning i familj och samhälle

Kirurgiska sjukdomar och skador

- den lilla kirurgin
- smärre brännskador och traumatiska sår
- frakturer, distorsioner och andra ledsador
- ABC-åtgärder

Könssjukdomar

- de vanligast förekommande veneriska sjukdomarna inklusive smittspårning, partnerbehandling och kontakt med smittskyddsorganisation

Luftvägssjukdomar

- luftvägsinfektioner
- kronisk obstruktiv lungsjukdom och astma

Mag-tarmsjukdomar

- akuta buksmärtor
- funktionella magtarmstörningar
- ulcus- och gallvägssjukdom

Missbruk och beroendesjukdomar

- olika typer av missbruk t ex av alkohol, tobak, läkemedel, cannabis och annan narkotika
- gällande lagstiftning
- rökavvänjning

Nervsystemets sjukdomar

- yrsel, huvudvärk, tremor, ansiktssmärta/-förlamning
- kronisk smärta
- epilepsi
- Parkinsons sjukdom

Psykiska och psykosomatiska sjukdomar

- ångest, personlighetsstörningar, sömnbesvär och krisreaktioner
- depressioner
- schizofreni
- förvirring och demens

Rehabilitering och försäkringsmedicin

- identifiering av rehabiliteringsbehov
- samarbete med sjukgymnast, företagshälsovård och försäkringskassa m fl
- gällande lagstiftning

Rörelseorganens sjukdomar

- artros och osteoporos
- tendinitter och övriga överbelastningssjukdomar
- akuta och kroniska rygg- och nacksjukdomar
- reumatoid artrit, Bechterews sjukdom och polymyalgia reumatica

Tumörsjukdomar

- riskfaktorer
- diagnostik vid tidiga symtom på tumörsjukdom
- läkarens och medarbetarnas roll vid avancerad sjukdom

Urinvägssjukdomar och de manliga könsorganens sjukdomar

- urinvägsinfektioner och urininkontinens
- njursten
- tumörer
- prostatasjukdomar

Åldrandets sjukdomar

- det naturliga åldrandet och symtombilden vid sjukdom hos äldre
- den sociala äldrevårdens organisation och ansvarsförhållanden
- dödsfall i hemmet

Ögonsjukdomar

- det röda ögat
- synnedsättning
- främmande kropp

Öron-, näs- och halssjukdomar

- akuta infektioner och inflammatoriska tillstånd
- näsblödningar
- slemhinneförändringar
- heshet
- sväljningssvårigheter
- hörselnedsättning och tinnitus
- allergiutredning

**SUPPLEMENT NR 20**  
**ALLMÄN MEDICIN 1/1997**

*Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)*

**SPECIALISTUTBILDNING**  
**I**  
**ALLMÄN MEDICIN**

Målbeskrivning och  
övergripande utbildningsplan  
utarbetade av

**SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN MEDICIN**  
**1996**

Sätt in din målbeskrivning – ”lilla gula” – här!

## 4

## Övergripande utbildningsplan

### *Specialitetens rekommendationer om hur målbeskrivningen kan uppfyllas*

Specialitetens precisering och konkretisering av målbeskrivningen återfinns som del III i den "Lilla gula" (suppl nr 20, AllmänMedicin 1/97, rekvireras från SFAMs kansli, fax 08-440 88 86). Där återfinns de konkreta delmål som är praktiskt användbara vid upprättande och revision av individuell utbildningsplan, som underlag vid handledning samt i kontakter med utbildande enheter. Gå igenom den med din handledare. Här följer ytterligare rekommendationer kring detta.

#### **Om genomförande**

Det som är viktigast när du antagits som utbildningsläkare i allmänmedicin är att relationen till en **handledare** upprättas. Valet av handledare kan gå till på olika sätt. Kanske hade du redan innan du började din specialiseringsstjänstgöring någon kollega i åtanke som lämplig handledare och ni kom tidigt överens om att "arbeta ihop". Har denna typ av sammankoppling inte skett så har vissa vårdcentraler/enheter systemet att du blir "tilldelad" en äldre kollega som din stödperson och vägledare genom de kommande åren. Hur mycket ditt eget val får styra beror på många faktorer. Antal tänkbara handledare, hans/hennes villighet och möjlighet att ställa upp, omfattningen på dina egna önskemål och behov, allt vävs ihop till ett förhoppningsvis tillräckligt gott och ömsesidigt val. Det bör efter ett val (både hos handledaren och hos dig) kännas att det är möjligt att arbeta ihop, att man har möjlighet att upparbeta en relation som är "good enough". Ett önskemål är att handledaren skall ha genomgått någon form av handledarutbildning.

För att en handledningsrelation skall fungera krävs respekt för varandras arbete och ett visst mått av gemensamt synsätt. Någon har sagt att en handledningsrelation är som en form av ett äktenskap. Man skall hålla ihop och dra åt samma håll (i detta fall i åtminstone fem år). Men ett samarbete (och ett äktenskap) kan fungera på många sätt

och handledningsförhållandena kan också te sig till det yttre mycket olika och ändå fungera väl - det finns många sätt att "leva ihop". Gemensamt för den tillräckligt goda handledningsrelationen är dock att:

- dina behov och mål är definierade och gemensamt formulerade och accepterade
- det finns en överenskommelse om hur målen skall nås
- arbetsformerna för handledningen är definierade (kontrakt och avtal är upprättade)
- det finns så pass mycket tålamod, förhoppningar, intresse, vilja och överseende med varandras styrkor och svagheter att handledningsrelationen ser ut att bära den planerade tiden ut.

Trots goda föresatser, vilja och god planering så kan relationen handledare/handledd gå åt icke önskvärt håll och svårigheter och meningsskiljaktigheter uppstår. Det är då möjligt att byta handledare (liksom handledare kan avsäga sig sin handledarroll) under resans gång och någon annan får ta över. Innan ett byte sker är det viktigt att rejält avsluta den första handledarkontakten - man kan lära sig själv något av ett sådant "uppbrott".

Det som handledaren och du skall upprätta tidigt är ditt eget, individuella tjänstgöringsprogram. Flera blir inblandade i detta upprättande. Du och din handledare är huvudpersonerna men även studierektorn skall vara med från början. En annan viktig person som skall ha insikt (och i vissa avseenden inflytande) i upprättandet av planen är den lokala **vårdcentralschefen/verksamhetschefen**. Hur din tjänstgöring rent praktiskt skall läggas upp måste sättas i relation till vårdcentralens behov. Du ingår i en arbetsgrupp där man gemensamt gör upp om jourtjänstgöringar, semestrar, i viss omfattning fördelas gemensamt medel till resor och utbildningar mm.

### **Finns det rekommendationer om hur en specialiseringstjänstgöring bör se ut?**

Ja, även om grunden är de egna utbildningsbehoven och hur dessa bäst skall tillgodoses i förhållande till utbildningsmålen, så kan utbildningsutskottet ändå komma med **några synpunkter på hur en "normaltjänstgöring" under specialiserings-tiden kan se ut.**

Följande punkter kan beaktas och anpassas efter lokala och personliga förhållanden.

- De (åtminstone) fem åren bör inledas och avslutas med allmänmedicinsk tjänstgöring på en och samma vårdcentral ("hemma-vårdcentral" där du har din basplacering). Har du haft lång tids tjänstgöring på vårdcentral innan du börjar på din specialiserings-tjänstgöring är det rimligt att börja med en sidoutbildning. En vårdcentralperiod bör också läggas in mellan sidoutbildningstjänstgöringarna.

Saknar du erfarenhet av allmänmedicinsk tjänstgöring före din specialiseringstid så bör som regel **3 år göras på vårdcentral** (med handledning). – ”Allmänmedicin lär man sig på vårdcentral och kirurgi lär man sig på kirurgiska avdelningar”.

- I den individuella planen skall under kortare eller längre tider vissa **”kärnaktiviteter”** ingå - verksamheter som är centrala i allmänläkarens arbete. Hit räknas förutom sedvanlig mottagning, mödrahälsovård, barnhälsovård, hembesök/hemsjukvård, jourverksamhet, eventuellt sk öppen mottagning, medverkan i rehab-möten/rehab-team.
  
- Det skall finnas inlagt en regelbunden handledningstid (minimum 1 timme per vecka tillsammans med handledaren) i vardagsschemat. Den tiden skall också bli **en handledningstimme**. Erfarenheten har visat att i perioder av stor arbetsbörda så är det lätt att den timmen ersätts med andra ”måsten”. Handledning kan lätt uppfattas (inte minst av övrig personal på vårdcentralen) som något som inte är omedelbart nödvändigt och därför blir den senarelagd. Man måste aktivt värna om handledningen så att den inte ersätts av annat.
  
- **SK-kurser** har i många år varit viktiga för blivande allmänläkare och vi föreslår att du går åtminstone motsvarande 6 veckokurser under din ST-tid. Kurserna har blivit något av en institution och de är en mötesplats för ST-läkare från olika delar av landet. Föreningens utbildningsutskott har på förfrågan från Socialstyrelsen angivit 5 områden som särskilt prioriterade för blivande allmänläkare. Dessa förslag skall ställas mot förhållandet att du som läkare under utbildning i första hand har en individuell plan att följa.

Valet av de angivna områdena är baserat på vad den genomsnittliga blivande allmänläkaren kan tänkas behöva. Områdena är kurser om:

1. **Allmänmedicin** (Om allmänläkarens arbetssätt och allmänmedicinens ämnesinnehåll. Primärvårdens organisation)
2. **Smärta/somatisering** (Smärttillstånd av olika typ och duration – psykosomatik – även ortopedisk medicin)
3. **Preventivt arbetssätt** (Förebyggande arbete som hållning och arbetsmetod – MVC/BVC – Familjen som risk och resurs)
4. **Terminalvård/hemsjukvård** (Läkaren utanför vårdcentralen - hembesök – vård av sjuka i hemmet – samarbete med sjukhus/övrig primärvårdspersonal – aspekter på kronisk sjukdom)
5. **Akut omhändertagande** (Handläggning av akuta tillstånd – medicinska och psykiatriska bedömningar och behandlingar)

Behovet av specifika ämneskurser t ex gyn, barn, hud, ögon, öron etc varierar efter individuella behov.

- **Sjukhustjänstgöringen** skall vara **förberedd** i god tid och handledare/kontaktpersoner på dessa kliniker skall finnas utsedda före tjänstgöringarnas början.
- **Kontakten med din "hemma-vårdcentral"** (och handledaren där) skall **upprätthållas** under sjukhustjänstgöringen och sidoutbildningen. Det kan lämpligen ske inom ramen för en egen begränsad regelbunden tjänstgöring på den egna vårdcentralen (t ex BVC varannan vecka). Att behålla en del "egna patienter" på vårdcentralen under sidoutbildningen är också ett sätt att hålla kontakten med den egna specialiteten.
- Regelbunden **medverkan i de fortbildningsaktiviteter** som finns på vårdcentralen skall ske. Genom studierektorns försorg ordnas som regel särskilda utbildningsmöjligheter i distriktet för ST-läkare och dessa skall följas (t ex FQ-grupper, ST-seminarier, utbildningsdagar, Balintgrupper).
- Vi föreslår också att du (i samråd med din handledare och studierektor) gör ett fördjupningsarbete, **dvs ett FoU-projekt** (större eller mindre). Detta bör startas under specialiseringstjänstgöringens första hälft och behöver inte vara omfattande. Att uppväxa och träna ett vetenskapligt förhållningssätt är av värde både i ett framtida vanligt kliniskt arbete och inför en eventuell fortsatt forskningsaktivitet.

## 6

# Individuellt tjänstgöringsprogram och checklistor

## Individuellt tjänstgöringsprogram

I målbeskrivningen för specialiseringstjänstgöringen, ”den lilla gula”, (kap 3) har presenterats de kunskaper och färdigheter som behövs för att arbeta som allmänläkare. I ett föregående kapitel (kap 4) har också den övergripande utbildningsplanen beskrivits och dessa två dokument utgör underlag för ditt individuella tjänstgöringsprogram. Tjänstgöringens uppläggning planerar du tillsammans med handledare, studierektor och vårdcentralschef. När du börjar din ST-tjänst bör ni planera i stort för hela tiden men detaljplaneringen får göras i kortare tidsperioder, lämpligen med 1-års intervaller. Utbildningen är målstyrd och justering av den ursprungliga planen kan behövas allt eftersom du tillägnar dig behövliga allmänmedicinska kunskaper och färdigheter.

I planen ingår också att skissera på kurser och FoU-arbete.

## Utbildnings-/tjänstgöringsprogram

För \_\_\_\_\_

Fastställ den \_\_\_\_\_  
år-mån-dag

Handledare \_\_\_\_\_

Studierektor \_\_\_\_\_

Verksamhetschef \_\_\_\_\_

Specialiseringstjänstgöring påbörjad den \_\_\_\_\_  
år-mån-dag

## Kontrakt mellan ST-läkare och sjukvårdshuvudman

Mellan Vårdcentralen/motsv. \_\_\_\_\_  
och undertecknad ST-läkare, som skall genomgå utbildning för erhållande av specialistkompetens i **allmänmedicin**, har idag träffats följande överenskommelse:

### Sjukvårdshuvudmannen

åtager sig, för att ST-läkaren skall kunna uppfylla målbeskrivningens krav för sin specialistutbildning, att leda och stödja utbildningen genom:

- att tillse att ST-läkaren har en personlig handledare
- att handledaren i samråd med ST-läkaren upprättar ett utbildningsprogram, så att ST-läkaren på effektivaste vis kan nå utbildningsmålet.
- att tillse att ST-läkaren erhåller nödvändig formaliserad utbildning och får möjlighet att bevista kurser som är nödvändiga för att nå utbildningsmålet.
- att när utbildningsmålen är uppfylla utfärda intyg om uppnådd kompetens enl. målbeskrivning.

### ST-läkaren

åtager sig att under sin specialistutbildning:

- medverka i normal sjukvårdande verksamhet
- följa det uppgjorda utbildningsprogrammet
- medverka i FoU, verksamhetsuppföljning och undervisning som bedöms vara av betydelse för ST-läkarens utbildning.

Kontraktet signeras efter att översiktlig utbildningsplan upprättats.

Kontraktet gäller fr o m:

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ST-läkare

\_\_\_\_\_  
För sjukvårdshuvudmannen

**Utbildningsplan**

**(fastställd den: \_\_\_\_\_ )**

år-mån-dag

**År 1**

---

---

---

---

---

---

**År 2**

---

---

---

---

---

---

**År 3**

---

---

---

---

---

---

**År 4**

---

---

---

---

---

---

**År 5**

---

---

---

---

---

---



## Utvecklingssamtal

Detta avsnitt är tänkt att tjänstgöra som underlag för utvecklingssamtal, som bör ske kontinuerligt, t ex efter tre månaders tjänstgöring och därefter två gånger årligen samt inför tjänstgöringens slut. Handledaren och ST-läkaren bör gemensamt föra minnesanteckningar som stöd för fortsatta samtal.

