

REDAKTION
Gösta Tibblin
Sollentuna vårdcentral
191 23 SOLLENTUNA

Göran Sjönell
Matteus vårdcentral
113 27 STOCKHOLM

SFAM-NYTT

Nytt från Svensk Förening
för Allmän medicin.

SFAM-NYTTS adress:
c/o Gösta Tibblin
Sollentuna vårdcentral
191 23 SOLLENTUNA. Tel.08/968100

Nr.2 1979

UTBILDNINGSPRÅG

Material till SFAM:s verksamhetsberättelse 1979.

SFAM:s arbete med utbildningsfrågor har under året varit intensivt, även om de konkreta resultaten än så länge är magra. Eftersom beslutprocesserna i svenskt samhällsliv är långsamma och många frågor utanför SFAM:s medlemskår betraktas som kontroversiella får vi ofta vänta på resultaten av våra ansträngningar. Vår strävan är att hela tiden hålla allmänläkarutbildningen aktuell för berörda myndigheter och på sikt få gehör för en gedigen utbildning, såväl på grund- som vidar- och efterutbildningsnivå.

Grundutbildningen

Den 1978 av UHÄ publicerade utredningen "Samhällsmedicinska moment m.m. i läkarutbildningen" (UHÄ-rapport 23/1978) där bland annat en betydligt förstärkt allmänmedicinutbildning finns inlagd under framför allt termin 11, har under vårterminen remissbehandlats. Kritiken mot utredningen har varit rätt stor, framför allt då man befarat en nedskärning av nuvarande medicinsk-biologiska inslag i medicinarutbildningen till förmån för mera beteendevetenskapliga utbildningsmoment. Ett flertal remissinstanser har dessutom understrukit att en total reformering av läkarernas grundutbildning är bättre än dellösningar till förmån för enstaka ämnen. Så gott som samtliga remissinstanser har dock enhälligt påpekat att allmänmedicinsk utbild-

ning är nödvändig i grundutbildningen, men formerna för denna är man oense om. Styrelsen har bevakat arbetet genom representanter såväl i själva utredningen som i remisskrivandet från Läkarförbundet och Läkarsällskapet. Vi vet ännu ej vilket resultat utredningen kommer att få.

Frågan om samordningen mellan ämnena socialmedicin och allmänmedicin för att förstärka resurserna under båda disciplinerna för såväl utbildning som forskning har ej fått någon närmare lösning, mer än att samordningsdiskussionen ligger i botten vid det planeringsarbete som finns såväl vid Lunds som vid Umeå universitet.

Institutioner och professorer i allmänmedicin

SFAM har ihärdigt fortsatt sitt arbete för att försöka etablera allmänmedicin som läroämne vid samtliga medicinska högskolor. I Umeå leder ordföranden en arbetsgrupp, som skall försöka starta allmänmedicinsk undervisning med kliniska lärare. Någon enighet är ännu inte nådd om ekonomi, lärartjänsternas konstruktion och lokalfråga. Förhandlingar pågår mellan Västerbottens läns landsting och universitetet.

Vid Karolinska institutet har man efter många turer beslutat sig för att utannonsera en professur i socialmedicin med säte i Sundbyberg, tillika distriktläkare. Någon professur i allmänmedicin är ännu ej begärd, men SFAM har genom upprepade skrivelser till olika intressenter på KI, UHÄ och hälso- och sjukvårdsplanerare i Stockholms stad påpekat det nödvändiga i att Stor-Stockholm med det snaraste får allmänmedicinska institutioner. Vi upplever här ett misstänksamt motstånd mot det berättigade i att införa ämnet allmänmedicin.

I Lund har fakulteten planerat att inrätta en

stor-institution med ämnena allmänmedicin, socialmedicin och långvårdsmedicin och med olika lärarfördelning i Lund (Dalby) och Malmö. SFAM:s styrelse har här ställt sig positiv till en ev. samordning med socialmedicin men tagit avstånd från en samordning med långvårdsmedicin som kliniskt läroämne och forskningsämne. Uppsala Universitet och Göteborgs Universitet har i sin långtidsbudget för 1981-1982 planerat allmänmedicinska professorer.

SFAM har genom skrivelse till UHÄ och samtliga linjenämnder tagit upp normenklausurfrågan när det gäller lärostolar i allmänmedicin, tagit avstånd från benämningen lärostol i öppenvård resp. primärvård och begärt enhetlighet i benämningen i samtliga planerade institutioner. UHÄ har nu kallat till en konferens, där styrelsen kommer att representeras.

