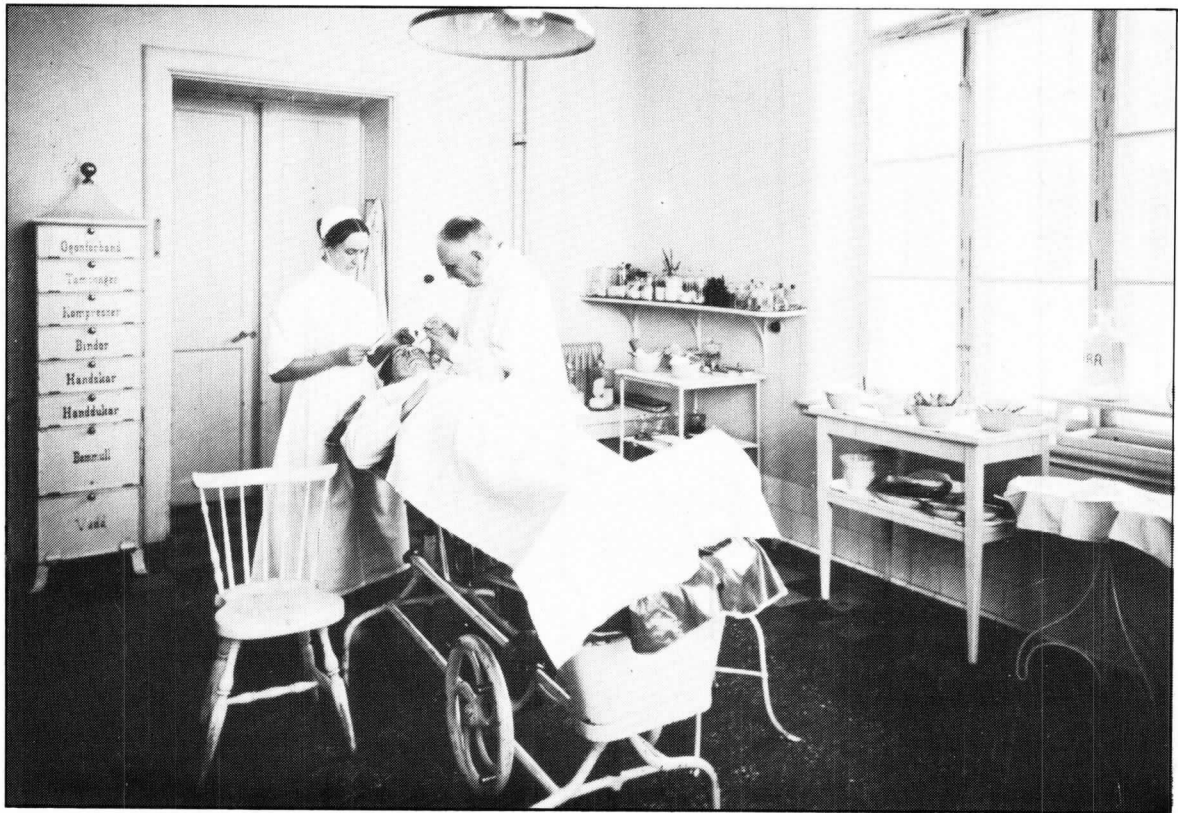


SFAM-NYTT

Nr4 1980 Nytt från Svensk Förening för Allmän Medicin



ALLMÄNMEDICIN
— en begreppsanalys —

FÖRÄNDRINGSARBETE
på vårdcentral

ALLMÄNMEDICIN
I KÖPENHAMN

SFAM—NYTT BEHÖVS!

Primärvården, liksom sjukvården i stort genomgår idag stora och snabba förändringar och för allmänläkare och de som intresserar sig för allmänmedicin är förhoppningen att SFAM-NYTT ska tjäna som ett stöd och en inspirationskälla. Genom tidningen får vi möjlighet att utbyta information om utvecklingsarbete, forskning, medicinska frågor och annat som direkt eller indirekt har anknytning till allmänmedicin. Att dömma av de reaktioner som inkommit på de två nummer av SFAM-NYTT, som utgivits i år, så finns det ett stort behov av en tidning av detta slag. Vi som arbetar med tidningen känner oss därmed styrkta att fortsätta utgivningen av den, med ungefär samma utformning som den haft i dessa två första nummer. Som vi tidigare påpekat fordras det att läsarna själva skickar in synpunkter, reaktioner, artiklar

för att fylla tidningen med ett levande innehåll.

Det aktuella numret av SFAM-NYTT är något mindre omfattande än ursprungligen planerat, i förhoppningen om att vi ska få ut det före riksstämman och föreningens årsmöte. Den del som utgått är i första hand en uppföljning med artiklar från SFAM:s höstmöte i Malmö, bl.a. under temat "Terminalvård i hemmet", Vi återkommer dock till detta i nästkommande nummer av tidningen.

Inför den fortsatta utgivningen av SFAM-NYTT avser vi att försöka få en spridning även utanför föreningen genom erbjudande om prenumeration. Då tidningen numera är registrerad som periodisk tidskrift kommer den automatiskt att distribueras till ett antal bibliotek och institutioner, där den således kommer att finnas tillgänglig som refe-

renslitteratur. Vilka bibliotek och institutioner är ännu ej fastställt men när det är gjort kommer detta att meddelas i tidningen. Antal nummer per år beräknas bli 4-5 st.

Sist vill vi åter rikta en uppmaning till läsarna att inkomma med artiklar med beröring till allmänmedicin, eller förslag till ämnen som ni tycker att vi ska ta upp. De brev vi hittills fått har huvudsakligen innehållit reaktioner på själva utgivningen och utformningen av SFAM-NYTT, dessa är nödvändiga för oss som arbetar med tidskriften, men är ju inte avsedda som artiklar. Ett av dessa brev publicerar vi emellertid delar av, då vi tycker att brevskrivarens mycket spontana upplevelser av SFAM-NYTT, stämmer väl överens med hur vi önskar att tidningen skall fungera.

Red

BREV

Jag har nu läst SFAM-NYTT 2-3 plus Spri. Ur min synpunkt, mycket bra. Tidningen fungerar. — gödslar mina tankar och vidarutvecklar tankar som legat och grott. Öppnar några vägar, ger tips om vem som gör/haller på med vad. Lyfter fram och förtydligar...

Efter att ha läst tidningen blev jag sugen på:

1. Att söka stipendium. (Det är bra för då får jag en spark i baken att börja forska. Projektet skall heta "Hur att inte bli totalt hälso- och sjukvårdsblind".
2. Semestra i Berjen i juni -81.
3. Kontakta sjukhusdirektören och SPRI om ett projekt, för något mindre än 7.5 milj., om läkares jourorganisation i Luleå-Roden.
4. Ta upp en diskussion med ortopederna och neurokirurgen om behandlingen av ryggsmärtor.
5. Skaffa Gösta Tibblins bok för att se om den är något att dela ut till direktionsmedlemmarna. Men varför var inte priset angivet!
6. Beställa ett tiotal artiklar från SPRI:s litteraturljänst.
7. Säger till er att tidningen måste fortsätta att hålla denna goda standard.

UM"



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Dialog med befolkningen av GÖRAN WESTMAN.....	sid 44
Förändringsarbete på vård- central av GÖRAN WESTMAN.....	sid 46
Allmänmedicin i Köpenhamn av BERTIL HANSSON och MOGENS HEY.....	sid 48
Min syn på primärvården av G HAGLUND.....	sid 50
Allmänmedicin-en begrepps- analys av INGVAR KRAKAU.....	sid 52
Grävanvisningar i litteraturen av BO HAGLUND.....	sid 53
Hjälp oss med vårdprogramen.....	sid 54
Bokrecension.....	sid 55
Utbildning.....	sid 55

HÄLSOARBETET I LOKALSAMHÄLLET

I en av sektionerna vid den nordiska kongressen i Socialmedicin i Helsingör sommaren 1979 var temat "Hälsöarbete i lokalsamhället".

Arbetet i sektionen kommer att följas upp något av de första numren 1981 av Socialmedicinsk tidskrift.

Primärvårdens möjligheter och svårigheter att arbeta offensivt kommer att speglas i flera artiklar. Vi som arbetat fram numret har haft som mål att få en liten handbok i hälsöarbete. Hur vi lyckats återstår att se, men vi tycker att vi kan rekommendera numret.

För redaktionen
Bo Haglund

SFAM-NYTT, periodisk tidskrift för Allmänmedicin. Ansvarig utg. Ingvar Krakau, Medicinsk red. Bo Haglund, Hälsovårdsenheten, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde. Huvudreda. Magnus Eriksson. Adress: SFAM-NYTT c/o M Eriksson, Repslagarg. 3A 951 35 Luleå. Grafisk form: Bo Gruselius, Tryck: Bild & Tryckarverkstan. Prenumerationsavgift: 50:- år. för Studerande: 25:- år. (Prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Sv. Förening För Allmän Medicin). Tidningen utkommer med ca 4-5 nr/år. Prenumerationsavgift inbetalas på postgiro 65 59 74-4, Svensk Förening För Allmän Medicin, — ange att avgiften avser prenumeration.

ALLMÄNMEDICINSK FORSKNING Medicinska forskningsrådet

Medicinska forskningsrådet tillsatte för 1 1/2 år sedan en initiativgrupp för forskning inom ämnesområdet allmänmedicin. Gruppens uppdrag bestod i att kartlägga pågående forskning, att värdera forskningsmetoder, att bedöma i vilken utsträckning uppnådda forskningsresultat kom till användning inom kliniskt arbete, att överse frågorna angående forskningsrekryteringen, att beakta behov av samarbete med angränsande discipliner och att mot bakgrund av bedömningar av forskningsbehov ge förslag till projekt som bör komma till genomförande.

Initiativgruppen har letts av professor Per Bjurulf i Linköping, med professor Björn Smedby som sekreterare och Per Björntorp, Christer Gunnarsson, Bengt Schersten, P-G Swartling och Gösta Tibblin som medlemmar.

Under hösten 1980 har arbetsgruppen i olika mindre fora presenterat rapportutkast för att slutligen i januari 1981 kunna tillställa medicinska forskningsrådet en definitiv rapport om den allmänmedicinska forskningsproblematiken. Denna rapport kommer att innehålla följande kapitel:

1. Definitioner
2. Beskrivning av forskningsområdet
3. En internationell utblick
4. En översiktlig beskrivning av aktuell forskning i landet, utförd av allmänläkare, utförd vid de speciella forskningsstationerna Dalby, Tierp och i Skaraborgs län, samt exempel på andra discipliners primärvårdsförankrade forskning.

Vidare kommer att presenteras metoder för allmänmedicinsk forskning, kapitel om organisationsformer och intressenter, en analys av resursfrågorna samt slutligen konkreta förslag till forskningsstimulerande åtgärder.



TIDSKRIFTER I ALLMÄNMEDICIN ETT UPPROP!

I olika sammanhang har jag fått förfrågningar om bra internationella tidskrifter i allmänmedicin som kan vara av värde dels på sjukhusbibliotek, där FV-allmänläkare gör delar av sin utbildning, och dels på vårdcentraler.