### Förslag till samtalsunderlag

1. Konsultationsfärdigheter och undersökningsteknik
2. Praktiska färdigheter  
- se målbeskrivning
3. Teoretiska kunskaper  
- se målbeskrivning
4. Informationsförmåga  
Förmågan att informera patient och anhöriga om aktuell sjukdom, behandling, prognos, nödvändiga undersökningar och hur dessa går till
5. Samarbete med kollegor  
Konsultation av äldre kollegor på adekvat nivå, tidpunkt mm.  
Om att lämna över patienter  
Ansvar för att uppföljning av patienter fungerar
6. Samarbete med annan personal  
Förmåga att lyssna till personalens synpunkter  
Förmåga att ge ordinationer på ett tydligt och adekvat sätt  
Förmåga att organisera utredningar och undersökningar
7. Kännedom om egna reaktioner och begränsningar samt attityder till patienter, anhöriga och personal
8. Allmänt uppträdande och omdöme
9. Deltagande vid obligatoriska möten och interna konferenser
10. Synpunkter på egna föredrag, litteraturreferat etc
11. Läsning av facktidskrifter och facklitteratur
12. FoU

13. Fördjupningsarbete
14. Engagemang i arbetet och förmåga att ta egna initiativ
15. Förmåga att leda verksamhet
16. Insikter i sjukvårdsekonomi
17. Utbildning och insikter beträffande budgetarbete och administration
18. Engagemang i vårdcentralens arbete och utveckling
19. Framtida planer och önskemål



## **Fullgjort delmoment**

i specialistutbildning i allmänmedicin

Namn \_\_\_\_\_

Undertecknad intygar att ST-läkaren tillägnat sig de kunskaper och färdigheter som definieras i målbeskrivningen för den grundläggande utbildningen inom verksamhetsområdet allmänmedicin, ämnesområde

\_\_\_\_\_ Ort, datum \_\_\_\_\_

Ämnesområde

\_\_\_\_\_

Namn (ämnesföreträdare)

\_\_\_\_\_

Namnförtydligande

Du kan själv mångfaldiga denna sida vid behov!

## *Examination i Allmänmedicin*

**Godkänt prov**

År \_\_\_\_\_ Mån \_\_\_\_\_ Dag \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ordförande

\_\_\_\_\_  
Examinator

\_\_\_\_\_  
Examinator



# *Handledning*

Läkarförbundet har nyligen tagit fram en skrift som beskriver handledarsituationen under läkares vidareutbildning. Allmänna synpunkter som reglering, förutsättningar, syfte m m tas upp. Texten bifogas här.

Avslutningsvis ger specialiteten sina rekommendationer för handledning.

## Specialitetens rekommendationer för handledning

Handledningen är ett centralt moment i ST-tjänstgöringen – kanske det allra viktigaste inslaget för att det skall bli ett gott utbyte av specialiseringsåren. Socialstyrelsen har i sina allmänna råd beträffande ST uttalat att ST-läkare har en **rätt** till handledning. Det finns brister i hur handledningen fungerar, men det är klart sagt ifrån och anvisningarna är mycket tydliga: varje ST-läkare **skall ha** en egen handledare. Läkarförbundet hävdar också i sina riktlinjer att "...måste även vikarierande underläkare och sk grå-blockare, få kontinuerlig tillgång till handledning av likvärdig omfattning och kvalitet" (Läkarförbundet, 1996).

Handledaren har alltså en nyckelroll. Hon eller han skall vara en erfaren kollega, själv specialist, och vederbörandes huvuduppgift är att stödja och uppmuntra ST-läkaren i kompetensutvecklingen. Vidare skall handledaren vara den som ser till att lämpliga kurser går och att sidoutbildningar görs. Handledaren har inte någon traditionell lärarroll, hon eller han är inte den som skall "förse" ST-läkaren med kunskaper utan är snarare en vägvisare, kritiker, förebild och även "advokat" gentemot omvärlden. Enligt Montaigne är den väsentliga pedagogiska uppgiften "icke att fylla ett kärl utan att tända en eld".

Målbeskrivningen (kap 3) utgör underlaget för den **individuella tjänstgörings- och utbildningsplan** (kap 6) som skall upprättas. Handledningen är det instrument som skall förverkliga denna plan.

Handledningsrelationen inleds med att planen upprättas och man överenskommer om hur handledningen skall läggas upp. Det är inget projekt som man "en gång för alla" i början slår fast, utan samarbetet/handledningen kan under åren förändras.

Här spelar ett skriftligt **kontrakt** en väsentlig roll. Ett kontrakt kan innehålla avtal om hur ofta och när man träffas och på vilket sätt. När skall en avstämning och ev förändring i kontraktet göras? Skall vi träffas varje vecka vid viss tidpunkt eller längre stunder med längre intervall? Hur länge skall handledningspassen vara? Hur skall handledningen gå till? Fråga-svar modellen? Journalgenomgångar? Se gemensamt på ST-läkarens remisser? Omfattning och innehåll varierar efter läkarens behov och vårdcentralens och handledarens förutsättningar.

**Några arbetssätt** som vi vill betona som särskilt gynnsamma för att komma direkt in i ämnets väsentligheter är att

- ge möjligheter till att se på **videoinspelade konsultationer** som ST-läkaren gör. Här kommer medicinska bedömningar och åtgärder såväl som attityder och förhållningssätt i patientmötet att kunna diskuteras efteråt. Många har omvittnat att det uppstår många fruktbara reflexioner och kommentarer som en konsekvens av att man sett några patientbesök som videofilmats.

· ge möjligheter till **ömsesidiga "medsittningar"** dvs ST-läkaren följer ibland med handledaren under någon/några timmar och handledaren följer ST-läkaren på motsvarande sätt. Detta bör göras med jämna intervall.

Det innebär för båda parter att man utsätter sig för personlig granskning, en nog så påfrestande uppgift. Belöningen är dock ansenlig - det brukar leda till många nya tankar och intryck, när man ser hur en annan kollega arbetar. För handledaren ger det möjlighet **att se och värdera** ST-läkarens kunskaper och arbetssätt, medan ST-läkaren har möjlighet att ta efter (eller undvika!) och se hur en mer erfaren kollega väljer att lösa kliniska problemsituationer.

En särskilt kritisk period under ST-tiden är **när sidoutbildningar görs**. Det är viktigt att under den perioden särskilt vinnlägga sig om att upprätthålla handledarkontakten (och kontakten med "hemvårdcentralen"). Sjukhuset har arbetssätt och villkor som skiljer sig från vårdcentralernas ordningar och handläggningsrutiner och det kan vara svårt att hävda primärvårdens identitet inne på sjukhuset. Att regelbundet ha vårdcentralskontakt under sidoutbildningen blir därför en påminnelse om primärvårdens betingelser och samtidigt får ST-läkaren förutsättningar att bidra till den kontinuerliga dialogen mellan primärvård och sjukhusvård.

Tjänstgöringsplanen bör således innehålla en **strukturerad tidsplan** för huvudutbildning, sidoutbildning, vilka SK-kurser, andra kurser/utbildningar som skall gås och att ett sk projektarbete skall göras etc. Det är också en fördel om **andra personer tidigt involveras**. Det gäller studierektor, verksamhetschefer, ev kursgivare som kan komma att kontaktas. Vidare bör huvuddragen i en utbildningsplan vara kända av andra kollegor på arbetsplatsen/vårdcentralen. Det är bra om andra vet vad ST-läkaren har för intresse och specifika målsättningar med sin specialiseringstjänstgöring. Många kan hjälpa till och bidra med sina erfarenheter. Enheten bör ha den öppenheten att alla skall känna sig delaktiga i att stödja och uppmuntra till ett ökat lärande.

Centralt i planeringen är **öppenheten för förändringar**. Den individuella utformningen av planen innebär att starka och svaga sidor som upptäcks under årens lopp skall kunna "bakas in" i planen på rimligt sätt. Här uppstår naturligtvis en ibland svår balans mellan det krav på struktur, som av praktiska skäl måste finnas för att planering och organisation skall kunna ske och den önskan om flexibilitet som också behövs för att individualiteten skall få sin plats. Denna balans kan lösas mer eller mindre bra och på olika sätt - här finns inga regler eller måsten.

För att avvägningen skall bli bra, krävs en **aktiv medverkan av ST-läkaren själv**. Det är viktigt att bli klar över att handledningen är en tvåpartsrelation. ST-läkaren måste vara aktiv och väcka egna förslag om hur utbildningen skall läggas upp. Det är viktigt att **självreflektion och själviakttagelse tränas**. Vad behöver jag lära mig? Var har jag mina "blinda fläckar"? En bristfällig utbildning kan inte enbart betraktas som ett uttryck för otillfredsställande handledning - som handledd har jag också ett ansvar för att utbildningsåren utnyttjas väl.

## 10

## Kvalitetsutveckling

Här följer korta beskrivningar av tre kvalitetsaktiviteter som föreningen har nämligen SPUR, specialistexamen och SFAM.Q. Texterna är ganska korta men vill du veta mer så finner du i kapitel 13 ("Information från specialiteten") namn och adresser på personer som kan svara på frågor.

### A. Inspektion av klinik/vårdcentral (SPUR)

För att upprätthålla en specialistutbildning av hög kvalitet måste klinikerna/vårdcentralerna ha de resurser som behövs för att kunna erbjuda underläkarna den handledning och det stöd som utbildning under tjänstgöring kräver.

Läkarförbundets och Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet (SPUR-stiftelsen) bedriver en verksamhet för fortlöpande inventering/inspektion av kliniker och vårdcentraler.

Inspektionerna, som genomförs med hjälp av specialitetsföreningarna, går till så att en enkät först sänds till chefsöverläkare och legitimerade underläkare vid de berörda klinikerna. Här ställs bl a frågor om patientunderlag, verksamhetens karaktär, läkarstabens sammansättning, tjänstgöringsprogram, handledning, kursverksamhet, lokaler, bibliotek och teknisk utrustning. Uppgifterna kompletteras sedan vid ett personligt besök av en eller flera "inspektörer", som har utsetts av respektive specialitetsförening. Inspektörerna är erfarna läkare med hög klinisk och vetenskaplig kompetens inom specialiteten. De är också väl insatta i vidareutbildningsfrågor. Resultatet av genomförda inspektioner redovisas i Läkartidningen och kan också rekvireras från SPUR-kansliet – se adresslista kapitel 16.

#### SPUR-inspektion inom allmänmedicin

Läkarförbundet har ett Specialiseringsutbildningsråd (SPUR), nu organiserat under en stiftelse tillsammans med Läkaresällskapet, som sedan början av 90-talet medverkat till och drivit ett kvalitetsarbete, de s k SPUR-inspektionerna.

Dessa inspektioner, som syftar till att bevara och stärka kvaliteten i läkarnas utbildning till specialister, innebär att en klinik eller vårdcentral får besök av en sk utbildningsinspektor som under 1-2 dagar går igenom utvecklingen av tjänstgöringsprogram, handledning, teoretisk utbildning mm. Inspektörerna väljs ut av specialitetsföreningarna och utgörs av erfarna och kunniga läkare som skall ge impulser till förbättrad utbildningskvalitet.

I Svensk Förening för Allmänmedicins regi genomfördes under åren 1991-94 ett trettiotal inspektioner av vårdcentraler i landet. Sedan 1994 har dock inga inspektioner utförts.

Under 1997 har inspektionerna återupptagits igen i en modifierad form.

Om bakgrunden till inspektionerna och SFAMs roll och inställning till denna typ av besök finns att läsa i *AllmänMedicin* 1996;17:129-31. Här diskuteras bl a det begränsade intresse som förelegat från vårdcentralernas sida att få "inspektioner" och om de svårigheter som det innebär att "betygsätta" aktiviteter enligt förutbestämda kriterier. Dessa önskvärda särskilda kännetecken betonar ofta formerna för en kvalitetsutveckling mer än innehållet i aktiviteterna .

En form av "inspektioner" har genomförts inom ramen för studierektorernas arbete. Vill en vårdcentral ha en ST-läkare skall denna enhet fylla vissa krav och det är studierektorns uppgift att försäkra sig om att det finns resurser och förutsättningar på enheten så att en utbildning kan genomföras tillfredsställande.

Inom ramen för specialistexamen sker också en form av "inspektioner" (se nedan).

## ***B. Frivillig examination***

### **Om specialistexamen i allmänmedicin**

Specialistexamen i allmänmedicin har förekommit sedan 1989 och allmänmedicin var först bland specialitetsföreningarna att införa en sådan examination.

Det är en frivillig examen, men det brukar vara många ST-läkare som anmäler sig och antalet examinerade är nu uppe i ca 200 läkare.

Vi önskar att så många som möjligt vill vara med i denna självvalda övning som är en påminnelse om det ständiga behovet av att lära sig nytt. Under specialistutbildningen är det mänskligt och förståeligt om man tycker att nu får det vara nog med undervisning och att "elevrollen" må gå mot sitt slut. Så och så många år har man utbildat sig, nu har man läst nog - inga fler examen eller tentamina behövs.

Men egentligen är det ingen större skillnad mellan att ”vara klar” och att vara under utbildning. All yrkesverksamhet är en mer eller mindre aktiv förkovran och man kan

aldrig ”slå sig till ro” med det man en gång lärt sig. Arbetet med examen torde förmedla en attityd av detta ”livslånga lärande”. Det är inte fråga om att som i skolan (och kanske som vid universitetet) ha ambitionen att skilja på den som är kvalificerad (godkänd) från den som inte är det. I examinationen eftersträvas en egenreflexion och ett fokus på förtjänster/starka sidor och på vad som kan behöva förstärkas hos ST-läkaren.

En klok kollega har sagt att ”den gode läkaren är den evige studenten”. Den som säger ”nu kan jag det här” har uppenbarligen sagt en sak för mycket. Arbetet med examen blir en möjlighet för ST-läkaren att få en impuls och träning i hur nyfikenhet kan organiseras och hur ett utvecklingsarbete kan ta form. Det kan bli en viktig stimulans för det fortsatta läkararbetet.

Examen är således frivillig och den har som syfte att ge feed-back på kunskaper, färdigheter och attityder som man förvärvat under utbildningen. Man kan se examen som ett slags avstamp för den framtida fortbildningen. Examen är också ST-läkarens garanti för att målen som styr specialistutbildningen blir adekvat testade av föreningens egna examinatorer.

Vanligen genomförs examens olika moment under specialiseringstjänstgöringens sista år eller under det första året som färdig specialist i allmänmedicin. Momenten kan genomföras oberoende av varandra vid olika tidpunkter, men alla moment skall vara godkända för godkänd specialistexamen.

ST-läkaren bör planera för examen tillsammans med sin handledare tidigt under utbildningen (men det går att göra mot slutet också). En tidig planering ökar utbytet av examinationen.

Examens olika moment är:

- praktikdag med bedömning av videokonsultationer
- skriftligt prov
- eget skriftligt arbete/examensuppsats.

I examen får ST-läkaren sammanställa och bedöma sin egen utbildning, som skall vara adekvat för specialistkompetens i allmänmedicin. Handledaren lämnar också ett utlåtande som tillsammans med utbildningssammanställningen ingår i examinatorns underlag. Examen avslutas med att examinandens själv får presentera sitt skriftliga arbete för andra kollegor vid avslutningsceremonin, som arrangeras varje år.

## Praktikdag med bedömning av videokonsultationer

Examinator kommer till examinanden och följer denna under en arbetsdag. Följande moment genomförs under praktikdagen:

Sit in (Medsittning)

Samtal med handledare

Bedömning av videokonsultationer och journaler som examinanden skickat till examinator i förväg.

Examinator sammanfattar praktikdagen skriftligen och lämnar därvid sitt utlåtande som motiveras.