Vidareutbildningen

Inom NLV:s översynsutredning har en undergrupp benämnd AGA (Arbetsgrupp Allmänläkarvård) med representanter från SFAM, Distriktläkarförbundet, SYLF, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen under våren påbörjat arbetet med en reformerad vidareutbildning för allmänläkare. Arbetet beräknas vara slutfört under hösten, men några konkreta förslag kan styrelsen ännu ej presentera. Som underlag för det kommande förslaget använder arbetsgruppen framförallt de s.k. primärvårdsutredningarna, där den kommande primärvårdens olika arbetsuppgifter och då framförallt allmänläkarnas arbetsuppgifter analyseras. Mot dessa arbetsuppgifter skall vi alltså ställa utbildningsinnehållet. I samarbete med specialistföreningsrepresentanter försöker vi även konkretisera de medicinska kunskaper inom resp. specialitet som allmänläkaren bör besitta, d.v.s. för vilka sjukdomstillstånd allmänläkarna beräknas komma att ta ett större eller mindre behandlingsansvar. Arbetsgruppen har även principbeslutat att allmänläkarutbildningen skall vara enhetlig och att ev. profilering får ske via efterutbildningsinsatser.

Samtliga ovan beskrivna undervisningsproblem är ytterligare kommenterade i första numret av SFAM-NYTT.

Utbildningsideologi

1974 träffades allmänläkare från 14 europeiska länder till en konferens, som resulterade i den s.k. "Leeuwenhorst-deklarationen", "The general practitioner in Europe", som dels innehåller en kort beskrivning av allmänläkarens roll samt en beskrivning av utbildningsmålen för allmänläkare. SFAM:s styrelse har beslutat att ställa sig bakom denna deklaration och anta samma utbildningsmål som övriga europeiska länder, och tycker det är en styrka med denna samordning. Styrelsen har gjort en översättning till svenska och ämnar publicera deklarationen i nästa nummer, som ett dokument rekommenderat även i svensk allmänläkarutbildning.

Utbildningsaktiviteter

Liksom föregående år medverkade SFAM-medlemmar intensivt vid årets Riksstämman. Ett mycket välbesökt symposium om behandling av UVI i primärvård rönste stor uppskattning i en överfylld sal. De fria förhandlingarna innehöll tio föredrag, som var av stort intresse och många med livlig efterföljande diskussion. SFAM:s representanter deltog dessutom i två andra symposier.

Vid den första allmänmedicinska kongressen i Köpenhamn juni 1979 deltog SFAM-medlemmar både som inledare vid olika symposier, dels med fria föredrag och med presentation av olika forskningsprojekt. Kongressen blev en succé, både innehållsmässigt och organisatoriskt och bevistades av 160 svenska deltagare.

Den 28-29 september 1979 avhölls SFAM:s vetenskapliga höstmöte i Skövde. Programmet är publicerat i separat kallelse. SFAM står även bakom en kurs i urinvägsinfektioner i primärvård som hålls i Stockholm och Jönköping under hösten 1979.

Distriktläkarföreningen har sedan många år tillbaka i samarbete med läkemedelsfirmor arrangerat flera två-dagars kurser i olika medicinska ämnen. Denna verksamhet, som rönt stor uppskattning, har hittills endast varit öppen för distriktsläkare, samt har praktiker och företagsläkare haft sina egna kurser med ungefär samma innehåll. SFAM önskar nu bryta denna gränsdragning och pröva möjligheten att de olika läkargrupperna inom samma region kan gå på samma kurser. För detta planeringsarbete har nu Matts Beling invalts som representant i distriktläkarföreningens s.k. kursråd.

Christer Gunnarsson

LEDARE:

SFAM-nytt kommer här med sitt andra nummer för år 1979.

Glädjande nog har många kollegor skrivit till oss, vilket ger oss förhoppningen att SFAM-nytt skall bli en levande tidning.

Tidningens två redaktörer har gjort sin plikt som barnmorskor och lämnar över telningen till andra medarbetare.

VÄL MÖTT ÅR 1980!

Gösta Tibblin

Göran Sjönell

Låt den blivande allmänläkaren delta i efterutbildningen!

Allmänläkarkåren är på frammarsch, åren framöver får vi ett välbehövt tillskott av unga adepter, som genomkorsat våra utbildningsanstalter. Om dessa efter den tilltänkta specialistutbildningen på fem år är rustade att möta primärvårdens problem låter jag vara osagt. Vi vet att allmänläkarens identitet vilar på en tämligen skör tråd, åtminstone den unges. Magnus Eriksson diskuterar i SFAM-NYTT huvudsakligen en förstärkning av FV-läkarnas fackliga anknytning. Vad som synes mig och de FV-läkare i allmänmedicin jag talat med synnerligen viktigt är den professionella anknytningen. I Umeå har vi sedan hösten 1976 en rullande efterutbildning varannan fredagseftermiddag för sjukvårdsdistriktets allmänläkare. På senare tid har vi blivit alltmer medvetna om vikten att knyta FV-läkarna till denna verksamhet för att stärka deras allmänläkaridentitet, som ju hotas allt mer ju längre han/hon befinner sig inom slutna vården. Gensvaret har varit mycket stort. En och annan klinikchef "morrar" visserligen, men vi försöker vinna landstingets öra för denna ur rekryteringssynpunkt synnerligen viktiga institution. Rullande efterutbildning har blivit allmänläkarnas egen "institution" där den professionella och personliga allmänläkarrollen stöps och blöts.

