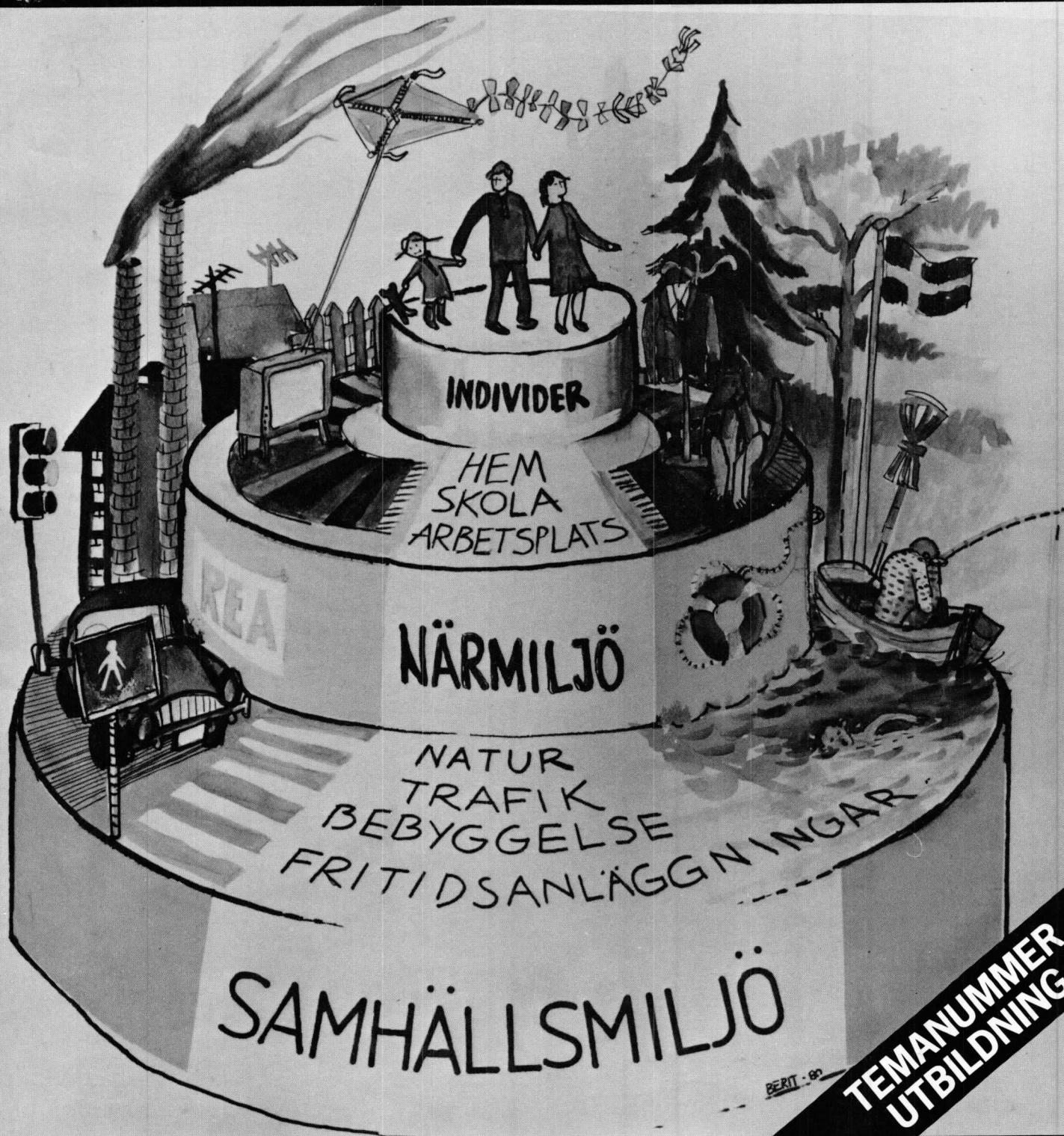


SFAM nytt

Nr 2 1981 · NYTT FRÅN SVENSKA FÖRENINGEN FÖR ALLMÄNNEKÄNDIS



TEMANUMMER
UTBILDNING



Fiberform

TARMREGLERANDE MEDEL

Framställt av vetets skaldelar. Sockerfritt!



Fiberform är ett naturmedel som ej har genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Fiberform framställs i en helt ny svensk process, som ger en produkt med mycket hög fiberhalt och obetydligt med metallbindande fytinsyra.

Fiberform är fullständigt näringsdeklarerat, helt fritt från socker och dokumenterat vid förstoppning.

DOSERING

Vuxna: 1 dos (3,5 g) 2-3 ggr dagligen.

Barn: 1/2-1 dos (2-3,5 g)
1-2 ggr dagligen.

BRUKSANVISNING

Strö Fiberform på t ex filmjolk, yoghurt, müsli eller gröt. Man kan också strö Fiberform på fast föda under förutsättning att man dricker minst 1/2-1 glas av någon dryck till måltiden. Fiberform, som är helt smaklöst, kan även utröras i vatten, juice eller annan dryck. Man bör alltid ta en dos på morgonen.

Används retande laxermedel kontinuerligt bör Fiberform sättas in parallellt under tre till fyra veckor. Därefter är det möjligt att trappa ner dosen av det retande laxermedlet. Tarmen får på så sätt en möjlighet att träna upp sin normala funktion.

TVÅ PRAKTISKA FÖRPACKNINGAR

Dosburk 240 g med 68 doser.
Kostar 26.50.

Endosförpackning i kartong med 100 dospåsar om 3,5 g. Kostar 41.50.

FIBERFORM SÄLJS PÅ APOTEK

Fiberform kostar hälften så mycket som vanliga bulkmedel per dos.

Tricum

*Ett innovationsföretag
inriktat på egenvård och sjukvård.*

Tricum AB, Box 14, 26301 Höganäs,
Tfn 042-311 15

Jag vill ha information om Tricum och

- ☐ Fiberform
☐ Prov på Fiberform

Namn _____

Institution _____

Adress _____

Postnr _____ Postadress _____

Periodisk tidskrift för Allmänmedicin.
Ansvarig utg. Ingvar Krakau
Medicinsk red. Bo Haglund, Hälsovårds-
 enheten, Kärnslukhuset, 541 85 Skövde.
Huvudred. Magnus Eriksson.
Adress: SFAM-NYTT c/o M Eriksson,
 Repslagareg. 3A, 951 35 Luleå.
Annonsred. Göran Sjönell,
 Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66,
 113 27 Stockholm.
Prenumerationsavgift: 50:- år.
 För studerande: 25:- år.
 (Prenumerationsavgiften ingår i medlemsav-
 giften till Sv. Förening För Allmän Medicin.)
 Tidningen utkommer med ca 4-6 nr/år.
 Prenumerationsavgift inbetalas på postgiro
 65 59 74-4, Svensk Förening För Allmän
 Medicin - ange att avgiften avser prenume-
 ration.
 ISSN 0349-4772.
Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1981.

Redaktionell kommentar

SFAM-NYTT har fått ett nytt ansikte.
 Detta beror på att vi från och med num-
 mer 2 1981 flyttat över sättning, tryck-
 ning och distribution av tidningen till
 Skövde.

Avsikten är att vi genom fasta medar-
 betare på produktionssidan skall kunna
 få fram en bättre tidning. Vi har också
 genom överflyttningen kunnat bygga
 upp nya rutiner vid framställningen. En
 sådan rutin är att vi nu kan sända ut kor-
 rekturavdrag till författare för kommen-
 tarer. Detta kan tyckas vara en självklar-
 het, men det har tidigare vållat oss stora
 bekymmer.

Framställningen av ett nummer från
 manusstopp tar ungefär fyra månader.
 Nummer 3 som kommer att vara ett
 temanummer om led- och muskelsjuk-
 domar beräknas utkomma i början av
 juni. Manusstopp för höstens nummer
 är 9/6 (nummer 4), 3/8 (nummer 5) och
 15/9 (nummer 6).

REDAKTIONEN

Ledare: Att lära allmänmedicin. <i>Bo Haglund</i>	20
Föreningsnytt	20
Allmänmedicin - begreppsanalys modell AGA. Utdrag från AGA-rapporten	23
Allmänmedicinska moment i grundutbildningen av läkare. <i>Leif Svanström</i>	26
Allmänmedicin i Umeå. Uppbyggnad av allmänmedicin i Umeå. <i>Anders Lindman, Göran Westman</i>	29
Inlärnin g och undervisning. <i>Hans Freij d</i>	31
Om undervisningen i allmänmedicin i Umeå. <i>Bengt Mattsson, Göran Westman</i>	32
Forskning i primärvård, basen för planering och utbildning. Vår erfarenhet i Dalby sedan 1968. <i>Åke Nordén</i>	36
Samhällsmedicinska fältarbeten under läkares grundutbildning <i>Inge Dahn, Bertil Hanson, Mogen Hey, Leif Svanström</i>	38
Primärvårdsundervisning under läkarnas grundutbildning i Lund-Malmö-regionen. <i>Mogens Hey</i>	40
Sosialmedisin i allmennpraksis. <i>Ida Hydle</i>	42
Utbildningserfarenheter från allmänmedicinenheten vid Sollentuna vårdcentral. <i>Anna-Karin Furhoff</i>	43
Handledarkursen i Hjo. <i>Lennart Råstam</i>	44
Allmänmedicin som obligatorisk NLV-kurs. <i>Bengt Linder</i>	45
Kurs i allmänmedicin för kursgivare. <i>Gustav Haglund</i>	46
Mälardalens distriktsläkarklubb - en presentation. <i>Sven Kullman</i>	46
Läkemedelsindustrins roll i utbildningen. Hur samverka? <i>Bengt Järhult</i>	47
Utbildning som förändringsinstrument av allmänläkares läkemedelsförskrivning. <i>Staffan Bodén, Leif Svanström</i>	49
Samhällsmedicin i Norden. Något om Nordiska Hälsovårds- högskolan i Göteborg. En tvärfacklig högskola för folkhälso- vetenskap. <i>Bo Haglund</i>	51
Recensioner	54

Att lära allmänmedicin

"much of our current confusion and conflicts in medical education and health care may well be the result of an illogical and unwise division of a complex social system into segments such as services, education and research" (1)

Två vetenskapliga traditioner möts i allmänläkarens/distriktsläkarens vardagsarbete (tabell 1).

Tabell 1. Grundvetenskaper för samhälls- eller allmänmedicinsk kunskapsutveckling (2)

Kliniska medicin	Samhällsmedicin
Anatomi	Beteende- och socialvetenskap
Biokemi	Epidemiologi/biostatistik/demografi
Mikrobiologi	Sjukdomsförebyggande (prevention)
Patologi	Administrativ vetenskap
Klinisk patologi	Miljövetenskap
Farmakologi	(socialmedicin
Fysiologi	arbets-/yrkesmedicin
	omgivningshygien)

De senaste årens debatt om allmänmedicinens innehåll har kännetecknats av en ökande polarisering mellan företrädarna för de två synsätten som illustreras i tabellen. En konstruktiv synetes har ofta saknats. Utgångspunkten för synteser är verkligheten själv.