## Skriftligt prov

Provet genomförs en gång varje år. Skrivningen rättas av flera examinatorer oberoende av varandra. Frågorna är av essätyp, de har konstruerats av många examinatorer tillsammans och utgår ifrån patientmöten som allmänläkare haft i sin praktik.

## Eget skriftligt arbete/examensuppsats

Arbetet kan vara stort eller smått men det skall ha en vetenskaplig uppläggning. Det skall vara granskat av handledaren och skall godkännas av examinator och sedan presenteras vid examenshögtiden (som ett föredrag). En del av de examensarbeten som presenterades vid examinationen i Norrköping hösten -96 finns i ett suppl 21 till AllmänMedicin 4/97, "ST-FoU".

Välkommen med din anmälan till examination!

## C. Övrig kvalitetsutveckling

### Om SFAM.Q

SFAM inrättade 1991 en arbetsgrupp för kvalitetssäkring med första uppgift att arbeta fram indikatorer att användas för kvalitetsuppföljning av ett antal sjukdomar. Därefter utvecklades SFAMs Verktygslåda, en uppsättning verktyg och metoder för kvalitetsarbete. Arbetet möjliggjordes genom projektpengar från Socialstyrelsen. En studieresa har gjorts till Holland och England och erfarenheterna därifrån finns publicerade som ett supplement till Allmänmedicin (AllmänMedicin 1996/2, suppl 17).

SFAM.Q har fungerat som remissinstans i kvalitetsfrågor och flera medlemmar är engagerade i nationella kvalitetsprojekt under olika ledning. Man har också aktivt deltagit i de senaste årens utvecklingsarbete kring fortbildning.

Gruppens medlemmar har alltsedan starten också varit lokalt engagerade i kvalitetsarbetet. Gruppen möts 2-3 gånger per termin med telefonmöten däremellan. Man är också representerad i EQuiP, den europeiska arbetsgruppen för kvalitetsutveckling bland allmänläkare.

För närvarande kan gruppen sägas ha uppgifter inom tre huvudområden:

- I. Metodutveckling, utvärdering av metoder samt som experter i kvalitetsfrågor. Målgrupper kan vara Fortbildnings- och kvalitetsgrupper (FQ-grupper), till en del andra medarbetare i vården samt centrala myndigheter.
- II. Spridning av budskap samt implementering. Första målgrupp är enskilda kollegor och FQ-grupper.
- III. Samordning, förankring samt samverkan. Arbetet skall vara förankrat i styrelsen samt samordnas med styrelsen och övriga arbetsgrupper. Samverkan bör ske med ex institutioner, FoU-enheter, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SPRI, SBU m fl.

Gruppens medlemmar nås lättast genom SFAMs kansli eller genom lokala SFAM-föreningar.

## Specialitetens syn på fortbildning

Allmänläkarnas ordinationer av läkemedel, utfärdande av intyg för sjukpenning och pension, diagnostiska åtgärder samt remitteringar bestämmer en stor del av sjukvårdens kostnader. Dessutom styr och leder allmänläkarna genom sina beslut den övriga verksamheten inom primärvården. Kvaliteten på detta arbete har konsekvenser för hela sjukvården. För att allmänläkarna ska uppfylla de krav som samhället ställer, krävs förutom en god tillgång på allmänmedicinare att dessa också har en hög professionell kvalitet. Betydelsen av detta ökar i en tid då landstingens ekonomi sviktar och allt fler uppgifter förs över till primärvården. Andelen äldre i befolkningen ökar. Allt detta understryker behovet av att stärka basen i sjukvården såväl resurs- som kompetensmässigt. En fortbildning av hög klass är ett intresse inte bara för allmänläkarna själva. Vinnare är framför allt patienterna och samhällsekonomin.

### SFAMs program för fortbildning och kvalitetsutveckling

Ett flerårigt projektarbete av SFAM i samarbete med DLF och de allmänmedicinska institutionerna resulterade hösten 1995 i ett program för fortbildning och kvalitetsutveckling för allmänläkare.

Programmet presenteras i skriften "Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaden". Det bygger på övertygelsen att kvalitetsutveckling och fortbildning måste utgå från de behov som gör sig gällande i det dagliga arbetet med patienter. Fortbildningen ska styras "underifrån" av allmänläkarna själva - inte "ovanifrån" av andra organ eller "utifrån" av andra intressenter som t.ex. läkemedelsindustrin. Kvalitetsutveckling kan åstadkommas endast genom ett brett engagemang från allmänmedicinerna själva.

Denna grundsyn genomsyrade även uppbyggnaden av SFAM.s program, som vuxit fram genom aktivt deltagande från en mängd av föreningens medlemmar och fått ett snabbt genomslag runt om i landet.

Programmet bygger på bl a följande grundprinciper:

- Allmänläkarkåren tar ett självständigt ansvar för fortbildning och kvalitetsutveckling som gagnar patienterna och skapar en modell som står stark oavsett systemskiften.
- Programmet är tillgängligt för alla allmänläkare oavsett driftsform och fungerar därmed som en brygga dem emellan.
- Femton procent av arbetstiden avsätts för fortbildning och kvalitetsutveckling, som är lika viktigt som patientarbetet.
- Fortbildning och kvalitetsutveckling måste utgå från den enskilda allmänläkarens individuella behov som de kommer till uttryck i arbetet med patienter
- Programmet ska leda till kostnadseffektiv vård och rationell läkemedelsanvändning.
- Genom fokusering på systematiskt kvalitetsarbete kan verksamheten på sikt lämna viktiga bidrag till den allmänmedicinska forskningen.
- Kravet på allmänläkares fortbildning är att den leder till kvalitetsutveckling.

Programmet är väl förankrat bland de cirka fyra tusen allmänläkare, som är verksamma som distriktsläkare, husläkare eller familjeläkare runt om i landet. Under den period som SFAM arbetade med framtagande och lansering av programmet ökade föreningens medlemsantal från 1800 till över 3000, trots de ökande medlemsavgifter som arbetet betingade. Till stöd för fortbildning och kvalitetsutveckling har sedan 1993 antalet lokalföreningar inom SFAM ökat från 2 till 30.

### **F för fortbildning – Q för kvalitet**

Idag finns 230 FQ-grupper runt om i landet. Cirka 1700 allmänläkare är redan engagerade i kontinuerlig fortbildning och kvalitetsutveckling. Ett åttiotial allmänläkare har utbildats till FQ-rådgivare, som driver och ger stöd åt arbetet lokalt.

Fem hundra allmänläkare har utbildats i kvalitetsarbete.

Ett hundratal allmänmedicinare har deltagit i mentor-/adeptseminarier.

SFAMs lokalföreningar fungerar som basorganisationer för FQ-arbetet och utgör nu ett nätverk som i princip täcker hela landet.

Verktygslåda för kvalitetsarbete (med uppdatering 1995) har sålts i ca 800 exemplar.

### **Individuell fortbildningsplan**

är resultatet av en kritisk reflexion kring den egna verksamheten. Planen utformas med ledning av resultaten från den kvalitetssäkring, som ska ingå som en del av allmänläkarens arbete. Upprättandet av planen sker i samverkan med en eller flera kollegor, exempelvis i en FQ-grupp. En särskild arbetsgrupp inom SFAM utvecklar en s k arbetsbok, som är ett stöd i upprättandet av den individuella fortbildningsplanen.

### **FQ-grupp**

Liten kollegial grupp av allmänläkare som möts regelbundet för arbete med fortbildning och kvalitetsutveckling. Deltagarna drar fördel av gruppens samlade kompetens och blir varse även de "omedvetna behov" som finns i all verksamhet. En gruppledare håller samman gruppen, tillför erfarenheter från andra håll, föreslår olika aktiviteter, bistår med praktiska arrangemang och svarar för att den samlade kompetensen kommer till sin rätt i gruppens arbete, som kontinuerligt utvärderas.

Tänkbara aktiviteter: falldiskussioner, genomförande av kollegial granskning, diskussioner kring videoinspelade läkar-patientmöten, kvalitetscirkelarbete, auskultationer, samråd med externa intressenter, framtagande av riktlinjer för läkemedelsterapi och annan behandling.

Spri rapport 428 "Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling inom allmänmedicinen" beskriver arbetet i FQ-grupp.

### **Arbetstrivsel**

För litet totalantal allmänläkare i kombination med ökande arbetsmängder och en korseld av olika krav – sänk kostnaderna, avlasta sjukhusen, var alltid tillgänglig, bjud långvarig kontinuitet etc – resulterar lätt i påtagliga svårigheter att räcka till. En inves-

tering i FQ behövs även för att öka arbetstrivseln och för att trygga rekryteringen av nya allmänläkare. Fortbildning och kvalitetsutveckling ger en bättre arbetsmiljö, som är en viktig förutsättning för en god patientvård. Den kollegiala FQ-gruppen kan motverka utbrändhet.

### **Mentor/partnerskap**

Arbetet i FQ-grupp kan kombineras med ett mentor- eller partnerskap som en extra resurs i genomförandet av den individuella fortbildningsplanen. För den yngre och mer oerfarne läkaren kan en äldre kollega bli en stödjande samtalspartner/mentor. En äldre och mer erfaren läkare kan ha större nytta av samtal med en jämställd partner. SFAMs Mentorsgrupp håller årliga seminarier/utbildningsdagar för mentorer och bygger successivt upp en "mentorbank".

### **Samarbete i nätverk**

Allmänläkarnas fortbildning och kvalitetsutveckling sker i nätverksliknande former, där enskilda läkare, FQ-grupper, FQ-rådgivare, fortbildningssamordnare och lokal-föreningar kan utbyta erfarenheter – som också förs vidare till det nationella sekretariatet för dess funktion som resursbank och förmedlare av erfarenheter.

Nätverksmodellen har ett stöd i den moderna informationsteknologin, som gör det möjligt att kommunicera även mellan kollegor och kunskapscentra på olika håll i världen, t ex via Internet, där SFAM successivt bygger upp och vidareutvecklar sin hemsida.

### **Central stödorganisation**

Sedan hösten 1995 finns en central stödorganisation i form av SFAMs sekretariat för fortbildning och kvalitetsutveckling med lokaler hos Svenska Läkaresällskapet i Stockholm. Sekretariatet lyder direkt under SFAMs styrelse. I fortbildningssekreteriatets Kontakt-, Referens- och Planeringsorgan (KORP) samarbetar representanter för SFAM, DLF, SPLF och de akademiska institutionerna.

Till sekretariatet har knutits rådsgrupper för specifika ändamål:

- Kompetensutvecklingsrådet/KUR – för kvalitetsgranskning av fortbildning och publikation av fortbildningskatalog
- Rådet för läkemedelsterapi – för rationell läkemedelsanvändning och stöd till allmänläkare i lokala läkemedelskommittéer
- Råd för kvalitetsutveckling/SFAM.Q – följer och driver på utvecklingen av nya metoder
- Råd för data och klassifikation/SFAM.dok – för bra hjälpmedel vad beträffar IT (informationsteknik)
- Råd för specialistexamen – som kan sägas utgöra första steget i fortbildningsprocessen.

Sekretariatet ska

- vara ett serviceorgan samt stimulera lokal verksamhet
- stärka och hålla samman det nationella nätverket av FQ-grupper och gruppleddare, FQ-rådgivare och SFAMs lokalföreningar
- se till att centrala utbildningar kommer till stånd, stimulera lokal aktivitet och förmedla lokalt efterfrågad kompetens. En viktig uppgift är också att ge spridning åt lokala erfarenheter och idéer.

### **Provinsialläkarstiftelsen**

arrangerar varje år på nationell nivå ett antal fortbildningskurser för allmänläkare. Terminsprogram med aktuellt utbud skickas varje höst och vår till samtliga DLF-medlemmar. Fyra allmänläkare ingår i stiftelsens styrelse, som två gånger per år tar ställning till inkomna förslag om kurser. Stiftelsens medel utgörs av en fond om cirka 10 mkr vars avkastning används till kursverksamheten.

### **Studierektorer i Allmänmedicin**

finns inom samtliga landsting och ansvarar framförallt för specialistutbildning, oftast även för allmäntjänstgöring och inte sällan fortbildning. Sammanlagt finns ett 80-tal studierektorer runtom i landet.

### **Institutionerna för Allmänmedicin**

i Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund/Malmö ansvarar för forskning och grundutbildning, men bidrar ibland även till fortbildningsaktiviteter.

### **FoU-enheter**

för forskning och utveckling, ofta även utbildning (FoUU), inom allmänmedicin/primärvård finns på 23 ställen i landet. De kan ge värdefulla bidrag till lokala fortbildningsaktiviteter.

### **Aktuella förteckningar**

över lokalföreningar, studierektorer, FoU-enheter och institutioner: se kapitel 13.

## Specialitetens syn på forskarutbildning

Synen på specialistutbildningen har ändrats under åren, från en kvantitativ inställning (månader) till ett mer kvalitativt synsätt (målstyrning). En bedömningsbar rapportering av vunnen kompetens blir då allt viktigare. Att avsluta sin ST-tjänstgöring med examen och därmed göra ett utvecklingsarbete är i linje med en nyare inställning.

Att under handledning skriftligen redovisa en enklare studie/undersökning, **ett eget "forskningsprojekt"** eller utvecklingsarbete, är en metod att träna ett kritiskt förhållningssätt till den egna verksamheten, att organisera sin nyfikenhet och att på ett samlat sätt finna en metod att uttrycka sig och redovisa insamlat kunskapsmaterial. Det är av betydelse att projektet växer fram i det vardagliga arbetet och belyser ett allmänmänskligt problem, för att problemet skall finna sin plats inom specialistutbildningens ram. Utöver detta kan ett "eget" projekt skapa ett intresse för den välbehövliga primärvårdsanknutna forskningen så att ett samband mellan den kliniska vardagen och en mer akademisk forskningsverksamhet skapas.

De organisatoriska förutsättningarna för detta finns numera, eftersom ST-tjänstgöringen bedrivs under handledning och under överinseende av en studierektor. En studieplan skall läggas upp inför ST-tjänstgöringen och det är då betydelsefullt att planeringen av en "ST-uppsats" ingår redan från början. Det är inte alltid möjligt för den kliniska handledaren att handleda även ett projektarbete och allt eftersom **FoU-enheter** bildas på landstingsnivå kan projekten knytas till dessa enheter. Alla projekt tar tid, och växer snabbare än man tror från början. Det är därför viktigt att projektet avgränsas i tid.

Även de **allmänmedicinska institutionerna** har en viktig funktion att fylla i detta sammanhang, dels med konkret handledning, men också för att utbilda de inblandade i forskningsmetodik samt att sammanställa och presentera uppsatserna på ett mer övergripande plan. På ett naturligt sätt knyts då perifera vårdcentraler med ST-utbildning samman med de allmänmedicinska institutionerna. Enskilda läkare inom primärvården kan därigenom i sin praktik knyta personliga kontakter med den akademiska världen och forskningsintensiteten i primärvården ökas och synliggörs.

Som ett viktigt inslag i författandet av **examensuppsatsen** ingår att den ska presenteras och **redovisas muntligen** inför kollegor. I detta sammanhang kan då både den kliniska relevansen och den vetenskapliga utformningen debatteras och kommenteras. På så vis blir arbetet med uppsatsen inte bara ett egenintresse för ST-läkaren, utan det kan också spridas till att skapa FoU-intresse bland övriga kollegor. Den vunna erfarenheten kan få genomslag i **den vardagliga primärvården**.