Jag ser det som en uppgift för Svensk Förening för Allmänmedicin och för SFAM-nytt att göra en sammanställning av sådana tidskrifter. Men det går inte utan er hjälp!

Jag vet att det finns stor erfarenhet runt om i landet om vilka tidskrifter som är praktiskt värdefulla. Jag skulle därför önska att ni skriver till mig och berättar så skall vi på SFAM-nytt göra en sammanställning. Jag skulle dock vilja att ni tänker på följande:

1. Namnet på tidskriften bör framgå.
2. Ursprungsland.
3. Kort innehållsdeklaration beroende på inriktning, exempelvis helt kliniskt orienterad, helt privatpraktikerorienterad, har ett bredare perspektiv. Den här typen av värderingar bedömer jag som mycket viktig.
4. Beställningsadress.
5. Prenumerationskostnad.

Uppgifterna sändes till:

Bo Haglund
Hälsovårdsenheten
Kärnsjukhuset
541 85 SKÖVDE

GRATTIS

Våren 1980 disputerade den första distriktsläkaren i Dalby på en mycket uppmärksam avhandling om urinvägsinfektioner, framför allt hos kvinnor, med staphylococcus saprophyticus. Undersökningen och resultaten anses vara av stor betydelse för allmänläkarnas kliniska verksamhet. SFAM-nytt vill gratulera distriktsläkaren, allmänläkaren Birgitta Hovelius.

Rättelse

I nr 2-3 av SFAM-NYTT var en artikel införd under rubriken "Forsknings- och utvecklingsarbete i Primärvården". Endast en av de två författarna till artikel fick med sitt namn. Det rätta skulle ha varit att artikeln var författad av Bo Haglund och Ingvar Krakau..

I SFAM-Nytt 2/3 presenterades en tema-del "Forsknings- och Utvecklingsarbete inom Primärvården". Som en uppföljning till detta ämne har det inkommit flera artiklar, av vilka vi här presenterar ett urval.

Två artiklar författade av Distriktsläkare Göran Westman visar på konkreta möjligheter att utveckla verksamheten vid en vårdcentral. I artikeln "Dialog med Befolkningen" tar han upp vikten av direkta kontaktvägar mellan en vårdcentral och den befolkning som vårdcentralen skall betjäna. Genom att få till stånd en direkt kommunikation kan båda parter nås av information som kan leda till ett mer rättvist och adekvat utnyttjande av resurserna på vårdcentralen.

5682

DIALOG MED BEFOLKNINGEN — ett arbetssätt i primärvården —

av Göran Westman
distriktsläkare, Vännäs

I Sverige planeras en utbyggnad av primärvården. Som komplement till redan befintliga förebyggande arbetsuppgifter tillkommer sannolikt sådana såsom att bevara, bevaka och befrämja befolkningens hälsa i upptagningsområdet.

Problem

Vårdapparaten har idag en hierarkisk uppbyggnad. Den vårdsökande finns längst ned, sedan kommer personalgruppen. Avståndet till politikerna är stort. Mellan personalgrupperna och den politiska ledningen finns sedan administratörer, som kan vara mer eller mindre kommunikationsbefriande.

Vårdcentralernas problem har idag en tendens att drunkna i regions-, läns- och länsdelssjukhusens styrelser och direktorier.

Primärvården är idag på många ställen isolerade från sin befolkning och primärkommun. Naturliga kontaktvägar saknas.

Modell

Om man vill diskutera det vårdutnyttjande som sker vid en vårdcentral blir befolkningens upplevda behov (vårdefterfrågan) intressant att jämföra med vårdgivarens vårdutbud (resurser och medicinskt innehåll). En strävan skulle vara att erhålla en närmare överensstämmelse mellan dessa mängder. Se figur 1. Den vårdsökandes problem "varför får jag aldrig komma till vårdcentralen när jag behöver den" och vårdgivarens problem "varför kommer bara friska till mig, som inte behöver min hjälp" kan då konkretiseras och behandlas. Begreppet vårdutnyttjande kan tillföras nya dimensioner som t ex befolkningens attityder, kunskaper och beteenden. Även vårdgivarens attityder, kunskaper och beteenden måste undersökas.

Dialog vårdgivare — vårdsökande

Vårdutnyttjandet blir ett samspel mellan dels befolkningens upplevda vårdbehov å ena sidan och vårdgivarens vårdutbud å den andra. För att dessa storheter skall gå ihop krävs att en dialog kommer tillstånd mellan befolkningen och vårdgivare.

Kontaktmöjligheter

Dialogen med befolkningen kan ta sig flera uttryck. Vårdcentralens tillgänglighet är en nödvändig förutsättning. Med tillgänglighet avses här att vårdcentralen kan nås på telefon och att mottagningen inte är överbokad.

Genom primärkommunen kan man indirekt få kontakt med befolkningen. Ibland ingår arbetsuppgifter i primärvårdsenheten där primärkommunen är arbetsgivare. Förutom skriftliga rapporter är muntliga rapporter för skolstyrelse, hälso- och vårdnämnd och social centralnämnd viktiga. En gemensam planering för primärkommunen och landstingskommunen kan vara en god utvecklingsmöjlighet.

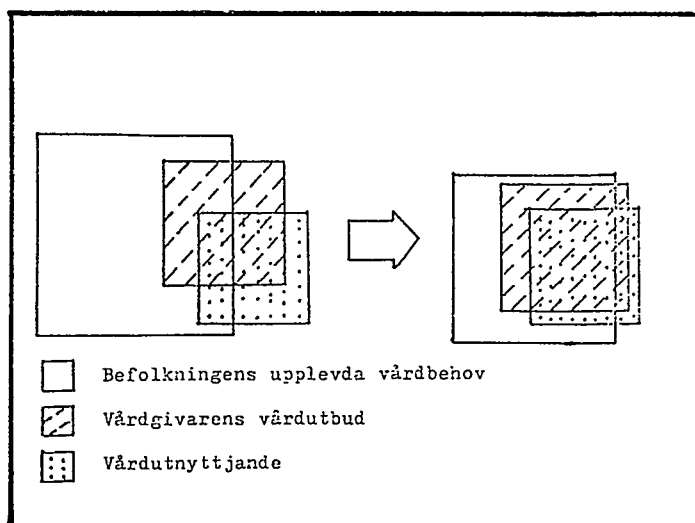
Tidningsartiklar i lokalpress om aktuella problem exempelvis epidemier kan vara ett annat sätt att nå ut med information.

Vid speciella frågeställningar såsom organisationsförändringar kan postenkäter till olika delar av befolkningen vara ett sätt att nå information om problem eller att följa upp organisatoriska förändringar.

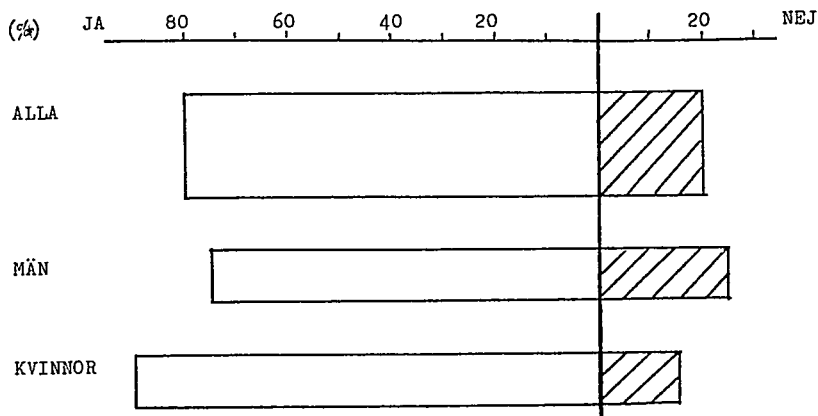
Att starta eller medverka i studiecirklar kan vara bra för att nå ut och sprida kunskap om hälso- och sjukvårdsfrågor. Bildningsförbunden har studiecirklar om kost, motion, hälsa, livskvalitet och egenvård.

Öppet hus där landstinget inbjuder befolkningen till vårdcentralen behöver inte bara vara att visa lokaler. Det gives också möjlighet att ta upp speciella frågor såsom vårdens inriktning. Vid öppet hus kan ren utbildning ske i sjukvårdsfrågor eller hur man skall söka vård.

Vid olika föreningsårsmöten finns möjlighet att informera om hälso- och sjukvårdsfrågor. I efterföljande diskussion kommer befolkningens kunskaper och attityder fram. Vårdgivaren har en möjlighet att jämföra med sina egna ställningstaganden.



Vårdbehov,
vårdutbud och
vårdutnyttjande



Erfarenheter från Vännäs vårdcentral

Vännäs, som ligger i Västerbotten, 3,5 mil från Umeå har en tre-läkarmottagning. Upptagningsområdet är 8000 innevånare. Några av de ovan nämnda arbets-sätten har prövats. Här följer några exempel på erfarenheter, som omsattes i vårdadministrativa åtgärder.

I samband med ett utvecklingsarbete på vårdcentralen har drygt 10 % av befolkningen i åldrarna 15-70 år tillfrågats via postenkäter med två års intervall November 1977 och 1979. Den första enkäten besvarades av 84 % av de tillfrågade. En inventering gjordes av aktuella problem. Kunskaper om vård och vårdsystem har efterfrågats. Även attityder till vården och hälsoproblem hade tagits med.

Probleminventering

Den sista frågan i enkäten var öppen. Den svarande uppmanades att skriva ned egna kommentarer om vården vid vårdcentralen. 23 % av de tillfrågade använd sig av denna möjlighet. I tabellen visas de vanligast förekommande kommentarerna.

Kommentar % av inkomna kommentarer

För lång yttre väntetid	28
Bättre kontinuitet	17
För lång väntetid i väntrummen/undersökningsrum	8
Bättre lösning på jourfrågan	7
Mer tid för samtal med läkare	6
Bättre information om tider/telefonnummer	4
Bättre information om hur söka vård, själv ta hand om sjuk och hälsoproblem	3

Totalt inkom ett 60-tal olika kommentarer, förslag till ändringar. Vårdlaget på vårdcentralen ansåg också att dessa problem som framkommer i tabellen var angelägna och att åtgärder borde vidtagas.