I vårt utbildningsnummer påvisas att i allmänläkarens/distriktsläkarens vardag slås automatiskt broar mellan den kliniska och samhällsmedicinska traditionen (3).

En stor del av FV-läkare i allmänmedicin har både i grundutbildning och för närvarande under vidareutbildning huvudsakligen fått kunskap från den kliniska vetenskapstraditionen. Detta är ett problem i konfrontationen med allmänläkarens/distriktsläkarens mångfacetterade och stimulerande vardag. Där behövs mycket kunskap från den samhällsmedicinska traditionen. Denna brist har utlöst kriser för den enskilde. Många läkare under utbildning söker sig ur krisen **fram till en ny identitet**. Andra upplever inte det nya som en utmaning utan föredrar att återvända till den kliniska tryggheten.

Distriktsläkarens villkor har hittills speglats genom specialisternas/klinikernas ögon. Därför har distriktsläkarnas vardagsarbete inte upplevts som en utmaning av fler läkare under utbildning.

En ökning av samhällsmedicinska moment under grundutbildningen utgör förutsättningen för en förändring på sikt.

De utbildningsexperiment i samhällsmedicin som redovisas i detta nummer pekar på möjligheter till förändring.

Av dagens FV-läkare och distriktsläkare, fångna i den kliniska traditionen, krävs också insikt om morgondagens villkor. Vi är många som hoppas att **obligatoriska NLV-kurser i allmänmedicin och handledarkurser för distriktsläkare** skall åstadkomma detta.

Utbildningsnumret speglar erfarenheter både från grund-, vidare- och efterutbildning.

Vi hoppas att det kan ligga till grund för en debatt i SFAM-Nytt om villkor och möjligheter till en bra utbildning i allmänmedicin. Det är nu vi formar framtidens allmänläkare, nycklarna till en god primärvård.

BO HAGLUND

Litteraturreferenser

1. Noack H (ed): Medical Education and Primary Health Care. (Conference in Berne 1976), Croom Helm, London 1980.
2. Latham W, Newberry A (ed): Community Medicine. Teaching, Research and Health Care. Appleton-Century-Crofts, Educational Division/Meredith Corporation, New York 1970.
3. Hollnagel H, Schnell M, From Hansen P: Brobyggnad mellan klinisk medicin och epidemiologi. Ugeskrift for laeger 141: 2289-2292, 1979.

Förenings nytt

Höstmöte

SFAM:s höstmöte kommer att äga rum 1981-09-17-1981-09-19 med inkvartering i Västerås. Mälardalens distriktsläkarklubb har fått det hedersamma uppdraget att arrangera mötet. Fredagen kommer att ägnas åt **temat egenvård**. Under torsdagen och lördagen räknar vi med ett mera varierande program med tillfälle till studiebesök både i Södermanland och Västmanland liksom tillfälle att diskutera i mindre grupper kring spec angelägna frågor. Programmet är långt ifrån definitivt ännu och för utformningen av det slutliga programmet vill vi gärna höra vad Du som SFAM-medlem skulle vilja ta upp. Vi som står för arrangemangen vill gärna också ha kontakt med dem som har idéer, erfarenheter, undersökningar etc kring frågan egenvård. Välkomna med synpunkter till undertecknad.

För Mälardalens Distriktsläkarklubb
Sven Kullman
Distriktsläkare Vårdcentralen i Tors-
hälla

Vårdcentralen Torshälla
Germundsgatan 39
64400 TORSHÄLLA
Tel. 016/104109

Riksstämma 1981

Allmänmedicinare!

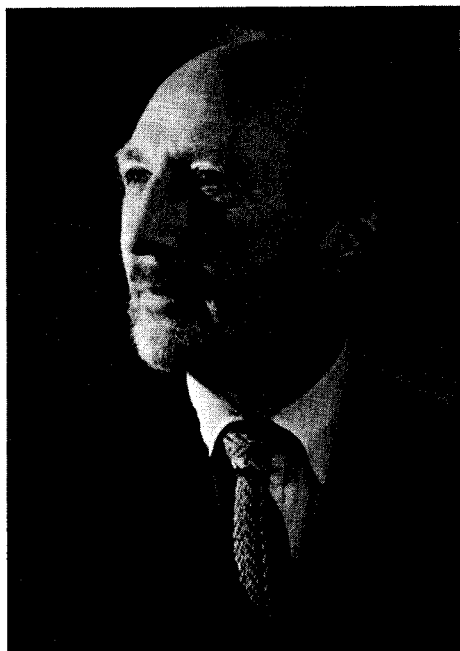
Det är dags att börja planera höstens Riksstämma. Vi önskar därför preliminära förslag till fria föredrag sammanfattade på en A 4-sida före 28 maj (vecka 22).

Vi kommer i år att ha sektionsmötet någon av *vardagarna* under riksstämmeveckan!

Vi kommer i år också att ha *mera tid* för fria föredrag!

Förslagen sändes till Bo Haglund, Hälsovårdsenheten, Kärnslukhuset, 541 85 SKÖVDE.

SFAM:s förste hedersledamot Gustav Haglund



SFAM:s styrelse vill i SFAM-Nytt fram-bära sin hyllning till Dig Gustav. Vi gör det dels därför att Du är vår förste hedersledamot, dels därför att Du i vår avslutar en lång bana som allmänläkare.

Först var Du provinsialläkare i Själevad utanför Örnsköldsvik, sedan distriktsläkare i Dalby och nu senast primärvårdschef i Olofström i Blekinge. Det känns då väsentligt att få berätta om din gärning, inte minst för den stora nya generationen av allmänläkare.

Du har aldrig vilat på dina lagrar utan ständigt prövat nya vägar för att finna lösningar på en stor del av problemen i den svenska primärvården. Du har ständigt sökt ny kunskap som gjort det möjligt att analysera övergripande sjukvårdsfrågor.

Redan på 50- och 60-talet var Du fackligt aktiv och satt i provinsialläkarföreningens styrelse, Läkarförbundets förhandlingsdelegation, dess vidareutbildningskommitté och centralstyrelse. Under några år vikarierade Du även som tjänsteman på läkarförbundet och fick därigenom en god inblick i det komplicerade mönster som påverkar svensk sjukvårdsplanering.

På 70-talet var Du med i NLV:s allmänläkargrupp och även en period dess ordförande. Du har varit allmänmedicinskt vetenskapligt råd i Socialstyrelsen, Du har suttit i läkartidningens redaktionskommitté och bevakat allmänmedicin- och distriktsläkarfrågor. Du har suttit i Apoteksbolagets styrelse och i SFAM:s styrelse där Du även varit ordförande i 2 år.

Alla dessa poster har Du beklätt i kraft av ditt breda kunnande, framför allt om distriktsläkarens arbetsförhållanden. Detta ledde även till att Du tillsammans med Ulf Nicholausson började författandet av Provinsialläkarhandboken sedermera Distriktsläkarhandboken. Det gav dig även möjlighet att delta i Socialstyrelsens utredning, "Principprogram för öppen vård 1968", en milstolpe i svensk öppenvårdsplanering.

I slutet på 60-talet började Du tillsammans med Åke Nordén bygga upp Dalbystationen och utvecklade den till den ledande position den haft i svensk primärvård.

Under alla dina verksamma år i Dalby och i Olofström har du planerat och kämpat på barrikaderna med stor ärlighet och intellektuell skärpa. Du har sökt formerna för undervisning i allmänmedicin, Du har prövat olika vårdlagsidéer, olika jourorganisationer, Du har kämpat för att höja kvaliteten i primärvården. Inte sällan har Du varit tidigt ute och fått stå ensam med dina idéer. Ibland har Du fått ge med dig och erkänna misstag men oftast har Du fått rätt och din trovärdighet har varit stor. Din för svensk allmänläkarvård ovanligt stora internationella kontaktyta har även gett dig perspektiv och styrka.

För att ge SFAM-nyttys yngre läsare ett litet intryck av de visioner Du hade för många år sedan vill jag citera några rader ur ett av dina anföranden om "provinsialläkaren i morgondagens sjukvård". Så här lät det i maj 1970: "trots att dagens ämne avser provinsialläkaren, har jag redan använt benämningen allmänläkaren. Den termen beskriver bäst den roll, vi tilldelats och accepterat, inte genom diktat, utan därför att sjukvården sådan vi känner den, visar upp just behovet av den sortens läkare." – "diskussionen om den öppna vårdens villkor i framtiden gäller oss alla, antingen vi är privatpraktiserande läkare, sk provinsare, företagsläkare, eller har övervägande administrativa uppgifter i öppen vård." – "allmänläkare kommer i framtiden att representera en specialitet bland andra och borde finnas på alla sjukvårdsenheter där sådant behov föreligger. Samtidigt som allmänläkaren samlat sitt kunskapsinnehåll från en mängd olika fack, transformerar han detta kunnande till ett mångsidigt användbart instrument, som passar det föränderliga samhället och den enskilda individ som aldrig låter sig stöpas i de former som

läroboken beskriver honom som. Därför följer en allmänläkare men onda aningar debatten om block och orderlinjer. Vi konstaterar med viss förnöjelse att vi representerar det organisatoriska problem som inte hör hemma i någon sektor eller något block. I själva verket är vi en ganska god imitation av verkligheten i detta hänseende. En del administratörer ger upp och låtsas inte om den öppna vården utanför sjukhus. Andra vill sätta oss in i systemet och låta storebror medicinblocket, psykiatriblocket eller någon annan blocks skepnad dirigera våra avgöranden eller låtanden. Vår entusiasm är mycket sval. Vi vet vart vi har att hämta vårt kunnande och kan förnya det. Vi vet att vetenskaplig utveckling och specialisering går hand i hand och förutsätter varandra. Vi vet också att detta kunnande måste omsättas i praktisk vardagssjukvård i det samhälle där människan fungerar och där har vi andra vårduppgifter som vi skall lösa i medverkan med andra samhällsorgan".

– "Den öppna vården – och det gäller också i specialiserade former – arbetar med andra specifika förutsättningar, hjälpmedel och i samverkan med övriga samhällets vårdorgan, som gör dess självständighet i lednings- och beslutsfrågor till en angelägenhet av största betydelse".

Du har liksom många av oss andra bitert fått uppleva hur långt det kan vara från en idé till praktiskt förverkligande. När Du nu snart slutar som ordinarie primärvårdschef i Olofström är det därför min förhoppning och förvissning att ditt mycket självständiga och framsynta engagemang i allmänmedicinska frågeställningar kommer att ta sig andra både praktiska och ideologiska uttryck. Du måste fortsätta vara allmänmedicinskt banbrytare inte minst inom SFAM-nyttys ram.

Christer Gunnarsson

Basdata för ledning och analys av vårdcentralens verksamhet

Samtidigt som primärvården byggs ut och allmän medicin utvecklas i teori och praktik, har behovet av systematisk kartläggning av vår verksamhet blivit alltmer uppenbar. En sådan kartläggning behövs dels för den "löpande produktionskontrollen", dels för att få information om hälsotillståndet i primärvårdens olika befolkningsgrupper. En kartläggning baserad på någon form av registrering behövs även för forskning och utbildning.