En inledande kontakt med en FoU-enhet eller en allmänmedicinsk institution kring examnesarbetet under ST-tiden kan fördjupas och utvecklas till ett **licentiat- eller doktorsarbete**. För att börja med ett doktorsarbete behövs dock inte något examensarbete i botten - det går bra att när som helst under sin specialiseringstjänsgöring kontakta en institution och diskutera planer och önskemål.

FoU-enheter och allmänmedicinska institutioner som man kan vända sig till finns angivna i kapitel 13.

**13****Information från SFAM****A. Allmän information**

I det här avsnittet har samlats allmän information om Svensk Förening för Allmänmedicin. Föreningen har under de senare åren haft stor aktivitet och ett kansli har upprättats. SFAMs huvuduppgift är att arbeta med utbildnings- och forskningsfrågor i vid bemärkelse och med ärenden som rör ämnets innehåll.

Fackliga frågor är DLFs, Distriktsläkarföreningens huvudområde. Föreningarna samarbetar i både större, övergripande frågor och i mindre spörsmål där vi har gemensamma intressen.

<b>Informationen innehåller följande avsnitt</b>	<b>Sid</b>
1. Varför SFAM?	13:2
2. De lokala SFAM-föreningarna	13:6
3. SFAM-ST	13:7
4. Här tecknas kort, form och innehåll av verksamheten med s k allmänläkarkonsulter.	13:8
5. Namn och adresser till personer på SFAMs kansli samt på personer, grupper, utskott i föreningen som har med utbildning, utvecklingsarbete, examen och kvalitetsarbete att göra.  Ytterligare information och adresser ges i den s k KUR-katalogen, fortbildning av/med/för allmänläkare, som kommer ut 2 gånger/år.	13:10
6. Litteraturlista med böcker och tidskrifter.	13:14
<b>B. Specialitetens ställning internationellt</b>	<b>13:23</b>
Primärvård och folkhälsoarbete i internationellt perspektiv – en kortfattad sammanfattning.	13:27

## 1. Varför SFAM?

DLF är den fackliga hemvisten för alla distriktsläkare/motsvarande. Där säkras förhandlingar, avtal om löner och arbetsmiljö, politiska beslut – formerna för vår verksamhet. Liksom i SYLF för våra underläkare. Men någon måste också värna om själva specialitetens utveckling. SFAM är allmänläkarnas vetenskapliga förening, sektion i Svenska Läkaresällskapet och specialitetsförening i Sveriges Läkarförbund. En ideell förening som arbetar för allmänmedicinens forskning och utveckling, för vetenskapen, utbildningen, fortbildningen och kvalitetsutvecklingen.

Vi är cirka 3000 kollegor runtom i landet som förenas i denna förening. I SFAM har också våra blivande kollegor, ST-läkarna, tillträde och utgör en viktig grupp inom föreningens utbildningsarbete. Vad får man då för sin medlemsavgift?

## Kommunikation

Det första nya medlemmar brukar notera är de två tidskrifterna. Sex gånger per år kommer tidskriften AllmänMedicin och fyra gånger per år Scandinavian Journal of Primary Health Care. Att följa dessa publikationer är ett suveränt sätt att hålla sig uppdaterad kring specialitetens FoUU - forskning och utveckling samt utbildning. SFAM-KUR (Katalog, Utvärdering/granskning och Redaktion/råd) granskar fortbildningsaktiviteter av/med/för allmänläkare och publicerar en årlig fortbildningskatalog, som kompletteras med KUR-sidor i tidskriften.

Föreningens hemsida på internet – <http://www.svls.se/sektioner/sfam/sfam.htm> – är stadd under uppbyggnad och nätverksarbete via elektronisk post håller snabbt på att ta över både vanlig post och fax/telefon.

Föreningen håller ett digert register över e-postadresser till olika grupperingar.

Föreningens kansli, det organisatoriska navet för alla aktiviteter, finns i Läkaresällskapets lokaler på Klara Östra Kyrkogata 10 i Stockholm. Dit hör man av sig när man vill komma i kontakt med nätverk och arbetsgrupper, beställa målbeskrivning, fortbildningskatalog eller andra föreningspublikationer. Heléne Swärd är kansliets och Barbara Dürr fortbildningssekreterariats och tidskriftens respektive sekreterare. För namn- och adressuppgifter avseende föreningens styrelse, utskott och arbetsgrupper, se fortbildningskatalogen.

Lokalföreningar har SFAM numera i samtliga landsting utom Gotlands – ett trettiotal lokala sammanslutningar med varierande utbud av aktiviteter och sammankomster.

Nationella medlemsmöten anordnas såväl höst som vår.

Höstmötet i oktober-november har alltid ett digert och spännande allmänmedicinskt program-utbud och samarrangeras med två viktiga föreningsangelägenheter: 1) Fullmäktige, föreningens högsta beslutande organ, håller sitt årsmöte. Alla medlemmar är

välkomna att delta i fullmäktigemötet, rösträtt har valda representanter för lokalavdelningarna. 2) Den högtidliga avslutningen på årets frivilliga specialistexamen går av stapeln.

Vårmötet har under senare år ofta samordnats i tid med DLFs fullmäktige, för att minimera antalet res- och frånvarodagar för engagerade allmänläkare. När SFAM och dess nordiska systerföreningar arrangerar Nordiskt allmänläkarmöte utgår vanligen det nationella vårmötet.

### Utbildning och fortbildning

Utbildningsutskottet hanterar de viktiga frågorna kring specialistutbildningen, bistår Socialstyrelsen med granskning och värdering av SK-kurser och arbetar fram revideringar till mål-beskrivning och utbildningsbok för ST-läkare. Utskottets ansvarsområde är utbildningen fram till specialistkompetens. SFAM ST-gruppen är en intressegemenskap för ST-läkare i allmänmedicin, självklart representerad i Utbildningsutskottet. Vissa landsting bjuder sina ST-läkare på årsavgiften till SFAM, för att visa dem vägen in i den organisation som främjar specialitetens utbildning och utveckling.

Studierektorskollegiet utgörs av allmänmedicinens cirka 80 studierektorer runt om i landet. De ansvarar för utbildningen under AT och ST, ofta även för den lokala fortbildningen. SFAM håller en uppdaterad Studierektorsmatrikel, bistår vid kollegiets halvårsvisa nationella sammankomster och samordnar vid behov gemensamma intressen och aktiviteter. SFAM har också anordnat sk "diplomeringskurser" för nytilträdde studierektorer.

Examensutskottet vidareutvecklar kontinuerligt den frivilliga specialistexaminationen, som fungerat som ett föredöme för övriga specialiteter. Utbildning av examinatorer sker varje januari. Examinationsprocessen pågår under ett halvår och avslutas sedan under festliga former i anslutning till föreningens höstmöte. Diplomerade allmänläkare kallas de som genomgått specialistexamen och nätverket för dessa.

Fortbildningssekretariatet (på SFAMs kansli) är det centrala stödorgan som ansvarar för övergripande samordning av föreningens aktiviteter gällande fortbildning och kvalitetsutveckling. Sekretariatet bistår ett antal rådsgrupper för olika intresseområden.

Fortbildningsrådet (kollegor representerande landets olika regioner) svarar för föreningens olika fortbildningsaktiviteter. Där ingår även ett nätverk för landets Allmänläkar-konsulter (AKO), som på alltfler orter främjar samarbetet mellan primär- och sjukhusvård. Mentorsgruppen utvecklar mentorskapets två-samma form för fortbildning och utveckling. De arrangerar varje januari ett "experimentor-seminarium" i internatform

för såväl erfarna som presumtiva mentorer och adepter. FQ-grupper kallas de små kollegiala grupper som regelbundet möts för fortbildning och kvalitetsutveckling (F&Q). Erfarenheten visar tydligt att ingen allmänläkare bör vara grupplös. SFAM har initierat denna verksamhet, utbildar och stöttar FQ-gruppledare, förmedlar kontakt med grupper och erfarna gruppledare. En skrift i ämnet, "Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling inom allmänmedicinen" (Spri-rapport 428), har tagits fram i ett samarbete mellan SFAM och Spri. Nätverksbygge för FQ-grupper sker i form av seminarier nationellt och regionalt/lokalt. Föreningen har även för FQ-grupperna publicerat ett tiotal mycket uppskattade studiebrev inom olika ämnen.

Balintgrupper har funnits länge och är för många allmänläkare en grundläggande förutsättning för verksamheten. Genom SFAM kan man få kontakt med kollegor som är Balint-engagerade.

Rådet för läkemedelsterapi befordrar producentobunden läkemedelsinformation och är en viktig resurs för allmänläkare i läkemedelskommittéer. Rådets hemsida på internet fungerar som knutpunkt och kontaktlänk.

Riskbruksgruppen arbetar med stöd från Folkhälsoinstitutet inom området riskbruk av alkohol.

SFAM har även ett antal olika nätverk för allmänläkare intresserade av särskilda diagnoser eller problemområden, exempelvis Astma-allergi, Diabetes, Palliativ medicin, Transkulturell allmänmedicin. Ett Etiskt nätverk finns för allmänläkare med särskilt intresse för etikfrågor. Nätverken belastar inte föreningens ekonomi, men berikar den med dialog och kunskap och kan vid behov på kansliet få assistans med utskick och kontakter.

### **Forskning och utveckling**

SFAM-Q arbetar med frågor som rör allmänmedicinsk kvalitetsutveckling och har bland annat utarbetat metoder för kvalitetsgranskning av vårdcentraler och samlat redskap för kvalitetsarbete i SFAM.s Verkttygslåda. SFAM.dok arbetar med data- och klassifikationsfrågor. Ett exempel på deras centrala betydelse är ICD-10 för primärvård. Båda gruppernas arbete är ofta forskningsrelaterat.

SFAM Post.doc är föreningens forskargrupp för disputerade allmänläkare. Exempel på frågeställningar är: Hur kan man lägga upp och finansiera sin forskningsverksamhet? Hur kommer man vidare efter färdig avhandling? Ett praktiskt nätverk för de geografiskt ofta mycket spridda första linjens forskare. Allmänmedicinens dag på läkarnas riksstämman är också en angelägenhet för Post.doc-gruppen och styrelsens vetenskapliga sekreterare.

I Scandinavian Journal of Primary Health Care pulicerar sig forskande allmänläkare. Tidskriften ägs numera gemensamt av de skandinaviska ländernas vetenskapliga föreningar via en stiftelse.

Internationellt representerar SFAM svenska allmänläkare i specialitetens mellanlandsliga organisationer. Som SFAM-medlem är man korporativt ansluten till den världsomspännande specialitetsorganisationen WONCA, som håller årlig Europakongress och vart tredje år en världskongress. SFAM är också representerat i dess Europaavdelning med sina tre nätverk: EURACT för lärare, EGPRW för forskare och EQuIP för kvalitetsutvecklare.

Vad som här beskrivits är ett sammandrag av det som sker i specialitetens tjänst via SFAMs organisation och tack vare allas medlemsavgifter. Specialistkompetenta allmänläkare får hela paketet för mindre än 1 patientavgift/månad och ST-läkare får 50% rabatt. Organiserat på normalt sätt skulle hela apparaten givetvis stå sig betydligt dyrare, men tack vare de många kollegornas ideella arbete blir priset relativt sett billigt. Det vi får ut av pengarna överstiger vida vad det skulle ha kostat med normalt avlönade tjänstemän.

### Sammanfattning

100 kr i månaden (för ST-läkare 50 kr) är vad det kostar att ha en kollegial sammanlutning som arbetar fram, stöttar och organiserar målbeskrivning för ST, utbildningsbok, fortbildningskatalog, tidskrift, examen, FQ-grupper, individuella fortbildningsplaner, primärvårdsklassifikationer, allmänläkarkonsulter, studierektorer, recept utan diagnoser, arbets- och intressegrupper utan läkemedelssponsring, höst- och vårmöten för samvaro och utveckling. En förening som lagt särskild vikt vid en aktiv demokratisk organisation med lokalavdelningar och fullmäktige. Som håller med ett kansli och ett fortbildningssekretariat som fungerar som given kontaktlänk och nav i specialitetens verksamhet.

- Var får man tag på ditt? Vem arbetar med datt?
- Ring SFAM! Där får man svar eller förmedling av kontakt med den som vet. Eller läs i SFAMs fortbildningskatalog – där hittar man adresser till kontaktpersoner för många handa aktiviteter, kurser, grupper, nätverk.

För en hundralapp i månaden. Man får det inte för mindre. Tvärtom. För den aktivitet som föreningen utvecklat under de senaste åren har externa projektmedel varit en förutsättning. Men sådana extra intäkter hade knappast flutit in, om inte medlemmarna själva först visat sitt engagemang och sin satsning med både tid och pengar. I praktiken har det under långa perioder varit så, att för varje satsad medlemskrona har sedan också donerats en projektkrona. Så fördubblar man sin insats. Med ideellt arbetande kollegor blir effekten snarast tredubblad.

Utan medlemmarnas bidrag i form av arbete och årsavgifter inget SFAM, ingen specialitetsförening – kanske inte ens någon specialitet. Så enkelt är det!

## 2. Om lokala SFAM

### *Något om bakgrund*

Vid ett internat hösten 1994 diskuterade SFAMs styrelse framtidsfrågorna och det framkom att styrelsens arbete behövde decentraliseras. Bakgrunden var bl a styrelsens önskan att satsa på fortbildning som ett led i kvalitetsutvecklingen. Fortbildning är ett livslångt lärande och för att impulser till vidareutveckling och kompetenshöjning skall komma till stånd behövs både centrala och lokala organisationer.

I Danmark hade man tidigare haft erfarenheter av fortbildningsgrupper och dessa grupper blev en slags förebild för de grupper som SFAM valde att satsa på. Det behövdes ett nationellt kansli som stöd för utbildning av gruppledare men också en decentraliserad struktur med lokalföreningar, som skulle initiera bildandet av lokala fortbildningsgrupper (FQ-grupper).

En rapport har publicerats som ger en bakgrund till utvecklingen av de nuvarande FQ-grupperna och den beskriver också möjligheter och svårigheter med denna fortbildningsform. SPRI-rapport 428/96 "Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling inom allmänmedicin".

Målsättningen var att hela landet under 1995 skulle täckas med lokalföreningar och det bildades 28 lokalföreningar under det året. Under 1997 har de sista vita fläckarna fyllts i på SFAM-kartan och i dag finns det 33 lokalföreningar över landet.

### *Något om innehåll och arbetsformer*

Styrelsen har nu tagit nya steg för att formalisera relationen mellan lokal och central verksamhet. I samarbete med lokalföreningarna tog en demokratigrupp fram ett förslag till stadgeändringar. Det viktigaste i detta förslag var att lokalföreningarna i ett fullmäktige skall kunna påverka den centrala verksamheten och att olika delar av landet garanteras representation i viktiga frågor.

De lokala ordförandena har i samband med föreningens höst- och vårmöten under de senaste åren träffats i regelrätta ordförandekonferenser för erfarenhetsutbyte.

De lokala SFAM-föreningarna har flera olika uppgifter och verksamheterna varierar. De flesta har en mer eller mindre aktiv utbildningsverksamhet. Till styrelsen centralt inkommande remisser av stort allmänt intresse sändes vidare till lokal-föreningarna för diskussion, reflexion och feed-back. SK-kurserna får möjligen i framtiden en annan organisation och de lokala SFAM-föreningarnas erfarenheter av kursers innehåll och

förslag på nya potentiella kursgivare är viktiga att ta del av. Lokalföreningarna kommer också att bli föreningens viktigaste rekryteringsbas för nya medlemmar.