Tillgänglighet

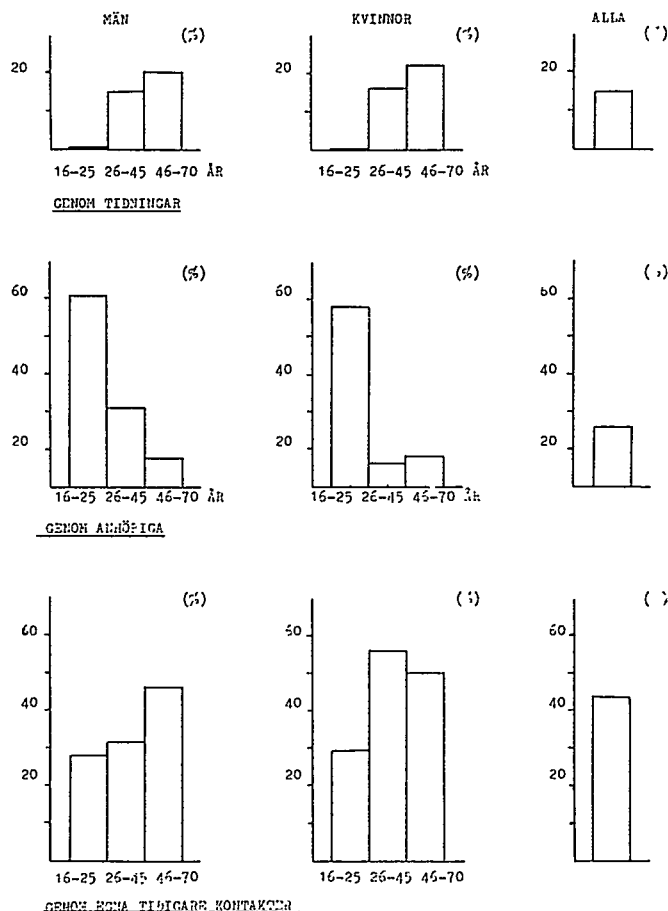
Även riktade påståenden om vården användes i enkäten, som de svarande fick ta ställning till, se figur 2. Vårdcentralens tillgänglighet på telefon uppfattades av 80 % av de tillfrågade som dålig eller mycket dålig.

Personalgruppen är enig om, att tillgängligheten är en förutsättning för att vi skall få information och kunskap om befolkningens sjuk och hälsoproblem. Vår lösning har varit att spåra de tillfällen under veckan och dagen då risken för upptaget är stort och förstärkt bemanningen i telefon under dessa tider. Dessutom har vi informerat Vännäsborna om hur de skall kontakta oss.

Informationskällor

En fråga i enkäten avsåg belysa vilka informationskällor Vännäsborna använde för sitt vårdssökande. Frågan lød: "Hur har Du huvudsakligen fått reda på vart Du kan vända Dig vid sjukdom?"

De fyra svarsalternativen; "Vet ej vart jag kan vända mig", "Genom landstinget utformad informationskrift", "Genom att prata med folk och få reda på lite här och lite där" samt "Annat sätt, vilket?" svarade för mindre än 10 % var och en.



Däremot "Genom tidningar", "Genom anhöriga" och "Genom tidigare kontakter med vården" var de vanligaste informationskällorna. Se figur 3.

En närmare analys med uppdelning på kön respektive ålder visar att ungdomar ej utnyttjar tidningar som informationskälla oavsett kön, däremot litar de till sina anhöriga. De äldre och framförallt kvinnor litar till sina egna kontakter med vården och de erfarenheter de fått.

Detta visar, att vårdgivarens vårdutbud är den viktigaste informationskällan för de vårdssökande för när var och hur vårdens skall kontaktas.

Om kontaktsorsaken förkylning (näs-täppa, näsflöde med eller utan feber) möts av vårdgivaren med läkarbesök eller telefonrecept på näsdroppar och slemhinneavsvällande tabletter lär de vårdssökande att så skall förkylning handläggas eller behandlas.

Denna vår kunskap gjorde att vi noggrant gick igenom de vanligaste kontaktsorsakerna till vårdcentralens patientmottagare (mottagningssköterskor, mottagningsbiträden och distriktssköterskor) och diskuterade fram lämpliga åtgärder för varje kontaktsorsak. Denna överenskommelse finns nedtecknad i ett "kontakt-åtgärdsregister", som revideras en gång per år.

Öppet hus

Öppet hus har praktiserats vid två tillfällen. Vid det första presenterades resultaten av den första enkäten. Vid det

Hur har Du huvudsakligen fått reda på vart Du kan vända Dig vid sjukdom?

andra vårdcentralens roll vid hälso och sjukvårdsproblem. Till det första mötet kom 30 personer, vid det andra c:a 300.

Genom att deltaga i studiecirkel eller föreningsårsmöten ges en möjlighet att samtala med kommuninvånarna kring hälso och sjukvårdsfrågor. Uppenbara missförstånd kan tillrättaläggas. En ökad förståelse från såväl vårdgivarens som de våldsökandes sida har erhållits. Som exempel kan nämnas, att även om vårdcentralen är tillgänglig hela veckan mellan klockan åtta och klockan fem utom 4 timmar (måndag och tisdag 8 - 10) så är allmänhetens omdöme att vårdcentralen inte är tillgänglig, för det är just då, måndag och tisdag 8 - 10, de flesta har provat att ringa.

Övervikt

Vårdsökande med övervikt, intresserade av viktreduktion, kost och motion har under en tidsperiod fått anteckna sig på en lista på vårdcentralen. Kontakt togs där efter med ett studieförbund och två grupper startades.

Sammanfattning

Vårdgivare på vårdcentraler måste idag göra prioriteringar i sina åtaganden. För att prioriteringarna skall bli rättvisa och adekvata behövs en dialog med vårdens avnämnnare - befolkningen. Dialogen blir en nödvändig del av arbetet på en vårdcentral med den organisation och struktur hälso- och sjukvården har idag.

Referenser

BERGLUND K: Patientupplevda behov som bas för sjukvårdsprocessen. *Sjukgymnasten* 37 (1979):1, 27-31

Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum. SPRI-rapport 3/77. Stockholm 1977

MUSHLIN A I, APPEL F A, BARR D M: Quality assurance in primary care: a strategy based on outcome assessment. *Journal of community health* 3 (4), summer 1978. pp 292-305

STRATMAN W C: A study of consumer attitudes about health care: the delivery of ambulatory services. *Medical Care* XIII, no 7, July 1975 pp 537-548

TIBBLIN G: En bok om vård, Askild och Kärnekull, Gotab Ab. Stockholm 1980

FÖRÄNDRINGSARBETE på vårdcentral

— om betydelsen av samverkan inom personalgruppen
för kunskapsinhämtning och problemlösning —

5683

Göran Westman
Distriktsläkare, Vännäs

Primärvården står idag inför en utbyggnad. Nya arbetsuppgifter tillkommer med nya lagar, förordningar och reformer. Nya arbetsuppgifter kommer att innebära nya samarbetspartners, lösningar och arbetsmetoder. Personalgruppen på vårdcentralen är idag förberedd och saknar både kunskap och utbildning härom.

Förändringsarbete — forskning

Om forskning ges betydelsen "skapa nytt vetande" så har det alltid gällt i vårdarbete. Varje ny kontakt med en våldsökande ställer krav på nytt vetande för att förstå den våldsökandes problem.

Nya arbetsuppgifter för primärvården ligger i en nära framtid, som att bevara, bevaka och befrämja befolkningens hälsa i upptagningsområdet. Metoder för att samla in och värdera kunskap om befolkningens hälsa behövs. Dessa metoder ligger epidemiologisk forskning nära.

De ekonomiska förutsättningarna för en expansion av vårdsektorn saknas idag. Krav på metodvärdering och verksamhetsanalys kommer att öka. Vårdcentralernas effektivitet såväl ekonomiskt som medicinskt kommer att få större betydelse.

Från primärvårdens sida finns det ett behov att få närmare kontakt med universitet och akademisk forskning vad gäller omvårdnad och allmänmedicinska aspekter.

Problem

Förändringsarbete försvåras idag av en centraliserad facklig och politisk ledning. På vårdcentralerna kan yrkesroller vara låsta i befattningsbeskrivningar och hierarki.

Expert, utbildning och samråd

Axel Tergama har i en bok "Former för administrativt utvecklingsarbete" visat på tre olika tillvägagångssätt vid förändringsarbete. Expertstrategin bygger på antagandet "den som vet mest skall göra jobbet". Utbildningsstrategin på antagandet "om de bara visste hur bra det är". Samrådsstrategin bygger på antagandet "de som berörs av förändringen vet också". Resonemanget i denna artikel bygger på den sist nämnda strategin.

Förutsättning

Om personalgruppen på vårdcentralen kan se sig själv som resurs och utifrån det pröva sina möjligheter att lösa sina uppgifter, finns goda möjligheter till förändring och utveckling.

I Vännäs, Västerbotten, finns en vårdcentral med ett upptagningsområde på ca 8000 invånare. Följande tjänster finns på vårdcentralen: 3 distriktsläkare, 3,5 distriktsköterskor, 0,5 distriktsbarnmorsk-

or, 1 distriktsjukgymnast, 1 distriktsarbetsterapeut, 2,5 sekreterare, 2 mottagningsbiträden och 2 mottagningsköterskor.

Vårdcentralen har en gemnsam distriktskonferens 1-2 timmar varannan fredag. Vårdcentralens läkarmottagning har en sittning varje fredagsmorgon 07.30-08.00. Förutom dessa schemalagda träffar har studiedagar prövats.

Modell (se figur)

Figuren beskriver den kontinuerliga process som personalgruppen genomgått och genomgår under förändringsarbete. Processen kan följas i en variation i gruppens känsla av trygghet och kunskapsnivå. Vissa återkommande moment finns och skall här närmare beskrivas.

Problemidentifiering. Någon i personalgruppen upptäcker ett problem som berör enheten. Problemet formuleras och diskuteras möjligen med någon eller några.

Problembearbetning. På konferens eller på annat sätt bearbetas problemet.

Kris. Ibland kan problemets natur vara sådant, att det leder till en kris mellan några befattningshavare. Otryggheten i gruppen är då stor och kunskapskänslan splittrad. Några problem kan stanna här.

Syntes. Ofta kan en sammanställning av

problemet göras med tiden och via en problembearbetning och gruppen beslutar om någon åtgärd.

Försöksverksamhet. Vid förändringar av rutiner och arbetsuppgifter görs det ofta via en försöksverksamhet under en tidsbegränsad period. Försöksverksamheten dokumenteras och protokollförs. Till följd av rådande omständigheter för försöksverksamheten tycks kunskapskänslan ha minskat något sedan beslutet om åtgärd. Tryggheten är dock nu maximal.

