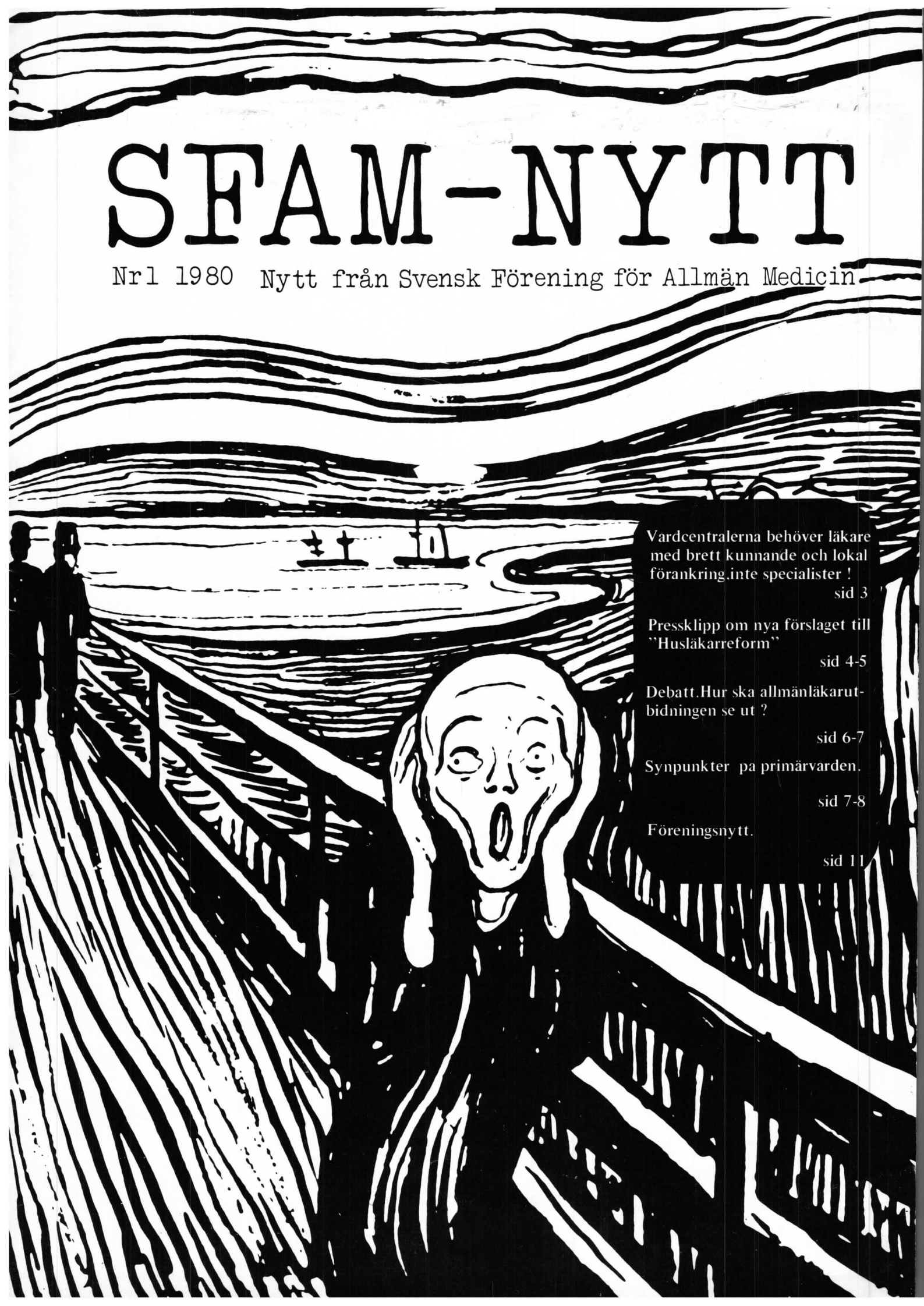


# SFAM-NYTT

Nr 1 1980 Nytt från Svensk Förening för Allmän Medicin



Vårdcentralerna behöver läkare  
med brett kunnande och lokal  
förankring, inte specialister!

sid 3

Pressklipp om nya förslaget till  
"Husläkarreform"

sid 4-5

Debatt. Hur ska allmänläkarut-  
bildningen se ut?

sid 6-7

Synpunkter på primärvården.

sid 7-8

Föreningsnytt.

sid 11

# UTMANINGEN!

Allmänmedicin och allmänläkare har sällan eller aldrig befunnit sig i en tidsperiod när så många viktiga frågor för allmänmedicinens utveckling väntar på beslut. Vi tänker i första hand på "Husläkarutredningen-kontinuitetsutredningen" och på den framtida allmänläkarutbildningens utformning.

Åtminstone den första av dessa frågor ser vi som närmast en ödesfråga för den framtida utvecklingen av allmänmedicin och ämnets möjlighet att hävda sig som specialitet.

För att besluten i dessa frågor ska få en ur allmänmedicinsk synvinkel tillfredsställande utformning måste alla allmänläkare engagera sig för att informera om erfarenheterna av allmänmedicinsk sjuk- och hälsovård, och om de möjligheter och fördelar som samhället kan få genom en fortsatt satsning på allmänmedicin. Vi ska då inte inskänka oss till att bara informera vår fackförening, våra huvudmän och Socialstyrelsen. Viktigare är att vi går ut med vår information till allmänheten och de olika politiska organisationerna.

Detta är en Utmaning och ett tungt arbete för Sveriges allmänläkare. För att inte hamna i sjukvårdens periferi, för att få möjlighet att arbeta inom en fungerande primärvård så kommer vi dock att mobilisera våra krafter för att klara av det.

För oss som fått förtroendet att redigera och ge ut SFAM-NYTT känns också detta som en utmaning. Målsättningen för tidningen har tidigare presenterats. I detta nummer och i tidigare utgivna. Det har fastslagits att SFAM-NYTT ska vara ett kontaktorgan inom föreningen. Vi ska få möjlighet att presentera och debattera frågor av vikt för allmänmedicinens utveckling, inklusive utbildning, forskning samt klinisk medicin för allmänläkare. För innehållet i tidningen ska föreningens medlemmar själva stå, som de gjort i det här numret.

Vi i redaktionen står sedan för utformningen samt ska försöka se till att den utkommer regelbundet 3 - 4 gånger per år. Vår förhoppning är att få innehållet i SFAM-NYTT så lättillgängligt att det läses av alla medlemmar och att alla ska finna att innehållet har intresse

För att få dessa målsättningar uppfyllda måste ni som läser tidningen höra av er, dels med kommentarer till artiklar ni läst, dels med artiklar i frågor som ni själva anser bör presenteras eller debatteras. Samt sist men inte minst, med synpunkter på tidningens utformning.

Rent praktiskt vill vi nu ge er några önskemål som vi har på det ni sänder oss. Bidrag ska vara skrivna på maskin. Med markering för nytt stycke och rubriker. För er som har svårare att skriva - skriv som ni talar. Har ni svårt att skriva maskin så tala kort. Vi ser också gärna att ni sänder in teckningar och fotografier med anknytning till allmänmedicin. Skicka in bidragen så fort som möjligt. Framför allt gäller det om ni har kommentarer till artiklar i SFAM-NYTT. Vi har då möjlighet att försöka få in kommentarer på det ni skrivit i samma nummer.