Jag uppmanar därför FV-läkarna att kräva deltagande i denna, där den finns eller planeras, liksom de ansvariga att släppa in sina yngre kollegor. Den generositeten kommer att löna sig gott.

Anders Edfelt
Distriktläkare, Umeå

ANMÄLAN OM MEDLEMSKAP I SFAM GÖRES TILL:
SFAM
Box 5610
11 846 STOCKHOLM

Ur SFAM-nytt nr 2/79. (organ för Svensk allmänmedicinsk förening)

"FORSKNINGSMETODER INOM PRIMÄRVÅRDEN"

Valet av forskningsmetod måste styras av vilka problem man vill lösa. Självklart gäller denna regel också inom primärvårdsforskningen.

Vi har fått en växande insikt om att sjukvården har ett ansvar för hela befolkningens hälsa och inte endast för de människor som på eget initiativ söker kontakt. Särskilt har primärvården detta ansvar. Den engelske professorn i allmänmedicin, David Morell, har talat om det s.k. epidemiologiska imperativet i primärvårdsforskningen. Man vill här skilja sig från traditionell klinisk forskning genom att koncentrera sig på sjukdom som massföreteelse. Medan den kliniska forskningen inriktas på diagnostik, terapi och förlopp av sjukdom hos enskilda patienter, har den epidemiologiska forskningens metodproblem att göra med hur man skall mäta befolkningens hälsotillstånd och kunna påverka folkhälsan.

Här finns tre väsentliga problemområden, som kan angripas med epidemiologisk ansats:

1. Att kartlägga hälsotillstånd och sjukdomsförekomst i befolkningen.
2. Att studera sjukvårdsutnyttjande och tillgänglighet.
3. Att utvärdera vårdkvalitet och vårdresultat.

Som datainsamlingsmetod kan man använda antingen

- a. registerstudier
- b. interrogativa metoder
- c. direkt observation.

Genom att ställa in delningen problemområde och datainsamlingsmetod mot varandra får man en enkel korstabell (tabell 1).

① Befolkningens hälsotillstånd kan i primärvården studeras genom detaljanalys av dödsorsaksstatistik och cancerincidens, varvid man kan försöka påvisa

lokala avvikelser i sjuklighets- och dödlighetsmönster för den population man har ansvar för.

Levnadsnivåundersökningar av social survey-typ kan ge en bild av hälsoproblem som människor upplever, även sådana som man inte söker läkare för. Hälsoundersökningar med kliniska och laboratoriemässiga metoder är ett annat sätt att förfina mätningarna.

② Den klassiska undersökningstypen inom primärvården är s.k. praxisbeskrivningar, d.v.s. sammanställning av läkarkontakt och diagnoser, baserad på en enskild läkares registrering. Dessa kan ske med stor detaljrikedom och konsekvens och kan pågå en längre tid med möjlighet att beskriva sjukdomsutveckling och behandlingsförlopp. Nackdelen är dock den lägre generaliserbarheten och i viss mån brist på vetenskaplig sofistisering. Multicenterstudier är här bättre och får större styrka genom sin representativitet men nackdelen är att registreringen måste bli ganska enkel på grund av svårigheterna att ge instruktioner till många medverkande och få enhetlighet i registreringen av besöksorsaker och sjukdomsdiagnoser.

För att komma ifrån dessa problem har man ifrågasatt om inte kontaktmönsterundersökningar kan begränsas till ett fåtal s.k. sentinel stations (vaktpoststationer) där man under begränsad tid utför registreringar för att belysa förändringar i primärvårdens sjukdomspanorama. Man måste då mer än hittills arbeta med statistiska urvalsundersökningar och inte grupper av självutvalda läkare för att få representativitet såväl när det gäller läkartyper, patientgrupper, årstider som geografiska områden. Det gäller främst att eliminera snedvridning genom frivilligt medverkande läkare, som utgör ett positivt urval med större intresse.

De traditionella verksamhetsbeskrivningarna i primärvården bör göras befolkningsrelaterade och personbaserade, så att man kan uttrycka resultaten i frekvenser som anger företeelsen i förhållande till en

bestämd population. Här måste man vara uppmärksam på såväl täljaren som nämnaren i den s.k. "raten". Befolkningsavgränsningen görs nog i Sverige bäst genom den geografiska avgränsningen, baserad på befolkningsbokföringens basala uppgifter, där dock svårigheter finns med befolkningens mobilitet.