På många vårdcentraler och mottagningar sker redan idag någon form av registrering, men något enhetligt system ligger ej i botten. För fortsatta analyser bör olika uppgifter vara jämförbara och så enhetligt insamlade som möjligt.

Våra arbetsgivare och myndigheterna får även ett allt större intresse av att kunna följa vår verksamhet samt att med hjälp av primärvårdens instrument söka kunskap om befolkningens hälsotillstånd.

SFAM har därför tillskapat en projektgrupp som skall söka finna ett enhetligt system för registrering i primärvården. Vi har sökt samarbete med SPRI och Socialstyrelsen.

Gruppen som började sitt arbete i februari hoppas att bli klar under detta år. Den består av dl Lars Berg, Bengt Dahlin, Christer Gunnarsson – ordf, Britt-Gerd Malmberg, Anders Niclasson och professor Björn Smedby. Från Socialstyrelsen deltar Åke Sjöström och från SPRI Rolf Holmberg, Måns Rosén och Björn Undal.

Vi har begränsat vår uppgift till att söka få fram "Basdata som behövs för ledning och analys av vårdcentralens verksamhet".

I vårt arbete har vi bl.a. sänt ut en enkät till ett stort antal vårdcentraler för att samla in synpunkter på våra frågeställningar. Påfallande många vårdcentraler har eller skall just börja samla data (44 st). Arbetsgruppen bearbetar dessutom möjligheten att kodifiera och strukturera kontaktorsakerna i primärvården. – Att kunna beskriva kontaktorsakerna skulle vara ett bra komplement till en otillräcklig diagnoskodning.

Har du några synpunkter på vårt

arbete – ta kontakt med någon av medlemmarna i projektgruppen.

Christer Gunnarsson

Distriktsöverläkare
Örnsköldsvik

SFAM:s styrelse önskar kontakt med medlemmar ute i landet

SFAM:s styrelse har länge känt ett behov av bättre kontakter med föreningens medlemmar. Våra forädr att diskutera olika frågor i är dels årsmötet, dels SFAM-Nytt. Det behövs även en mindre formell kontaktmöjlighet.

Vi vill därför med denna skrivelse väcka förslag att de **tre intressegrupperna**, distriktsläkarna, företagsläkarna och praktikerna, när det är möjligt **utser en lokal representant**, med vilken styrelsen kan ha kontakt. Kontakten kan behövas både för att få hjälp med informationsspridning och för att få synpunkter på frågor och uppgifter som berör SFAM. Impulser till styrelsen utifrån landet är viktiga.

Vi har inget representantskap inskrivet i våra stadgar, men hoppas ändå att det skall finnas intresserade SFAM-medlemmar, som är villiga att åtaga sig en lokal kontaktfunktion. Vår tanke är att dessa personer även skulle kunna samverka på hemmaplan vid eventuella samaktiviteter.

Lättast torde frågan kunna lösas inom Distriktsläkarföreningen, där någon ur den lokala styrelsen som är SFAM-medlem kunde utses till kontaktperson. Även företagsläkare och praktiker inom SFAM bör inom sina lokala intressegrupper ha möjlighet att utse kontaktpersoner.

Var därför vänlig och sänd oss namn och adress på kontaktpersonen till

för distriktsläkarna: Distriktsläkare Göran Sjönell, Askrikevägen 11, 18146 Lidingö,

för företagsläkarna: Bengt Johansson, Blombackagatan 13, 15160 Södertälje,

för praktikerna: Matts Beling, Betanistiftelsens sjukhus, Grev Turegatan 59, 11438 Stockholm.

Christer Gunnarsson

D ebatt

Allmänläkaren överhöljdes dagligen med läkemedelsinformationer på glättigt papper och i flerfärgstryck. Det ena företaget efter det andra presenterar prövning efter prövning och studie för att bevisa den egna produktens oöverträffade prestanda jämfört med konkurrentens.

Jag frapperas ständigt av hur studier med mycket små material, tveksamma metoder och utförda vid kliniska laboratorier upphöjs till fullständiga bevis inför allmän-läkarkåren bara för att utförandet skett på en universitetsklinik och initierats av en kollega med hög akademisk titel.

Kan man verkligen med gott samvete påstå att prövningar utförda på professionella universitetsklinikspatienter direkt kan överföras på vanliga amatörpatienter ute i bygderna?

Kan studier utförda i laboratorier inhysa i stora byggnadskomplex jämföras med klinisk praxis i vårdcentralsmiljö?

Hur länge till skall vi acceptera trovärdigheten och överförbarheten av kliniska prövningar på tex antihypertensiva medel utan att multicenterstudier utförs ute på våra mottagningar i ordinar klinisk praxis?

Det är hög tid för allmänläkarkåren att ställa krav på läkemedelsindustrin att preparat som skall användas i primärvården också kliniskt skall prövas där.

Birger Thorell

Distriktsläkare
Kungsör
med Mälardalens distriktsläkarklubb

Allmänmedicin – begreppsanalys modell AGA

Utdrag från AGA-rapporten.

Inom Nämnden för Läkares Vidareutbildning (NLV) pågår fn en allmän översyn av den fortsatta vidareutbildningens (FV) struktur och innehåll. En särskild arbetsgrupp (AGA) har speciellt utrett frågan om FV i allmänmedicin med utgångspunkt i primärvårdens planerade utveckling. Resultaten från arbetet presenterades under slutet av hösten 1980 i en rapport benämnd "Specialistutbildning i allmänmedicin".

Den begreppsanalys som presenterades vad gäller innehållet i allmänmedicin i AGA-rapporten har stora likheter med den som tidigare presenterats i SFAM-Nytt (nr 4/80) och som arbetats fram av styrelsen för SFAM.

Inom Svensk Förening för Allmänmedicin tolkar vi det som en styrka för allmänmedicinen att man från olika utgångspunkter givit så likartade ämnesbeskrivningar. För att SFAM-Nytts läsare själva skall kunna göra jämförelsen presenteras AGA:s skrivning.

BO HAGLUND

Begreppet allmänmedicin I. Inledning

För att få underlag för utformningen av allmänläkarutbildningen är det nödvändigt att analysera begreppet allmänmedicin.

Det är därvid nödvändigt att skilja mellan det vetenskapliga **ämnesområdet** allmänmedicin och **verksamhetsområdet** allmänmedicin eller "allmänläkarvård".

Beskrivningen av ämnesområdet allmänmedicin syftar till att ge svar på vilka kunskaper som är specifika för detta område. Vad är det de blivande läkarna får lära sig inom primärvårdens allmänmedicinska verksamhet, som inte lärts ut vid sjukhuskliniker? Vilket forsknings- och utvecklingsarbete är specifikt för allmänmedicinen? Vilka är de angränsande ämnesområden med

vilka allmänmedicinen i första hand bör söka samverka i praktiskt utvecklingsarbete och teoretisk forskning?

Analysen bör sålunda beakta det specifika i allmänmedicin i förhållande till övriga kliniska specialiteter samt relationen till det vidare organisatoriska begreppet primärvård. Analysen av kunskapsområdet (ämnesområdet) allmänmedicin bör även kunna tjäna som grund för beskrivning av ett akademiskt läroämne, med de krav som då ställs på innehåll och formuleringar. Den bör ha sin grund i det praktiska vårdarbetet i Sverige, både som det ter sig idag men framförallt som det avses bli förändrat i framtiden. Likaså bör analysen ta hänsyn till internationella förhållanden.

Under senare år har en diskussion förts om begreppet allmänmedicin, både i vårt land och internationellt. Som en bakgrund redovisas utvecklingen i de andra nordiska länderna – vilka redan infört ämnet allmänmedicin i läkarutbildningen – och den hittillsvarande utvecklingen i vårt land.

Allmänmedicin i Norge

1968 inrättades ett institut för allmänmedicin i Oslo. Den förste innehavaren av professuren i allmänmedicin är Christian Borchgrevink. Utan att ha någon egentlig definition av ämnesområdet utgick man från följande fyra mål för institutets arbete:

- undervisa studenter i allmänmedicin,
- bedriva en god gruppraktik,
- bedriva vidare- och efterutbildning för allmänpraktiker,
- bedriva forskning inom allmänmedicin.

En definition av allmänmedicin i Norge är formulerad på följande sätt:

"Almenmedisin er den generelle forebyggende og behandlende medisin".

Allmänmedicin i Danmark

Den första professuren i allmänmedicin inrättades 1974 i Köpenhamn. Innehavare är Paul Backer. Utgångspunkten var även här den traditionella allmänpraktikerns verksamhet. Någon officiell definition av ämnesområdet allmänmedicin finns inte. 1976 sökte en arbetsgrupp vid universitetet ange innehållet i såväl forskning som undervisning och avgränsa undervisningen i relation till övriga kliniska ämnen. Den danska arbetsgruppen fann det lämpligt att göra en klar skillnad mellan fackområdet allmänmedicin och funktionen allmän praktik.

Inom "det läkarvetenskapliga fackområdet allmänmedicin" sysslar man speciellt med följande grundläggande problem:

- sjukdomsbegreppet,
- sjukdomsmönster och
- sjukdomsorsaker.

I det vetenskapliga arbetet analyseras såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer.

Funktionen allmän praktik utövas av en läkare som ger personligt, primärt och kontinuerligt bistånd till enskilda individer, familjer eller grupper. En samordning och syntes av samhällets hjälpåtgärder utgör en viktig del av verksamheten.

Paul Backer har 1977 gjort ett försök att definiera ämnet allmänmedicin och därvid utgått från att sjukdom kan betraktas som en episod i ett dynamiskt livsförlopp. Den enskilda episoden och summan av flera sådana episoder har sociala konsekvenser för den enskilde.

Allmänmedicinen använder enligt Backer ett utvidgat sjukdomsbegrepp, såväl vid den primära som den kontinuerliga patientkontakten. Orsakerna till sjukdom eller vantrivsel söks bland fysiska, psykiska, sociala och "existensiella" förhållanden. Backer menar vidare att allmänmedicinen beskriver det vetenskapliga grundlaget för detta sjukdomsbegrepp med utgångspunkt i ett kliniskt och socialmedicinskt engagemang i verksamheten allmän praktik.

Socialmedicinen – speciellt dess epidemiologiska inslag – är enligt Backer en integrerad del av allmänmedicinen. Backer har närmare utvecklat sin syn på allmänmedicinen som ett läkarvetenskapligt ämne vid den första nordiska kongressen för allmän medicin i Köpenhamn 1979 (Månedsskrift for praktisk laegegerning, 57 nr VIII, aug 1979).

Allmänmedicin i Finland

Sedan början av 1970-talet ingår allmänmedicin som särskilt ämne i grundutbildningen. Utbildningen har utformats olika vid olika högskolor. Man har lagt fast en viss vidareutbildning som leder till specialistbehörighet i allmänmedicin. Någon vedertagen definition av verksamhetsområdet finns dock inte och avgränsningen mot tex socialmedicin är oklar. Det finns inte heller någon professur i allmänmedicin.