Magnus Eriksson

## SFAM-NYTT söker nya vägar

Vi tackar våra två första barnmorskor, Gösta Tibblin och Göran Sjönell. När det tredje numret nu utkommer har vi fortfarande födslovändor.

Vi vill så gärna ha en livaktig dialog med medlemmarna, men många svårigheter finns innan det fungerar bra.

Svårigheter att via frivillig styrelseengagemang hålla en effektiv redaktion igång. Svårigheter att hitta redaktionsmedlemmar utanför styrelsen - du som läser detta nummer kanske är intresserad av att delta. Hör av dig!

Till föregående nummer hade vi fått två spontana bidrag från läsarna. Spalterna borde dock vara fyllda av debattinlägg och bidrag från Sveriges allmänläkare.

Till nästa omgång hoppas vi kunna sortera bland tjugo bidrag.

Skriv om vad som helst av intresse för allmänmedicinens utveckling. Debatten måste hållas igång utanför alla styrelser, projekt och kommittéer och kurser.

Den nya prematuravdelningen, som skall ta hand om allt material och låta tidningen mogna önskar vi Lycka till!

Christer Gunnarsson  
Ordförande



Bilden utgör framsidan av det vykort som man nyligen sände ut från Matteus vårdcentral till hushållen inom sitt upptagningsområde.

På baksidan finns följande text:

"Alla små församlingsbor i Matteus, som går på barnvårdscentralen på Karlbergsvägen har fått ny syster och ny doktor!

Nu får de samma syster och doktor som mamma och pappa. Familjeläkaren på Matteus Vårdcentral. Adressen är.....  
Välkomna!

Bakgrunden till kortet är att man inom ramen för det primärvårdsprojekt man driver vid Matteus Vårdcentral nu har övertagit ansvaret för barnhälsovården. Med hänsyn till de förutsättningar som annars ofta råder framför allt i storstäder, så upplever vi detta som mycket entusiastmerande och som ett steg och en markering för den fortsatta utvecklingen av primärvården och allmänmedicin.

SFAM-nytt's redaktion har därför valt vykortet till årets bästa, hitintills.

# omskolning av ALLMÄNLÄKARNA ?

Angående sjukvårdsminister Elisabeth Holms proposition Om husläkare

Propositionens förslag till husläkare är ett hån mot de svaga och de gamla i det svenska samhället.

Förslaget gynnar de unga, framfusiga, välutbildade i samhället. Det gynnar också de specialister som i stora mängder utbildats de sista åren och som har kvarstannat på sjukhusen i de stora städerna och inte velat flytta ut till sjukvården på landet.

Varför är förslaget ett hån mot gamla och svaga?

De gamla. En större andel av den svenska befolkningen är äldre individer, andelen ökar dessutom. Sjukligheten ökar med tilltagande ålder, detta är en välkänd sanning.

Den gamla patienten har ytterst sällan en sjukdom eller ett sjukdomssymtom. De flesta äldre patienter har flera sjukdomar och sjukdomstillstånd samtidigt.

I ett system med distriktsläkare med allmänläkarutbildning tas dessa patienter om hand av en och samma läkare. 90 % av det tillstånd av ohälsa som uppstår i en befolkning kan handläggas, utredas och slutbehandlas av allmänläkare.

De gamla måste tas om hand i sjukvården i ett integrerat system med familjeläkare som handlägger individer och problem i alla åldrar.

Utbyggnaden av långvården de sista 20 åren i Sverige talar sitt eget språk. Stora svårigheter att rekrytera personal, såväl läkare som annan personal till en verksamhet som till största delen är inriktad på geriatrik.

## UTSLAGNA BEHÖVER ALLMÄNLÄKARE

De svaga, socialt utslagna. Denna patientgrupp är också en patientgrupp med många symptom.

Social utslagning ger ökad sjuklighet, såväl i samband med missbruk som annan utslagning.

Denna grupp individer har också sällan ett symptom eller en sjukdom som kan handläggas av specialister utan de behöver en kontaktyta med sjukvårdsapparat och en läkare med ett brett kunnande som kan hjälpa och stödja denna patient under ett långt, flerårigt terapiarbete.

## KONTINUITETEN VIKTIG

Missbrukare, alkoholmissbrukare och andra drogmissbrukare får p g a missbruket en ökad sjuklighet, medicinska åkommor, olycksfall, psykiatriska åkommor, neurologiska åkommor av typ epilepsi etc.

Denna patientgrupp måste också omhändertagas av läkare med bred utbildning och ett brett kunnande för att inte kontinuiteten ska gå förlorad.

## SPLITTRING

Ett system med specialister som husläkare på vårdcentralerna bäddar för fortsatt splittring av läkarkontakt och sjukvård.

En specialist handlägger problem inom sitt ämnesområde och remitterar övriga problem. För en ung människa med t ex högt blodtryck, flytning från underlivet, knäskada etc kan givetvis en specialist bli den enda läkarkontakt patienten har.

Hos de svaga, hos missbrukare och de äldre tillstöter allt fler sjukdomar av olika typ, vilket nödvändiggör bred utbildning och lokal förankring av läkarkrafterna.

## SNED UTBILDNING!

I Sverige sker f n en kraftig utbildning av specialister trots de insatser som är gjorda att fördela utbildningsplatser så att c:a 1/3 blivande läkare utbildas till allmänläkare sker en stor parallellutbildning av specialister på de stora sjukhusen där läkarna utbildar sig utan att gå på tjänster, det s k vikariatsproblemet.

I Stockholms läns landsting beräknas var 3:e läkare under vidareutbildning gå på FV-block, likamed tjänst. 2/3 vikarierar sig fram på olika vis till specialistutbildning.

Bygger man ut ett system där specialisterna förutom alla tjänster på sjukhusen även får tjänster utanför sjukhusen i primärvården bäddar man för fortsatt snedutbildning.

Den generation allmänläkare som har utbildats nyligen och är under utbildning, c:a 3000, har intresse för att arbeta som familjeläkare, decentraliserat ute på vårdcentralerna. Man har satsat på ett sådant system.

## PLÖTSLIG FÖRÄNDRING

Nu i ett slag skall tydligen förutsättningarna för utövandet av yrket förändras.

På vårdcentralerna kommer allmänläkarna ensamma att få bära jouransvaret, de kommer att få ta hand om de medicinskt och socialt tunga patientgrupperna, medan specialisterna tar hand om de medicinskt mer intressanta och lättskötta grupperna och inte deltar i jourcen.

Detta är ett orimligt system. Ska propositionen godkännas måste man även garantera allmänläkarna rätt att omskola sig till specialister eftersom det i framtiden kommer att vara så mycket mer attraktivt för en läkare ute i primärvården och på en vårdcentral att ha en specialistläkartjänst än en allmänläkartjänst.

Ska specialisterna ges tillfälle att på huvudmannens bekostnad omskola sig till allmänläkare, vilket är en vacker tes, men den bistra verkligheten kommer att visa att denna "förmån" knappast kommer att utnyttjas, måste samma rätt erbjudas de allmänläkare som nu luras på yrkesinnehållet och sin planerade framtid.

Allmänläkarna måste ges rätt att omskola sig till specialister!