Det är viktigt att skilja på produktion av sjukvårdstjänster, mätt som antal patient-läkarkontakter eller akutbesök, laboratorieundersökningar o.s.v. och konsumtion av sjukvårdstjänster, där måtenheten enskilda personer kommer med. I det senare fallet vill man se hur många personer i befolkningen som haft kontakt med läkare, mätt blodtryck o.s.v. Av undersökningsekonomiska skäl kombinerar man ofta de båda aspekterna, vilket kräver ett slags dubbel bokföring. För detta ändamål tycks det bästa instrumentet vara datainsamling med hjälp av s.k. besöksformulär. Med hjälp av dessa uppgifter kan man i efterföljande analyser utesluta besök av personer som ej tillhör populationen.

En annan angelägen utvidgning är att söka kartlägga vårdutnyttjandet inte bara direkt hos allmänläkaren utan att sammanföra dessa med uppgifter om besök hos privatläkare, vid oselekterade sjukvårdsmottagningar och journaler, försäkringskasseuppgifter, apotekuppgifter o.s.v. Registreringen kan då, som man t.ex. gjort i Tierp, byggas upp enligt record linkage-principen, vilket också ger möjlighet till personbaserade analyser.

Som regel kan man dock med registerstudier inte belysa vårdutnyttjandet i hela dess bredd, utan är här hänvisad till social survey-undersökningar. Intervjustudier som kartlägger förekomsten av sjukdomsupplevelse som ej leder till kontakt med vårdapparaten är också väsentliga liksom uppmärksamhet på de faktorer som medför förändringar av den tröskel som måste över-skridas för att man skall söka professionell vård.

Utvärderingsstudier brukar indelas i tre typer, nämligen strukturstudier, processstudier och resultatstudier. Den enklaste typen av utvärderingen i primärvården är praxisaktivitetsanalyser av multicentertyp. Den andra typen koncentrerar sig till att beskriva själva vårdprocessen med koncentration på analys av den diagnostiska och terapeutiska aktiviteten. I anglosaxiska länder sker denna bedömning genom kollegial kontroll med en metod som kallas "peer review". Fördelen är här att man kan göra retrospektiva analyser med hjälp av journalen. Nackdelen är ofullständiga journaler eller att medvetet eller omedvetet läkarna tillrättalägger uppgifterna i journalerna.

Ett annat sätt att försöka utvärdera är direkt observation av läkarens arbete, i sin enklaste form genom att se om en läkare gör den ena eller den andra undersökningen.

Den tredje utvärderingsmetoden av betydelse inom primärvården är att försöka mäta tillfrisknanden eller förändring i funktionsnivå och livskvalitet hos långtids-sjuka patienter. Ett väsentligt resultatmätt är också patientens tillfredsställelse, där man har utvecklat en avancerad sociologisk och psykologisk mätteknik. Det vi kallar compliance - patientens följsamhet - är bl.a. beroende av graden av tillfredsställelse.

Svårigheterna i utvärderingsstudierna är många, bl.a. har vi problem med olikhet i patientsammansättning hos olika läkare. Delvis kan man komma förbi detta genom att begränsa utvärderingen till vissa bestämda tillstånd, ofta kallat "tracer conditions". Dessa indikatorsjukdomar blir sedan föremål för studier med avseende på diagnostik, terapi och allmänt omhändertagande.

Definitioner och klassifikationer har ofta beaktats litet i primärvårdsstudier och allmänläkarforskning, vilket lett till onödiga svårigheter. Det finns här en hel del generella metodfrågor.

Vi måste ha enhetliga definitioner på vad

ÅLDERSGRUPPERINGAR

Vi menar med så enkla ting som t.ex. läkarbesök. Vidare är diskussionen stundtals hetsig när det gäller klassifikation av symtom och sjukdomsdiagnoser hos allmänläkaren. I de nordiska länderna används f.n. åtminstone tre olika diagnosklassifikationer, och det finns plats för bättre nordiskt samarbete i den frågan. Själv anser jag att den svenska "Diagnoskoder i öppen vård" som också rekommenderats av nordiska medicinalstatistiska kommittén har stora fördelar. Ytterligare en praktisk fråga är vilka åldersgrupperingar som skall användas och här vill jag rekommendera WHO:s internationellt accepterade åldersgruppering, antingen i 5-årsgrupper eller den litet grövre, baserad på naturliga biologiska brytpunkter, nämligen 15,45 och 65 år (tabell 2).

När det gäller val av bearbetningsmetoder kan man inte ge några generella regler. Datatekniken har gjort de maskinella bearbetningsmetoderna mera lättillgängliga, även för en icke specialkunnig användare, men man bör generellt varna för att alltid inrikta sin bearbetning på ADB. Datorn kan aldrig ersätta en noqa genomtänkt bearbetnings-

plan. Frestelsen kan bli stark att samla en massa uppgifter för säkerhets skull, vilket leder till högre kostnader, stor programmeringsinsats och att undersökaren lätt drunknar i bearbetningsresultaten.