Några erfarenheter

Vid en studiedag prövades olika sätt att värdera verksamheten och samarbetet på vårdcentralen. Varje yrkeskategori fick skriva ned svar på följande frågor:

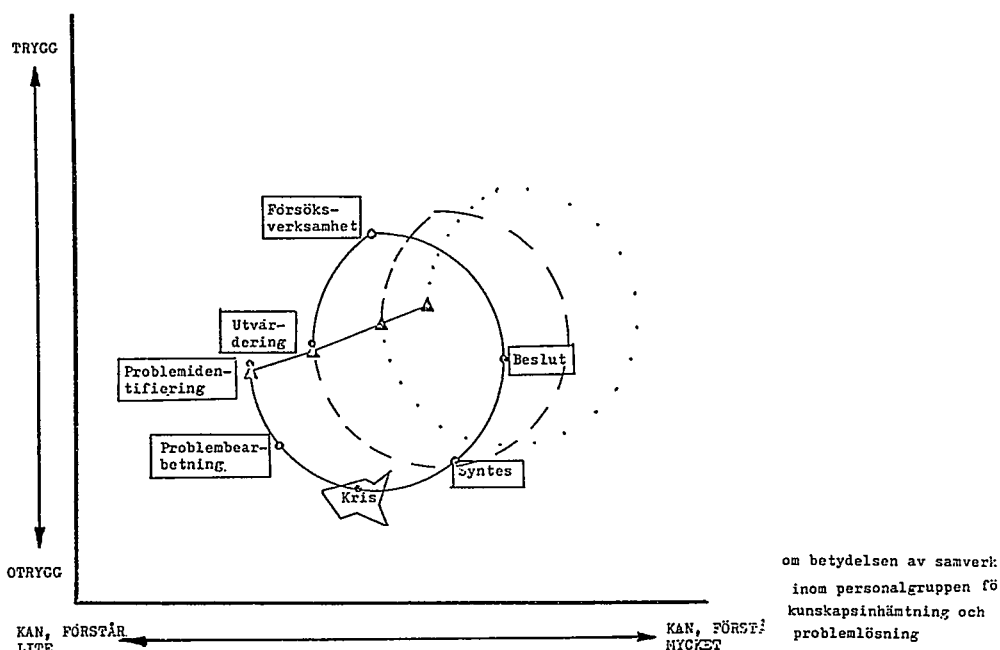
1. Vilka förväntningar tror ni att andra yrkeskategorier har på er?
2. Vilka förväntningar har ni på andra yrkeskategorier?
3. Vilka förväntningar har ni själva på ert eget arbete?

Därefeter följde en diskussion där alla var med. Ur diskussionen kom flera förslag, tillrättaläggande och beslut om nya rutiner.

Vid en annan studiedag gjordes ett försök att värdera det utvecklingsarbete som pågått vid vårdcentralen rörande vårdplanering och informationssystem. Några hade tillkommit i vårdlaget under tiden. Efter att enskilt ha besvarat nedan nämnda frågor diskuterade vi gemensamt våra erfarenheter:

1. Vart är vi på väg?
2. Vad har du lärt dig – goda erfarenheter? – dåliga erfarenheter?
3. Hur har du lärt dig det?
4. Vad är tillämpligt i ditt arbete?
5. Vad skall vi tänka på till nästa gång.

En viktig erfarenhet för oss var hur vik-



tigt det är, att uppmärksamma de positiva erfarenheter vi haft. Det finns annars en risk för att problemlistan kan bli alltför lång och opåverkbar.

Sammanfattning

Det finns mycket kunskap hos personalstyrkan, som idag inte tas tillvara. Ett hinder för frigörande är författningsregler och befattningsbeskrivningar. Genom att ifrågasätta rutiner och yrkesroller kan nya kunskaper komma fram och detta tillvägagångssätt kan ge värdefulla bidrag till en förändringsprocess.

Referenser

Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag. SPRI-rapport 14/1979. Stockholm 1979

JANSEN H, LJUNGQUIST G, WELANDER G: Värdering av medicinska metoder. SPRI-rapport 19/1979. Stockholm 1979

KAPRIOS L A: Primary health care in Europe. EURO report studies nr 14 WHO. Köpenhamn 1979

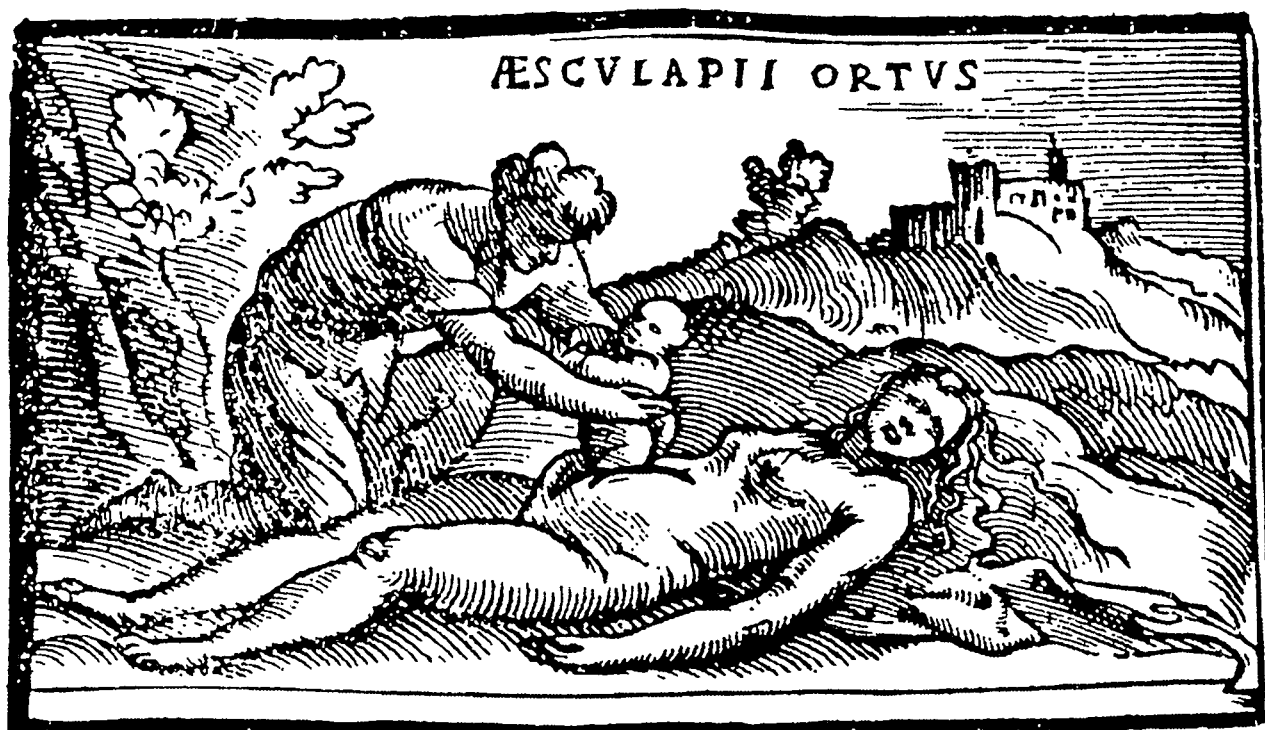
MORELY D: Pediatric priorities in the developing world. Butterworth London 1975

Mål och medel för hälso och sjukvården – förslag till hälso och sjukvårdslag HSU. SOU: 1979:78. Stockholm 1979

Primärvård – innehåll och utveckling. SPRI S 101. Stockholm 1978

Targama A: Former för administrativt utvecklingsarbete. BAS. Göteborg 1978

THUNBERG A, NOWAK K, ROSENGREN K E, SIGURD B: Samverkansspiralen, människan i informations och kommunikationssamhället. Kontenta Liber förlag, Falköping 1978



ALLMÄN MEDICIN I KÖPENHAMN

5684

Bakgrunden till artikeln är ett studiebesök som en grupp distriktsläkare och socialmedicinare från Lund- Malmöområdet gjorde på Institut for Almen Medicin i Köpenhamn i september 1980.

Det vetenskapliga området allmänmedicin

Allmänmedicin som läkarvetenskapligt ämnesområde tillkom 1967 samtidigt som Dansk Selskab for Forskning i Almen Praksis bildades. Samtidigt diskuterades i Danmark hur undervisningen i allmänmedicin i läkarutbildningen skulle utformas. Det föreslogs att undervisningen i allmänmedicin skulle bedrivas av en allmänpraktiserande läkare inom den socialmedicinska institutionens ram.

Delvis som en reaktion mot detta ändrades 1970 sällskapet namn till Dansk Selskab for Almen Medicin. Föreningen omorganiserades och förutom forskning avsåg man att syssla med undervisning i allmänmedicin.

Allmänmedicinen i Danmark har sedan försökt definiera sitt vetenskapliga område både när det gäller forskning, undervisning och funktion. Man har eftersträvat en avgränsning från socialmedicinen samtidigt som man velat ha ett gott samarbete kring gemensamma problemområden. Detta ledde 1973 till inrättandet av en professur i allmänmedicin i Köpenhamn.

Under de gångna åren har allmänmedicinen på sitt håll definierat sina forskningsområden, forskningsmetoder och undervisningsområden. Socialmedicinen har på motsvarande sätt definierat sina områden.

För närvarande diskuteras all allmänmedicinen, socialmedicinen och delar av hygien och samt även andra ämnesområden skall gå samman till ett samhällsmedicinskt block.

1979 hade utvecklingen av allmänmedicinen i Danmark utvecklats så långt att man kunde åtagas sig värdskapet för den första Nordiska Kongressen i Allmänmedicin.

Paul Backer professor vid Institut for Almen Medicin i Köpenhamn var kongressens president. Hans öppningsföreläsning har publicerats i Månedsskrift for praktisk lægegering (Backer 1979). Här definierar Backer det vetenskapliga innehållet i allmänmedicinen i Danmark och funktionen av verksamheten i allmänpraxis. Den centrala strukturen i dansk allmän läkarpraxis är det personliga, primära och kontinuerliga patient-läkarförhållandet. Den danska allmänläkaren kan

därför tillvarata befolkningens primära sjukvårdsbehov utan inblandning av konkurrerande sjukvårdssystem. Detta är enligt Paul Backer av avgörande betydelse för möjligheterna till forskning och undervisning i allmänmedicin.

En central tanke är att det är befolkningens behov som skall styra utformningen och funktionen av primärvården. White (1961) har visat att i en befolkning på 1000 personer uppgår vid intervju 750 stycken att de under en månad upplevt ett eller flera sjukdomstillstånd. Av dessa söker 250 kontakt med allmänläkare, 10 läggs in på sjukhus, därav en på universitetssjukhus (fig 1). Liknande undersökningar har gjorts på flera håll (Thacker S B o a 1977, Hollnagel H o a 1980).

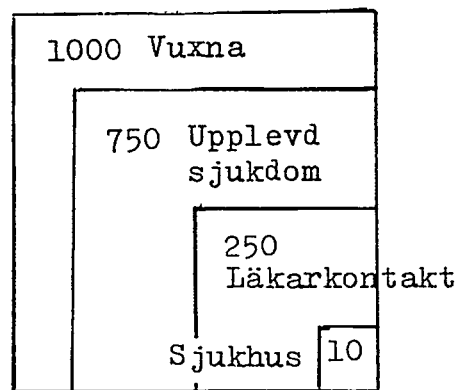


Fig 1 Upplevd sjukdom och läkarkontakt under en månad

Utbildningen av sjukhuspersonal sker i huvudsak på sjukhus. Detta innebär stora problem när det gäller att generalisera den kunskap som fås från sjukhuspatienter till de 1000 individerna i befolkningen. Epidemiologiska undersökningar ger å andra sidan kunskaper om hälsotillståndet hos alla 1000 individerna. Allmänmedicinsk forskning ger ytterligare kunskaper. Den ger en djupare kunskap om befolkningens mellanmännsliga relationer, sociala och strukturella förhållanden och dess betydelse för hälsan.