Göran Sjönell  
Distriktsläkare  
Matteus vårdcentral



De gamla får en sämre sjukvård om propositionens förslag går igenom anser Göran Sjönell.

**PRESSKLIPP!**

När sjukvårdsminister Elisabeth Holms proposition med nytt förslag till "Husläkar-reform" presenterades i pressen den 11/3 -80, så var vi många som upplevde en stor oro för den framtida primärvårdens utveckling.

I den första "Husläkar-propositionen" som presenterades 1979 så var det fastslaget att allmänläkaren var den som hade de primära ansvaret för hälso- och sjukvård. I det nya förslaget som det presenterats i pressen så har man inte direkt tagit ifrån allmänläkaren detta ansvar, men man har istället tryckt på att även slutenvårdsspecialister kan ha detta ansvar, dels genom att primärt omhänderta patienter på sjukhus, dels genom att trycka på att slutenvårdsspecialisterna även ska tjänstgöra på vårdcentraler.

För att motivera detta framhäver man att också slutenvårdsläkare kan och ska, svara för "kontinuitet". Detta är emellertid inget nytt, utan redan i den förra propositionen så talade man om att slutenvårdsläkare skulle och kunde, svara för "vårdkontinuitet", - detta till skillnad från bl.a. långsiktig kontinuitet, som allmänläkaren bäst var lämpad att svara för.

Ytterligare kommentarer till den nya propositionen vill jag dock personligen avstå från, tills dess att jag får möjlighet att läsa det fullständiga förslaget. Istället har jag valt ut olika pressklipp från den dagen, när propositionen presenterades (11/3 -80).

M Eriksson



...dödsfall på sjukhusen går till minst angräns mot Norrlands rikspolis (NCB) för vad han kallar "mordet på Hissmölor".  
Bakgrunden är att NCB efter anklagningar från industridepartementet ska bygga ut Men rikspolis Hissmölor blev kortvarig NCB nämligen riva hela nu att riksdagen utreder

...laget men är i stället charmen som åbero ersätter Bo Härtstam.  
Sören Larsson på i...  
...förstärkt över...

### TV-inslag bevis i rätt

En 27-årig demonstrant dömdes på torsdagen till 11 månaders fängelse för våld mot tjänstemän och för att till största delen ha använt sig av våld. Mågången är en följande poänglig hävstjärna som TV-högprofilerat sat.

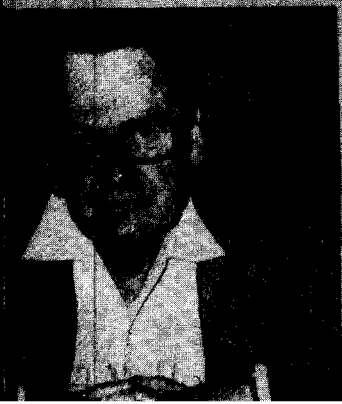
Händelsen utspelade sig utanför USA:s ambassad i Stockholm den senaste hösten vid tumult i samband med Nixonregimens demonstrationer kring en lång och spektakulär utställning av konst.

Jämfört med förra årets husläkarproposition understryks samarbetet mellan allmänläkare och specialister starkt. Specialister skall tjänstgöra på vårdcentralerna en eller flera dagar i veckan enligt det system som kallats "klinikens förlängda arm". Patienten skall alltså inte behöva gå vägen över en allmänläkarremiss för att komma till en specialist på sjukhuset. Organisationsproblemen och allmänläkaren skall kunna samarbeta på vårdcentralen, men specialisten skall också kunna ta patienten med sig till sjukhuset om vårdcentralens resurser inte är tillräckliga. Patienten behöver då inte ställa sig i kö till en ny och okänd läkare, utan kan behandlas av samma specialist på båda ställena.

Sv.Dagbl. 11/3-80

...piatrav  
...la reko  
...ar med rekordsiff  
...öndag. 20 000 på lä  
...ing kring 30 miljoner

...man ATG's chef Gen  
...Andberg den check som  
...ommer idrotten till det  
...lympiatravet i fjol fick id  
...öben 5,1 miljoner. Arran  
...örerna räknar med att det



just nu

Utskrivna får nytt hus i Stockholm



"Även jag kan plugga"

om krisen

LEN  
DEN  
RE  
STO  
ANN  
MÅ  
PÅ  
PÅ  
D  
unge  
av de  
inte i  
vid  
tycke  
ord  
(m)  
bild  
Wik  
sger  
niet  
slat



1980  
den 15 april 1980

Det grundläggande begreppet i propositionen är alltså inte husläkare utan kontinuitet. Statsrådet Holm beskriver detta som möjligheter för den vårdsökande att vid en behandling eller utredning som kräver flera besök få träffa samma läkare och även i övrigt samma personer inom vårdlaget. Denna möjlighet bör också finnas när patienten söker för olika slags problem under en längre tidsrymd.

Läkartidn. 12/80

■ Bristen på allmänläkare är mycket stor. Den lär inte minska om det plötsligt uppstår något slags tveksamhet om ansvarsfrågan i den öppna vården. Om regeringsförslaget går igenom i riksdagen blir det landstingen som praktiskt får lösa ansvarsproblemet.

Expr. 11/3-80

Det kan t. ex. vara naturligt för en barnfamilj att ha en barnläkare som sin fasta läkarkontakt, eller för en kvinna att ha en gynekolog som "husläkare".

Sv.Dagbl. 11/3-80

■ Man har avstått från registrering hos en bestämd läkare. Elisabet Holm vill rent av sträcka det därhän att man inte ens skall behöva någon regionindelning för vårdcentralerna. Inte bara läkarvalet blir därmed fritt utan också valet av vårdcentral.

Det är nämligen inte givet att vårdcentralens allmänläkare skall ha ansvaret, anser hälsovårdsministern. Hon står specialisterna nära, och hennes önskan att låta dem spela en större roll i närvården är påtaglig.

Expr. 11/3-80

Efter fem månaders tvekan medlingsförhandlingar om lördagen hade SAF också gått med fram till midnatt natten mot dagars frist att hitta en öppning.

SAF:s VD Olof Ljunggren sade på onsdagen att arbetsgivarna nu "givetvis" är beredda att diskutera lönehöjningar i år. Curt Nicolin, ordförande i SAF, menade dock att förhandlingarna mycket väl kan handla om annat än rena lönehöjningar. LO:s ordförande Gunnar Nilsson tolkade dock utvecklingen som att det skett en attitydförändring hos SAF.

Efter fem månader är förhållandena mellan arbetsgivarna och SAF fortfarande negativa, säger förbundssekreterare Bengt Hallberg.



## nader rhandla

Frånsett detta är vårdkontinuitet (eller "husläkare") inte bara en fråga om självklar välmening mot patienterna. Det finns också effektivitetssynpunkter. Läkarbyte vid varje besök fördyrar den information patienten måste ha, bli a för att kunna utnyttja sin rätt att säga ja eller nej till en viss vård. Vidare är patienternas väntetid en resurs som kan värderas efter det alternativa utnyttjandet. Men sjukhusen kan värdera den till noll (i sin egen planering), och hushålla med den därefter.

NES  
DN 11/3-80

□ □ Genom att vidga husläkarbegreppet har statsrådet Holm vunnit flera fördelar. Systemets utbyggnad blir nu inte helt beroende av tillgången på allmänläkare. I det avseendet förutses en brist även om utbildningen eventuellt kan ökas något.