**FQ-gruppernas arbete** kommer att systematiseras och ge underlag för kvalitetsutveckling och därigenom bidra till allmänmedicinens identitet. FQ-grupperna kan förhoppningsvis också bli bas i en lokal och relevant FoU-verksamhet. Inom ramen för denna kan kontakter med institutioner tas och akademien kan rekrytera nya krafter till undervisning och forskning.

Lokalföreningarna kan också betyda mycket som en gemensam bas för allmänläkare som bedriver verksamhet i **olika driftsformer**. Alla kollegors erfarenheter kan tas till vara, nya arbetssätt kan utvecklas och framtida konflikter kan förebyggas. Även arbetsgivaren har anledning att se lokalföreningarna som en tillgång och som en samtalspartner i allmänmedicinska frågor.

Förhoppningsvis kan man i framtiden se tusen blommor blomma inom dessa lokalföreningar - det behövs gödsling och vattning från centrala styrelsen bl a – men alla kan vara med. Och du som gör din ST-tjänst har i denna föreningsverksamhet möjlighet att delta och medverka till att allmänmedicinen får den centrala roll den förtjänar båda till innehåll och omfattning.

Välkommen i "Din" förening!

### 3. Om SFAM-ST

SFAM-ST är en arbetsgrupp inom SFAM som speciellt arbetar med underläkar- och ST-läkarfrågor. Vi verkar som remissinstans och bollplank för SFAMs övriga arbetsgrupper och utskott, och då speciellt i frågor som utbildning, specialistexamen mm. Vår grupp bildades vid årsskiftet 1996/97 och består för närvarande av fem medlemmar spridda över landet.

Hör av dig till oss om problem, nya idéer, farhågor, funderingar mm, så att dessa kan bli ventilerade och komma fram till alla oss blivande specialister i allmänmedicin och till dem som redan har sin specialitet. Vill du vara med och engagera dig i gruppen är du varmt välkommen.

#### SFAM-ST nås genom:

Norra Sverige	Birgitta Löthgren, Paddelvägen 5, 973 32 Luleå, tel 0920-22 45 62
Västra Sverige	Anette Friström, Badhusgatan 4, 302 32 Halmstad, tel 035-10 66 88
Södra Sverige	Bengt Jönsson, Kungsgatan 56 B, 212 13 Malmö tel 040-18 83 81

Norra Stockholm      Christoffer Haking, Gripvägen 10, 182 62 Djursholm,  
tel 08-622 60 28

Södra Stockholm      Gunnar Berglund, Bildhuggarvägen 8, 121 44  
Johanneshov, tel 08-81 11 11

#### 4. Om allmänläkarkonsulter (praxiskonsulter)

Primärvården kommer i allt större utsträckning vara bas i hälso- och sjukvården och be-sparingskrav på sjukhus kommer att öka. Detta innebär förskjutningar av arbets-uppgifter och påverkar resursfördelningen mellan sjukhusvård och primärvård. I dag har dessa två separata vårdssystem tämligen utvecklade samverkansformer och ibland brister vårdkedjan och patienten kommer i ett gränsland mellan vårdnivåerna.

Sjukhuskollegor upplever också ofta allmänläkarna som "anonyma" och de vet litet om vilka möjligheter och resurser som finns i primärvården. Remisser från primär-vården kan t ex uppfattas som "onödiga" från sjukhusläkarens perspektiv och ibland hör man allmänläkare ifrågasätta om sjukhusspecialister egentligen förstår hur "verk-ligheten" ser ut på deras mottagningar.

Både sjukhus- och allmänläkare har mycket att vinna på att samverka, kommunicera och vidga förståelsen för varandras arbetssätt.

I Danmark har man haft liknande problem i samarbetet mellan sjukhusläkare och allmänpraktiker och en modell med allmänläkare som konsult och rådgivare på specia-listkliniker har prövats sedan början av 90-talet.

##### *Danska erfarenheter*

Vid Odense sjukhus infördes 1991 en sk praxiskonsulentordning. Den bygger på att en erfaren allmänläkare upp till en dag i månaden vistas på en sjukhusklinik och upp-giften för denna "konsulent" är att vara synlig och erbjuda kliniken hjälp i primär-vårdsfrågor. Det kan vara att tillsammans med specialistkollegor utarbeta riktlinjer för diagnostik, behandling, uppföljning och patientinformation, gemensamma för sjukhu-set och allmänläkarna i området. Konsulenten har även en viktig roll när det gäller att initiera gemensamma informations- och fortbildningsinsatser för sjukhusspecialister och allmänläkare.

I bakgrunden finns en s k *koordinator*, som ser till att kontakterna mellan kliniker och konsulenter fungerar. En koordinator brukar på halvtid ansvara för upp till 20 konsu-lenter och är utgivare av ett informationsblad, som distribueras till alla specialist- och allmänläkare i området.

De första försöken till praksiskonsulentordning i Odense slog väl ut, och idag har över hälften av sjukhusen i Danmark praksiskonsulenter. Enligt en evaluering gjord i Odense 1992 har fördröjningar av epikriser minskat, remisserna fått bättre kvalitet och ett stort antal behandlingsanvisningar för olika sjukdomsgrupper utarbetats.

Det finns också en del negativa erfarenheter av praksiskonsulentordningen. Kontakterna med allmänläkarkollegorna har ibland varit dåliga och ersättningsfrågor har varit oklara. Konsulenter kan ha velat överföra arbetsuppgifter från sjukhus till primärvård utan att koppla det till resursfrågor.

#### *Svenska erfarenheter*

I Sverige har den danska modellen väckt intresse och i april 1997 hade den införts i 18 landstingsområden. I flera landsting, bl a i Halland, har även distriktssköterskor engagerats som konsulter. De arbetar tillsammans med allmänläkarkonsulten och är inriktade på omvårdnadsfrågor och kontakter med sjukhusets sjuksköterskor.

De dokumenterade svenska erfarenheterna är hittills få. I en utvärdering gjord i Helsingborg 1996 framkom att kontakterna mellan primärvårdens allmänläkare och sjukhusspecialisterna hade ökat och samarbetet förbättrats.

Det är väsentligt att verksamheten förankras i de egna leden och att det skapas en känsla av delaktighet hos sjukhus- och allmänläkarkollegor. För förankring har man i Sverige på många håll använt sig av de allmänmedicinska fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsgrupperna. Gruppledarna har därvid svarat för kontakter med konsulterna.

Då utbildningsläkare på sjukhus och på vårdcentraler i högsta grad berörts av samverkansrutiner och kommunikation mellan vårdnivåerna, är det viktigt att det ges möjlighet att träffa allmänläkarkonsulterna regelbundet, både på sjukhuset och vid vårdcentraltjänstgöringen.

Det finns idag över 200 allmänläkarkonsulter och mycket talar för att sjukvården i Sverige kommer att behöva många allmänläkare som konsulter på sjukhus. Eftersom professionellt intresse för samverkan och kollegial förankring är en förutsättning för att bedriva allmänläkarkonsultverksamhet har det varit naturligt att skapa ett nätverk och samla erfarenheter inom arbetsgruppen för kvalitetsutveckling inom Svensk Förening för Allmänmedicin – SFAM.Q. De lokala SFAM-föreningarna i landet har en viktig roll och är aktivt medverka vid rekrytering av konsulter och koordinatörer samt verka för att de principer som nämnts ovan tillämpas.

En detaljerad redogörelse för allmänläkarkonsultverksamhetens startkultur, organisation och målsättning på fyra orter i Sverige (Helsingborg, södra Halland, Lund-Orup

och nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholm) gavs ut av SPRI förlag under 1997. En översiktsartikel finns i: Gösta Eliasson "Samverkan är professionens uppgift. Höga förväntningar på allmänläkarkonsult". Läkartidningen 1997;94:2347-9.

## 5. Namn och adresser (november 2000)

### SFAMs kansli

Box 738, 101 35 Stockholm. Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 10.

Sekreterare	Heléne Swärd
Telefon	08-440 46 10
Fax	08-440 88 86
E-post	helene.sward@sfam.a.se

### SFAMs fortbildningssektariat

Box 738, 101 35 Stockholm

Samordnare	Gösta Eliasson
Telefon	070-376 99 63
Fax	0346-58449
E-post	goseli@algonet.se

Sekreterare	Barbara Dürr
Telefon	08-440 46 12
Fax	08-440 88 86
E-post	barbara.durr@sfam.a.se

### SFAMs styrelse

Ordförande

Meta Wiborgh

Örnnäset vårdcentral	Tel 0920-718 16
Storstigen 20	Fax 0920-879 97
974 32 Luleå	E-post meta.wiborgh@nll.se

Vice ordförande

Agneta Hamilton

Vårdcentralen Ytterby	Tel 0303-983 20
Lekmannagatan 2	Fax 0303-587 62
442 70 Kärna	E-post agneta.hamilton@vgregion.se

## Facklig sekreterare

Karin Lindhagen

Kungsgårdets vårdcentral

Sankt Johannesgatan 28

752 33 Uppsala

Tel 018-17 78 52

Fax 018-22 06 67

E-post [karin.lindhagen@sfam.a.se](mailto:karin.lindhagen@sfam.a.se)

## Vetenskaplig sekreterare

Johan Berglund

Blekinge FoU-enheten

Erik Dahlbergsvägen 30

374 37 Karlshamn

Tel 0457-840 40

Fax 0457-192 01

E-post [johan.berglund@ltblekinge.se](mailto:johan.berglund@ltblekinge.se)

## Kassör

Inger Bylén

Pl 106

905 83 Umeå

Tel 090-800 07

Fax 090-804 40

E-post [inger\\_bylen@hotmail.com](mailto:inger_bylen@hotmail.com)

## Övriga ledamöter

Anna Källkvist

Vårdcentralen Kronan

Sturegatan 4, plan 5

172 31 Sundbyberg

Tel 08-98 45 10

Fax 08-29 08 40

E-post [anna.kallkvist@telia.com](mailto:anna.kallkvist@telia.com)

## Bengt Mattsson

Inst för allmänmedicin

Vasa sjukhus

411 33 Göteborg

Tel 090-785 35 21

Fax 031-778 17 04

E-post [bengt.mattsson@allmed.gu.se](mailto:bengt.mattsson@allmed.gu.se)

## Jan-Eric Olsson (Utbildningsutskottet)

Högdalens vårdcentral

Önskehemsgatan 2

124 54 Bandhagen

Tel 08-686 60 01

E-post [jelo@canit.se](mailto:jelo@canit.se)

## Lars Roos

Stenbocksvägen 7

141 33 Huddinge

Tel 08-585 80 000

E-post [larsroos64@hotmail.com](mailto:larsroos64@hotmail.com)

**Kompetensutvecklingsråd (KUR)**

Mogens Hey  
Skottstigen 9  
243 32 Höör

Tel 0413-240 84  
Fax 0413-210 02  
E-post mogens.hey@mbox200.swipnet.se

**SFAM.L Råd för läkemedelsterapi**

Jan Håkansson  
Krokoms hälsocentral  
Genvägen 5  
835 22 Krokoms

Tel 0640-166 14  
E-post jan.hakansson@jll.se

**SFAMs fortbildningsråd**

Anders Lundqvist  
Vårdcentralen Viken  
Lasarettsgatan  
891 33 Örnsköldsvik

Tel 0660-898 03  
E-post anders.lundqvist@lvn.se

**SFAM-Q Arbetsgrupp för kvalitetsutveckling**

Birgitta Danielsson  
Allmänmedicin Novum  
141 57 Huddinge

Tel 08-585 853 05  
E-post birgitta.danielsson@klinvet.ki.se

**SFAM Informatik**

Olle Staf  
Läkarmottagningen  
Tullgatan  
387 21 Borgholm

Tel 048-151 89  
E-post olle.staf@ltkalmars.se

**SFAM ST-grupp**

Birgitta Löthgren  
Mjölkuddens vårdcentral  
973 41 Luleå

Tel 0920-714 48  
E-post birgitta.lothgren@nll.se

**KUR-katalog – Fortbildning av/med/för allmänläkare – utges av Kompetensutvecklingsrådet**

Redaktör Mogens Hey

Skottstigen 9

243 32 Höör

Telefon 0413-240 84, fax 0413-210 02

Katalogen ger en mängd information om aktiviteter som allmänläkare bedriver. Här ges introduktionstexter till alla former av utbildningar och kvalitetsutvecklingsprojekt som angår allmänläkare (både för färdiga specialister och ST-läkare). Här finns också namn och adresser på de personer som leder och ansvarar för de olika

**Katalogen har följande kapitel:**

- Allmänt om allmänmedicinsk fortbildning
- Kalendarium
- Nationell fortbildning (kurser av/med/för allmänläkare)
- Regional och lokal fortbildning
- SFAMs fortbildning

Katalogen är en utmärkt källa till information om vad som sker inom ämnet kvalitets- och utbildningsmässigt och kan rekvideras från SFAMs kansli.

**6. Litteratur/tidskrifter**

Det finns mycket att läsa som kan inspirera och entusiasmera inför ett arbete som allmänläkare. När man talar om litteratur är det oftast de traditionella medicinska läroböckerna man tänker på. Vilken ortopedibok är bäst och finns det någon riktigt konkret och bra bok om ögonsjukdomar som kan rekommenderas? På dessa frågor ger vi svar längre ner, men vi begränsar oss i detta avsnitt inte bara till den litteratur som svarar på de kunskapsinriktade frågorna.

Inspirerade av den utomordentliga norska boken "Håndbok for specialistutdanningen i allmenmedisin" ad Notum, Gyldendal, Oslo. 1996 förf. Linn Getz - Steinar Westin, väljer vi att skilja på tre grupper av böcker/litteratur.

**A.** Ett allmänmedicinskt kärnbibliotek som innehåller exempel på "tung" centrala böcker som tar upp för ämnet centrala frågor. Böcker om forskning och handledning tas också upp här.

**B.** "Mjuklitteratur". Böcker i gränslandet medicin och humaniora samt några synpunkter på skönlitteratur.

**C.** Fackböcker. Arbeten/verk som ger de kunskapsmässiga bidrag som behövs för det dagliga arbetet.

## A. Det allmänmedicinska kärnbiblioteket

Balint M. *Läkaren, patienten och sjukdomen. Studentlitteratur 1964*. En verklig klassiker som visserligen är 30 år gammal, men som i allt väsentligt är giltig i dag. Begrepp som "drogen doktorn", "presenting symptoms", och "apostolisk funktion" beskrivs i denna bok, som fortfarande är den mest citerade av all allmänmedicinsk litteratur.

Bentsen BG, Bruusgaard D, Rytter Evensen Å, Fugelli P, Aaraas I. (red) *Allmänmedicin – Teori och praktik, Studentlitteratur 1994*. En norsk "lärobok" för studenter som översatts och bearbetats till svenska (av Mogens Hey och Peter Nilsson) och som rymmer mycket kunnande och täcker ämnets både mjuka och hårda delar.