Med enkla manuella sorteringsmetoder kan man bearbeta även ganska omfattande material med mindre totala arbetsinsatser och lägre kostnad än vid ADB. Det kan ofta vara bra att starta manuell bearbetning på en del av materialet för att med erfarenhet att detta övergå till datamaskinella metoder på hela materialet. Man bör också tänka på möjligheten att genomföra stickprovsundersökningar, t.ex. på personer som är födda vissa bestämda dagar i månaden.

Huvudbudskapet i föredraget är det s.k. epidemiologiska imperativet i primärvårdsforskningen. För att mäta de nya kraven på primärvården är det viktigt att forskningen blir mera befolkningsinriktad och att bearbetningarna görs personbaserade. För att göra meningsfulla jämförelser mellan olika länder är det emellertid nödvändigt att basala metodfrågor ägnas stor uppmärksamhet.

Tabell 1 En indelning av primärvårdsforskningen

Väsentliga problemområden	Datainsamlingsmetoder		
	Registerstudier	Intervju, enkät	Direkt observation
Hälsotillstånd och sjukdomsförekomst	Dödlighet Sjukdomsregisterstudier	Social surveys: hälsofrågor	Hälsoundersökningar
Vårdutnyttjande och tillgänglighet	Praxisregistrering av diagnoser mm Personbaserad registrering Record linkage	Social surveys: vårdutnyttjande Tröskelstudier Egenvård	
Vårdkvalitet och vårdresultat	Praxisaktivitetsanalyser Peer review	Patienternas tillfredsställelse Compliance	Processstudier Follow-up undersökningar

Tabell 2 Olika åldersgrupperingar

WHO:s basindel	WHO:s större grupper	NAMCS USA	Tierp-projektet
Under 1 år	Under 1 år		
1 - 4	1 - 14	0 - 14	0 - 14
5 - 9			
10 - 14			
15 - 19	15 - 44	15 - 24	15 - 44
20 - 24			
25 - 29			
30 - 34			
35 - 39			
40 - 44			
45 - 49	45 - 64	45 - 64	45 - 64
50 - 54			
55 - 59			
60 - 64			
65 - 69			
70 - 74			
75 - 79	65 -	65 -	65 - 74
80 - 84			
85 -			

Björn Smedby

En fullständig version av föredraget finnes i *Månadsskrift för Praktisk Läegegering*, vol 57, sid 463-476, 1979.

AKTUELLT INOM SFAM.

Husläkarutredningen.

Under året har husläkarutredningen varit föremål för remissbehandling och riksdagsbehandling, där folkpartiförslaget tyvärr röstades ner. Då husläkarutredningen i mångt och mycket syftade till att ge allmänläkarna ett stöd, när det gäller såväl organisation som utbildning var det naturligt att SFAM till stora delar ställde upp bakom utredningens tankar och förslag. Inom sjukvårdssverige förelåg dock delade meningar i denna fråga och en ganska intensiv polemik utspelade sig, dels i de olika organ som skulle behandla frågan och dels i pressen. SFAM:s medlemmar, representerade av den facklige sekreteraren och ordföranden samt ett flertal enskilda medlemmar argumenterade därför i olika artiklar i Läkartidningen till allmänläkarnas förmån, liksom de sökte påverka de olika läkarorganisationernas remissvar, bl.a. genom en reservation mot det allmänna svar som Svenska Läkarsällskapet avgav. Utdrag ur denna reservation är publicerad i första numret av SFAM-Nytt.

Remissärenden:

PSYKISK HÄLSOVÅRD 1 Rapport från socialstyrelsens arbetsgrupp för psykisk hälsovård.

SFAM finner att arbetsgruppen som utarbetat rapporten ej kunnat finna någon direkt definition på psykisk hälsa, men dock en del kriterier som relateras till detta begrepp nämligen medmänsklighet, självständighet, självförverkligande, personlighetsutveckling, välbefinnande, realitetsanpassning och förmåga att hantera livet i med och motgång.

Psykisk hälsovård skulle då utgöra en integrerande del av individens och samhällets aktiviteter. Arbetsgruppen redogör för en rad befintliga samhällsliga aktiviteter med syfte att främja den psykiska hälsan och föreslår att dessa verksamheter skall integreras med varandra och förstärkas.

Den samhällseconomiska utvecklingen är dock sådan att SFAM finner det nödvändigt att man även i allt högre omfattning uppmuntrar alla insatser som kan göras av individerna själva för att förbättra den psykiska hälsan. En av huvudorsakerna till psykisk ohälsa är isolering från andra människor och passivitet. Dessa faktorer skulle enligt SFAM kunna motverkas av ett aktivt kulturliv, vilket kan föra människorna närmare varandra och samtidigt ge dem möjlighet att vara aktivare utan att vara bundna av tankar på ekonomisk lönsamhet och konkurens individer emellan.