Läkartidn. 12/80

Än så länge är blomsterpraktiken bara små gröna skott i kommunens växthus. I Haga. "Vårprogrammet" består av tulpaner, penselar, sibirisk vallmo, förgämlig och lite azalea och rhododendron.

nen är snål mot stockholmarna — trots de 360 000 blommorna. — Anslagen har minskats så vi måste snåla in på rhododendron och azaleor och i stället välja billigare blommor.

## H

usläkaren finns redan. Den riktige husläkaren — inte den urvattnade som läggs fram i det nya regeringsförslaget. På Matteus vårdcentral i Stockholm jobbar 8 husläkare. De följer de principer som lades fram i Gunnar Hjernes (fp) husläkarutredning 1978. Här har allmänläkaren hela ansvaret. Här har allmänläkaren hand om patientens alla sjukdomar. Matteusborna älskar sina husläkare. De har gått man ur huse för att besöka vårdcentralen.

Expr. 11/3-80

Skall specialisterna få ansvaret för patienten i närvården bör de först vidareutbilda sig till allmänläkare.

Sv.Dagbl. 11/3-80

## fast i sop- nedkast

En kärlekskrank yngling i Oskarshamn som möttes av en stängd ytterdörr när han skulle besöka sin flickvän fann på en i sitt tycke utmärkt lösning. Nämligen att ta sig in via sopnedkastet.

Men efter en strapatsrik åkning upp till första våningen blev han medveten om att han gjort sitt livs misstag. När han skulle krypa ut genom sopnedkastet fastnade han med höftena och blev hängande med överkroppen ute på vä-



## ån fönster



# KIRURGI - en nödvändighet i allmänläkarutbildningen?

Som knappast någon kan ha undgått att märka så arbetas det för närvarande under högtryck för att kunna fatta beslut avseende den framtida allmänläkarutbildningens utformning. I stort sett är man överens om innehållet, men på en punkt går meningsskiljaktigheterna starkt isär, nämligen genom att Läkarförbundet, inklusive SFAM genom sin representant C Gunnarsson, kräver att det också måste ingå en 6 månaders valfri kirurgidel. Detta krav har bokstavligen satt kniven i det fortsatta arbetet med att besluta om allmänläkarutbildningens utformning. (Se referat i artikel av C Gunnarsson).

Till följd av detta framkommer nu olika förslag till lösningar från enskilda läkarhåll. För att vi inom SFAM om möjligt ska kunna komma fram till ett förslag i denna utbildningsfråga som vi kan enas om, så hoppas vi få igång en debatt i SFAM-NYTT, där SFAMs medlemmar bidrar med sina synpunkter.

För att initiera debatten har vi valt att presentera ett realativt utförligt inlägg av I Eckerman. Efter detta hoppas vi på att ni hör av er med egna bidrag i denna fråga. Av utrymmeskäl i tidningen är det bra om ni försöker skriva så kort som möjligt. Ev. kan ni ge era synpunkter enbart på den omtvistade kirurgidelen, samt hur denna ska utformas. För er kännedom så är motförslaget för närvarande att man ska ha 24 månaders allmänmedicin istället för 18 månader.

(Red.)

synpunkter på

## ALLMÄNLÄKARUTBILDNINGEN

### Vad skall utbildningen innehålla?

Förutom invärtes medicin och eventuellt allmän kirurgi finns det en hel rad ämnen där man har stort behov av kunskaper då man arbetar som allmänläkare.

De mest påtagliga är pediatrik, öron, gynekologi, ortopedi, hud och psykiatri. Därtill kommer infektion, neurologi, ögon, rehabilitering och socialmedicin.

När man börjar en tjänstgöring inom en okänd specialitet tar det flera månader innan man så pass behärskar det vardagliga arbetet att man kan börja lära sig mer.

Därför är tre månaders tjänstgöring inom resp ämne ett absolut minimum. Sex månader vore önskvärt - men det är en utopi, ty då skulle utbildningen bli enormt lång.

Som en kompromiss anser jag att det inom blocket bör finnas möjligheter att efter eget behov och intresse göra valfri tjänstgöring inom ovanstående ämnen under åtminstone 6 månader.

En förlängning av pediatrikdelen vore önskvärd. BVC kommer under öveskådlig tid ligga på allmänläkarna. Om husläkar-systemet slår igenom kommer detta att bli bestående.

För att rätt bedöma spädbarn krävs mer än tre månaders tjänstgöring i pediatrik. Hellre kan man kanske nöja sig med tre månaders tjänstgöring inom gynekologi - MVC ligger väl i allmänhet på specialistläkare.

En FV-läkare har numera 4-6 månaders AT-tjänstgöring i kirurgi.

Jag tror därför att det kan räcka med ytterligare tre månaders tjänstgöring för allmänläkaren. Eventuellt kan det helt bytas ut mot ortopedi, som kanske är mer väsentligt för allmänläkaren.

Långvård är viktigt eftersom man där har en annan grundsyn på patienter och sjukdomar än på akutsjukhusen. Det är viktigt att man tillägnar sig denna grundsyn med tanke på hemsjukvården, som kommer att kräva en allt större insats av oss.

Jag föreslår därför sex månaders långvårdsmedicin på bekostnad av invärtesmedicin.

### Utbildningen i allmänmedicin

Under tjänstgöringsperioderna inom specialistämnena hänger den blivande allmänläkaren i luften.

Det är lätt att glömma bort vart man är på väg, man faller in i specialisttänkan-det och har svårt att referera sina kunskaper till de patienter som söker på allmänläkarmottagning.

För att hålla kontakten med "allmänläkeriet" bör en eftermiddag i veckan under hela blocket tillbringas på en allmänläkarmottagning, företrädesvis den där han har gjort/skall göra sin "öppna" del av blocket. Han kan då dels ha egna återkommande patienter, dels delta i konferensverksamhet och få en del handledning, dels helt enkelt följa läkares och även sköterskors arbete.

Detta skall alltså vara en obligatorisk del av blocket - sen får klinikcheferna säga vad de vill.

Med denna kontinuerliga utbildning på allmänläkarmottagning under 3-4 år anser jag att heltidsutbildningen där kan minskas till 12 månader. Viktigast är inte längden i månader räknat utan att man gör hela tjänstgöringen på samma mottagning.

Framför allt är det viktigt ur kontinuitetsynpunkt men det finns också en hel del erfarenheter beträffande administration och personalledning som är svåra att få då man går på klinik under några månader som en av de "yngsta" underläkarvikarierna. Man bör då få handledning inte bara i allmänmedicin utan också beträffande administration, personalhandledning, samarbete med andra institutioner, helhets- och familjeaspekter och helst även socialmedicin.

Var skall undervisningen ske - och vem skall förmedla den?

En mycket stor procent av det man lärt in glömmes man obligatoriskt. Man måste alltså lära sig mer än det man behöver kunna i framtiden. Den som undervisar blivande allmänläkare måste alltså kunna mer än vad en fullärd allmänläkare skall kunna.

Att en allmänläkare kan skilja mellan normalt och onormalt palpationsfynd vid en gynundersökning och vet när han bör skicka en patient för specialistbedömning innebär inte att hans kunskaper räcker för

att lära upp en blivande kollega.