Enbart ett snävt biologiskt sjukdomsbegrepp får inte ligga till grund för verksamheten i allmänpraxis. I stället är det patientens upplevda sjukvårdsbehov som skall vara avgörande. Det biologiska sjukdomsbegreppet har i alltför stor grad lett till att läkaren fått en auktoritär expertroll. Allmänläkaren måste i stället arbeta efter en mer dynamisk sjukdomsmodell där läkaren snarare blir en konsult åt patienten och skall ge "hjälp till självhjälp".

Allmänmedicinen består således inte av "litet av varje" från olika specialister. Allmänmedicinen är ett självständigt vetenskapligt område med en egen identitet. En utförlig beskrivning av allmänmedicinen i Danmark finns i Lærebog i Almen Medicin (1977).

Institut for Almen Medicin i Köpenhamn

Vid institutet finns personal med olika anställningsförhållanden.

1/ Universitetsanställda är professor Paul Backer som varje förmiddag tjänstgör i sin allmänläkarpraxis. Dessutom Hanne Hollnagel som är lektor i allmänmedicin och har en epidemiologisk forskarutbildning. Hon deltar regelbundet i professor Backers allmänpraxis.

Universitetsanställd är även Jörgen Kelstrup som är sk extern lektor och fulltidspraktiserande läkare. Han deltar i undervisningen i allmänmedicin 6-7 timmar per vecka. Dessutom finns knutna till institutet 40 kliniska lektorer som är allmänpraktiserande läkare och som deltar i läkarnas grundutbildning. För övrigt finns vid institutet en halvtids sekreterare.

Nödvändig erfarenhetsbakgrund för professor och lektor ansågs vara klinisk allmänläkarpraxis kombinerad med epidemiologisk skolning. Kunde detta inte kombineras i en person ansågs det att allmänpraktikern och epidemiologen som skilda personer båda behövdes på en allmänmedicinsk institution. Man pekade även på att det var viktigt att kombinera forskning och undervisning med regelbunden verksamhet i allmänpraxis.

2/ Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd finansierar under 5 år den Centrala Forskningsenheten för Allmänmedicin. Enheten är en del av institutet och leds av läkaren Poul A Pedersen som dessutom arbetar några timmar varje dag i sin allmänläkarpraxis. Han suppleras av sociolog Dorte Gannik. Dessutom finns två sekreterare.

3/ Till institutet finns knutet stipendiater som är heltidsforskare under 1-3 år. Det finns för närvarande fem stipendiater som alla har en klinisk utbildning men inte inom allmänpraxis. De sysslar med screening av diabetes, sexologi i allmänpraxis, hemsjukvård för gamla i Köpenhamn etc. Alla stipendierna har ett nära samarbete med allmänpraktiserande läkare i sina projekt.

4/ Vid institutet finns också allmänpraktiserande läkare som är "fritidsforskare" vid institutet.

Organisation av primärvården i Danmark

I Danmark finns en sjukförsäkringslagstiftning med två alternativa försäkringsformer för kontakt med allmänpraktiserande läkare som gör det möjligt för människor att få en primär och gratis läkarhjälp om de registrerar sig hos en allmänpraktiserande läkare (grupp 1). Vill man inte registrera sig kan man söka valfri läkare i öppen vård (grupp 2). Man kan dock inte i Danmark vända sig direkt till ett sjukhus utan remiss. Undantagna är olycksfall och svåra sjukdomstillstånd som kräver sluten vård. Registrerar man sig ej hos en allmänpraktiserande läkare får man betala en viss avgift vid läkarbesöken. 90 % av befolkningen har registrerat sig hos en allmänläkare. Man måste välja en läkare inom 10 km avstånd från sin bostad. Detta innebär att en allmänläkare inte betjänar ett visst upptagningsområde utan har ett visst antal personer och familjer registrerade hos sig, alla boende inom 10 km avstånd. Man har möjlighet att byta läkare en gång per år. Cirka 2 % utnyttjar sig av detta varje år.

De danska allmänläkarna äger sin mottagning, sin utrustning och betalar själv lönen till sina anställda. Läkarna är dock på sätt och vis "anställda" av sjukförsäkringskassan eftersom de av kassan dels får en faste ersättning per år och per person registrerad men dessutom en prestationsersättning. I Köpenhamn har den fasta ersättningsformen i det närmaste renodlats.

I genomsnitt har varje läkare 1840 personer registrerade hos sig. Maximalt får man ha 2400 patienter per läkare. Antalet läkare bestäms med utgångspunkt från den arbetsmängd som de verksamma läkarna har. Behövs fler läkare utreds detta i ett organ där det finns representanter dels från sjukförsäkringen och dels från de Praktiserande Läkarnas Organisation. Detta organ utser sedan den läkare som skall få etablera sig i området.

Det danska familjeläkarsystemet förutsätter ett remisstvång. Det innebär att den allmänpraktiserande läkaren får en personlig, primär och kontinuerlig kontakt med en patient och hans familj. Han får inga problem med konkurrerande sjukvårdssystem. Exempelvis får inte skol- och företagsläkarna sköta individernas sjuk- och hälsovård. De är konsulter på sina respektive områden och ska sköta skolans respektive företags miljöproblem.

Den allmänpraktiserande läkarens fasta arbetstid är måndagar - fredagar 08.00-16.00. Läkarna har även ansvar för jourtiden. 70 % av allt jourarbete utför Köpenhamn utförs av de allmänpraktiserande läkarna. I de större städerna deltar även yngre läkare från sjukhusen i det primära jourarbetet. Allmänläkaren får alltid ett skriftligt besked om någon av hans

patienter sökt juren.

De praktiserande läkarna flyttar sällan vilket starkt bidrar till en god och långvarig kontinuitet.

80 % av befolkningen i Danmark söker läkare varje år. Befolkningen har 5,1 kontakter med allmänläkare varje år. Då jour och telefonkontakter inkluderade medan förebyggande mödra- och barnhälsovården ej är inräknad. Telefonkonsultationerna utgör cirka 30 % av kontakterna. Detta innebär att befolkningen gör 2-3 läkarbesök per år hos allmänläkaren.

Allmänmedicinsk forskning

1974 bildades på initiativ av Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd en arbetsgrupp för forskning i den primära hälso-tjänsten. Arbetsgruppen består av allmänpraktiserande läkare, socialmedicinare, statistiker, kuratorer, tandläkare, apotekare m.fl. Arbetsgruppens uppgifter har varit att kartlägga den forskning som hittills har bedrivits och initiera ny forskning inom den primära hälso-tjänsten. Bl a har en kritisk granskning av all genomförd primärvårdsforskning i Danmark under åren 1950-74 utförts (Foldspang 1976). Arbetsgruppen har även givit ut en idekatalog över möjliga forskningsprojekt (Statens Lægevedesnskabelige Forskningsråd 1976), innehållande följande områden:

1/ Beskrivning av befolkningens hälsotillstånd genom intervjuer, hälsoundersökningar m.m. Beskrivning av besöksorsaker, diagnospanorama, vårdprocessen och hur vanliga allmänmedicinska problem tacklas.

2/ Klassifikationsstudier för beskrivning av diagnospanoramata, klassifikation av "andra oönskade tillstånd", funktionsklassifikationer osv.

3/ Beskrivning av organisationen av den primära hälso-tjänsten när det gäller den allmänpraktiserande läkaren, hjemmesygeplejersken, sundhedsplejersken osv samt beskrivning av samarbetet i den primära hälso-tjänsten.

4/ Beskrivning av förhållandet mellan befolkningen och den primära hälso-tjänsten. Beskrivning av sjukdoms- och hälsobeteende, vilka faktorer är avgörande för när man söker läkare. Kontaktmönster i den primära hälso-tjänsten när det gäller olika personalkategorier. Egenvårdsproblematiken.

5/ Beskrivning av samspelet mellan den primära hälso-tjänsten och andra samhällssektorer. Hur sker samarbetet med sjukhus, socialförvaltning osv när det gäller olika patientgrupper. När skickas remiss till specialist? Utvärdering av specialistkonsultationer i den primära hälso-tjänsten osv.

Undervisning i allmänmedicin

I grundutbildningen sker undervisningen i allmänmedicin under första, tredje och femte åren.

Först året får studenterna en katedral föreläsning som beskriver det vetenskapliga området allmänmedicin och verksamhetsområdet allmän praxis. Därefter erbjuds alla studenter att under en dag följa verksamheten i allmän praxis.

Tredje året går studenterna medicin- och kirurgikurserna. Man har då två seminarier då en kirurg eller medicinare tillsammans med en allmänläkare diskuterar en av allmänläkarens patienter. Man går igenom sjukhistorien, undersöker patienten och diskuterar kring ett medicinskt problem t ex gallsten, astma osv. Man diskuterar vad den allmänpraktiserande läkaren gör, hur han ställer diagnosen, hur han utreder och behandlar. När och varför skall han remittera till specialisten? Vad gör sedan specialisten? Man diskuterar eftervården och när och hur allmänläkaren skall ta över patienten igen. På detta sättet går man igenom de vanliga tillstånden i allmän praxis.

Femte året får studenterna ett erbjudande om att under en månad följa verksamheten i allmän praxis. De askulterar då hos en allmänpraktiserande läkare men får också möjligheter att arbeta självständigt under handledning av den allmänpraktiserande läkaren. Auskultationen är frivillig eftersom det saknas kapacitet att ta emot samtliga studenter.

Studenterna har även kontakt med Institut for Almen Medicin. Vid ett antal föreläsningar diskuterar man problem i allmän praxis på ett övergripande och teoretiskt sätt. Man tar upp t ex patientläkarrelationen, samtalsteknik o s v. Man går igenom utredningsgången i allmän praxis för olika vanliga sjukdomstillstånd o s v.

I undervisningen använder man de 40 kliniska lektörerna som är allmänpraktiserande läkare.

Om något år får man i Danmark en ny studieordning. Då kommer undervisningen i allmänmedicin att bli obligatorisk. Den nuvarande vidareutbildningen av allmänläkare tillkom 1976. Efter läkarexamen följer den första kliniska tjänstgöringsperioden (jämförbar med AT) bestående av 6 månader internmedicin och 6 månader kirurgi, följt av 6 månader i allmän praxis som praktiserande reservläge. Lönen under tiden i allmän praxis skall betalas av sjukförsäkringen. Efter dessa 18 månader har man rätt att arbeta som allmänpraktiserande läkare men har ej rätt att ansluta sig till sjukförsäkringen.

Till denna utbildning ska läggas ytterligare 18 kliniska månader (jämför FV) som består av 6 månader i allmän praxis och resten inom gynekologi, psykiatri samt en valfri del. Den kliniska verksamheten skall kombineras med 150 timmars kursbund- en undervisning. Man äger sedan rätt att

ansluta sig till sjukförsäkringen.

Till dessa 36 månader kan läggas ytterligare 24 månader i allmän praxis. Efter detta och ytterligare teoretisk utbildning Detta innebär att utbildningen av allmänläkare i Danmark omfattar sammanlagt 5 år, varav 3 år i allmän praxis.

I Danmark saknas motsvarande AT- och FV-block. Specialistutbildningen i allmän medicin kan därför ta cirka 8-10 år att genomföra eftersom man har stor brist på underläkarterjänster inom de nödvändiga specialiteterna på sjukhusen.