Björgell P, Björgell A. *Jourläkarboken, 13:e upplagan. Studentlitteratur Lund 1997*. Utan tvekan den mest lästa allmänmedicinska boken i dag i landet. Hör till "kärnböckerna" men kanske främst till fackböckerna. Få underläkare i landet går på sin jour i dag utan att stoppa "Björgell" i fickan. Författarna har koncentrerat ett enormt medicinskt faktamaterial till en gripbar, tydlig och praktiskt användbar kunskapskälla. En prestation och ett litet mästerverk.

Getz L, Westin S. *Håndbok for specialistutdannelsen i allmenmedicin. ad Notam Gyldendal, Oslo 1996*. En bok för den blivande specialisten i Norge. En rik och inspirerande bok som är som den bästa grundbok i ämnet. Den har en ton av lättsamhet och underhållning parad med insiktsfulla och kloka beskrivningar av ämnets centrala områden. Ger förslag om hur utbildningstillfällen kan arrangeras. Ger också mycket litteraturförslag – verkligen en bok att rekommendera under ST-tiden.

Mabeck CE. *Läkaren och patienten. Patientcentrerad medicin i teori och praktik. Bonniers, 1996*. Teori och praktik om patient-läkarmötet och det är insiktsfullt och klokt skrivet. Författaren är dansk professor i allmänmedicin, han har en stark klinisk förankring och den erfarenheten lyser påtagligt igenom.

McWhinney IR. *A textbook of family medicine, Oxford: Oxford University Press, 1991*. En klassisk lärobok skriven av en av de stora och mer inflytelserika allmänmedicinerna. Engelsman som varit professor i Canada. Har präglat uttrycket "patient-centred medicine" och mycket om det begreppet finns i boken.

Morrell D. *The art of general practice. Oxford: Oxford University Press, 1991*. Det finns många goda engelska läroböcker i allmänmedicin. Det här är en klassiker, som förutom goda beskrivningar om ämnets medicinska innehåll också förmedlar vad som ligger i begreppet läkekonst.

Murtagh J. *General Practice. Sydney:McGraw-Hill Company, 1994.* En bok som av många betraktas som den verkligt genuina läroboken i allmänmedicin och den är inte en minilärobok i invärtesmedicin. Författaren är kunnig och praktiskt erfaren och boken har internationellt ett mycket gott renommé.

Rudebeck CE. *"Två subjekt, två kulturer och två historier i en ram" ur: Kirkengen AL, Jörgen-sen J (red) Medisinsk teori. Tanker om sjukdom og tanker om helse. TANO/Allmennpraktikerserien, 1993.* Ett tänkvärt och välskrivet kapitel om grundläggande frågor kring allmänmedicinens teori och filosofi. Begreppen "symptompresentation", "kroppsempati" och "existentiell anatomi" från författarens avhandling utvecklas.

Sackett D, Scott Richardsson W, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence -based Medicine: How to practice & teach. Churchill Livingstone, New York m fl 1997.* Är en fickupplaga av en klassisk bok "Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine" av i stort samma författare. Fickupplagan är koncis och samtidigt njutbar. Den är skriven av ledande experter som klart presenterar den bevis-baserade medicinen "evidence-based medicine" och hur den kan tillämpas i vardaglig klinisk praxis.

Sjönell G. *Husläkarfallet, Stockholm. Almqvist & Wiksell/Liber utbildning, 1994.* En beskrivning av primärvårdsutvecklingen i Sverige under de senaste decennierna skriven av husläkaren och nuvarande presidenten i WONCA (Allmänläkarnas världsorganisation). En informativ och rolig bok som ger argument och motiv till varför primärvården skall vara sjukvårdens bas. De internationella parallellerna är särskilt upplysande.

Tibblin G, Haglund G. *Allmänmedicin, Almqvist & Wiksell, 1989.* En omfattande och bred bok som har goda allmänna inledande kapitel och som sedan har en mängd sjukdomar och syndrom beskrivna. Den senare delen är väl kortfattad och fragmentarisk för att vara till hjälp i klinisk praxis.

### **Några texter/böcker om handledning**

Sveriges läkarförbund, 1996. *Handledning under läkares vidareutbildning – några riktlinjer och synpunkter.*

Lycke K, Handal G, Lauvås P. *Att handleda läkare - en pedagogisk introduktion. Studentlitteratur Lund, 1992.*

Selander U-B, Selander S. *Professionell handledning. Studentlitteratur, Lund, 1989.*

## Några böcker om forskning

Carlsson B. *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap, Almqvist & Wiksell, Stockholm 1990* och *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap. Falköping: Almqvist & Wiksell, 1991*. Två mycket bra och klargörande introduktionsböcker i olika forskningsmetoder. Grundböcker som är skrivna av en författare med stor erfarenhet av primärvårdsforskning.

Howie JGR. *Research in general practice, Chapman-Hall London 2nd ed. 1989*. En ”klassisk” introduktionsbok i olika forskningsmetoder. Tar upp forskningsprocessen, genomförande av studier och hur analysen kan gå till. Utmärkt bok för den som vill starta ett projekt och för den som vill öva upp ett kritiskt läsande.

Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Tano Aschehoug, Oslo 1996*. Bygger på utgångspunkten att vetenskaplighet inte är knutet till en bestämd forskningsmetod. Kvalitativ metod är en av flera vägar till vetenskaplig metod. En förhållandevis lättläst och lättillgänglig bok, som är klokt skriven och har många exempel från allmänmedicinsk vardag.

Ridsdale L. *Evidence-based general practice - a critical reader. WB Saunders Comp Ltd, London 1995*. Tar särskilt upp kommunikation, psykiska problem och etik och förmedlar en kritisk hållning utifrån principerna för den ”evidensbaserade” medicinen.

## Om konsultationen handlar särskilt följande böcker

Bendix T. *Din nervösa patient. Det terapeutiska samtalet, Studentlitteratur Lund 1988*. En klassisk bok som på ett roligt och pedagogiskt sätt ger förslag och vägledning på hur ett förhållningssätt till patienten bör vara. Kan missuppfattas som en ren teknisk, instrumentell handbok – bakom de olika ”tumreglerna” finns framför allt ett förslag till en god attityd.

Neighbour R. *The inner consultation. How to develop an effective and intuitive consulting style. Kluwer Academic Publ. London 1994*. En annorlunda bok om den allmänmedicinska konsultationen – tämligen fri från regler och principer – stimulerar till intuition, spontanitet – och eftertänksamhet. Zeninspirerad – blivit mycket läst och uppskattad.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *Konsultationen – kommunikationen mellan läkare och patient. Studentlitteratur 1994*. En mycket använd bok som strukturerar och pekar på ett sätt att bedöma och analysera konsultationen. Visar på hur video kan användas.

Tate P. *Möte med patienten – en handbok för läkare. Hässle, Radcliffe Medical Press, Oxford New York, 1995.* På omslagssidan skriver en brittisk allmänmedicinprofessor "... En bok som entusiasmerar och roar, irriterar och informerar och som kommer att stimulera dig till att ta en närmare titt på ditt eget beteende". En bok som hyllar den goda kommunikationen.

## **B. Några allmänmedicinska "mjukböcker" och skönlitterära förslag**

Berger J, Mohr J. *A fortunate man. Pantheon Books, New York, 1982.* En ovanlig bok skriven av en författare och fotograf som handlar om en engelsk allmänläkares liv. Hans gradvisa omställning till arbetet som "GP" och hur det medicinska arbetet är sammanvävt med den personliga kontakten med byns invånare. Innehåller vackra bilder och en recensent har skrivit: "Anyone who reads it unmoved should not become a doctor."

Dropsy J. *Leva i sin kropp, Natur och Kultur 1987.* En bok av en terapeut och dansare som beskriver den mänskliga kroppen på ett levande, dynamiskt sätt. Författaren tecknar en djup, psykofysisk dimension av organismen där andning, gång, muskelspänning och psykiska medreaktioner knyts samman. En helhetsorienterad människosyn på och mellan raderna.

Eneroth B. *Att handla på känn. Om intuition i professionell verksamhet. Natur och Kultur 1991.* Tecknar den tysta kunskapen och hur spontanitet och intuition kommer in i den professionella kompetensen. I hög grad tillämplig för läkarens arbete.

Fugelli P. *Husläkare på nytt. Heidruns förlag, 1992.* En serie artiklar om allmänmedicinska möten och situationer skrivna av en norsk allmänmedicinprofessor – en inspirerande, klok och stilistisk välskriven bok.

Gottfries I, Persson B. (red) *Humaniora och medicin. Studentlitteratur, 1996.* En antologi med bidrag från humanistiskt intresserade läkare som på ett tvärvetenskapligt vis speglar humanioras sätt att gestalta medicinska bilder, frågeställningar och problem.

Holm U. *Det räcker inte med att vara snäll. Natur och Kultur 1995.* Författarinnan har tidigare skrivit "Empati" och i denna bok redogör hon för olika läkarkategoriernas förmåga att klara av möten med patienter. Värdefull information om svårigheter och möjligheter i det dagliga arbetet.

Sachs L. *Sjukdom som oordning – Människan och samhället i gränlandet mellan hälsa och ohälsa. Gedins förlag Stockholm 1996.* Antropolog som skrivit många värdefulla böcker – detta är hennes senaste. Hon ser människan i första hand som social vareelse där symptom inte bara är uttryck för biologisk oordning utan också för hela livssituationen.

Wikström O. *Den outgrundliga människan. Livsfrågor, psykoterapi och själavård. Natur och Kultur 1990.* En innehållsrik bok i gränslandet psykologi, människokunskap, religion och existensiella frågor. Ger impulser och uppslag men även kunskaper som passar i det dagliga arbetet.

## Skönlitteratur

Vad kan rekommenderas? Går det överhuvudtaget att rekommendera vissa böcker framför andra?

Stig Andersson, distriktsläkare i Säffle och en läsande kollega, säger när han tillfrågas om lämplig litteratur för en blivande allmänläkare:

”Egentligen är alla *bra* böcker bra också för läkare. Det är också så att konst inte är något man begriper, utan konst är något som griper en. Och vad som griper mig behöver inte vara alls vara det samma som griper dig även om vi båda är läkare. Utifrån denna grund kan man bara säga : läs böcker! Sök dig fram till det som säger dig något, till det som berör dig! Och det kan vara en bakgrund som jag har känslomässiga band till, det kan vara en miljö som påminner om min arbetsplats, det kan vara moraliska konflikter som jag brottas med som läkare, det kan vara språkets egenart, skönhet eller bildskapande förmåga, det kan vara skildringen av en passion som även jag är gripen av.”

## Tidskrifter

### *Allmänt medicinska tidskrifter*

British Medical Journal (BMJ). Det kanske mest ansedda kliniskt inriktade veckomagasinet i världen. Har en speciell spalt med artiklar om ”General Practice” och har många publikationer av allmänt medicinskt intresse.

Dagens Medicin. Kommer varje vecka. Karaktär av kvällstidning men ger mycket information, särskilt om dagsaktuella händelser.

Läkartidningen. Kommer varje vecka. En ”veckotidning” som läses av de flesta läkare. En särskild allmänläkarpanel bevakar och stimulerar till allmänmedicinska inslag.

Nordisk Medicin. Kommer en gång i månaden och binder ihop de nordiska länderna med artiklar från hela Norden. Kommer kostnadsfritt.

### *Allmänmedicinska tidskrifter*

AllmänMedicin. Som medlem i Svensk Förening för Allmänmedicin får du en prenumeration på denna vår egen vetenskapliga tidskrift. Publicerar rapporter och artiklar från primärvården och belyser vad som händer i Sverige och i världen vad gäller

allmänmedicin. Kalendarium och inbjudan till kurser ingår och det är svårt att vara utan tidningen om man vill veta vad som händer i svensk allmänmedicin.

British Journal of General Practice. Brittisk allmänmedicinsk vetenskaplig tidskrift som är den äldsta i Europa. Kommer ut en gång i månaden. Speglar särskilt brittiska förhållanden men innehållet är av stort allmänt intresse och läsvärda är bl a de återkommande engelska högtidsföreläsningar (flera per år) som är idé- och impulsgivare för allmänmedicinsk utveckling.

Distriktsläkaren. Månadsblad från Distriktsläkarförbundet. Tar särskilt upp fackliga frågor.

European Journal of General Practice. Nystartad tidskrift som ännu inte fått så stor spridning men som har samma ambition, målsättning och kvalitet som Family Practice. Det finns plats för minst två sådana periodiska publikationer.

Family Practice. Vetenskaplig tidskrift som kommer ut fyra gånger per år. Har en internationell läsekrets men särskilt brittiska, holländska och skandinaviska författare är förekommande. Har hög standard och är en god kunskapsbank. Har meddelandeuror från europeiska allmänläkaresällskap, aktuella bokrecensioner och kalendarium över internationella möten.

Primärvårdens nyheter. Månadstidning som benämner sig ”oberoende branschtidning”. Ger glimtar från primärvården – om mässor och möten och organisatoriska skeenden, bl a om datautvecklingen.

Scandinavian Journal of Primary Health Care. Publicerar särskilt artiklar om skandinavisk allmänmedicinsk forskning. God allmänmedicinsk, vetenskaplig kvalitet och tidskriften finns representerad i de flesta internationella indexeringsystem. Prenumeration ingår också tills vidare i medlemsavgiften till SFAM.

Utposten. Den norska motsvarigheten till AllmänMedicin. Har ofta temanummer, publicerar debatter och utvecklingsmetoder – stimulerande läsning som ger visioner också till svenska allmänläkare.

## C. Fackböcker

Varje blivande eller färdig specialist i allmänmedicin har ett eget referensbibliotek, ofta bestående av kurslitteratur, lathundar från klinikerna, skrifter från läkemedelsföretag och annat matnyttigt. På varje vårdcentral ska det också finnas ett uppdaterat bibliotek med referenslitteratur, både som uppslagsverk och för fördjupning.

Nedanstående lista är ett förslag till ett sådant referensbibliotek. Den bygger på en tidigare lista publicerad av SFAM 1991. Den nya följer rubrikerna i SFAMs målbeskrivning ("Lilla gula") och uppgifter om aktuell litteratur har hämtats från klinikernas kurslitteraturlistor, kollegor, förlag och bokhandlare. På listan finns bara sådan litteratur som går att köpa i handeln. Att varje vårdcentral dessutom håller sig med FASS, Läkemedelsboken, aktuella skrifter från Socialstyrelsen, Läkemedelsverket m fl är en självklarhet. Utvecklingen inom informationsteknologin gå snabbt framåt och snart kan det vara lika självklart att hämta information från CD-ROM, Internet och andra databaser.

Synpunkter på litteraturlistan och förslag på andra böcker, CD-ROM mm skickas till SFAMs kansli, Box 738, 101 35 Stockholm. Vi får tillsammans skapa en kvalitetsfull och uppdaterad lista.

### *Akutmedicin*

Björgell P m fl Jourläkarboken. 1996. 696 kr. Studentlitteratur.  
ISBN 91-44-20493-0.

Matell m fl Akutmedicin. 1994. Uppl 7. 492 kr. Stud. ISBN 91-44-05377-0.  
Werner m fl Akuta förgiftningar. 1988. Uppl 2. 612 kr. Almqvist & Wiksell.  
ISBN 91-20-06672-4

### *Anatomi*

Snell R. Clinical anatomy for medical students. 1995. Uppl 5. 887 kr.  
Little Brown & Co. ISBN 03-16-80135-6.

Sobotta. Atlas of human anatomy. Vol I: 1994 Uppl 12. 780 kr.  
ISBN 06-83-07837-2.