En allmänläkare som valhant kan hantera spatel och spegel är inte skickad i att undervisa i laryngoskopi eller stämband-ens utseende.

Även vi, som håller på att vår specialitet är väl så mycket värd som övriga specialiteter, måste erkänna vår begärsning!

**Tjänstgöring vid klinik ger en utmärkt grund för vidare samarbete. Man lär sig också bättre vad det innebär för en patient att bli remitterad dit. Vilka resurser som finns och vad man kan vinna med olika undersökningar. Det är också viktigt att det den blivande allmänläkaren lär sig är aktuellt – och det är orimligt att begära att en allmänläkare skall kunna hålla sig a jour inom alla specialiteter!**

Tonvikten under alla tjänstgöringarna bör läggas vid öppen vård kompletterat med tjänstgöring på akutmottagning samt rond- och konferensverksamhet inom slutenvården. Viss auskultation (ej nödvändigtvis assistering) vid operationer etc kan förekomma för att man skall få en bild av vad olika undersökningar och behandlingar etc innebär för patienten.

I de ämnen där man gjort AT kan man eventuellt satsa helt på öppenvårdstjänstgöring.

Då det gäller psykiatri är det extra viktigt att avdelningstjänstgöring förläggs till akutklinik så att man inte hamnar på "tung" psykiatrisk institution typ Beckomberga.

Om sektoriserad psykiatrisk verksamhet finns ("Nackaprojektet") är det önskvärt att tjänstgöringen förläggs dit, helst inom det distrikt där man gjort sin allmänläkar-tjänstgöring.

### Blockets utseende

Mina funderingar leder fram till ett FV-block i allmänläkarutbildning av följande utseende:

Allmänmedicin	12 mån
Internmedicin	12
Långvård	6
Pediatrik	6
ÖNH	3
Gynekologi	3
Kirurgi	3
Ortopedi	3
Psykiatri	6
Valfritt	6
Sammanlagd tid:	5

Övriga förutsättningar:

1. Kontinuerlig utbildning i allmänmedicin ca 4 tim/vecka

2. Den valfria delen får göras inom de obligatoriska specialiteterna eller inom vissa andra ämnesområden
3. Tjänstgöringen i "specialistämnen" skall ske på klinik eller specialistmottagning
4. Allmänmedicindelen kan göras antingen 12 månader utan uppehåll eller en del i början och en del i slutet av blocket. I båda fallen skall tjänstgöringen förläggas till en och samma mottagning.

Jag vill även hänvisa till artikeln av Yngve Karlsson i Läkartidningen 1-2/80 om allmänläkarutbildningen i USA.

Där arbetar man under sjukhustjänstgöringen parallellt på allmänläkarmottagning. Man har mycket handledning och får undervisning även i familjemedicin och psykologi. Utbildningen i specialistämnen sker på specialistklinik, inte på vårdcentral.

Saltsjöbaden 80 02 07

Ingrid Eckerman  
Distriktsläkare

## synpunter på

# PRIMÄRVÅRDEN

Min bakgrund är socialmedicinaren, och det är naturligt att jag efter erfarenheter av primärvården i Skaraborgs län och nu Malmöhus län (Sjöbo) i första hand här vill diskutera de delar av allmänmedicinen och primärvårdens framtida utveckling som har anknytning till socialmedicinska områden.

Man måste konstatera att ju mer utbildning i socialmedicin allmänläkaren får, desto bättre kan han/hon genomföra sina arbetsuppgifter inom den framtida primärvården, förstå, leda och utveckla sådan verksamhet.

Kunskapsnivån inom primärvården blir avgörande för kvaliteten i arbetet, att kartlägga utbredningen av sjukdom och dödlighet inom området, relatera detta bl a till miljöfaktorer samt att anpassa organisationen efter befolkningens behov.

Detta kräver goda socialmedicinska kunskaper.

Medan sådana ämnen som yrkesmedicin och hygien har att beskriva närmiljöns in-

verkan på människan, är socialmedicin det enda ämnet inom medicinsk fakultet som har att beskriva samhällsstrukturer och faktorer inverkan inte bara på människan utan också på närmiljön och utformningen av denna.

**Socialmedicin är central med tanke på primärvårdens framtid och det i många avseenden unika att i Sverige primärvården har ansvar för hälsotillståndet i distriktet.**

Med utgångspunkt i indelningen av framtida arbetsuppgifter i utredningen "Primärvård – innehåll och utveckling" beskriver jag nedan delar där de socialmedicinska kunskaperna är av speciell

betydelse för allmänmedicinen:

**Miljöinriktade  
förebyggande  
insatser**

I utredningen nämns områden som den inre boendemiljön (bostadshygien), den yttre boendemiljön, miljön i offentliga lokaler, den lokala trafikmiljön, arbetsmiljön och den psykosociala miljön.

Detta är ett antal centrala områden när det gäller prevention, ett område där man får räkna med framför allt verksamhetsområdena yrkesmedicin, hygien, socialmedicin och allmänmedicin har att samverka i utbildningen.

Både från UHÄ:s och lokala universitet-

ets sida struktureras redan nu sådana samhällsmedicinska enheter.

Enligt min uppfattning bör man även sträva efter sådana enheter även på länsplanet. Exempel finns ju redan i landet: t ex Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län.

På primärkommunal nivå utgöres självfallet den samhällsmedicinska enheten av vårdcentralen och övriga delar i primärvårdsorganisationen.

### Individeriktade förebyggande insatser

Enligt primärvårdsutredningen indelas dessa på följande sätt:

- a) hälsofrämjande åtgärder, t ex hälsoupplysning, kostrådgivning, motionsaktiviteter osv
- b) åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdom t ex genom tillförsel av läkemedel som vacciner, skyddsläkemedel mm
- c) sjukdomsuppspårande verksamhet dvs hälsokontroll och hälsoövervakning.

Inom dessa områden finns erfarenheter inom en lång rad områden, både medicinska specialiteter och allmänläkarverksamhet.

När det gäller mer systematisk metodologisk utveckling på forskningsnivå finns det ett flertal exempel med anknytning till socialmedicin — som har undervisningsansvaret men även till andra specialiteter.

### Behandlande verksamhet och omvårdnad

Inom dessa områden har socialmedicinen en viss — om än begräns-

ad — erfarenhet. Enligt min uppfattning bör arbetsuppgifter inom delområdet som benämnes "klinisk socialmedicin" förläggas i befolkningens närhet och en organisation som har befolkningsansvar — primärvården.

I väntan på att primärvården fungerar i dessa avseenden — även i storstadsregionerna — känner socialmedicinen sitt ansvar för dessa patientgrupper.

I framtiden måste sålunda området förstärkas, forskningen fördjupas och undervisningen förbättras — ett ansvar som åvilar hela den samhällsmedicinska sektorn, inkl ämnena socialmedicin och allmänmedicin.

### Utbildningsuppgifter, Forsknings- och utvecklingsarbete

Trots tillkomsten av ett antal forskningsvårdcentraler runt om i landet ofta med samarbete med socialmedicinska institutioner, kan konstateras att hittills forskning som berör primärvården huvudsakligen letts utanför denna.