Under de ovan nämnda kursbundna 150 timmarna undervisar man om allmänmedicin med utgångspunkt från olika specialistområden. Man har till sin hjälp 30 praktiserande läkare, 15 specialister och 15 icke-läkare. Efter hand har de allmänpraktiserande läkarna allt mera tagit

över undervisningen tillsammans med gruppen icke-läkare. I undervisningen tar man upp medicinska problem som beröses med utgångspunkt från den allmänmedicinska verksamheten.

Referenser

Backer P: *Almen Medicin som Lægevidenskabelig fag. Månedsskrift for praktisk lægegerning.* Augusti 1979.

Foldspang A: *Dansk forskningsarbejde i den primære sundhetstjeneste 1950-1974. En annoterad bibliografi underarbejdet till en arbejdsgruppe under Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd, Åhus 1976, ISBN 87-503-1934-5.*

Hollnagel H, Kaper-Jørgensen F: *Utilisation of health services by 40-year-old men and women in the Glostrup area, Denmark, Danish Medical Bulletin 27: 130-139, 1980.*

Thacker S B, Greene S B, Salber E J: *Hospitalization in a southern rural community: An application of the "ecology model". International Journal of epidemiology 6: 55-63, 1977.*

White K L, Williams T F, Greenberg B G: *The ecology of medical care. The New England Journal of medicine 265: 885-892, 1961.*

Forskning af forsøgsvirksomhed i den primære sundhetstjeneste. Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd, København. Januari 1976.

Lærebog i Almen Medicin 1. Almen praksis. FADLs forlag 1977.

Lærebog i Almen Medicin 2. Basisbog 1,2,3,4,5. FADLs forlag 1977.

Bertil S Hanson Mogens Hey
Bitr överläkare Distriktsläkare, bitr chefs-
Socialmedicinskaläkare för primärvården i
Malmö Allmänna Sjukhus Orups sukvårds-
distrikt
Malmö Läns Landsting

Min syn på primärvårdens FRAMTIDA UTVECKLING

5685

— G Haglund —

Primärvårdens framtid är ingalunda problemfri. Detta gäller såväl primärvården som organisatorisk bas i sjukvården men också den gamla frågan om roll och identitet hos läkarna i primärvårdens organisation.

Organisation och funktion är varandras förutsättning. Osäkerhet i det ena avseendet grumlar konturena i det andra.

Diskussionerna genom 60- och 70-talen om vårdcentralen har nu uppnått den realism som håller för en fortsatt utveckling och utbyggnad. Men en del misstag har gjorts.

De stora vårdcentralerna med 10 till 15 läkare har ofta visat sig inte motsvara de sjukvårdspolitiska kraven och allmänhetens förväntningar. De mindre vårdcentralerna med 5-7 läkare har visat sig bättre motsvara kraven. Men även med dem gjorde man misstaget att tanklöst och säkert oavsiktligt förbise de gamla 1-läkarenheternas fördel: närheten och kontinuiteten, miljö- och familjekännedom. Man byggde i vårdcentralerna in mera och differentierade kunskaper, mer välskolad personal och bättre utrustning. Men detta vägde för patienterna lätt mot den distans och otillgänglighet som följde av tidsbeställningsrutiner, vårdplanering och väntelister.

Jag hoppas i framtiden att vårdcentralerna skall fungera som sammanförda 1-läkarstationer med allt bättre gemensamma resurser men utan att förlora närheten till människorna och deras miljö och livssituation.

Detta i sin tur kommer att kräva nya spelregler för allmänläkarna. Ansvaret för hälsotillståndet i distriktet är egentligen en mera maktpåliggande uppgift än man vid först påseendet tänker sig. Ingen yrkesgrupp kan bära detta i egen kraft med eget kunnande.

Det s.k. "lagarbetet" behöver synas mera kritiskt i sömmarna. Dess fördelar bygger på alla medarbetares vilja, respekt och psykologiska förutsättningar till ömsesidig stimulans och ansvar. Ännu så länge är det mest en myckenhet pratande utan mycket substans. Kunskaper och medvetenhet om krafterna i ett lagarbete kommer inte av sig själv.

Redan i grundutbildningen borde tillfälle erbjudas till träning och förberedelse för det speciella ansvar som allmänläkaren har i primärvårdens arbete för det allmänna hälsotillståndet.

Denna uppgift kan aldrig fullföljas om å andra sidan allmänläkaren tappar fotfästet i sitt medicinska kunnande. Endast förvärvade och utvecklade kunskaper kan

han göra förblivande nytta i samarbetet med andra. Därför behöver vi en snabb utveckling av vårdcentraler med utrustning, personal och kompetens för att ta på sig ansvaret för utbildningen i primärvården.

Det synes bli allt klarare att allmänläkarens utbildning i större omfattning bör ske inom primärvården. Det stora hindret är bristen på kompetenta lärare och institutioner. Ingen annan än sjukvårdshuvudmännen kan undanröja detta hinder snabbt nog.

Hoppet om huvudmännens vilja att sätta allvar och handlingskraft bakom sina många löften om "satsning på öppen vård" kan ännu en kort tid hållas vid liv. Men inte särskilt länge. Många av oss har nu lyssnat på det talet i 15 år, och vi väntar fortfarande. Man kan inte undandraga sig det politiska ansvaret för en jämnare och rättvisare fördelning av de tjänster som alla behöver.

Vissa verksamhetsområden i sjukvården har alltid visat sig svårare än andra att rekrytera och utveckla. Vilka det är kan inte vara så svårt att urskilja. Men det kräver politiskt mod att genomföra de rätta åtgärderna för att låta primärvården komma till sin rätt och utveckla sina möjligheter i samhällets och sjukvårdens tjänst.



LULEÅ LASARETT I BÖRJAN AV 1900-TALET



ALLMÄN MEDICIN

— en begreppsanalys —

5686

Troligen kommer bortåt en tredjedel av alla läkare i Sverige att i framtiden vara verksamma som allmänläkare. Allmänmedicinens innehåll och utformning, dess plats i grundutbildning och specialistutbildning av läkare, allmänmedicinen som forskningsområde, har därigenom alltmer kommit att diskuteras och även ifrågasättas.

Det har därför blivit allt angelägnare att ge en konkret ämnesbeskrivning av ämnet allmänmedicin som fö sedan år 1969 finnes företrätt bland Läkarsällskapets vetenskapliga sektioner. Helt nyligen har man inom styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin utarbetat ett förslag till begreppsanalys av ämnet allmänmedicin, dels som vetenskaps- och kunskapsområde och dels som verksamhetsområde. Man anger beträffande allmänmedicin som vetenskapsområde följande:

Kunskap om det inflytande som hereditära, fysiska, psykologiska och sociala faktorer har på befolkningens hälsotillstånd, samt kännedom om möjligheten att påverka miljön i det avgränsade ansvarsområdet.

Kunskap om hälsoupplivningsverksamhet riktad såväl mot enskilda individer som grupper av individer.

Kännedom om sjukdomspanoramat i primärvården inkl. sannolikheten för olika sjukdomars förekomst.

Kunskap om de vanliga sjukdomarnas naturalhistoria. En viss epidemiologisk färdighet applicerad på det egna ansvarsområdet.

Kunskap om befolkningens uppfattningar av hälsa och sjukdom och den inverkan som olika samhällsförhållanden har på denna uppfattning. Kännedom om hur befolkningen utnyttjar vårdapparaten.

Kunskap om tidsfaktorns betydelse som ett diagnostiskt och terapeutiskt instrument. Färdighet att arbeta problemorienterat och med sammansatta problem där såväl fysiska som psykologiska och sociala faktorer beaktas både vid diagnos och terapi. Färdighet att värdera de vaga eller diffusa symtom och att rationellt använda disponibla resurser vid dessa tillstånd liksom att vid dessa tillstånd kunna göra en prognostisk bedömning.

Kunskaper om primärvårdens metoder och förutsättningar att inom ramen för ett vårdprogram eller andra givna resurser handlägga olika sjukdomstillstånd.

Kunskap om omvårdnadsarbete i primärvården såväl för patienter i hemmet som på vårdavdelning.

Kunskap om hur de personliga relationerna inom familjen eller gruppen kan framkalla ohälsa och förändra symtombilder. Förmåga att sätta sig in i patient-situationer för att successivt bygga upp en god patient-läkarrelation. Insikt i att detta är en av förutsättningarna för de långsiktiga vårdansvaret och att det har stor betydelse för såväl diagnostik som terapi.

Kunskap om egenvården.

Kunskap om olika yrkesgrupper i primärvården samt färdighet att samarbeta i primärvårdens olika vårdlag. Överblick över hela vårdapparaten med möjlighet till optimalt utnyttjande av specialiserad vård.

Kunskap om lagstiftning och författningar av betydelse i primärvården.

Kunskap om allmänmedicinens speciella forskningsområden och forskningsmetoder.

Beträffande verksamhetsområdet allmänmedicin anges följande:

Allmänmedicinsk verksamhet — allmänläkarvård — är en organisationsform där läkaren ges ett primärt hälsoansvar för en grupp människor.

Verksamheten kännetecknas av närhet och kontinuitet. Det primära hälsoansvaret kan i olika vårdorganisationer omfatta speciella grupper av individer t.ex. befolkning i ett läkardistrikt, de anställda inom ett företag, eleverna vid läroanstalter, patientgrupper knutna till praktiker o.s.v. I vissa länder har allmänmedicinens ansvar fokuserats på den primära gruppen — familjen — och dess hälsoproblem och stundom användes beteckningen familjemedicin för att beskriva allmänläkarens verksamhet.

Planläggning och genomförande av olika hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och sjukdomsuppspårande åtgärder ingår i allmänläkarens verksamhet.

Allmänläkaren arbetar problemorienterat och tillämpar en helhetssyn på individers och grupper hälsoproblem, som ofta orsakats av sammansatta medicinska, sociala och psykologiska faktorer. Kraven på vardkvalitet och effektivitet innebär att allmänläkaren i många fall måste samverka med andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet samt med socialvården.

Allmänmedicinsk verksamhet innebär en primär läkarkontakt för vårdsökande med sjukvårdsproblem inom alla kliniska

ämneselement. Sjukvårdsinsatserna inriktas främst på de vanligaste sjukdomarna som kräver specialiserad vård.

Allmänläkaren samarbetar med specialister i omhändertagandet av såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd och svarar för efterkontroll när specialistvård ej längre är erforderlig.

Sjukdomspanoramat i allmänmedicinsk verksamhet skiljer sig i vissa avseenden från sjukhuskliniken. Den kvantitativa fördelningen är annorlunda och lindriga sjukdomstillstånd dominerar över svåra och livshotande tillstånd.

Ett konkret exempel är magsårssjukdomen där allmänläkaren till övervägande del handhar fall med gastritbesvär och okomplicerade magsår, medan sjukhusspecialisten har en relativt stor andel avancerade magsår med komplikationer.

Symptombilderna hos allmänläkare skiljer sig från dem man finner i sjukhusmaterial. Tidiga symtom är vanliga och ofta har patienten diffusa, eller maskerade symtom. Vanligast är även att allmänläkaren får handlägga patienter med tung sammansatt social och medicinsk problematik.