Vid institutionen för folkhälsovetenskap i Tammerfors finns en professur i "öppen vård" vid sidan av professurer inom

socialpsykiatri, epidemiologi, arbets-hälsa och geriatrik/gerontologi.

Målsättningen för utbildningen till allmänläkare utgår från att en allmänläkarverksamhet innefattar

- diagnostiska och kurativa uppgifter,
- preventiva och socialmedicinska uppgifter,
- långvård och rehabilitering samt
- administrativa uppgifter.

Allmänmedicin i Sverige

Utvecklingen i Sverige innebar från mitten av 1960-talet en upprustning av den öppna vården. De dåvarande allmänläkarna, provinsialläkarna, stod i blickfånget bl a med avseende på utbildning och behörighet. I socialstyrelsens principprogram för öppen vård 1968 angavs allmänläkarens uppgifter vara att

- bereda vård sökande omedelbar tillgång till läkarvård, bedöma deras vårdbehov och bereda dem möjlighet att på bästa sätt få denna vård,
- meddela vård och behandling vid de tillstånd som enligt gällande medicinska uppfattning ej kräver specialistvård,
- i samarbete med specialister genomföra behandlingar och kontrollera behandlingsresultaten samt
- medverka i förebyggande hälsovård i dess vidaste omfattning.

Det angas också i principprogrammet att arbetet i den öppna vården förväntades få en allt starkare socialmedicinsk inriktning i linje med strävandena till integration mellan medicinska och sociala funktioner.

Denna beskrivning avsåg alltså – liksom beskrivningarna i de andra nordiska länderna vid denna tidpunkt – endast verksamhetsområdet allmänläkarvård eller allmän praktik.

Vid universitetet i Lund inrättades 1972 en professur i invärtesmedicin – särskilt öppen vård (innehavare Åke Nordén). Professuren har varit förenad med tjänst som överläkare vid Lunds lasarett och samtidigt föreståndare för forsknings- och utbildningsenheten vid vårdcentralen i Dalby som givits särskilda resurser för undervisning och FoU-verksamhet i öppen vård. Vid återbesättandet av professuren i samband med första innehavarens pensionsavgång beslöt att benämningen skall vara professur i allmänmedicin. Professuren skall vidare vara förenad med tjänst som distriktsläkare inom allmänläkarvård vid vårdcentralen i Dalby. Den ändrade inriktningen skapar bättre förutsättningar för utvecklingen av ämnesområdet allmänmedicin.

Några försök till analyser av det vetenskapliga ämnesområdet allmänmedicin har inte gjorts i Sverige förrän 1977 då representanter för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Svensk socialmedicinsk förening i en skrivelse till UHÄ hemställde om en utredning av möjligheterna att samordna allmänmedicin och social-

medicin i utbildning och forskning. Medan socialmedicinen introducerades som läroämne i läkarutbildningen redan 1954 hade allmänmedicinen 1977 ännu inte givits någon anknytning till de medicinska högskolorna. AgA har inhämtat att det numera finns två tjänster som klinisk lärare i allmänläkarvård vid universitetet i Umeå.

I skrivelsen till UHÄ anges allmänmedicin vara "det kunskaps- och färdighetsområdet med inslag från flera specialiteter som används av allmänläkarna när de primärt tar ställning till sjuk- och hälsovårdsproblem av såväl akut som kronisk natur". I den praktiska verksamheten ingår såväl administrativa som preventiva arbetsuppgifter och verksamheten behöver ofta riktas mot hela familjer eller grupper.

Exempel på allmänmedicinska forskningsuppgifter som nämns i skrivelsen är "medicinska metodstudier anpassade till vardagssjukvård, studier av sjukdomar och miljöpåverkan, epidemiologiska studier inom läkardistrikt, samverkansprojekt mellan socialvård och medicinsk service, hälsoupplysning, vårdorganisatoriska studier mfl".

Slutligen kan nämnas att en internationell överenskommelse om kunskapskrav och utbildningsmål för blivande allmänläkare 1974 har formulerats av representanter för allmänpraktiker i ett flertal europeiska länder (Leeuwenhorstöverenskommelsen). Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) antog 1978 denna överenskommelse som utbildningsmål för de svenska allmänläkarna.

Även denna beskrivning av allmänmedicinen utgår från allmänpraktikernas mottagningsverksamhet.

Utgångspunkter för en begreppsanalys

För att komma fram till en praktiskt användbar beskrivning av kunskapskraven för allmänläkare är det nödvändigt att identifiera de kunskapsområden som bildar grunden för såväl forskning som praktisk hälso- och sjukvård, utövad av allmänläkare. I många fall sammanfaller allmänmedicinens kunskapsområde delvis med andra vetenskapliga ämnesområden.

I det följande beskrivs allmänmedicinen med utgångspunkt i primärvårdsutredningens funktionella uppdelning av primärvårdens arbetsuppgifter. Läkarförbundets och Läkarsällskapets representanter i AgA har dock invänt mot att primärvårdsrapporten till alltför stor del fått styra begreppsanalysen.

Beskrivningen utgör en sammanfattning av diskussionerna i AgA. Gruppen är medveten om att någon definitiv beskrivning av ämnesområdet ännu inte kan formuleras. AgA's beskrivning kan tjäna som underlag för fortsatta diskussioner bl a i samband med uppbyggnaden av allmänmedicinska institutioner samt vid den lokala FV-planeringen vad gäller allmänläkarutbildningen.

II. Allmänmedicin som vetenskapligt ämnesområde

Kunskapsområdet allmänmedicin baserar sig på erfarenheter från sjuk- och hälsovårdsarbete i primärvården. Viktiga förutsättningar är kontinuitet och närhet i patientrelationerna liksom kunskap om befolkningens hälsotillstånd och miljö. I ämnesområdet ingår kunskaper från ett flertal olika medicinska verksamhetsområden. Förutom läkare kan ett flertal olika yrkesgrupper delta i kunskapsutvecklingen.

Allmänmedicin som specialitet kan inte avgränsas på traditionellt sätt till ett organ, en åldersgrupp eller en teknik utan måste beskrivas utifrån en analys av de sjuk- och hälsovårdsproblem hos såväl enskilda individer som familjer eller grupper av individer som allmänläkaren möter i sin verksamhet.

Befolkningens hälsotillstånd

En naturlig utgångspunkt för beskrivningen av allmänmedicin är primärvårdens ansvar för befolkningens hälsotillstånd och dess inriktning på förebyggande åtgärder.

Helhetssynen på människan och hennes relationer till miljön och kunskaperna om sambanden mellan hälsa, genetiska faktorer och miljöfaktorer ligger inom allmänmedicinens område.

Uppmärksamheten riktas på kunskaper om hälsoförhållandena inom en viss given population – primärvårdsområdets invånare. Detta innebär epidemiologisk och sociologisk mätmetodik och analyser av hälsoförhållanden och andra sk levnadsnivåkomponenter. Det är angeläget att utveckla ett positivt hälsobegrepp så att hälsa inte bara definieras som "frånvaro av sjukdom".

I ämnesområdet allmänmedicin ingår specifika kunskaper om hälsoproblem hos vissa grupper som organisatoriskt behandlas i tex distriktsläkarvård, företagshälsovård och skolhälsovård.

Förebyggande åtgärder

Allmänmedicinen innefattar kunskaper om miljöinriktade åtgärder för att undanröja eller minska befolkningens hälsorisker. Här kan nämnas boendemiljön, trafikmiljön, skolans och arbetslivets miljöer samt smittskyddsarbetet i den lokala miljön. Kunskapsområdet gränsar bl a till yrkesmedicin, omgivningshygien, infektionssjukvård.

Till allmänmedicinen räknas olika individinriktade förebyggande åtgärder och kunskaper om den individuella livsföringens betydelse för hälsan i olika åldrar. Exempel är barns och ungdomars fysiska och psykiska utveckling samt individens egna möjligheter att förebygga och behandla sjukdomar och olycksfall ("egenvård"). Effekterna av allmänt inriktad hälsofostran och olika kampanjer innehållande riktad hälsoupplysning hör också till allmänmedicinen.

Kunskapsområdet är delvis gemensamt med flera kliniska ämnen som psykiatri, pediatrik, obstetrik och gynekologi.

Hälsokontroller

Hälsokontroller och massundersökningar i syfte att uppspåra tidiga tecken på ohälsa ligger till stor del inom allmänmedicinens kunskapsområde. Utvärderingar av nyttan av olika hälsoundersökningar ger underlag för rationella handlingsprogram inom primärvården. Riskgrupper som särskilt behöver hälsokontroller är barn, blivande mödrar, pensionärer mfl.

Sjukdomsbehandling

En betydande del av allmänmedicinens kunskapsområde utgör diagnostik och behandling av de inom primärvården vanligen förekommande sjukdomarna. Utveckling av praktiskt användbara och ekonomiskt försvarbara metoder för diagnostik och behandling inom primärvården utgör en väsentlig uppgift för allmänmedicin.

Allmänmedicin rör sig, som Paul Backer påpekat, med ett vidare diagnosbegrepp än den specialiserade medicinen. Allmänläkaren använder ett problemorienterat angreppssätt vid sidan av det diagnos- eller sjukdomsorienterade. I primärvården förekommer många diffusa problem, som kan vara tidiga tecken på sjukdom men lika ofta innebär något annat, tex en begynnande kris i familjerelation eller en utslagningsprocess i skolan eller på arbetsplatsen. Inom allmänmedicin studeras dessa frågor liksom frågor om samverkan med angränsande samhällssektorer och samordning av hjälpinsatserna för människor med psykosociala problem som yttrar sig som kroppsliga symtom.

Analys av relationen mellan läkare och patient och dess inverkan på diagnosprocessen är väsentliga inom allmänmedicin. Tidsfaktorns betydelse som diagnostiskt och terapeutiskt instrument framhålls speciellt i detta sammanhang.

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

Sjukdomar och skador, som inte slutgiltigt behandlas av allmänmedicinaren måste remitteras till rätt vårdinstans och ofta krävs sakkunniga förberedelser eller tidiga behandlingsinsatser. Dessa uppgifter liksom samarbete mellan allmänläkare och specialister ligger inom allmänmedicinens kunskapsområde.

Administrativ medicin mm

Inom allmänmedicinens kunskapsområde ligger samhällsorienterade uppgifter om hälso- och sjukvårdens och socialvårdens organisations försäkringsrättsliga frågor mm i den mån dessa frågor berör det medicinska och sociala behandlingsarbetet i det enskilda fallet.

Studier av sjukdomspanoramat inom olika befolkningsgrupper och analyser av resursutnyttjande och vårdkonsumtion inom primärvården ingår i allmänmedicinens kunskapsområde. Utvärderingar av vårdresultat inom primärvår-

den är angelägna och metoderna härför utvecklas inom allmänmedicin.

Kontaktytorna mot ämnesområdet socialmedicin är stora och avgränsning mellan områdena är svår.