Rent praktiskt borde arbetsgruppen ha penetrerat möjligheterna till en ökad samverkan mellan vårdapparaten och olika kulturella aktiviteter.

Socialt innehåll i sjukvården - en vägledning - ett förslag till underlag till vårdprogram.

SFAM finner det positivt att man söker analysera och beskriva de sociala faktorer man bör beakta inom sjukvården samt deras inverkan på hälsa och sjukdom.

I sin beskrivning av sociala institutioner och organisationer har man beskrivit en närmast ideal bild av hur dessa skall fungera. Detsamma gäller samarbetet mellan dessa organisationer och sjukvården. I verkligheten finner man ofta att dessa institutioner inte kan fylla måttet på ett tillfredsställande sätt.

SFAM vill därför inte förorda att skriften i sin nuvarande utformning skall tjäna som underlag för vårdprogram inom allmänläkarens verksamhetsområde.

Samhällsmedicinska moment i Läkarutbildningen.

En planeringsberedning inom UHÄ har tillsammans med ämnesföreträdare bildat en arbetsgrupp vars uppgifter varit att öka inslagen av s.k. samhällsmedicinska teoretiska och praktiska moment i grundutbildningen för läkare.

Under de gångna 25 åren har förändringar inom grundutbildningen varit relativt begränsade. SFAM vill påpeka det anmärkningsvärda i att det synes svårt för någon att

ta greppet över läkarutbildningen i sin helhet. Effekten av ändringar i någon del av läkarutbildningen har återverkningar i andra avsnitt och det är främmande för varje typ av pedagogiskt helhetstänkande att föreställa sig att enstaka ingrepp som införes här och där i studieordningen kan vara till gagn i det långa loppet. SFAM:s yttrande över arbetsgruppens förslag innehåller bl.a. följande:

att läkarnas grundutbildning även skall omfatta samhällsmedicinska moment, d.v.s. allmän medicin, långvårdsmedicin och miljö- samt arbetsmedicin,
att allmänmedicinen erhåller självständiga och högskoleförankrade institutioner,
att kunskaper i medicinsk psykologi och etik är viktiga.

Mödra- och barnhälsovård, förslag till principprogram.

Utredningen betonar mycket starkt de förebyggande åtgärderna i hälsovårdsarbete och dess positiva effekter. Det kan finnas risk för en alltför stark tilltro till möjligheterna att förebygga hälsoproblem som har psykosociala orsaker.

När det gäller kompetenskrav för läkare diskuterar utredningen kring olika geografiska modeller för hur barna- och mödrahälsovården kan bedrivas. SFAM ställer sig tveksam till att man skall dela upp sjukvården efter dessa geografiska omständigheter. Huvudprincipen att såväl allmänläkare som gynekolog respektive barnspecialist skall delta i mödra- och barnhälsovårdsarbetet är riktig. Alla distriktläkare bör dock arbeta med gemensamt ansvar inom primärvården. Specialiserade läkare i primärvården måste ta andra ansvar än de inom den egna specialiteten, befolkningsansvar, jourarbete etc.

Slutligen konstaterar SFAM att man i allt väsentligt stöder "Mödra- och barnhälsovårdsförslaget till principprogram".

Angående gemensamma regler inom Norden för användning av Akupunktur.

Ett medlemsförslag har utarbetats till Nordiska Rådet angående enhetliga regler inom Norden för användning av akupunktur.

Dagsläget i Sverige är att akupunktur till övervägande delen utövas av lekmän och detta är ur många synpunkter otillfredsställande. Det föreligger bara ett fåtal legitimerade läkare i landet som använder metoden. Mot bakgrund av den utvecklingen som metoden fått i Västvärlden under de senaste årtiondena, finner SFAM det angeläget att dess tillämpning i vårt land sker efter råd och anvisningar som utfärdats av Socialstyrelsen. SFAM förutsätter att Socialstyrelsen i sitt arbete eftersträvar ett samnordiskt synsätt.

Regionssjukvårdsbetänkandet SOU 1978:70

SFAM vill här påpeka att med nuvarande utvecklingstendenser inom allmänläkarvården det är viktigt att man snarast inom samtliga högskoleenheter bygger upp en utbildnings- och forskningsorganisation för allmänläkarvården med institutioner och professorer i allmänmedicin, som svarar för såväl forskning som utbildning inom både grundutbildningen och vidareutbildningen. Ett regionalt samarbete bör även eftersträvas, så att dels allmänmedicinska grundutbildningen kan utlokaliseras från universitetsklinikerna till andra sjukvårdsförvaltningar inom regionen, dels så att extra allmänmedicinska forskarutbildningsplatser reserveras vid regionssjukhusen, så att läkare från regionen under kortare eller längre tid kan få behov av forskning och forskarutbildning inom allmänmedicinen tillgodosett.