De tekniska resurserna inom allmänläkarvården är begränsade i förhållande till sjukhusvården. Inom diagnostiken används ofta enkla metoder som ger snabbt svar och kan användas för en första orientering vid utredning av olika sjukdomar och för screeningändamål.

Personal inom allmänmedicinsk verksamhet arbetar ofta i vårdlag av tillfällig eller permanent karaktär. Vårdlagen kan vara distrikts- eller kommunbaserade för att öka kontinuiteten. Exempel på verksamheter där vårdlagsarbete fått en ökad betydelse är hemsjukvård, barn- och äldreomsorger samt missbrukarvård.

Ingvar Krakau

Fotnot: Utformningen av den begreppsanalys av Allmänmedicin, som presenterats ovan, har tillkommit genom kontinuerliga diskussioner inom och utom SFAMs styrelse under lång tid. Bland dokument som legat till grund för denna skrivning skall skärskilt nämnas den s.k. Leeuwenhorts-deklarationen från 1974 och den just nu aktuella AGA-rapporten från NLV.

Denna begreppsanalys kommer även att presenteras vid årsmötet för SFAM, nu i dec -80.

GRÄVANVISNINGAR I LITTERATUREN

— Bo Haglund —

Översikter om hälsoarbete och
preventioner på svenska är ännu
sparsamma.

Allmänna översikter om hälsoläget
i Sverige finns i:

1. Inghe G:
Socialmedicin 2. Den sociala miljöns betydelse. Scandinavian University Books: Köpenhamn 1976..
2. Carlsson G o a:
Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Liber, Stockholm 1979, 228 s.

Primärvårdens innehåll och utveckling
finns beskrivet i:

3. Primärvård — innehåll och utveckling:
Spri S 101 1978, 109 s.
4. Hälsopolitik i praktiken:
Landstingsförbundet 1979, 37 s.
5. Primärvård i glesbygd:
Utgiven i NU-serien gemensamt av Nordiska ministerrådet och kan beställas från Nordiska rådets presidiesekretariat, Tyggatan 7, Box 19506, 104 32 Stockholm, 162 s. Boken innehåller bland annat en diskussion om primärvårdsbegreppet av Hannu Vuori. Den avslutas med en litteraturförteckning som baseras på en databaserad litteratursökning. De flesta arbeten som kom ur sökningen är av deskriptiv epidemiologisk karaktär, dvs de beskriver vissa morbiditetsdata inom de norra delarna av Finland, Sverige och Norge. Ett mindre antal arbeten och undersökningar behandlar primärhälsovård i glesbygd.
6. Tibblin Gösta:
En bok om vård, Askild & Kärnekull 1980, 135 s.

Handledning för distriktsläkare som
vill undersöka hälsoproblem
i sitt distrikt utgör:

7. Diderichsen F, Janlert U:
Grävanvisningar. Stencil. Socialmedicinska institutionen. Forskningsenheten i Luleå, Storstigen 22, 951 00 Luleå.
8. Spri-rapport 14/79:
Hälsoproblem i ett landsting — ett planeringsunderlag, 121 s. Boken ger en beskrivning av registerdatas möjlighet vid kartläggning av hälsoförhållanden i kommuner eller landstingsområden.

Inom engelskspråkig litteratur utgör
9 - 12 goda översikter av primärvårdens
ideologi:

9. Hodgkin K:
Towards Earlier Diagnosis In Primary Care. Forth Edition. Churchill Livingstone London 1978, 623 s.
10. Kapiro Leo:
Primary Health Care in Europe, utgiven i EURO Reports and Studies no 14 från Regional Office for Europe WHO Köpenhamn 1979, 41 s.

11. Lalonde Mark:

A new Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Ottawa april 1974, 76 s. Finns sedan i juni på svenska i stencilversion. Socialstyrelsens h-nämnd.

Mark Lalonde var hälsovårdsminister i mitten av 70-talet i Canada. Han slår fast i boken att vi saknar en begreppsapparat som är heltäckande vid diskussion om hälso- och sjukvårdsproblem. Lalonde lanserar ett eget begrepp. Health field concept (hälsoområde). Om man analyserar som Lalonde gjort sjukdomars och dödsfalls orsaker och bakomliggande mekanismer och ser till vilka faktorer som påverkar en nations hälsa finner man att de är fyra till antalet:

- a) humanbiologin (human biology)
- b) pmgivningen (environment)
- c) livsstil (life style)
- d) sjukvårdsorganisation (health care organisation)

12. Newell K W:

Health by the people. WHO Geneva 1975, 206 s.

Introduktionsböcker i
epidemiologi utgör:

13. Barker BJP, Rose G:

Epidemiology in medical practice. Second edition. Churchill Livingstone Medicine Text, London 1979, 152 s. Denna bok är en pärla som ger beskrivning av sjukdomar på kommunnivå och hur man skall kartlägga dem.

14. Abrahamson J H:

Survey methods in community medicine. Second edition. Churchill Livingstone, Edinburgh 1979, 229 s. En praktisk handledning i undersökningsmetoder vid enkäter, intervjuer.

15. Lilienfeld Abraham M:

Foundations of epidemiology. Oxford University Press, New York 1976, 282 s. En utmärkt översikt bok över epidemiologiska problem.

16. Muir Gray J A:

Men against disease. Preventive Medicine, Oxford University Press, Oxford 1979, 192 s. Boken ger en utmärkt översikt över möjliga vägar till prevention och av de vanligaste sjukdomarna i västvärlden.

Samhällsmedicin finns
redovisad i:

17. Kark Sidney L:

Epidemiology and community medicine. Förlag: Appleton-Centry-Crofts, A publishing division of Prentice-Hall Inc., New York 1974, 470 s. En litet större bok om samhällsmedicin med en mer utvecklad diskussion om hälsorelevanta kommunkaraktäristiska. (Community determinants of health and disease).

18. Lathem W och Newberry A:

Community medicine, teaching research and health care. Förlag: Appleton-Centry Crofts, Educational division/Meredith corporation, New York 1970, 342 s. Boken är en sammanställning av diskussioner och föreläsningar vid en konferens i Italien 1968 om samhällsmedicin. Den innehåller bl a en mycket intressant diskussion om skillnaderna mellan klinisk medicin och samhällsmedicin av Joe D Wray: Under graduate and graduate education in community medicine.

En översikt över olika metoder att
mäta hälsa med en god beskrivning av
n situationen i Europa finns i:

19. WHO Regional Publications European Series No 7:

Measurement of levels of health. WHO Regional Office for Europe, Köpenhamn 1979, 456 s.

Det finns mycket att lära från erfarenheter i tredje världen. Klassiker är:

20. King Maurice:

Medical care in developing countries. Oxford University Press 1966. Den här boken har sedan den kom ut i första upplagan i början av 60-talet räknats som "bibel för hälso- och sjukvårdsutveckling i tredje världen". Det mesta av innehållet kan fortfarande omsättas även för västerländska förhållanden. I diskussionen om primärvård och samhällsmedicin utgör den fortfarande en djup brunn att ösa ur.

21. Morley D:

Paediatric Priorities in the Developing World Butterworths, London 1975, 470 s.

Slutligen två
korta översikter:

22. Hellberg J H:

Community health ant hte church, World Council of churches, Geneve 1971. Kan beställas från Christian Medical Commision, World Council of Churches, 150 Route de GERNEY, Geneve, Schweiz, 74 s. Denna lilla skrift utgör en utomordentlig sammanställning av samhällsmedicinskt vetande framför allt vad gäller problem i tredje världen. Det mesta är också applicerbart för våra diskussioner om primärvårdsutvecklingen i Sverige.

23. Heller Tom:

Restructing the health service. Croom Helm. London 1978, 114 s. En bok som diskuterar behovet av att den framtida hälso- och sjukvården allt mer måste inrikta sig på kommunens sjukdomspanorama och åtgärder gentemot detta.

* *

Rosergarten



hjälp oss med VÅRDPROGRAMMEN

LB 00 734

Min tro är att vårdprogramarbetet utgör en viktig sprängbräda för att utveckla ansvar och kunskap inom primärvården.

"Vårdprogrammen är en systematisk sammanställning av handlingslinjer för den medicinska verksamheten, vilka skall kunna vara vägledande för all berörd personal".

"Vårdprogrammets övergripande syfte är att tjäna som ett stöd i det löpande arbetet och vara hjälpmedel i fortlöpande utbildning och metodutveckling".

Inom Spri arbetar f.n. en expertgrupp med uppgiften att initiera lokalt vårdprogramarbete inom problemområden av stor betydelse för primärvården. Inom denna expertgrupp vill vi ha Din medverkan med följande två uppgifter:

1. Insamling av alla skrivna lokala vårdprogram och/eller överenskommelser om behandlingsrutiner.

Den kan vara allt från små halvsides-P.M. till större detaljrika arbeten.

Inom Spri har man redan samlat många sådana program, men de kommer framför allt från slutenvårdens kliniker. Påfallande få har utgått från allmänläkarenheter. Sänd Ditt alster! Adress — se nedan.

2. Spri:s expertgrupp har beslutat att sända ut en förfrågan till samtliga landsting om de är villiga att tillsammans med Spri satsa resurser på ett lokalt vårdprogramarbete (både utveckling och drift) inom följande områden:
Örsprång hos barn
Åderbråck och bensår
Ledvärk — speciellt ledgångsreumatism
Gallstensbesvär
Astma — bronkit — emfysem
Slaganfall
Smärtor i halsryggen
Smärtor i ländryggen
Kärlkramp i hjärtat
Alkoholmissbruk.

Vi söker nu förutom det intresserade landstinget även intresserade allmänläkare, som är villiga att delta i ett intressant utvecklingsarbete. Vi ber därför att Du dels hör av Dig till Ditt landsting, som har fått nämnda förfrågan, dels hör av Dig till oss, antingen som intressent eller bara för att få vidare information.

Oss — det är antingen Kjell Agnhage, Spri, Box 27310, 102 54 Stockholm, eller undertecknad, distriktsöverläkare Christer Gunnarsson, Hälsovårdscentralen, Nygatan 12, 891 00 Örnsköldsvik.

Christer
Medlem i expertgruppen

”Se verkligheten”

LB 00 695

Med utgångspunkt från debatten om "Husläkarpropositionen" mellan Björn Tibell och Göran Sjönell i SFAM-nytt 2/3 har vi följande inlägg. Dr Nils-Riber Blume ger några korta exempel på hur allmänläkare organiserat sin verksamhet i andra länder.

Vidare vill han slå vakt om den intermedicinska utbildningen för blivande allmänläkare.

Organisation av vårdcentraler har under många år diskuterats i B.M.J. Som bekant har den inom NHS verkande engelske allmänläkaren möjlighet att fritt välja mellan ensam- och gruppraktik. Det förefaller som att man som regel grundar centralen på uteslutande allmänpraktiker, men gärna ser att någon eller några inom gruppen av personligt intresse bygger på grundutbildningen med tex pediatrik, obstetrik m fl. Därigenom kommer samtliga att deltaga i primärvård och jourtjänst, rycka in för varandra vid semester eller sjukdom, samtidigt som alla kan utnyttja de specialkunskaper, som finns inom gruppen. Vid behov remiss till specialist (consultant) knuten till närmaste sjuk-

hus men tillgänglig även för hembesök på centralen.