III. Verksamhetsområdet allmänmedicin

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, tex befolkningen i ett läkardistrikt, de anställda inom ett företag, eleverna vid läroanstalter osv. I vissa länder har allmänmedicinens ansvar fokuserats på den primära gruppen – familjen – och dess hälsoproblem och stundom används beteckningen "familjemedicin" för att beskriva allmänläkarens verksamhet.

Allmänläkaren arbetar problemorienterat och tillämpar en helhetssyn på individers och gruppers hälsoproblem, som ofta orsakas av sammansatta medicinska, sociala och psykologiska faktorer. Kraven på vårdkvalitet 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 vård-sökande med sjukvårdsproblem inom alla kliniska ämnesområden. Sjukvårdsinsatserna inriktas främst på de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper samt diagnostik och primär behandling av sjukdomar som kräver specialiserad vård. Allmänläkaren samarbetar med specialister i omhändertagandet av såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd och svarar för efterkontroller när specialistvård ej längre är erforderlig.

Sjukdomspanoramat i allmänmedicinsk verksamhet skiljer sig i vissa avseenden från sjukhuskliniken. Den kvantitativa fördelningen är annorlunda och lindrigare 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 symptom dominerar och ofta har patienterna diffusa, eller maskerade symptom. Vanligt är även att allmänläkaren får handlägga patienter med tungt 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 hem-sjukvård, barn- och äldreomsorger samt missbrukarvård.

IV. Sammanfattande definitioner

Arbetsgruppen föreslår följande definitioner av det vetenskapliga ämnesområdet allmänmedicin och verksamhetsområdet allmänmedicin (allmänläkarvård) att användas i det fortsatta utvecklingsarbetet inom den medicinska utbildningen och organisationen av primärvården, där allmänmedicin utgör grunden.

Ämnesområdet allmänmedicin

Allmänmedicin utgår från en helhetssyn på människan i olika åldrar med beaktande av sambanden mellan fysisk och social miljö och hälsan.

Metoder att mäta och analysera hälsotillståndet i en definierad population utgör en av grunderna för allmänmedicinens kunskapsutveckling.

Metoder för hälsoupplýsning och andra åtgärder i syfte att stärka och bevara hälsan ingår i allmänmedicinens ämnesområde. I anslutning härtil krävs analyser av individens upplevelse och primära handlande vid ohälsa. Hälso- och sjukvårdens insatser till vägledning för den enskilde vid sk egenvård har också stor betydelse.

Metoder för hälsobedömningar av individer och grupper, som syftar till tidig upptäckt av sjukdomar och riskfaktorer tillhör ämnesområdet allmänmedicin.

En väsentlig del av allmänmedicin är vetenskapliga analyser av de sjukdomsproblem allmänläkare möter i sin verksamhet. Utarbetande av metoder för att bearbeta olika patientproblem och analyser av patient-läkarrelation och dess inverkan på diagnosprocessen är väsentliga uppgifter. Tidsfaktorns betydelse som diagnostiskt och terapeutiskt instrument har här speciellt intresse. Diagnostiska och terapeutiska metoder som fyller högt ställda medicinska säkerhetskrav och från teknisk synpunkt är möjliga att tillämpa i primärvården måste utvecklas inom allmänmedicin.

Studier av sjukdomspanoramat inom olika befolkningsgrupper och analyser av resursutnyttjande och vårdkonsumtion inom primärvården har, liksom utvärderingar av vårdresultat i primärvården stor betydelse för kunskapsutvecklingen inom ämnesområdet allmänmedicin.

Verksamhetsområdet allmänmedicin

Allmänmedicinsk hälso- och sjukvård kännetecknas av närhet och kontinuitet. Primärvårdens ansvar för hälsotillståndet inom en given befolkning innebär att arbetet inriktas på hälsofräm-

Allmänmedicinska moment i grundutbildningen av läkare

LEIF SVANSTRÖM

UHÄ har nyligen tillsatt en utredning för att se över grundutbildningen av läkare. Vid denna översyn trycker man speciellt på att utbildningen bör ha en starkare samhällsmedicinsk inriktning. Författaren, som ingår i översynsutredningen som representant för ämnesområdet allmänmedicin, beskriver i artikeln ett förslag som är ett aktuellt diskussionsunderlag under utredningsarbetets gång. Grundprincipen för förslaget är att den blivande läkaren genom hela sin grundutbildning skall komma i kontakt med allmänläkarens verksamhetsområde och sätta sig in i hans kunskapsområde.

jande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt sjukvård och omvårdnad vid såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd.

Såväl medicinska som sociala aspekter beaktas i en helhetssyn på individers och grupper sammansatta hälsoproblem. Samverkan med andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet samt angränsande samhällssektorer – främst socialtjänsten – är en förutsättning för vårdkvalitet och effektivitet i den allmänmedicinska verksamheten.

De sjukvårdande insatserna är huvudsakligen inriktade på de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper samt diagnostik och primärt omhändertagande av sjukdomar som kräver specialiserad vård.

Det sjukdomspanorama som allmänläkaren möter skiljer sig från sjukhusklinikernas. Dels föreligger en annan kvantitativ fördelning, dels är symptombilderna annorlunda. Tidiga symptom dominerar vid det primära omhändertagandet och det förekommer ofta att symptomen är vaga och diffusa.

Inom allmänmedicinsk verksamhet arbetar läkaren med förhållandevis begränsade tekniska resurser.

Personalen inom allmänmedicinsk verksamhet arbetar ofta i distrikts- eller kommunbaserade vårdlag av tillfällig eller permanent karaktär.

Litteraturreferenser

Nämnden för läkares vidareutbildning, översynsutredningen AgA: Specialistutbildning i allmänmedicin. Förslag från en arbetsgrupp inom översynsutredningen. Stockholm september 1980.

Bakgrund

Någon mer omfattande översyn av grundutbildningen av läkare i Sverige har inte skett sedan 1954. Utbildningen fick då samma utformning som den har i dag. UHÄ har tillsatt en utredning, som påbörjade sitt arbete under våren 1980. I utredningsdirektiven har framhållits att faktorer av betydelse för läkarutbildningen och läkarrollen är den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område:

- En ökad inriktning mot områdena öppenvård, långtidssjukvård och förebyggande hälsovård
- En ökad läkartäthet
- En ändrad personalstruktur och ökade krav på samverkan
- En mer samhällsmedicinskt inriktad vårdideologi med utgångspunkt i en helhetssyn på människan; förändrad patientroll.

Utredningen består av en ledningsgrupp och en expertgrupp och står under ordförandeskap av landstingsrådet Ruth Kärnek. I ledningsgruppen ingår representanter för UHÄ och ett par läkarlinjenämnder men också från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SFS, SACO-SR, SHSTF och LO.

I expertgruppen ingår utöver representanter för de lokala läkarlinjenämnderna vid universiteten också fem "fristående" experter. Dessa representerar långvårdsmedicin, yrkesmedicin, "socialt arbete i sjukvården" samt allmänmedicin. Slutligen finns som expert en pedagogisk konsult.

Första momentet i utredningens arbete har ägnats kunskapsinhämtning bl a kring begreppet allmänmedicin. I andra momentet har respektive expert författat en promemoria med förslag till uppläggning av utbildning inom sitt ämnesområde. Dessa promemorior har sedan fått tjäna som underlag vid utredningens rundresa till de lokala universiteterna och diskussion med läkarlinjenämnderna där. Detta innebär att det här presenterade förslaget till allmänmedicinska moment i grundutbildningen av läkare är ägnat utgöra ett diskussionsunderlag.

Allmänmedicin

Utgångspunkten har varit att allmänmedicinaren är den som efter genomgången utbildning har sådana kunskaper, färdigheter och attityder att han/hon kan tillämpa både den biologiska naturvetenskapliga medicinen och samhällsmedicinen på primärnivå.

Målsättning för utbildning i allmänmedicinska moment i grundutbildningen av läkare.

Den blivande läkaren skall efter sin grundutbildning uppvisa:

1. Kunskaper:
 - a) om sjukdomsprocesser, både beträffande inom befolkningen vanligt förekommande sjukdomar samt kroniska sjukdomstillstånd.
 - b) om möjligheter, metoder och begränsningar av prevention, tidig diagnos och behandling inom primärvården.
 - c) om patienternas sociala situation (inkl familjesituation) och miljö och hur detta kan påverka förhållandet mellan hälsa och ohälsa.
 - d) om det begränsade geografiska områdets sjukdoms- och dödsorsaks-mönster, sociala struktur och relationen dem emellan (epidemiologi)
 - e) om primärvårdens innehåll och arbetsformer, principer för handläggning av olika sjukdomsgrupper samt samarbetsformer i "vårdlag".
 - f) om den lagstiftning som berör primärvården.
 - g) om de samhällsorgan och den övriga medicinska verksamhet med vilken primärvården skall samverka.
2. Färdigheter:
 - a) i att ställa diagnoser som tar hänsyn till såväl fysiska som psykiska och sociala faktorer.
 - b) i att dagligen använda ett epidemiologiskt tänkande inkl sannolikheten för olika sjukdomars förekomst.
 - c) i förståelsen för tidsfaktorn som ett diagnostiskt, terapeutiskt och organisatoriskt instrument.
 - d) i samarbetsförmåga med såväl medicinsk som icke medicinsk expertis.
 - e) i allmänläkarens ansvarstagande för olika administrativa rutiner.
3. Positiva attityder till fenomen som
 - a. förmåga till inlevelse och skapande av en specifik relation till patienten samt förmåga till självinsikt.
 - b. att en viktig del av behandlingen är att hjälpa patienten att själv lösa sina problem.
 - c) att läkaren med sin yrkeskunskap och engagemang kan medverka i hälsosupplýsning, skapa hälsomedvetande i befolkningen, ge kunskaper om enkla förebyggande åtgärder och ytterst att läkaren kan bidra till samhällsutvecklingen.

Förslag till uppläggning av allmänmedicinska moment i grundutbildningen

A. Termin 1-4

Målet för den allmänmedicinska utbildningen:

Introduktion i attityder och arbetsformer inom allmänläkarens verksamhetsområde – primärvården. Patientens roll och befolkningsområdesepidemiologi.

Allmänmedicinare medverkar i introduktionsvecka/veckor (termin 1) inom de samhällsmedicinska avsnitten. Besök på en vårdcentral.

Tjänstgöring inom primärvårdsenhet (termin 2-3)

Perioden bör omfatta cirka tre veckors tjänstgöring inkl introduktionen, egen tjänstgöring under handledning, övning av olika moment, egen rapport och utvärdering att diskutera med handledare (inom vårdcentralen eller från samlad allmänmedicinsk enhet). Lära sig se och möta patienter. Lära känna primärvårdens "inre struktur". Se läkarrollen från andra personalkategoriernas synvinkel. Uppmärksamma skillnaden i sjukdomspanorama och diagnostik. Studera utbudet av tekniska metoder och utnyttja endast de effektiva.