Vol II: 1994. Uppl 12. 780 kr. ISBN 06-83-07838-0.

### *Barnaålderns sjukdomar*

Krasilnikoff. Nordisk laerebog i paediatri. 1993. Uppl 10. 750 kr.  
ISBN 87-16-10552-4.

Tunell R. Neonatologi. 1991 uppl 2, 415 kr. A&W. ISBN 91-21-59340-x.

### *Gynekologiska sjukdomar*

Brody S. Obstetrik och gynekologi. 1993. Uppl 9. 1425 kr. A & W.  
ISBN 91-63-40059-6.

Gottlieb m fl Öppenvårdsgynekologi. 1995. Uppl 4. 572 kr. A & W.  
ISBN 91-63-40397-8.

*Hud- och könssjukdomar*

Hunter m fl Clinical Dermatology. 1995. Uppl 2. 524 kr. ISBN 06-32-03714-8.

Rorsman m fl Dermatologi, Venereologi. 1994. Uppl 5. 720 kr. Stud.

ISBN 91-44-08025-5.

Sandström E. Sexuellt överförbara sjukdomar. 1994. 451 kr. Stud.

ISBN 91-44-33671-8.

Du Vivger A. Atlas of clinical dermatology. 1992. Uppl 2. 1937 kr.

ISBN 03-97-44789-2.

*Infektionssjukdomar*

Ivarsson m fl Infektionsmedicin. 1995. 1182 kr. ISBN 91-97-26890-9.

Cronberg S. Infektioner - mikrobiologi, klinik, terapi. 1991. Uppl 5. A & W.

822 kronor. ISBN 91-21-12347-0.

Nordbring m fl. Antibiotika- och kemoterapi, en praktisk handledning. 1994. Uppl 6,

552 kronor. A & W. ISBN 91-63-40519-9.

*Invärtesmedicinska sjukdomar*

Agardh mfl, red. Diabetes. 1994. 1052 kr. A&W. ISBN 91-44-01666-2.

Aquilonius m fl. Neurologi. 1994. Uppl 2. 1022 kr. Norstedts. ISBN 91-63-40390-0.

Bergström J. Njurarnas och urinvägarnas medicinska sjukdomar. 1987. 310 kr. Stud.

ISBN 91-44-04783-5.

Gahrton m fl. Blodsjukdomar, lärobok i hematologi. 1990. Uppl 3. 780 kr.

Natur och Kultur. ISBN 91-27-04397-5.

Hallberg m fl. Internmedicin. 1991. Uppl 3. 1590 kr. A & W. ISBN 91-63-41599-2.

Harrison's Principles of internal medicin. 1994. Uppl 2. 1365 kr. Mc Graw-Hill.

ISBN 00-79-12013-x.

Lindsten m fl. Klinisk genetik. 1988. 1212 kr. NoK. ISBN 91-27-50368-2.

Malm m fl. Akut neurologi. 1992. Uppl 5. 392 kr. Stud. ISBN 91-44-17233-8

Persson S. Kardiologi. 1992. Uppl 3. 526 kr. Stud. ISBN 91-44-17233-8.

*Kirurgiska sjukdomar*

Dahlgren m fl. Kirurgi i öppen vård. 1995. uppl 5. 502 kr. A & W. ISBN 91-63-60875-9.

Franksson m fl, red. Kirurgi. 1992. Uppl 3. 1430 kr. A & W. ISBN 91-21-12277-6.

Collste L. Urologi. 1990. 749 kr. A & W. ISBN 91-20-09022-6.

Lindholm Ch. Sårvård av patienter med ben-, fot- och trycksår. 1995. 342 kr. Stud.

ISBN 91-44-48011-3.

*Laboratorie- och utredningsverksamhet*

- Bjurö m fl. Klinisk fysiologi. 1995. Uppl 4. 752 kr. Esselte. ISBN 91-24-33371-9.  
Fernlund m fl. Klinisk Kemi i praktisk medicin. 1991. Uppl 6. 1112 kr. Stud.  
ISBN 91-44-01666-2.  
Jern S. Klinisk EKG-diagnostik. 1990. Uppl 5. 492 kr. ICI-Pharma.  
ISBN 91-97-14590-4.  
Möllerberg m fl. Kliniska laboratorieundersökningar. 1992. Uppl 8.  
500 kronor, A & W, ISBN 91-21-12212-1.

*Psykiska sjukdomar*

- Cederblad M. Barn- och ungdomspsykiatri. 1996. Uppl 5.  
240 kronor. ISBN 91-63-41375-2.  
Cullberg J. Dynamisk Psykiatri i teori och praktik. 1993. Uppl 4. 607 NOK,  
ISBN 91-27-03571-9.  
Cullberg J. Kris och utveckling. 1992. Uppl 3. 269 NOK. ISBN 91-27-03461-5.  
Ottosson m fl. Psykiatri. 1995. 1162 NOK. ISBN 91-63-401258.

*Rörelseorganens sjukdomar*

- Adams JC. Outline of fractures. 1992. Uppl 10. 422 kronor. Livingstone.  
ISBN 04-43-04371-x.  
Adams JC. Outline of orthopaedics. 1995. Uppl 12. 422 kronor. Livingst.  
ISBN 04-43-05149-6.  
Cyriax J. Illustrated manual of orthopaedic medicine. 1996. Uppl 2.  
758 kronor. Butterworths. ISBN 07-50-63274-7.  
Cyriax J. Textbook of Orthopaedic medicine. Vol.I: Diagnostic of soft tissue lesions.  
1982, Uppl 8. 468 kronor. Baillière Tindall, ISBN 07-02-00935-0.  
Vol. II: Treatment by manipulation, massage and injection. 1984. Uppl 11. 335 kro-  
nor. ISBN 97-02-01037-5.  
Engström-Laurent m fl. Reumatologi. 1994. 585 kr. A&W. ISBN 91-63-40124-x.

*Åldrandets sjukdomar*

- Beck-Friis B, Strang P. Palliativ medicin. 1995. 572 kr, A & W,  
ISBN 91-47-04826-3.  
Brattberg G. Att möta smärta. 1995. 412 kr, A & W, ISBN 91-63-41155-5.  
Dehlin m fl. Geriatrik. 1995. 362 kr, Stud, ISBN 91-44-60721-0.  
Killander E. Tro på patienten. 1991. 322 kr, Stud, ISBN 91-44-32531-2.  
Marcusson m fl. Demenssjukdomar. 1995, 506 kr, A & W, ISBN 91-63-40682-9.

*Ögonsjukdomar*

- Bynke H. Neuro-oftalmologi, 1996. 276 kr, Stud, ISBN 91-44-00080-4.  
Hollwich F. Ophthalmology: a short textbook, 1985, Uppl 2, 247 kr.  
ISBN 31-35-60802-6.

*Öron-/Näs-/Halssjukdomar*

Hallén m fl. **Öron-, näs- och halssjukdomar**. 1991. 1167 kr. A&W.

ISBN 91-20-09014-5.

## **B. Specialitetens ställning internationellt**

Första linjens sjukvård bedrivs världen över av allmänläkare (general practitioners, family physicians). I många länder har allmänläkarna dubbla organisationer - en för medlemmarnas facklig aktivitet och en för specialitetens forskning, utveckling och utbildning. I Sverige är den fackliga föreningen DLF, Distriktsläkarföreningen, och den vetenskapliga SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin. DLF motsvaras på Europainivå av UEMO, European Union of General Practitioners, och SFAM av ESGP, European Society of General Practice/Family Medicine.

### **WONCA**

SFAM:s vetenskapliga systerföreningar inom olika länder benämns omväxlande College, Association eller Society of General Practice/Family Medicine. Dessa föreningars världsomspännande huvudorganisation är WONCA, ursprungligen förkortning för World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, vilket numera förenklats till "World Organisation of Family Doctors". 150.000 allmänläkare är anslutna till WONCA, som har fem regionala underavdelningar: WONCA Region Europe, Americas, Africa, South Asia respektive Pacific Asia. WONCA Region Europe kallas också European Society of General Practice/Family Medicine, förkortat ESGP. WONCA håller världskongress vart tredje år och ESGP organiserar en årlig Europakongress.

### **ESGP**

bildades i Strasbourg 1995 och organiserar för närvarande cirka 45.000 allmänläkare i 27 länder. Föreningen har tre nätverk för sina huvudsakliga intresseområden: EQUIP - European Working Party on Quality Assurance in Family Medicine - för kvalitetsutvecklingsarbete. EGPRW - European General Practice Research Workshop - för forskning. EURACT - European Academy for Teachers in Family Medicine - för utbildning.

ESGP:s stadgar fastslår föreningens mål:

"the objective of the organisation is to improve the quality of life of the peoples of the world and in particular Europe, through fostering and maintaining high standards of care in general practice/family medicine." Föreningen ska

- främja specialiteten allmänmedicin (general practice, family medicine)
- erbjuda ett forum för utbyte av kunskap och information mellan medlemsorganisationerna

- stödja utvecklingen av vetenskapliga föreningar för allmänmedicin
- representera dessa organisationer på Europainivå i fora för hälso- och sjukvård
- initiera aktiviteter som befrämjar allmänmedicin som vetenskaplig disciplin
- uppmuntra och stödja utvecklingen av allmänläkares akademiska organisationer i Europa
- representera den allmänmedicinska vetenskapen i Europeiska fora för hälso- och sjukvård

Detta åstadkoms genom

- att ge ut en tidskrift för europeiska allmänläkares vetenskap och informationsutbyte
- att organisera och samordna konferenser och möten för europeiska allmänläkare
- att distribuera information inom områdena utbildning, forskning och kvalitetsssäkring
- sätta igång arbetsgrupper och delta i projekt med andra organisationer som UEMO, WHO m.fl.
- ESGPs tidskrift *The European Journal of General Practice* (4 nummer per år)
- publicerar allmänläkares vetenskapliga artiklar
- rapporterar från kongresser och nya allmänmedicinska dokument
- fungerar som kommunikationsforum för allmänläkare, rapporterar från de tre nätverken.

Vid en paneuropeisk allmänmedicinsk konferens 1993 i Lenzburg, Schweiz, beslutades att man skulle söka skapa en gemensam europeisk vetenskaplig organisation. Tanken var att förena målsättningarna hos de redan existerande nätverksorganisationerna och forma ett gemensamt paraply för samtliga. Man ansåg också att det fanns behov av en referentgranskad vetenskaplig tidskrift, som samtidigt skulle vara ett kommunikationsforum för den nya organisationen.

### **En förening, en tidskrift**

Societas Internationalis Medicinae Generalis (SIMG) förenade sig med WONCAs Europasektion till den nya European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP), som bildades i Strasbourg oktober 1995. De tre europeiska intresseorganisationerna för allmänmedicinens lärare (EURACT), forskare (EGPRW) och kvalitetsutvecklare (EQuIP) ingår nu som nätverk i ESGP, som kommer att stötta deras aktiviteter finansiellt. Första numret av tidskriften, *the European Journal of General Practice*, kom i mars 1995. Man räknar med att den inom kort kommer att bli indexerad i *Index Medicus*.

### *Individuellt medlemskap*

Europas samtliga nationella, vetenskapliga föreningar för allmänmedicin är anslutna till ESGP. Nu erbjuds alla allmänläkare också möjlighet till individuellt medlemskap ("direct member"). Föreningen behöver personligt anslutna och engagerade medlemmar som komplement till den mer formella uppbyggnaden på delföreningar - för att ha en bas också i enskild allmänläkarpraxis och för att kunna bli ett levande forum för allmänläkare som vill hålla sig à jour med utvecklingar och aktiviteter runtom i Europa. Givetvis uppmanas också alla att prenumerera på den europeiska tidskriften, som är föreningens officiella publikation.

### *Särskilda förmåner*

SFAM-medlemmar är korporativt med i WONCA och ESGP. Vad får man då ytterligare som individuell medlem? En hel del! Här följer den just nu aktuella listan över särskilda förmåner:

- 50% rabatt på den individuella medlemsavgiften i de tre nätverken EGPRW, EURACT och EQuIP.
- Rabatt på prenumerationsavgiften till följande tidskrifter:  
 European Journal of General Practice: specialpris £31,50.  
 Family Practice från Oxford University Press, utkommer varannan månad: 50% rabatt.  
 British Medical Journal: normal avgift £99, rabatterad avgift £75.  
 Quality in Health Care: normalt £65, rabatterat £49.  
 The Journal of Family Practice: normalt USD 118, rabatterat USD 96.  
 Scandinavian Journal of Primary Health Care: normalt NOK 405, rabatterat NOK 250 - å andra sidan ingår den gratis om man är medlem i SFAM.

Education for General Practice: normalt £45, rabatterat £35.

Medical Education: normalt £149, rabatterat £35.

Förhandlingar pågår om rabatt på ytterligare tidskrifter.

- Rabatt på kongressavgifter.
- Uppdaterat register med adress till samtliga individuella medlemmar i Europa.
- Regelbundna utskick med uppdaterad förteckning över europeiska kongresser/möten av intresse för allmänläkare.
- Särskilda utskick från ESGP och/eller dess tre nätverk EGPRW, EURACT och EQuIP i frågor som bedöms vara av intresse för medlemmarna.
- Medlemsbevis lämpat för inramning samt kavajslagsmärke med WONCAs logo.
- Rätt att inhandla WONCA.s speciella kungsblå medlemslips.
- Automatiskt direktmedlemskap även i världs-WONCA.
- Årligen uppdaterad matrikel över WONCA.s samtliga individuella medlemmar – en utomordentlig adressförteckning över engagerade allmänläkare över

hela världen samt WONCA.s intressegrupperingar. Via den har många kollegor med särskilda intressen och/eller på resa i främmande land hittat varandra.

- WONCA.s nyhetsbrev, WONCA News, med nyheter och rapporter från hela världen sex gånger per år.

Priset för individuellt medlemskap i ESGP är 60 USD. Formulär för medlemsansökan respektive prenumeration på tidskriften fås från SFAMs kansli.

## **Primärvård och folkhälsoarbete i internationellt perspektiv – kortfattad sammanfattning**

### **Internationellt**

#### **Världshälsoorganisationen – WHO**

WHO, FNs organ för samarbete och erfarenhetsutbyte inom hälso- och sjukvårdens område, är en internationell men inte överstatlig organisation.

Efter primärvårdskonferensen i Alma Ata 1978 växte WHO:s hälsopolitiska strategi fram – ”Hälsa för alla” – en process som syftar till fortlöpande förbättring av människors hälsa.

Med utgångspunkt från WHO:s globala målsättning utarbetade WHO:s Europakontor i Köpenhamn ett målsättningsdokument, accepterat av alla medlemsländer.

*Primärvård fick här ett särskilt mål: ”År 2000 skall primärvården i alla medlemsländer tillgodose befolkningens basala vårdbehov genom att bibehålla ett brett utbud av hälsofrämjande, behandlande, rehabiliterande och stödjande tjänster och aktivt stödja självhjälpaktiviteter bland individer och grupper.”*

*Allmänläkarens roll i primärvården och folkhälsoarbetet belyses i ”A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe”, (1996) och i ”WHO Framework for General Practitioners”, (1998).*

Inför 2000-talet inriktas arbetet i det nya policydokumentet ”Health 21” (1998) – med 21 mål – mot social utveckling, jämlikhet och solidaritet, hälsoproblem i olika åldrar, livsstil samt mot bevisbaserat, resultatutriktat hälso- och sjukvårdsarbete. Här är det framförallt mål nr 15 som betonar den integrerade primärvårdens grundläggande betydelse.