I Kanada där det finns en stark och aktiv praktikerstam bildar man också värdenheter i privat regi. Även där är samtliga läkare tjänstgörande som allmänpraktiker, men läkaren med kirurgutbildning kan operera med hjälp av kompetent narkosläkare. I mellanvästern med glesbygder och långt till sjukhus, snöhinder på vintern etc fyller denna verksamhet ett stort behov. Av den som vill vara medlem av the Royal College of Family physicians är regelbunden vidareutbildning ett måste, minst vart annat år. Vinterklimatet anses utesluta den flygburne läkarservis som Australien erbjuder.

Till sist: intermedicin är all läkarvårds moder och bör inte skäras ned. Om man varvar utbildning i öppen vård med sjukhustjänstgöring, kommer man underfund med vilken utbildning man saknar och därför bättre utnyttja sjukhusutbildningen. Detta underlättar samarbetet mellan primärläkarna och sjukhusen, inte minst lär man sig vilka resurser som står till förfogande för läkare och patient. Trots den stora skillnaden mellan vård utövad av läkare på fältet och av sjukhusläkaren äro båda parterna delar av samma kaka: sjukvården i dess helhet.

Göteborg den 17/10 1980
Med vänliga hälsningar
Nils-Riber Blume

UTBILDNING – KURSER

1. Den andra nordiska kongressen i allmänmedicin kommer att hållas i Bergen den 17-20 juni 1981. Ämnesområdet kommer liksom vid den första kongressen i Köpenhamn att vara omfattande och spänna över olika områden: , forskning, forskningsmetoder, forskningsutveckling inom primärvården i Norden, utbildning, vidareutbildning och efterutbildning, metod, pedagogiska system, obligatorium etc. Vidare kommer en öppen avdelning för fria föredrag att finnas vid kongressen.

Inbjudan till kongressen kommer att skickas ut till samtliga allmänläkare i Sverige. Förfrågningar om det vetenskapliga programmet vid kongressen kan göras till Göran Sjönell, distriktsläkare, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

2. Urinvägsinfektionskurs. SFAM har hittills hållit tre uvi-kurser. Efterfrågan på kursen har varit stor och på grund av att denna efterfrågan kvarstår kommer en 4:e kurs att anordnas den 5:e och 6:e februari 1981 i Uppsala. Närmare information om denna kurs kommer att utsändas till samtliga medlemmar i SFAM.

3. Kurs i primärvårdsgynekologi, särskilt klimateriologiska problem, kommer preliminärt att hållas i SFAM:s regi den 2:a och 3:e april 1981 i mellansverige. Närmare information om denna kurs kommer att utsändas till samtliga medlemmar i SFAM.

Göran Sjönell



HOKUSPOKUS: HOMUNCULUS

Den pseudovetenskapliga medeltidens alkemister försökte förgäves skapa mänskligt liv i sina laboratorier. I Faust skildrar Goethe en scen där Fausts medhjälpare Wagner (ovan) tillverkar en homunculus, en liten människa, i en glasretort.

BOKRECENSION

FRISKVÅRD OCH HÄLSOUPPLYSNING PÅ ARBETSPLATSER, i socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning. Reportage: Anders Lugn, Liber förlag, sidor, 1980. ISBN 91-38-05735-2

Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning presenterar i en mycket lättillgänglig bok vad man inom den privata och offentliga sektorn gör beträffande friskvård och hälsouppllysning. För att åskådliggöra detta hälsoarbete har man låtit 13 helt olika arbetsplatser presentera sina hälsoprogram.

I bokens inledningskapitel kommenterar LO, TCO, SAF och Företagläkarföreningen friskvård och hälsouppllysning på arbetsplatser. Samtliga ställer sig positiva till denna typ av verksamhet men gör samtidigt ett mycket viktigt påpekande, nämligen att dessa aktiviteter ej får sätta sin som kompensation för en dålig arbetsmiljö. Insatserna för friskvård skall istället hela tiden relateras till arbetsmiljön och den sociala miljön.

Boken spänner över ett vitt fält av olika slags hälso- och friskvårdsaktiviteter. När hälsoarbete diskuteras kommer man förr eller senare oundvikligen in på alkoholproblem. I bokens inledningskapitel presenteras kort alkohol- och narkotikaområdet – ALNA-rådet – som är ett samarbetsorgan för arbetsmarknadens parter i Stockholms län. Målet för ALNA-verksamheten är att förhindra utslagning pga av missbruk, samtidigt som man kräver nykterhet på arbetsplatsen. I två intressanta kapitel låter man sedan två företag – Aftonbladet och ett tryckeriföretag – beskriva hur de med hjälp av ALNA-kommitteer arbetar med alkoholfrågor. Bl a säger en representant för tryckeriföretaget att "ansvaret för missbrukarna har lämnats till en grupp experter, så att icke missbrukarna slipper ta något ansvar" – "ett av målen med vår verksamhet är att få alla att ta sitt ansvar".

Vad som också framgår av de olika referatena är hur varje arbetsplats helt utifrån sina förutsättningar och personalens önskemål bedriver friskvård. Man finner också hur arbetsplatserna helt olika definierar friskvård och hälsouppllysning; bl a säger Rank Xerox att "friskvård måste marknadsföras som allt annat".

Inom Trygg Hansa menar man att "friskvård är allt som får människor att må bättre fysiskt och psykiskt". Man har därför allt från idrotts- och konstföreningar till kurser för blivande pensionärer – "är med innehåll".

På Skandia har startats rökavvänjningsgrupper, på Stadshälsan i Östersund hälsokontroller med individuellt anpassad hälsoinformation och vid Saab-Scania har en hälsoprofil utvecklats. Vidare har man i Järfälla kommun startat smågrupp-

er i syfte att upptäcka bröstcancer bland kommunens kvinnliga anställda. Viktiga och tänkvärda synpunkter på motion i alla dess former kommer slutligen från Mo & Domsjö.

Trots att kanske några avsnitt är väl tunna vill jag ändå rekommendera nu nämnda bok. Den bör kunna utgöra ett fint diskussionsunderlag samt uppslags- och idegivare när man vill hitta en inkörsport till att ett samarbete skall ta form mellan vårdcentral och en kommuns olika arbetsplatser och även mellan vårdcentral och företagshälsovård.

Anders Andren

Utredare vid hälsovårdsenheten i Skövde

MEDICINSK KORRESPONDENS

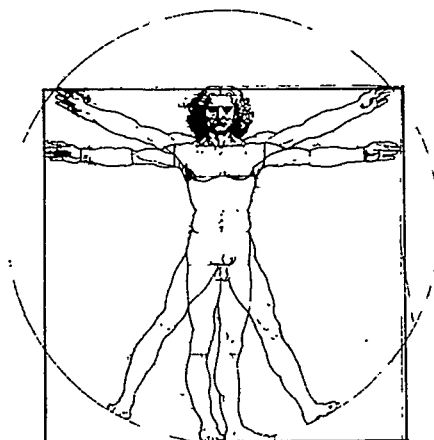
Under denna rubrik kommer vi fortsättningsvis att presentera artiklar och brev, som belyser eller tar upp medicinska fakta eller frågeställningar av intresse för allmänläkare.

MEKANISK RENGÖRING PROFYLAX MOT URINVÄGSINFEKTION?

Det är sedan länge känt att sexuell aktivitet har betydelse för uppkomsten av vanliga nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor. På senare tid har en del kvinnliga patienter givit mig anledning att tro att mekanisk rengöring av uretra genom vattenkastning efter samlag kan minska risken för recidiv i urinvägsinfektioner. Jag undrar nu om någon av kollegorna känner till något vetenskapligt arbete som stödjer detta antagande eller om någon under någon längre tid beaktat dessa möjligheter och på så sätt har en grundad personlig uppfattning.

Vårdcentralen i Gammelstad, 1980-10-20

Kenneth Widäng
distr läkare





Skaraborgs läns landsting
Sjukvårdsstyrelsen

PRIMÄRVÅRDEN I SKARABORG

Skaraborgs län har gjort sig känt för en målmedveten satsning på primärvård. För närvarande förverkligas planerna på en väl utbyggd primärvård i varje kommun. Det förebyggande arbetet är under kraftig utveckling liksom hemsjukvården.

Den nya primärvården

I uppbyggnaden av primärvården har allmänläkaren en nyckelroll. I Skaraborgs primärvård får också allmänläkararbetet ett vidgat innehåll. Den nya allmänläkarrollen i Skaraborgs län innebär bl. a. följande:

- en allmänläkare per 1.500–2.000 invånare
- primärt ansvar för sjuk- och hälsovård i den egna kommunen
- ansvar och tillsyn inom hemsjukvården
- tillgång till specialistkonsulter ger möjlighet till gemensamma bedömningar och ökat omhändertagande på lokal nivå
- resurser ställs till förfogande för forskning och utveckling bl. a. inom den förebyggande hälsovården

I höstas fattade dessutom landstinget beslut om att efter hand decentralisera sin politiska och administrativa ledning till primärvårdsnivå. För distriktsläkarna innebär detta, att man för kortare och snidigare vägar till beslutsfattarna samtidigt som man avlastas en del administrativa uppgifter.

Bra läge

Skaraborgs län är länet mellan Väner och Vättern. Kommunikationerna till länet är mycket goda. Med västra stambanan, som passerar genom länet, kan man nå Stockholm på 3 tim. och Göteborg på 2 tim. E3 passerar genom länet.

God boendemiljö

Befolkningen är spridd på många orter och avstånden är korta. Vi kan erbjuda bostad i en god miljö till rimliga priser och en väl utbyggd samhällsservice med skolor, daghem etc.

Säregen natur

Den skaraborgska naturen har det mesta att erbjuda: innanhaven Väner och Vättern, "norrländsk" storskog i Tiveden, "skånska" slättlandskap och de alldeles egna platåbergen med sin unika fauna.

BESTÄLL VÅRA BROSCHYRER!

Man kan inte få med all information i en annons. Därför skickar vi dig gärna våra broschyrer "Primärvården i Skaraborg" och "Att arbeta och bo i Skaraborg" för att kanske senare få träffa dig och berätta mera om primärvården i Skaraborgs län.

Ytterligare upplysningar lämnar:

- blockchef Anders Fex, tel. 0501/170 00
- distriktsöverläkare Olle Lyngstam, tel. 0500/105 00,
- personalass. Kjell Pettersson, tel. 0501/620 00

Härmed beställes informationsbroschyerna

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Sjukvårdsstyrelsen
Box 407
542 01 Mariestad

Frankeras ej.
Landstinget
betalar
portot

Skaraborgs läns landsting

Sjukvårdsstyrelsens kansli
Box 407
542 01 MARIESTAD

Svarsförsändelse

Kontonummer 10756005
542 01 MARIESTAD