Av de områden för forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården som nämnts i primärvårdsutredningen:

- 1) förebyggande medicinska åtgärder
- 2) problem inom öppen somatisk vård
- 3) psykiatriska vårdproblem
- 4) epidemiologin
- 5) rehabilitering, handikappvård m m
- 6) vårdkonsumtionsstudier, vårdadministrativa problem m m
- 7) omvårdsforskning
- 8) samverkan med socialvården m m
- 9) utvärdering av effekten av hälsoupplysning m m

bör socialmedicin speciellt kunna bidra

när det gäller områdena ett, fyra, sex, sju, åtta och nio.

### Planerings- och ledningsuppgifter

Den del inom socialmedicinen som betecknas som administrativ medicin berör direkt detta ämnesområde inom primärvården. Områdets vetenskapliga bas är enligt WHO systemteori och systemanalys — under stark utveckling.

Avslutningsvis vill jag återigen betona utvecklingen på universitetsnivån mot samhällsmedicinska enheter med medverkan av miljömedicin (hygien), yrkesmedicin, socialmedicin, allmänmedicin, medicinsk sociologi etc. Sådana samhällsmedicinskt inriktade enheter finns redan även på länsplanet på sina håll och denna utveckling bör påskyndas.

Sådana regionala länsvisa enheter bör kunna utgöra det stöd i det kontinuerliga arbetet som krävs för att allmänläkaren skall kunna leva upp till sitt ansvar för befolkningens hälsotillstånd.

Att hela samhällsmedicinska området behöver förstärkas på alla nivåer tycks man från de flesta centrala instanser vara överens om.

Arbetsfördelningen mellan olika etablerade ämnen och allmänmedicinen som redan nu successivt föreslår få sina professurer och institutioner är delvis en fråga för framtiden, och bör utformas lokalt beroende på olika förutsättningar.

Leif Svanström,  
distriktsläkare  
Vårdcentralen  
275 00 Sjöbo





# ”och beprövad erfarenhet”

Den medicinska vetenskapen har under senare decennier gjort svindlande framsteg. Vi kan bättre förstå och beskriva skeenden i människroppen så att läkarens diagnostik och terapi kan ske på ett mer rationellt sätt.

De ökade kunskaperna har vi i princip fått genom att ställa upp naturvetenskapliga hypoteser samt att med experiment anta eller förkasta hypoteserna.

Naturvetenskapliga framsteg inom fysik och kemi har därvid utgjort underlaget för utvecklingen i medicinsk och biologiska laboratorier, förfinade och mer raffinerade metoder, epidemiologiska studier och kliniska prövningar har även tillfört oss vidgat kunskande.

För allmänläkaren har dock många av dessa framsteg varit av begränsat värde. Han berörs väl närmast av utvecklingen i fråga om farmakoterapins förändring.

Dessutom måste han givetvis ha grundläggande aktuella kunskaper om biologins och medicinens utveckling för att förstå metoder och huvudsakliga innehåll vid behandlingar.

Ja, kanske allmänläkaren även ofta får vara den som enkelt får förklara för den vårdsökande patienten vad denne kommer att vara med om eller t o m vad han har varit med om på sjukhus.

I sitt dagliga arbete är dock allmänläkaren hänvisad till andra metoder och tekniker än de som används inom vetenskapen.

Jag skulle vilja säga att allmänläkarens mest väsentliga arbetsmetod är att tillämpa en stor mängd praktiska erfarenheter. Enkelt uttryckt är det den kliniska erfarenhet som brukar benämnas ”bed-side medicine” (allmänläkaren ser väl dock alltmer sällan en patient till sängs!).

Det förefaller mig som om en del allmänläkare, för att ha självkänsla i sitt arbete, söker att efterlikna det mer vetenskapliga specialisternas sätt att alltid dokumentera sin verksamhet i tabeller och signifikansanalys m m. Sådana arbetsmetodik måste givetvis alltid ha betydande utrymme även inom allmänmedicin.

Vad allmänläkaren dock sannolikt saknar, är möjlighet att utveckla sin kliniska diagnostik och färdighet – bed-side medicine.

När man tänker tillbaka på de kongresser och konferenser man varit med om under åren känner nog många med mig att vad som varit av särskilt värde har varit de informationer och tips man fått vid s k ”korridorsnack”.

Vad som kommit fram i anförande och vid paneldebatter har kanske ofta varit sådant som man tidigare haft relativt god uppfattning om eller med lätthet kunnat tillgodogöra sig genom skriftlig framställning.

**Är det inte många med mig som saknar möjligheten att utveckla sin färdighet som läkare?**

Kanske borde allmänläkarkåren även ordna några seminarier med 15-20 deltagare där man på ett strukturerat sätt ger och tar av sina kunskaper inom allmänmedicin.

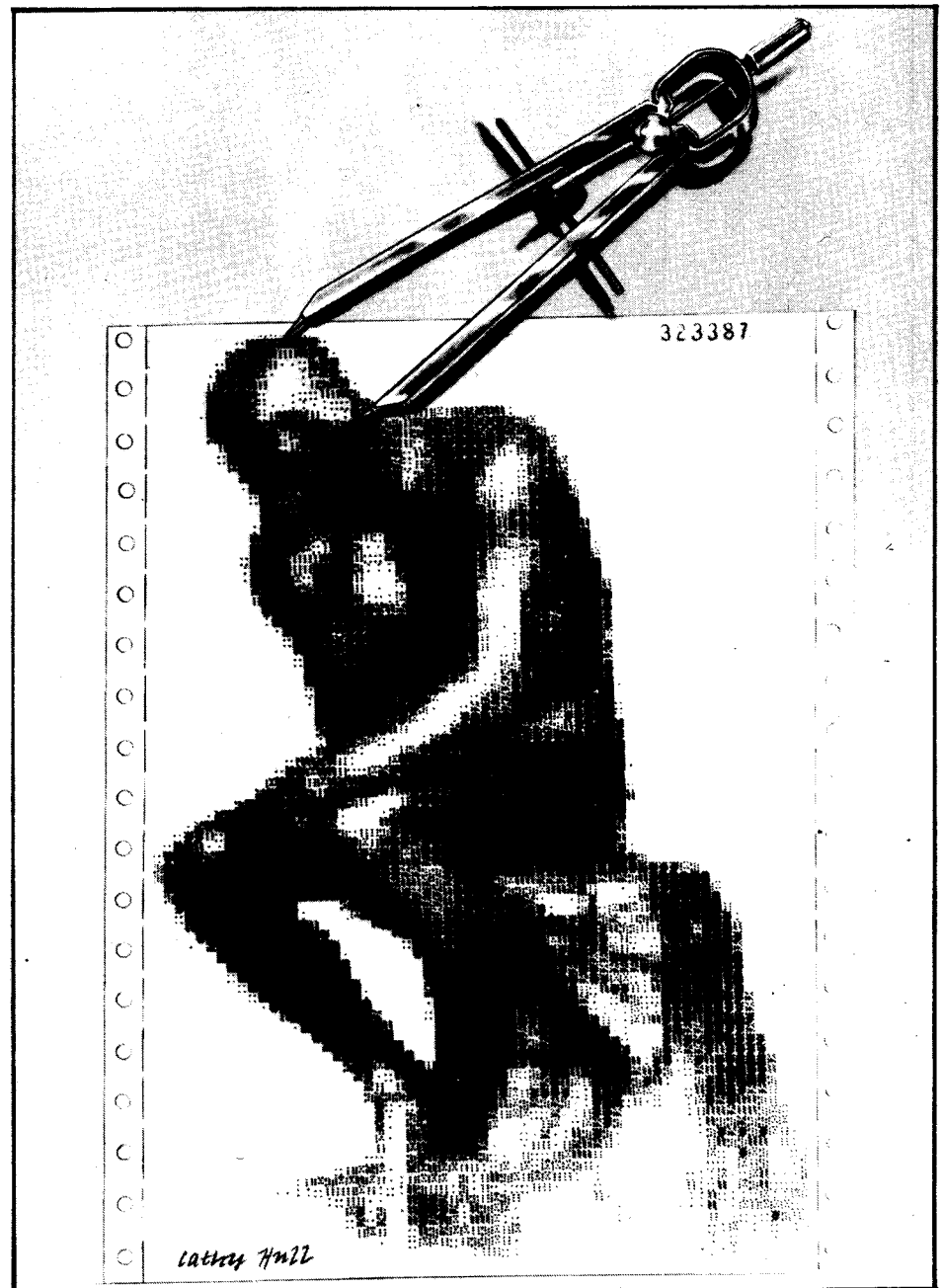
Man skulle där kunna göra kliniska demonstrationer, redogöra för hur man tolkar sina iakttagelser, ge tips om be-