Beroende på lokala förutsättningar skulle studenten under denna period också kunna öva provtagning, blodtrycksmätning och andra arbetsuppgifter som utförs av tex undersköterska.

Det så kallade *MPS-avsnittet* (medicinsk psykologi och samhällsmedicin), oftast under termin 4, ändras till kurs i samhällsmedicin, tre veckor.

Den samhällsmedicinska kursen kan i sin helhet utföras som "samhällsmedicinsk-epidemiologiskt fältarbete". Se artikel i SFAM-nytt (Dahn o a 1981).

Arbetet utföres som grupparbete och resultaten sammanställs i större enheter, ett arbetssätt som blir en första träning i gruppssamverkan.

Studenten har efter sina första fyra terminer mött:

1. Patienten i vårdmiljön
2. Läkarrollen "utifrån"
3. Personalen i vårdlagen
4. Befolkningen som helhet och befolkningsområdets miljö
5. Sambandsproblematiken personal/patient, miljö/befolkning, befolkning/sjukvård.

2. Termin 5-6

Målet för den allmänmedicinska utbildningen: Introduktion i allmänläkarrollen "inifrån" med tyngdpunkt på rollen som "biologisk" medicinare.

Undervisning i form av tre veckors tjänstgöring vid en fullständig primärvårdsenhet. Tjänstgöringen bör innefatta auskultation i såväl primärvårdens egen verksamhet som i med primärvården samverkande organ på primärkommunal nivå samt deltagande i såväl medicinska som socialmedicinska lag-

arbeten. Denna huvudtjänstgöring (vid den egna vårdcentralen) bör kompletteras med presentation av annan allmänmedicinsk verksamhet, exempelvis primärvård i storstad respektive landsort, företagshälsovård etc.

Perioden ger rikt tillfälle till undervisning med utgångspunkt i den biologisk-kliniska medicinens möjligheter, men även med utblickar mot de samhällsmedicinska funktionerna. Under perioden kan under erfaren allmänläkares handledning kliniska undersökningsmetoder övas (exempelvis hjärt-lungauskultation) som ofta undervisas under andra delar av terminerna 5-6. Exempel på andra praktiska moment inom primärvård som kan läras ut under perioden är att skriva journal, blanketter, recept, remisser etc.

Erfarenheter från Lund (Hey 1981) pekar på att studenten redan under denna tidiga del av sin utbildning är mycket positiv till undervisningsmomenten. I Linköping har man erfarenhet av auskultationsveckor på vårdcentral under internmedicinterminen och där upplever man att det är just under denna termin som studenten verkligen skall auskultera hos en erfaren distriktsläkare då han just då är formbar och samtidigt kliniskt inriktad.

När det gäller övrig undervisning under "medicinsk psykologi och samhällsmedicin"-avsnittet bör denna kunna anknytas till primärvården i större omfattning.

C. Termin 7-8

Allmänmedicinska moment förmedlas av allmänläkare från fältet och/eller institution för allmänmedicin. Medverkan i undervisning i katedral form eller i temadagar kring "stora" invärtesmedicinska och kirurgiska (-ortopediska) sjukdomar. *Introduktion* i vårdprogramstanken och samarbetsformer mellan specialister och allmänmedicinare. Föreläggning av medicinska *temadagar* till vårdcentraler bör provas.

D. Termin 9-11

Flera av periodens ämnen innehåller allmänmedicinska moment. Medverkan av allmänläkare (bl a distriktsläkare, företagsläkare) bör provas under tex utbildningen i hud, infektion, psykiatri, rättsmedicin, öron, ögon, gynekologi och obstetrik, pediatrik etc.

Samhällsmedicinskt block (termin 11)

Ett integrerat samhällsmedicinskt block bör provas med innehåll från ämnena socialmedicin, hygien, yrkesmedicin, allmänmedicin etc. Långvårds- och omvårdnadsmedicin bör ingå i blocket.

Undervisning i medicinsk psykologi och kurser i medicinsk sociologi, vetenskapsteori och medicinsk statistik bör integreras under den samhällsmedicinska perioden.

Integrerad undervisning i bl a epidemiologi, prevention, administration bör provas.

Allmänmedicinsk kurs inom samhällsmedicinsk block (termin 11). Utöver de allmänmedicinska moment som redovisats som en "strimma" genom hela grundutbildningen föreligger behov av en mer sammanhållen kurs i allmänmedicin (2-3 veckor) med följande innehåll:

1. Summering av tidigare allmänmedicinska moment för att ge en helhetsbild. Definition av allmänmedicin. Primärvårdens organisation, historik och ideologi. Allmänmedicinens kunskapsinnehåll. Lagstiftning och författningar.
2. Allmänläkarens roll i primärvårdens sjukdomspanorama, i vårdlagen, i vårdprogramarbetet inom primärvården, i det individcentrerade arbetet, i det befolkningsorienterade arbetet, i miljöprevention och i individualprevention.
3. Forsknings- och utvecklingsarbete.
4. Hälsovård. Mödravård, barnavård, skola/förskola. Hälsokontroll, screening. Hälsoupplysning. Företagshälsovård. Äldrehälsovård. Icke-medicamentell terapi etc.

Slutsats

Grundutbildning av läkare utformas efter de lokala universitetens olika förutsättningar. Detta har visat sig i all tydlighet efter den rundresa översynsutredningen gjort. Något av universiteten har ytterst avancerade planer, med en problemorienterad undervisning och med stark betoning av just primärvården och de övriga förutsättningar som styr utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Något annat universitet har valt en kombination med mer traditionell undervisning där allmänmedicinen får allt större och större omfattning. Vid ett ytterligare tredje universitet har man markerat en stark positiv attityd till allmänmedicinen och visat många konkreta exempel på fungerande anknytning av utbildningen till vårdcentraler etc. Vid de återstående medicinska fakulteterna har anpassningen av grundutbildningen tyvärr endast uppnått blygsamma resultat. Här är det att hoppas på att alla goda krafter samverkar för att vi skall kunna ge de blivande läkarna en så god start som möjligt inför deras framtida läkararbete. Det förslag som presenterats i denna artikel har den fördelen att det relativt "enkelt" går att anpassa efter den nuvarande traditionella läkarutbildningen. Däremot har förslaget uppenbara svårigheter att uppnå de mål som översynsutredningen satt för läkarutbildningen. Det är därför mer att betrakta som ett 1980-talets "kompromiss". Den slutliga rapporten från översynsutredningen kommer förhoppningsvis att innehålla ett mer framåtblickande förslag av integrering av allmänmedicinska moment i grundutbildningen av läkare.

Litteratur

Dahn, I., Hanson, B.S., Hey, M., Svanström, L. Samhällsmedicinska fältarbeten under



”Så här satsar vi på primärvården i Västerbotten.”

Människorna på den här glada bilden är distriktsläkarna i Umeå sjukvårdsdistrikt – ett väl sammansvetsat gäng, som träffas för fortbildning var fjortonde dag.

I Västerbottens län satsar vi på allmänläkare i primärvården. Vårt mål är att vi ska ha en allmänläkare per 2-3.000 invånare. Till sin hjälp har de en utbyggd distriktssköterskeorganisation inom primärvårdsområdet.

Som stöd för allmänläkarna finns en särskild barn- och mödrahälsovårdsorganisation under ledning av specialistläkare som arbetar som konsulter. Allmänläkarna kommer också att få ansvar för slutna långtidssjukvård och hemsjukvård.

Landstinget och Umeå universitet samarbetar om en försöksverksamhet inom ämnet allmänmedicin med undervisning förlagd till vårdcentraler. En professur i allmänmedicin förutsätter vi kommer att inrättas vid universitetet 1983.

Vid en av våra vårdcentraler – i Vilhelmina – pågår forskningsprojekt i syfte att utveckla primärvårdens ansvar och arbetsuppgifter.

Vid vårdcentralen i Vännäs har bedrivits ut-

vecklingsarbete för att dels förbättra kommunikationen mellan vårdcentralen och invånarna i primärvårdsområdet, dels att förbättra organisationen av arbetet.

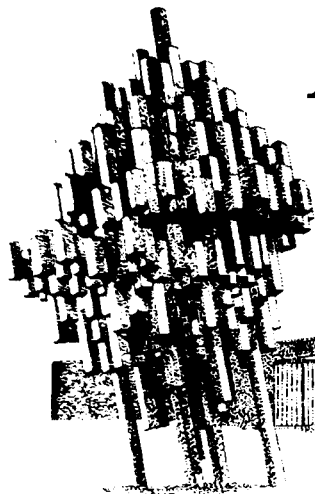
Vi söker även metoder för att kartlägga hälsoläget i landstinget. De uppgifter vi här kan få fram förväntas bli av stor betydelse för arbetsinriktningen i våra primärvårdsområden.

Inom landstinget pågår försöksverksamhet med s k primärvårdsnämnder. Genom dessa söker vi utveckla samarbetet på lokal nivå mellan landstinget och primärkommunerna och därigenom föra ned den politiska och administrativa ledningen till primärvårdsnivå.

Vill du veta mer om jobb i Västerbotten kontakta Anders Perstrand, personalavdelningen på landstingets kansli, tel. 090-11 89 60.



VÄSTERBOTTENS
LÄNS
LANDSTING
Umeå.



Allmänmedicin i Umeå

I några artiklar tecknas här något om bakgrunden till och den hittillsvarande erfarenheten av planering och genomförande av undervisning i allmänmedicin i Umeå. Vidare ingår en rent pedagogisk artikel som innehåller väsentliga bakomliggande principer och tankar för ett undervisningsarbete av detta slag.

Uppbyggnad av allmänmedicin i Umeå

ANDERS LINDMAN GÖRAN WESTMAN

Författarna till detta avsnitt vill så här i efterhand skildra hur allmänmedicinen vuxit fram vid Umeå universitet. Betoning är lagd på att skildra praktiska problem och lösningar. Vi vill också försöka skildra de stämningar som rått och hur vi har uppfattat dem.

Bakgrund

Hösten 1977 omvandlades de gamla utbildningsnämnderna vid universitetet till linjenämnder. Linjenämnderna fick nu möjlighet att inom vissa ramar själva utforma utbildningen och utarbeta lokala utbildningsplaner. Linjenämnden (LN) skall således arbeta med utbildningsfrågor på läkarnas grundutbildning, frågor kring forskning är knutna till fakultetsnämnden.

LN i Umeå består av 16 ledamöter med följande sammansättning: 5 lärarrepresentanter, 5 studeranderepresentanter, 5 yrkeslivsrepresentanter och en representant för teknisk och administrativ personal samt suppleanter. Mandatperioden är på tre år för samt-

liga utom för studeranderepresentanterna som utses på ett år.

Yrkeslivsrepresentationen var en nyhet i linjenämnden. Anders Lindman var från starten SACO/SR:s representant i LN. Bland yrkeslivsrepresentanterna fanns en god kännedom om den planerade satsningen på primärvård-allmänläkarvård. Ett naturligt krav på allmänmedicinska moment i grundutbildningen fanns, men hur dessa skulle tillgodoses var man inte på det klara med.