Matts Beling

Anmälan om medlemskap i SFAM göres till:
SFAM
Box 5610
11 846 STOCKHOLM

PRIMÄRVÅRD I GLESBYGD - FÖRR, NU OCH I FRAMTIDEN

av Lennart Söderhielm

Som läkare i glesbygd i snart 20 år har man kunnat glädjas åt en allt bättre arbetssituation med ordnad arbetstid, upp- rustning av mottagning och alltmer perso- nal. Att ge sig ut på landsbygden i bör- jan på 60-talet var att vara hänvisad till Medicinalstyrelsens utrustnings- omräda för militärsjukvård, en tom lägen- het utan personal, ständig jourtjänst och dubbelförordnande. Hustrun fick ut- nyttjas som biträde, telefonvakt och städerska och familjen i övrigt skötas av hembiträden av olika kvalitet. Sjuk- resor på upp till 60 mil var ingen ovan- lighet och arbetstid på 17-19 timmar kunde man råka ut för, men tidvis var det också ganska lugnt. Att det funge- rade berodde väl på ungdomlig entusiasm, lojal familj och hyggligt ekonomiskt ut- byte, men att det inte skulle gå i många år, fick man klart för sig vid mötet med äldre kollegor som var minst sagt slitna. Jämtland har varit ovanligt lyhört för glesbygdens krav och i och med landstings- övertagandet skedde en kraftig upprust- ning. Allt skulle väl då tyckas gott och väl, men helt problemfritt blev det ändå in- te. Mottagningen blev mer och mer belastad med 30-40 patienter per dag, som inte är något ovanligt, ligger på gränsen för vad man klarar utan kortslutning. Genom satsningen på distriktläkarna har mer och mer av den öppna vården på sjukhus överflyttats in och förts över på distrikt- läkarna. Det är tacknämligt i och för sig men stupar på att vi sitter med mer eller mindre kroniska vakanser på läkardistrik- ten. Arbetsbelastningen ger inte tid till mera krävande undersökningar och behand- lingar och sjukbesöken blir helt satta på undantag.

Satsningen på turismen i Jämtland och Härjedalen har givit den utdelningen att i Funäsdalens distrikt, som omfattar 2000 bofasta, finns det drygt 16.000 bäddar att hyra ut och de är belagda till sista plats, åtminstone under skollovsveckor och påsk. Säsongerna blir allt längre och endast oktober och november kan vara helt turistfria. Det normala sjukdomspanoram

blir helt förryckt och sjukvården domi- neras av akuta olycksfall, akuta infek- tioner och etylproblem. Någon tidsbeställd sjukvård blir helt omöjlig att bedriva under sådana förhållanden. Turistnäringen ställer inte upp med extra medicinska re- surser, med ett undantag: en hotelläkare i Ramundberget under vårens toppsäsong.

Vi som sitter perifert ute i distrikten blir tyvärr ganska isolerade från den övriga sjukvården och skulle behöva all den kontakt med sjukhuset och specialis- terna där som går att få. En dröm, som kanske är svår att genomföra, vore sär- skilda konsultdagar ute på distriktmottagningarna av exempelvis medicinare, ortoped, psykiater och gynekolog. Tyvärr upplever de flesta sjukhusläkare tillva- ron utanför sjukhusväggarna som ganska pressande och den reglerade arbetstiden ställer till problem.

De unga medicinare som kommer ut som vi- karier upplever det ganska pressande att vara långt från ett sjukhus, där de också gjort nästan all sin utbildning och är ganska förvånade över det sjukvårdspano- rama de möter. Primärvård är något helt annat än sjukhusvård och kan tydligen in- te läras där. En hård men nyttig skola är ett glesbygdsdistrikt långt från sjuk- hus där man tvingas ta ställning till allt och inte kan remittera ifrån sig det mesta.

Utbildningen av distriktläkare och likaså fortbildningen skulle fodra ett särskilt kapitel men jag skall försöka sammanfatta det i några punkter:

Utbyte av tjänster av utbildningskarak- tär mellan öppen och slutna vård. Nyt- tigt bland annat för sjukhuskollegor att komma ut och se hur primärvård fun- gerar (eller inte fungerar) samt bra för kontakterna mellan distriktläkare och sjukhusläkare.

Konsultkontakter med sjukhusspecialis- ter ute på distriktsläkarmottagningar- na.

Mera tjänstgöring under utbildningen ute på distrikt, helst av glesbygds- karaktär, under saklig ledning.

Utbildningsdagar av GREIA-typ bra men mera praktiskt inriktade övningar ger kanske mer.