handlingsprinciper, öka sin färdighet i att känna, se och lyssna i samarbete med andra erfarna kolleger.

Genom att allmänläkaren skulle få möjlighet att kritiskt värdera och pröva andra läkares kliniska erfarenheter tror jag att sjukvården på ganska naturligt sätt skulle utvecklas än mer mot patientinriktad verksamhet.

Dessutom skulle sannolikt många allmänläkare känna en glädje i att utbyta kunskaper och erfarenheter då det skulle stärka allmänläkarens känsla av att bättre behärska sin allmänmedicinska särart.

Av Bengt Johansson



# Välkomna till SFAM-möte i september!

Detta är i år förlagt till Malmö, den 19 - 20 september. Fredagen den 19 september kommer att ägnas dels åt fria föredrag, men mest åt:

Nack- och skulderproblematik

Lördagens förmiddag den 20 september kommer helt att upptagas av ett symposium om:

Terminalvård i hemmiljö

Vi kommer att hålla till i Universtitetsklinikernas aula på Allmänna Sjukhuset, och Malmö kommun har lovat att stå för lunchen den 19 september.

Gemensam middag äter vi fredag kväll.

Lördag e m kan lämpligen ägnas åt en tur över Sundet.

Inackordering kommer att ske på Hotell Garden som ligger centralt i MALMÖ med bekväm bussförbindelse till Allmänna Sjukhuset.

Kursen är anmäld till Landstingsförbundet som Extern Kursgivare.

Konferensavgiften blir 250:- (Inbetalas till Willy Niwhede, Malmö Postgiro 43 67 87 - 6).

Anmälan (på bifogad anmälningsblankett) insändes snarast möjligt

## Föredrag till Riksstämman 1980!

Sektionen för Allmänmedicin

Det är dags att planera för årets riksstämma vad gäller föredrag.

Vi behöver utbyte av erfarenheter från vårdcentraler runt om i landet för att tillsammans kunna forma framtidens primärvård.

Jag tar emot preliminära anmälningar av föredrag. De skall ha kommit till mig senast den 15 maj 1980. Därefter kommer jag att skicka ut blanketter för mer definitiv anmälan av föredrag och poster. Dessa skall var mig tillhanda senast den 15 juni 1980.

Välkomna med Era fria föredrag!

Bo Haglund  
Distriktsläkare  
Hälsovårdsenheten  
Kärnsjukhuset  
541 85 Skövde  
tel 0500 - 310 00

## ÄR DU ROAD AV UNDERVISNING?

I så fall ges det tillfälle till träning. Apoteksbolaget anordnar kurser för sina anställda i "Sjukdomslära - Egenvård". För dessa kurser har man ansett allmänläkaren vara mest lämpad som ledare.

Vi bör väl inte försitta chansen - och låta sjukhusläkarna få monopol på allt. Så blir Du tillfrågad - ställ upp!

Arbetet som kursledare är mycket stimulerande och ger rika tillfällen att testa sina kunskaper och förbättra dem där de brister.

För dem som framledes kommer att bli handledare för sina blivande kollegor, ges det tillfälle att lägga upp ett didaktiskt bildmaterial.

Willy Niwhede, Malmö



'BUT IN THE BOOK IT SAYS... "ANY SUDDEN CHANGES IN VISION GO TO YOUR DOCTOR!"'

## SFAM-NYTT behövs

\*  
"Om forsknings- och utvecklingsarbete för allmänläkarvård ska kunna drivas framåt med god fart kommer det att krävas ett officiellt forum för tankeutbyte. SFAM-Nytt bör enligt min mening vara detta forum."

Bo Haglund

\* \*

"SKRIV till SFAM-NYTT c/o Magnus Eriksson Repslagargatan 3 A, 951 35 Luleå."

\* \* \*

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

# Allmänmedicin sen sist

Förra numret av SFAM-Nytt skrevs i september 1979. Även utanför själva styrelsearbetet är aktiviteten livlig. Några axplock:

- 1) UHÄ har under hösten tagit ställning i nomenklaturfrågan. Professurer och institutioner skall i framtiden få benämningen "Allmänmedicin" (ej primärvård, som var ett av fakultetsförslagen).
- 2) I Lund har man beslutat återsätta Åke Nordens professur med en professor i allmänmedicin, tillika distriktsläkare med placering i Dalby.
- 3) I Umeå har den första kliniska lärartjänsten i allmänmedicin tillsatts, vi välkomnar docent Bengt Mattsson. Undervisningen i grundutbildningen i termin 11 startar hösten 1980.
- 4) UHÄ har tillsatt en ny utredning, som skall se över den medicinska grundutbildningen, Målsättningen sammanfaller till stora delar med de uppdrag som fanns i utredningen om de sk samhällsmedicinska momenten i grundutbildningen. Kritiken mot denna utredning var delvis skarp. Man tar nu nya tag med förhoppning om ett bättre förankrat mottagande. Flera allmänläkare ingår som linjenämndernas representanter i utredningens referensgrupper. Vår förhoppning är därför att de allmänmedicinska utbildningsresurserna väl skall bevakas.