Gösta Tibblin och Carl-Gunnar Eriksson, Socialmedicinska institutionen Umeå, hade redan 1976 startat en kurs i primärvård för läkarstuderande med en veckas placering och tjänstgöring på allmänläkarmottagningar. Denna kurs hade utfallit positivt och framför allt bland studenterna skapat förväntningar om en fortsättning. Inom LN fanns en allmän positiv inställning till en fortsättning, men stor osäkerhet rådde om hur en sådan verksamhet skulle organiseras.

Arbetet i Linjenämnden

Inom både linjenämnd och fakultetsnämnd insåg man vid den tiden att ansvaret för att något skulle hända låg hos linjenämnden, och att om inga initiativ togs skulle säkert UHÄ trycka på. Ett sätt att behålla initiativet visavi UHÄ var att snarast presentera planer för hur vi såg på den framtida läkarutbildningen. Denna känsla förstärktes när UHÄ 1978 kom med "senapsboken", dvs samhällsmedicinska moment i läkarutbildningen. Vid denna tidpunkt var allmänmedicin det område som låg närmast.

Linjenämnden valde att inom nämnden utse ledamöter till olika arbetsgrupper för att där intensivare/lättare driva vissa frågor. Anders Lindman kom att

ingå i PLUTO, den arbetsgrupp inom linjenämnden som skulle planera den framtida läkarutbildningen vid Umeå universitet.

Arbetet i PLUTO

Den nya arbetsgruppen PLUTO II ärvde arbete från PLUTO I från utbildningstiden. Det rörde sig framför allt om ett flertal skrivelser – önskelistor om förändringar av vissa kursavsnitt och schemaändringar. En ström av nya remisser från enskilda institutioner flöt in och arbetsgruppen hade svårt att ta ett eget grepp om arbetet och överblicka läget. Så småningom, ungefär vid tidpunkten då "senapsboken" kom, bestämde gruppen sig för att kraftsamla kring en ny utbildningsplan för hela grundutbildningen. Frågan om allmänmedicin bedömdes kräva en separat arbetsgrupp PAM (planeringsgruppen för allmänmedicin). PAM skulle i första hand se vad som kunde göras inom den rådande studieplanen, dvs med en egen kurstid på cirka en vecka och med huvudsakligen "lösa pengar". Naturligtvis skulle PAM även blicka längre fram och PLUTO skulle beakta allmänmedicin i arbetet med den nya utbildningsplanen.

Arbetet i PAM

I oktober 1978 hade linjenämnden beslutat om en kurs i allmänmedicin under grundutbildningen. En första arbetsgrupp utsågs direkt från linjenämnden med bland andra Christer Gunnarsson, Örnsköldsvik, och Anders Lindman som distriktsläkarrepresentanter bland sju klinikrepresentanter. Som riktlinje fungerade den så kallade "integrations-tanken" dvs öka de allmänmedicinska momenten i befintliga kurser. I november 1978 beslöt linjenämnden att anslå

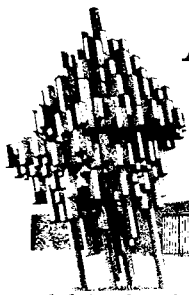
läkares grundutbildning. SFAM-Nytt nr 2 1981.

Hey, M. Undervisning i Primärvård. SFAM-Nytt nr 2 1981.

Svanström, L. Översyn av grundutbildningen av läkare. Allmänmedicin. Definitioner och mål för grundutbildning. Stencil. 21/5 1980.

Författarpresentation

Leif Svanström är professor vid Socialmedicinska institutionen, Karolinska Institutet, och tillika distriktsläkare vid Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Han representerar ämnesområdet allmänmedicin i den pågående översynsutredningen av läkares grundutbildning.



Allmänmedicin i Umeå

medel (360+40 tkr) ur befintliga medel samt budgetreserv för någon form av försöksverksamhet under två år. I december 1978 frångick man integrationstanken och beslöt att bygga upp en allmänmedicinsk verksamhet och att koncentrera sig på en veckokurs. En tidigare planerad studie-rektorstjänst övergavs för en tjänstekonstruktion som klinisk lärare. En ny arbetsgrupp utsågs för att planera den ny inriktningen på verksamheten, nämligen PAM.

I PAM ingick, förutom Anders Lindman, Carl-Gunnar Eriksson (socialmedicinska institutionen, Umeå universitet), Christer Gunnarsson (distriktsläkare Örnsköldsvik), Lars Steen (medicinkliniken, Regionssjukhuset Umeå), Sven Ferry (distriktsläkare Vännäs), Bengt Mattsson (numera klinisk lärare Allmänmedicinska sektionen, Umeå tjänst. Tillfälliga lokaler tillhandahölls av Västerbottens läns landsting (VLL) på tet i PAM brådska och gick raskt. Frågor som allmänmedicinens innehåll, samband och avgränsningar mot socialmedicin, kursuppläggning, placering under utbildningen, lokalfrågor på kort och lång sikt, tjänstekonstruktioner och utbildning av handledare på vårdcentraler fick avverkas raskt. I februari 1979 överlämnade PAM sitt förslag till linjenämnden. Förslaget innebar en försöksverksamhet med en klinisk lärare och en halv distriktsläkartjänst finansierade av universitetet och landstinget i Västerbottens län. Tillfälliga lokaler på Umeå Vårdcentral under försöksverksamheten och en definitiv lokallösning vid en planerad vårdcentral i stadsdelen Mariehem. En planerad veckokurs med handledd praktik på vårdcentraler i norra regionen, BD, AC och Y-län.

Det fortsatta arbetet i linjenämnden

Under våren 1979 stannade arbetet upp på grund av ett flertal praktiska problem. De tre landstingen varierade i sitt engagemang inför den planerade praktikveckan. Lönesättningar och arvoden för dessa typer av tjänster var oklara. Den nya tjänstekonstruktionen intresserade såväl Statens Avtalsverk som Läkarförbundet centralt. Sommaren 1979 kom och den planerade allmänmedicinska verksamheten stod utan lokaler och tjänster.

Arbete i tjänstemannagrupp

De praktiska problemen var nu de största. Hösten 1979 utsågs Göran Westman (distriktsläkare Vännäs) till suppleant i linjenämnden för Anders Lindman. Den planerade starten för för-

söksverksamheten HT-79 sköts på. En tjänstemannagrupp fick tillsättas vars förslag blev klara i december 1979. Ytterligare 160 tkr fick tillskjutas, Umeå universitet skulle stå för studenternas resor, repsektive landsting skulle tillhandahålla övernattningsplatser. Sektionen allmänmedicin skulle administrativt kopplas till Socialmedicinska institutionen. Sektionen skulle successivt byggas upp från en klinisk lärare och två sekreterartimmar per dag till 1 1/2 klinisk lärare och 1/2 sekreterartjänst. Tillfälliga lokaler tillhandahölls av Västerbottens läns landsting på Umeå Vårdcentral. VLL och fakultetsnämnden skulle planera för en självständig institution med egen professur och definitiva lokaler i en universitet närliggande vårdcentral. Sektionen fick ett allmänmedicinskt råd som skulle stödja sektionen under försöksverksamheten. I rådet ingick Olof Svender (Svenska Distriktsläkarförbundet), Christer Gunnarsson (SFAM), Ingvar Kindblad (Västerbottens läns landsting), Göran Westman (linjenämnden för läkarlinjen Umeå universitet), Lars Steen (medicinska kliniken, Regionssjukhuset Umeå), och Anders Bergström (studeranderepresentant)

Några erfarenheter

För att kunna starta ett nytt grundutbildningsmoment i allmänmedicin blev det nödvändigt att sätta sig in i ett förutomstående krångligt budget- och pepitasystem inom universitetsvärlden. Eftersom så många intressen är inblandade (fakultet-forskning, landstingshuvudmän, lärare, fackförbund, linjenämnd-grundutbildning, studerande, regionsstyrelse, intresseorganisationer-SFAM, enskilda distriktsläkare och UHÄ) har det periodvis varit svårt att hitta gemensamma intressen och lösningar. Övergripande målfrågor har ofta dykt upp. Det har därför varit nödvändigt med upprepade "tvärkontakter", uppfångande av förslag och förankring av nya förslag och idéer.

En viktig förutsättning för arbetet i Umeå har varit den samordning som skett bland yrkeslivsrepresentanterna. Regelbundna träffar och arbetsluncher före linjenämndssammanträdena har varit en förutsättning för att hinna sätta sig in i frågeställningarna.

Studenternas engagemang och arbete i linjenämnden, PLUTO och PAM har betytt mycket för förverkligandet av försöksverksamheten. Speciellt Inger Björn gjorde under sin studietid en fantastisk insats.

Försöksverksamheten hade aldrig blivit av om inte många lärare och professorer på såväl prekliniskt som kliniskt stadium haft en förmåga till kritisk granskning och en vilja till förändring/utveckling. Många bidrag och praktiska lösningar har kommit till från dessa i linjenämnd, fakultetsnämnd och i arbetsgrupper.

Universitets förvaltning har på ett mycket konstruktivt sätt kunnat stödja när de praktiska problemen verkat olösliga.

En viktig principdiskussion som återkommit har varit frågan om integrering kontra uppbyggande av en egen verksamhet. Som det ser ut nu har det blivit ett "både och", dvs en ökning av allmänmedicinska moment i nuvarande kurser och en satsning på uppbyggandet av en fristående verksamhet.

En annan viktig principfråga har varit hur uppbyggnaden skall gå till. Skulle man starta en ny institution – äska en professur direkt – eller skulle man planera för en successiv uppbyggnad? Som vi ser det nu har det varit bra att successivt bygga upp verksamheten, vilket givit möjligheter till att pröva sig fram och korrigera misstag allt efter det erfarenhet vunnits.

Sammanfattning

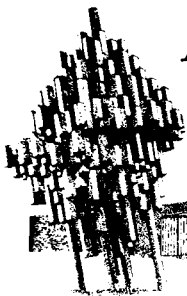
Vi tror att den framtida allmänläkarkåren behöver en förankring inom universitetsvärlden vad gäller såväl forskning som undervisning på grundnivå. Tre faktorer av betydelse för att förändra läkarnas grundutbildning i dag utgörs av

- att finna övergripande mål för studenter, lärare och yrkeslivsrepresentanter i linjenämnderna genom informella kontakter
- att lära känna "apparaten" universitetet med dess speciella organisation, administration och ekonomi
- att vara engagerad och insatt i frågeställningarna så att man som enskild linjenämndsrepresentant kan väcka, driva, förankra och följa upp förslag och idéer.

Författarpresentation

Anders Lindman, distriktsläkare Mjöl-kuddens vårdcentral, Luleå

Göran Westman, distriktsläkare Vännäs vårdcentral, klinisk lärare vid Allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet.



Inlärnning och undervisning

HANS FREIJD

Författaren redovisar kortfattat olika inlärningsmetoder och utvecklar något begreppet problemorienterad undervisning.

Hur dessa principer styrde förberedelsearbetet inför allmänmedicinundervisningen beskrivs översiktligt.