Forskningen i primärvård är ganska efter satt och inte möjlig att genomföra utan tjänstledigheter och personalförstärkning, något som landstingen har svårt att ställa upp på. Forskningsstationer som Tierp och Dalby är nog bra men ger endast svar på vissa ganska speciella frågeställningar och är relativt sjuhusbundna. En mera utbredd "produktkontroll" på flera mottagningar skulle säkert ge mer. Screening av hypertoni och kanske öppen eller latent etylism skulle kanske ge ganska intressanta resultat. I Norrland finns många hereditära sjukdomar som kan vara givande att följa upp. Exempel i mitt distrikt hämokromatos och antitrombin-III-brist. Medicinering i öppen vård och patient "compliance" kan ge ganska överraskande resultat. Sociala problem och hälsa samt utnyttjande av sjukvården kan också ge många uppslag. Åldringsvården kommer att ge stora problem och dragkampen mellan landsting och kommun om kostnaderna är ganska olustig. En försöksverksamhet med åldringsvård i hemmet av anhöriga och ett "jourhavande" vårdteam av sköterska, biträde och hemsamarit skulle vara intressant att följa upp. Kanske det t o m gick att dö hemma utan alltför stora uppoffringar från anhöriga.

Till slut några tankar om primärvårdens kontakter med socialvårdens tjänstemän och politiker på kommunal- och landstingsplanet.

Kontakterna med socialvården är viktiga men resultatet blir sällan som man har tänkt sig. Att t.ex. ordna upp familjeförhållanden, bostäder och arbete åt alkoholister tycks vara nära nog omöjligt. Hemtjänsten åt ensamma åldringar, där inte anhöriga har möjlighet att ställa upp, är minst sagt bedrövlig. Arbetslösa ungdomar på glid mot kriminalitet och knark ägnas ganska förstrött intresse. Den sociala jourtjänsten fungerar bara på papperet. När det blir kris får sjukvården ta över. Jag tror att en kurator anställd av landstinget

på distriktläkarmottagningen skulle kunna göra stor nytta och blir då också medlem i sjukvårdslaget. Tyvärr verkar det annars som socialvård och sjukvård talar två olika språk. Att sitta med i socialnämnd och hälsovårdsnämnd kan ofta vara ganska givande men man måste då ha tid avsatt till detta.

Sjukvårdsadministrationen har på kort tid svällt ut till oanade proportioner utan att man upplevt någon lättnad på sjukvårdsfronten. Den sista given är decentralisering och MBL-förhandling men det har gjort allt ännu mera tungrott. Någon anpassning till sjukvårdsbehovet sker sällan utan det gäller att till varje pris följa avtal och bestämmelser. Trots allt tal om medbestämmande upplever de flesta berörda parter att det mesta styrs över huvudet på dem. Kanske varje vårdcentral skulle ha sin egen budget och själv bestämma personalanställning, arbetstider, semestrar, vikarier och jourscheman, men då skulle den som är vårdchef verkligen få tid avsatt till sådana uppgifter.



Världskongress i allmän medicin i New Orleans 4 - 9.10.1980.

Världsorganisationen i allmän medicin och den amerikanska allmänläkarorganisationen har parallellt kongresser i New Orleans 1980. SFAM är svensk representant i världsorganisationen WONCA. Kongressen har ett mycket rikt utbyte av olika vetenskapliga aktiviteter; större och mindre seminarier, kontinuerliga efterutbildningsprogram, fria föredrag, gruppdiskussioner kommer att hållas. Översättning - simultantolkning - sker till spanska, franska, engelska och tyska.

Mer än 100 olika ämnen presenteras vilka kommer att täcka de flesta kliniska aspekterna av allmän medicin. Huvudämnena för WONCA:s kongress blir; preventiv medicin samt allmänläkarens sociala ansvarsområde.

Även sociala aktiviteter av varierande slag kommer att arrangeras såsom utflykter, underhållning för medföljande familjemedlemmar etc.

Ett nordiskt samarrangemang är planerat för resan. Huvudprogrammet inkluderar New York, Washington och New Orleans och omfattar 12 dgr inkl resdagarna. Priset är beräknat till 4.800 kr per person med dagens priser. I detta pris är inkluderat flygresor Stockholm - New York, New York - Washington, Washington - New Orleans, New Orleans - Stockholm. Inkvartering på 1:a klass hotell, amerikansk frukost, svensk reseledare för gruppen, transfers från alla flygplatser, rundtur med guide i de tre städerna.

Ytterliga två program är planerade för de som så önskar omfattande 9 dgr, det ena till Florida och det andra till amerikanska västkusten Los Angeles - Las Vegas - San Fransisco. Tilläggspriser för dessa resor.

Var god tag kontakt med undertecknad för närmare information och anmälan. Anmäl Dig snarast då möjlighet till prisreduktion finns vid tidig anmälan, s k APEX-resor.

OBS! Får Du tjänstledigt med lön är resan avdragsgill vid deklaration.

Göran Sjönell
Facklig och internationell sekreterare
SFAM

Matteus vårdcentral
Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm
Tfn. 08/34 02 40

**När blodtrycket
kräver tilläggsbehandling**

Peripress[®]
prazosin

Reducerar

perifera

kärlmotståndet

**Ett fysiologiskt tilltalande
sätt att sänka högt blodtryck**