- 5) Medicinska Forskningsrådets initiativgrupp för allmänmedicinsk forskning fortsätter sitt arbete för att kartlägga forskningsproblemen och ge förslag till stimulansåtgärder. Själv deltar jag i detta arbete och är glad om du snarast kan meddela mig om du de senaste två åren utfört något forskningsprojekt, som du inte tidigare har kunnat rapportera till mig.
- 6) NLV:s översyn av allmänläkarutbildningen – AGA-projektet – fortgår, men har som flera av er vet något stannat upp på grund av intressemotsättningar i gruppen. En viktig tvistefråga är hur stor del av den kommande allmänläkarutbildningen som skall förläggas ute i allmänläkarvården. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen förordar en tvåårig tjänstgöring i allmänläkarvård inom en 4 1/2-årig utbildningsram. Läkarrepresentanterna Christer Gunnarsson, Per Swartling och Margareta Troein anser ej att vi kan förordas mer än 18 månaders tjänstgöring i allmänläkarvård. Vi vill i stället ge möjlighet att inom en sexmånadersram ge utbildning i kirurgi, ortopedi eller öron. Debatten i denna fråga har inom läkarkåren och i fackorganisationerna varit livlig. Så också i SFAM:s styrelse där även meningsskiljaktigheter finnes. Hur än sjuk-

vårdsplanering och allmänmedicinutbildning kommer att utveckla sig så kommer framtiden att kräva helt nya engagemang av alla allmänläkare, men kanske främst distriktsläkarna. Var och en måste på sin plats försöka analysera, systematisera det kunskapsområde såväl rent medicinskt som socialt och organisatoriskt som skapar förutsättningar för en god allmänläkarvård. Denna analys och strukturering måste sedan för de flesta av oss leda till ett eget engagemang i utbildningen eller i forskningen för att kartlägga alla vita fläckar. I dagsläget, med en övermäktig sjukvårdsbörda kan detta synas antingen betungande eller utopiskt. Den stimulans som utvecklingsarbete ger är dock nödvändig. Jag tror även att vi kan räkna på myndigheternas stöd härvidlag.

- 7) Ett projekt som ännu är i sin linda är diskussioner som förts mellan Spri och en grupp distriktsläkare om ett ökat samarbete. Ett första resultat är en bättre strukturerad litteraturlista från Spri, som skall systematisera allmänmedicinska och primärvårdsprojekt.

Christer Gunnarsson  
80-03-17

## Ny styrelse

Svenska Föreningen för Allmän Medicin hade årsmöte 791208 i samband med Läkaresällskapets Riksstämman. Omkring 80 medlemmar hade mött upp.

Till den nya styrelsen valdes:

**Ordförande:** Christer Gunnarsson

**Vice ordförande:** Mats Beling

**Sekreterare:** Göran Sjönell (facklig), Ingvär Krakau (vetenskaplig).

**Kassaförvaltare:** Magnus Eriksson

**Ordinarie ledamöter:** Bengt Johansson, Willy Niwhede, Mats Finsson, Bo Haglund

**Revisorer:** Börje Lindesberg, Torsten Lindahl, suppleanter Arne Gissin, Lars Rudbeck

**Valberedning för kommande år:** Gustav Haglund, Tord Dalfgård, Ingrid Linnarsson, Karl-Olov Delin.

**Medlemsrekrytering:** I januari 1980 var 350 praktiker, 57 företagsläkare och 381 distriktsläkare medlemmar i SFAM och därtill kommer 37 medlemmar från

SYLF. Aktiviteter för att öka rekryteringen pågår. Du som läser detta kan själv bidra till medlemsrekryteringen.

## Remissvar

Remissvar har bl a avgivits över utredningen "Sjukvårdens inre organisation", där vi påpekat behovet av ökade resurser dels till utvecklingsarbete inom omvårdnad, dels behovet av utredningar om såväl arbetsorganisation som ev vårdlag inom primärvården.

Yttrande över socialstyrelsens promemoria om "Missbruk av alkohol och narkotika under graviditet". Till denna utredning, vars huvudsakliga syfte är att förhindra att alkoholberoende mödrar föder skadade barn, ville man lägga en utökad uppsökande och behandlande verksamhet på mödravårdscentralerna.

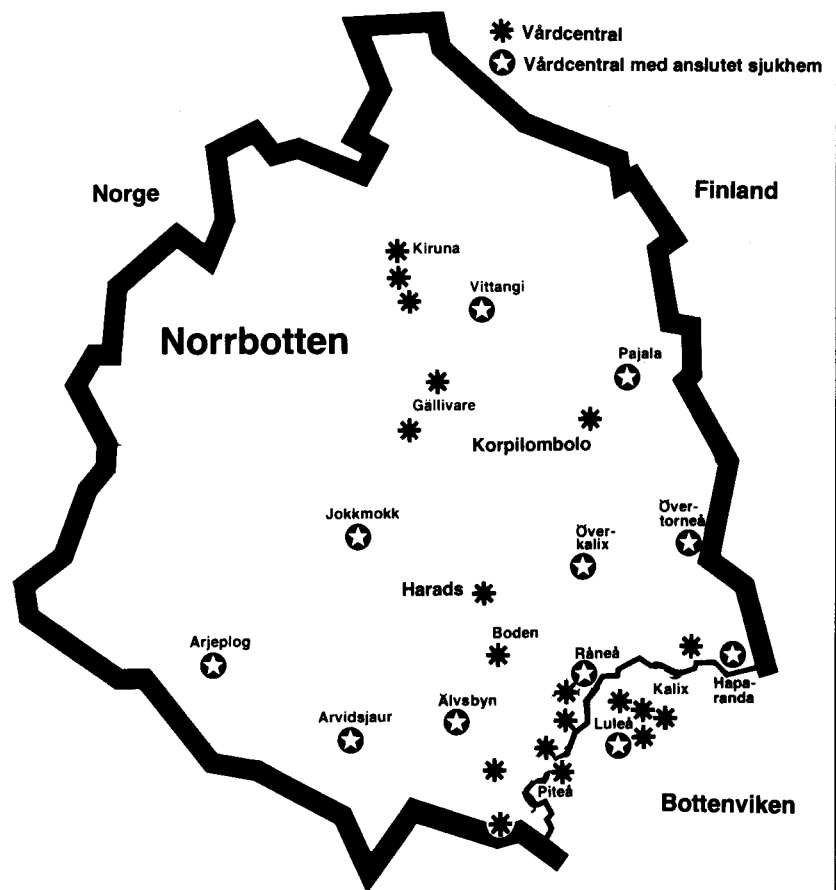
Vi understryker att de läkarkategorier, som i vanliga fall försöker tackla alkoholproblematiken, nämligen psykiater och allmänläkare, fortfarande bör stå i främsta ledet när det gäller behandlingen, medan naturligtvis övriga instanser är viktiga i den uppsökande verksamheten.



# ALLMÄNNLÄKARE I NORRBOTTEN

Vi tror att vi har kommit en bra bit på väg beträffande uppbyggnaden av en vettig primärvård baserad på vårdcentraler. För att vi med full kraft och i oförändrad snabb takt skall kunna gå vidare i denna satsning behöver vi fler allmänläkare.

Vårt mål är bästa möjliga vård åt största möjliga antal människor. Det målet tänker vi nå genom att satsa på små vårdcentraler med väl avgränsat geografiskt upptagningsområde. Grundläggande är att vårdcentralen har ett primärt ansvar för hälso- och sjukvården inom detta område. Detta ansvar har ytterst lagts på en vårdcentralchef som har att administrativt leda och samordna resurserna inom detta område. Arbetet vid våra vårdcentraler präglas av en helhets-syn och kvalitet samt strävan efter lättillgänglighet och kontinuitet.



Är du intresserad av aktiv  
allmänläkarvård?  
Vill du veta mer om  
allmänläkarvården i Norrbotten?

Ring eller skriv och kom på studiebesök till oss!



Norrbottens läns landsting  
951 89 LULEÅ

Tel. 0920/106 80  
Fråga efter:  
Sture, Björn eller Birgitta