Information om WHO:s arbete: WHO:s Europakontor, Scherfigs vej 8, DK-2100 Köpenhamn. E-post [postmaster@who.dk](mailto:postmaster@who.dk) Internet <http://www.who.dk>

#### **Världsbanken**

Världsbanken vidgar det globala ansvaret i principprogrammet ”Investera i hälsa”, (1993): folkhälsoarbete skall inriktas på att erbjuda hälsovård, främja hälsosambeteenden och skapa hälsofrämjande miljöer.

## Europarådet

Inom folkhälsoområdet har man framförallt arbetat med etiska och patienträttsliga problem, vidare inom bioteknik, blodtransfusions- och transplantations-säkerhet samt drogmissbruk.

## Europaunionen

EU är den enda internationella organisationen med både befogenheter och resurser att agera inom viktiga folkhälsoområden! Maastrichtavtalet, 1993 (folkhälsoavtalet 129) anger samarbetsmöjligheter; Amsterdamavtalet, 1997, fastlägger att folkhälsoaspekter skall vägas in i alla beslut inom EUs olika politikområden.

## UNAIDS

Tillsammans med UNICEF, FNs Barnfond, UNDP, FNs Utvecklingsfond och UNFPA, FNs Befolkningsfond utgör UNAIDS FNs program för bekämpning av HIV/AIDS.

## Agenda 21

Rio-deklarationen, 1992, om hållbar ekologisk utveckling, påpekar samband mellan miljö och hälsa.

## Nordiska Ministerrådet

Nordiska Ministerrådet har fastställt ett "Program för nordisk social- och sundhets-samarbeide 1995-2000" med åtgärdsförslag beträffande alkohol och narkotika, handikappvård, medicinal-statistik och socialförsäkringsstatistik.

Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg ger möjligheter till master/doktorexamen i folkhälsovetenskap.

Internationellt pågår ett omfattande hälsofrämjande arbete som särskilt betonar primärvårdens grundläggande betydelse i folkhälsoarbetet. Detta har också påverkat det nationella utvecklingsarbetet.

## Nationellt

### Regering och riksdag, socialdepartement

Under 1980-talet publicerades en rad nationella och regionala dokument och folkhälso rapporter, en nationell folkhälso grupp bildades som gav ut värdefulla dokument.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 1982: *god hälsa och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Socialtjänstlagen: främja människor sociala trygghet. Hälsoskyddslagen: skydd mot hälsorisker i den allmänna miljön. Arbetsmiljölagen: skydd mot hälsorisker i arbetsmiljön.* Andra lagar för helhetssynen på hälsa; Livsmedelslagen, Smittskyddslagen, Miljöskyddslagen, Strålskyddslagen.

Inom Socialdepartementet utarbetas nationella hälso- och sjukvårdspolitiska överväganden och ställningstaganden.

Som följd folkhälsopropositionen 1991 inrättades Folkhälsoinstitutet 1992. Regeringsskrivelsen 1994 belyste hälsoskillnader i samhället i "Investera i hälsa – prioritera för hälsa" (jmf Världsbanken).

### **Socialstyrelsen**

Sedan 1987 utarbetar SOS Folkhälsorapporter vart tredje år; den senaste kom 1997, samtidigt med en Social rapport. Rapporterna ger värdefulla översikter över aktuella folkhälsorelevanta problemområden.

Genom projektet "Aktiv uppföljning" utvärderar SOS fortlöpande sjukvårdshuvudmännens hälsofrämjande arbete. "Landstingens folkhälsoansvar" (1994) och "Sammällsmedicin och folkhälsoarbetete i landstingen" (1995) belyser utvecklingen och i "Primärvårdsuppföljningen" (1996) redovisas distriktsläkares och distriktssköterskors förebyggande arbete i primärvården.

### **Folkhälsoinstitutet**

Folkhälsoinstitutet, FHI, inrättades 1992 och övertog då folkhälsogruppens arbete. Folkhälsoinstitutets uppgift är att följa utvecklingen av folkhälsan, sprida kunskap om hälsofrämjande arbete, förse regeringen med underlag för hälsokonsekvensbeslut, initiera försöksverksamheter och medverka aktivt i det internationella folkhälsoarbetet. Arbetet koncentreras runt olika program; tobak, alkohol och narkotika, barns, ungdoms och kvinnors hälsa, nutrition och motion, allergi, STD och HIV/AIDS, och önskade graviditeter.

I "Kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete" (1996) belyses bl a lokala hälsorådens sammansättning och arbetsformer.

I Regeringskansliets rapport "Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige- tredje utvärderingen av WHO's HFA-strategi i Europa", 1997, har Socialdepartementet tillsammans med FHI och Socialstyrelsen och en rad andra myndigheter sammanfattat utvecklingen i Sverige inför 2000-talet.

FHI följer också utvecklingen inom EU som berör folkhälsan: EUs jordbrukspolitik (1997), och "Strategier för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård" (Socialdepartementet, 1997).

FHIs kommande idéskrift "Hälso- och sjukvårdens medverkan i folkhälsoarbetet" (1998), kommer att bli värdefull för det fortsatta arbetet.

Aktuella frågor inom folkhälsoområdet belyses i Folkhälsonytt som FHI ger ut 5-6 ggr/år. Rekvireras gratis från Folkhälsoinstitutet, 103 52 Stockholm.

E-post [folkhalsonytt@fhinst.se](mailto:folkhalsonytt@fhinst.se)

### **HSU 2000, Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation**

I delbetänkandet "En tydlig roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet" (SOU 1997:119) föreslås att kommunerna tar över det befolkningsinriktade folkhälso-arbetet från primärvården och att stat och landsting svarar för kompetens- och metodutveckling för folkhälsoarbetet.

Primärvårdens främsta skyldighet skall vara att utveckla det individinriktade arbetet samt i vissa fall gruppaktiviteter, samt att svara för kunskapsutveckling och kunskapsöverföring.

### **Nationella folkhälsokommittén**

År 1995 tillsatte regeringen en stadsrådsgrupp för folkhälsa och den Nationella folkhälsokommittén påbörjade sitt arbete 1997 för att utarbeta förslag till en gemensam nationell folkhälsostrategi. Kommittén anger att folkhälso-arbetet skall bedrivas nära människorna och i samarbete mellan landsting, kommun och organisationer.

Ett första delbetänkande "Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål" (SOU 1998:43) har just utkommit, nästa delrapport med förslag till nationella folkhälsomål kommer våren 1999 och slutbetänkandet skall avges år 2000. Kommittén har vidare givit ut 5 debattskrifter om äldres hälsa, tobak, alkohol, arv och miljö och tillitsbristsjukdomar.

### **Organisationer, aktörer**

Ett Svenskt nätverk för lokalt folkhälsoarbete inrättades 1994, Vårdförbundet (1995) och Läkarförbundet (1996), har lagt fram principprogram för insatser i folkhälsoarbetet. Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har utarbetat ett folkhälsoprogram "Samverkan i folkhälsofrågor mellan kommuner och landsting", (1996) och Landstingsförbundet har publicerat rapporten "Främja hälsa – förebygga sjukdomar" (1998).

Folkhälsopolitiska åtgärder berör också många samhällssektorer på nationell, regional och lokal nivå såsom skolan, fackliga- och bildningsorganisationer, folkrörelser och organisationer inom alkohol, tobak och drogområden, handikapp-, kvinno-, miljö- och pensionärsorganisationer.



# ***Description of goals for specialist training in Family Medicine***

## **General Goals**

### **Speciality Profile**

The speciality of family medicine requires the knowledge and skills to independently investigate and treat the most common diseases in all age groups, and deliver primary care to patients with diseases that may require care from physicians in other specialities. The specialist in family medicine deals with unselected patient problems, working from a community perspective. Care of the chronically ill and care of the elderly represent major areas of activity.

Family medicine also covers health promotion, disease prevention, rehabilitation and nursing care. Preventive work represents an important aspect of the activities of the specialist in family medicine, both at the individual patient level and at the community level.

### **Internal and External Collaboration**

Specialists in family medicine coordinate patients' health care and, in collaboration with other specialists, shall be able to supervise follow up and treatment of diseases primarily managed by other specialities.

Important collaborative partners outside the health care system include social services, social insurance offices, employment offices and boards of health and environmental protection.

### **Knowledge, Skills and Professional Attitude**

The specialist training programme shall provide an equal level of competence for all specialists in family medicine. This knowledge can later be complemented to meet the circumstances of the working environment.

The broad panorama of family medicine requires diagnostic and therapeutic competencies from several different medical specialities (see Specified Objectives). The speciality of family medicine must synthesize this knowledge into a whole, focusing on the individual. Residents shall acquire the competence to evaluate symptoms at an early stage.

Knowledge of human development at different ages and knowledge of the natural course of diseases are needed to monitor and assess unclear and mixed diseases profiles. Working with children, adults and elderly within the same family contributes to the increased understanding of health and disease.

Residents in family medicine shall acquire the competence to manage acute accidents and perform acute cardiopulmonary resuscitation. Specialists in family medicine shall be able to assume responsibility for the care of cancer patients and care at the endstage of life. Knowledge of home care is essential. To manage the care of diseases which they commonly encounter, residents shall become well versed in diagnostic methods used by primary care services and hospitals.

The specialist training programme shall give residents the competence for preventive work, at both the individual patient level and at the community level, and the ability to identify risk individuals and risk environments. The educational programme shall provide the competence to engage an epidemiological approach.

During the specialist training programme, residents shall:

- train their ability to make independent and well-founded decisions concerning issues involving medical ethics
- acquire knowledge about general healthcare policy goals and priorities
- be given opportunities to participate in departmental activities related to organizational planning, financial management, production control and quality improvement
- acquire knowledge of and insight into the leadership role of the physician
- be encouraged to participate in research and development and to refine their capabilities for critically appraising the results from various methods and technologies
- increase their knowledge about the potential for preventing disease and injury, and participate in individual and general prevention activities
- develop their teaching skills by participating in the education and training of various categories of staff.

### **Supplementary Education and Training**

Meeting the standards presented by the goals and objectives requires education and training within other areas of medicine. Supplementary education and training shall develop skills and provide knowledge about the potentials, limitations and work routines of inpatient care. The greatest needs for supplementary education are within internal medicine, gynaecology, paediatrics and psychiatry (see Specified Objectives).

### **Theoretical Education**

The specialist training programme shall be paralleled by theoretical studies and other complementary educational activities, e.g. courses, conferences, etc. In collaboration with their tutors, residents shall plan literature studies and select courses intended to promote the development of competence, providing knowledge and skills that may otherwise be difficult to acquire within the framework of specialist training.

## Quality Assurance

The description of goals shall serve as a guide for physicians intending to specialize within the field. Furthermore, these goals shall serve as the foundation for individual specialist training programmes, which shall be designed in collaboration between the resident and the tutor as quickly as possible following the resident's employment.

Speciality training shall be supervised, and it is the responsibility of the chief medical officer (head of the department/clinic, or equivalent) and the resident's tutor to plan the specialist training programme with the resident so that specialist competency can be achieved within the stipulated time frame. Furthermore, it is the responsibility of the chief medical officer to ensure that the resident receives the supplementary education and training specified under the description of goals, and that complementary education/training is provided when the need for knowledge cannot be met within the normal framework of activities. The tutor shall ensure that supplementary training is designed to meet the requirements described by the speciality goals and objectives, and that good contact is regularly maintained with the supervisors of the educational units providing supplementary education and training.

The progress of residents shall be continually assessed and checked against the individual's specialist training programme; a suitable format for assessment would be regular performance appraisal sessions.

*Recommendations concerning the design of specialist training programmes are presented in a special publication prepared by the medical speciality associations and sections.*

## Specific Objectives

Knowledge and skills in different medical fields

Many of the disease states addressed are managed at some stage in collaboration with other specialists. Specialists in family medicine shall have the knowledge and skills necessary to independently manage the following in a family medicine practice

### Childhood development and diseases

- normal child growth and the wide range of variation
- common diseases during childhood, e.g. infectious diseases
- child health services

### Haematological diseases

- anemias
- deviations in the white blood cell profile

### Endocrine diseases

- diabetes
- thyroid diseases

### Gynaecological diseases

- bleeding disorders and discharges
- menopause problems
- contraceptive counselling
- maternal health services

### Cardiovascular diseases

- the multifactorial genesis and the significance of separate risk factors for the development of cardiovascular disease
- hypertension and ischemic cardiovascular disease
- acute cardiopulmonary resuscitation

### Skin diseases

- different types of eczema
- psoriasis
- infections and infestations

### Infectious diseases

- common infectious diseases in various organ systems
- conditions involving fever of unknown origin
- spreading of infectious diseases in family and community

### Surgical diseases and injuries

- minor surgery
- minor burns and traumatic wounds
- fractures, sprains and other joint injuries
- first aid (respiratory assistance, haemostasis, shock prevention)

### Venereal diseases

- the most common venereal diseases including tracing of infection, partner treatment and contacts with organizations for protection against infection

### Respiratory tract diseases

- airway infections
- chronic obstructive pulmonary disease and asthma

### Gastrointestinal diseases

- acute abdominal pain
- functional gastrointestinal disorders
- ulcer and gall bladder disease

### Substance abuse and addictive diseases

- various kinds of substance abuse, e.g. alcohol, tobacco, pharmaceuticals, cannabis and other narcotics
- current legislation
- smoking cessation

### Diseases of the nervous system

- dizziness, headache, tremor, facial pain/paresis
- chronic pain
- epilepsy
- Parkinson's disease

### Mental and psychosomatic diseases

- anxiety, personality disorders, sleep problems and crisis reactions
- depressions
- schizophrenia
- confusion and dementia

### Rehabilitation and insurance medicine

- identifying need for rehabilitation
- collaboration with physiotherapists, occupational health services and social insurance office etc.
- current legislation

Diseases of the musculoskeletal system

- osteoarthritis and osteoporosis
- tendinitis and other strain and repetitive injuries
- acute and chronic back and neck pain
- rheumatoid arthritis, Bekhterew disease and polymyalgia rheumatica

Tumour diseases

- risk factors
- diagnosis of early symptoms of cancer
- the role of the physician and collaborating staff in advanced disease

Diseases of the urinary tract and male reproductive organs

- urinary tract infections and urine incontinence
- kidney stones
- tumours
- prostatic diseases

Diseases of ageing

- the natural ageing process and the symptomatic profile in disease in the elderly
- organization and responsibilities of the services for the elderly
- death at home

Eye diseases

- the acute red eye
- visual impairment
- foreign body

Ear, nose and throat diseases

- acute infections and inflammatory conditions
- epistaxis
- lesions of the mucous membrane
- hoarseness
- difficulties in swallowing
- hearing impairment and tinnitus
- allergy testing

## ***International glossary***

SFAMs intention är att under våren 1998 komplettera utbildningsboken med ett **International glossary**. Det är en ordlista med engelska begrepp och termer som är centrala i allmänmedicinskt språkbruk. Ordlistan är författad av allmänläkarnas världsorganisation - WONCA - klassifikationsgrupp och är ett särtryck från tidskriften Family Practice 1995;12:341-69.

Under tiden går det att rekvirera materialet från SFAMs kansli, Box 738, 101 35 Stockholm. Telefon 08-440 46 10, fax 08-440 88 86.