Redan tidigt under planeringen av kursen i allmänmedicin och förberedelserna av den förde vi (Hans Freijd och Bengt Mattsson) ingående principiella pedagogiska diskussioner. Vi ansåg det väsentligt för det fortsatta samarbetet att utbyta idéer om och erfarenheter av undervisning och utbildning i syfte att om möjligt nå en gemensam uppfattning om pedagogiska principer. Dessa principer skulle sedan vara vägledande för planeringen av såväl handledardagarna som själva kursen i allmänmedicin.

Nedan följer ett försök att sammanfatta våra diskussioner, som faktiskt utmynnade i en gemensam inställning till undervisning, nämligen det som redovisas under beteckningen "kognitiv teori" och "problemorienterad undervisning".

Undervisning och inlärnning är inte samma sak. Läraren står för undervisningen. Eleven svarar för inlärnningen. Lärarens uppgift är att skapa så gynnsamma betydelser för inlärnning som möjligt.

Av dessa förhållanden framgår, att "inlärnning" är ett centralt begrepp, som kan sägas innebära att elevens beteende förändras som följd av gjorda erfarenheter. Forskarna på det inlärnningsteoretiska området är överens om att den studerandes motivation är avgörande för inlärnningen. Man måste *vilja* lära för att kunna lära. Vad gör då människor motiverade att lära? Med en ganska kraftig förenkling av ett komplicerat område kan man säga att två teorier utkristalliserats: den behavioristiska och den kognitiva teorin.

Behavioristisk teori

Den behavioristiska teorin kommer till uttryck i den "traditionella" undervisningen och i en syn på människan som

en i stort sett passiv mottagare av kunskap. Läraren matar eleven och det är läraren som har de rätta svaren på alla frågor och problem. Ofta ger också läraren svar på frågor som eleven ännu inte hunnit ställa.

Ett centralt inslag i behaviorismen är uppfattningen om återkoppling (feed back) som det viktigaste motivationsförstärkande momentet i undervisningen. Varje inlärningsituation ska avslutas med en (helst positiv) återkoppling (helst från läraren) och därmed motiveras den studerande för ytterligare inlärningsansträngningar.

Kognitiv teori

Den kognitiva teorin utgår från föreställningen att människan har inboende drivkrafter, en vilja att skaffa sig kunskaper, är nyfiken och känner upptäckarglädje då hon ställs inför nya kunskapsfält och ska lösa problem inom dessa. Människan har vissa medfödda motiv till inlärnning och utveckling till viljan att lära. Dessa motiv är

- kompetensmotivet (visa sig själv och andra att man kan något)
- ömsesidighetsmotivet (i samarbete med andra sträva mot ett mål)
- nyfikenhetsmotivet

Dessa inre motiv, som alla är delar av människans utrustning, är tillräckliga och de yttre motiven (tex betyg) är inte nödvändiga.

Men de yttre betingelserna är betydelsefulla i den meningen, att inlärningsmaterialet måste ha en mening, en struktur i sig själv som är fattbar och stimulerande (Bruner, JS, På väg mot en undervisningsteori).

Konsekvenserna av en kognitiv syn

Vilka principer bör man då beakta då man vill planera en undervisning utifrån den kognitiva inlärnningsteorin?

- 1 Varje inlärningsituation måste sättas in i ett större sammanhang, dvs som ett led i individens eller gruppens utvecklingsprocess.
- 2 De studerande måste ges möjlighet till medverkan och deltagande i såväl planering och genomförande som uppföljning av undervisningen.
- 3 Betydelsen av kommunikation mellan lärare och elever samt eleverna emellan är stor.

4 Läraren måste tro på elevens växande, personligt, socialt och intellektuellt. Läraren måste också tro på sin egen utveckling, att själv vara kreativ, pröva nya idéer, experimentera, vara vetgirig och inte rädd att pröva sig fram på nya vägar.

5 Individens verksamhet och egna motiv betonas.

6 Varvning teori - praktik.

7 Mening och struktur i stoffet.

Problemorienterad undervisning

Dessa principer ligger bakom problemorienterad undervisning. Med detta menar man att utgångspunkten för inlärnning ska vara problemställningar formulerade av deltagarna i undervisningen, till skillnad från ämnesorienterad undervisning där inlärnningen styrs av kursböcker, studieplaner och lärarplanering.

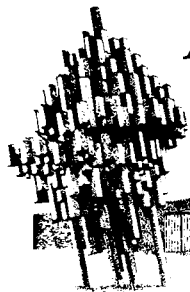
De problem som man ska studera ska vara verkliga, dvs det ska vara problem som finns i verkligheten, och det är i själva problemlösningsprocessen som inlärnningen sker. Vilka resultat kan förväntas av en undervisning som planeras i enlighet med den kognitiva synen?

I det alltmer komplicerade samhället ökar behovet av att utbildningen ska ge *generell* och *helhetsbetonad kompetens*. Den problemorienterade undervisningen rymmer i sig förutsättningar för en *holistisk* (helhetsbetonad) *inlärnning*, där de olika delarna ses i relation till totaliteten.

Ackomodativ inlärnning

Den problemorienterade undervisningen ger också förutsättningar för en ackomodativ inlärnning, där individers tidigare kunskapsstrukturer förändras genom nedbrytning, varvid gamla kunskapselement frigörs och ingår som delar i nya strukturer.

"Ackomodativa processer medför att individen får handlingsmöjligheter till sitt förfogande som kan användas i situationer, oberoende av det sammanhang i vilket dessa situationer uppträder. Vi har här att göra med grunder till öppenhet, känslighet, kreativitet, flexibilitet osv". (Bjerg, Jens, Pedagogisk utvecklingsarbete i folkeskolan Roskilde, 1972.) Problemorienteringen ger också upphov till tvärvetenskaplighet på



Allmänmedicin i Umeå

grund av att kunskaperna för att lösa problemen måste inhämtas från flera ämnesområden. Arbetet med slutprodukten innebär krav på förmåga till syn-tes i vilken de olika kunskapsbitarna integreras. Arbetssättet återspeglar sålunda forskningsprocessen, och vissa typer av problem kan med fördel behandlas på ett forskningsmässigt sätt med hypotesformulering och hypotes-prövning. Systematisk träning i detta arbetssätt ger också en allmän meto-disk/vetenskaplig kunskap av stort värde för den generella kompetensen.

Vår planering

Dessa överväganden låg bakom vår pla-nering av handledardagarna. Vår ambi-

tion var att så långt det var möjligt pro-blematisera handledningssituationen under allmänmedicinveckan. Vi ville alltså inte servera "sanningen", färdiga lösningar på problem såsom *vi* förvän-tade oss dem. I stället strävade vi efter att arrangera inläringssituationen så att våra elever utifrån frågorna "vad handleda om?" och "hur handleda?" själva (enskilt eller i grupp) kunde finna lösningar. Därvid gavs den enskilde största möjliga frihet att lösa problemen på ett för henne/honom relevant sätt. Denna inställning från vår sida innebar *inte* att vi skulle vara helt passiva. Tvärt-om skulle vi initialt bidra med synpunk-ter på undervisning och inläring, på all-mänmedicinska moment i distrikts-

läkarens verksamhet. Under kursens gång skulle vi försöka fånga upp sådana frågor som kursdeltagarna fann särskilt viktiga att få ytterligare belysta.

Det var också vår förhoppning att handledardagarnas form och uppläg-gning skulle ge deltagarna pedagogiska synpunkter till formerna för handled-ningen under allmänmedicinveckan. Man skulle med andra ord lära sig något inte bara av det innehåll som handledar-dagarna aktualiserade, utan också av de former som de genomfördes under.

Författarpresentation

Hans Freijd, pedagogisk konsult, Peda-gogiska utvecklingsenheten, Umeå universitet

Om undervisningen i allmänmedicin i Umeå

BENGT MATTSSON GÖRAN WESTMAN

Föreliggande artikel beskriver mer detaljerat hur veckokursen i allmänmedicin under 11:e terminen planerats och genom-förts. Undervisningsvårdcentra-ler har framför allt utvalts på basis av undervisningsintresse hos den enskilde distrikts-läkaren och ett försök till nära kontakt mellan sektionen i Umeå och de perifera vårdcen-tralerna har eftersträfvats. Handledningsdagar har varit ett väsentligt inslag i denna nära kontakt.

Allmän bakgrund

Distriktsläkaren har varit en sällsynt gäst som lärare under läkarnas grund-utbildning. Deltagandet har inte varit reglerat på något sätt, distriktsläkar-inslagen har varit helt beroende av den undervisande moderklinikkens intresse för allmänläkarfrågor. Motiven att in-bjuda en distriktsläkare som undervi-sare har ibland varit mer tillfälliga. Per-sonliga kontakter eller tillfälliga rykten om att någon bra distriktsläkare/lärare finns kan ha varit skäl. En ibland besvä-rande okunnighet om distriktsläkarnas arbetsförhållanden och kunskaps-område har förelegat hos undervis-

ningsansvariga – distriktsläkaren har exemplifierats i alltför skilda samman-hang. Ibland som flitig remisskrivare ("dom skickar bara remisser"), eller som okunnig i medicinska frågor ("dom tap-par kunskaperna snabbt"). En annan gång som modig ensamvarg ("dom får vara beredda på vad som helst") eller kanske som en exotisk figur med även-tyrslust ("ute i busken").

Liknande, högst skiftande exempel, har passerat den blivande läkaren under utbildningsåren utan att rollen åskåd-liggjorts eller upplevts på ett mera kon-kret sätt. Allmänläkaren har ibland bli-vit en sorts fantasifigur som givits varie-rande konturer. Hur väsentlig har inte den konkreta frånvaron varit som viktig faktor till den bristfälliga rekryteringen. Identifikationsobjektet har saknats.

Efterliknande är ju en nödvändighet i all utveckling och utbildning. Att imi-tera och ta efter förebilden (eller ta avstånd) sker med obändig styrka i all växt. Lärare/elev, mästare/lärjunge, äldre erfaren/yngre, orutinerad är själv-klara polariteter där spänningsområdet ger förutsättningar för kunskaper och yrkesidentitet att förmedlas vidare och för efterföljare och yrkesskicklighet att utvecklas.

Speciella Umeå-förhållanden

Umeå står i dag inför möjligheten att mer formellt kunna "visa upp" distrikts-

läkare i utbildningen, och ett undervis-ningsarbete har varit igång sedan våren 1980.

Linjenämnden gav utrymme för en halv lärtjänst i ämnet allmänmedicin från 1.3.1980 (det blev i realiteten från 1.4.1980). Från den 1.8.1980 finns sam-manlagt 1 1/2 klinisk lärtjänst i ämnet. Planeringsarbete inför och genomfö-rande av veckokurs i allmänmedicin under 11:e terminen angavs som den väsentliga arbetsuppgiften. Denna kurs skulle för 11:e terminens studenter givas från höstterminen 1980 under i första hand två år, under vilken tid försöks-verksamheten skall pågå. En vecka mel-lan barn- och gynkurser hade tidigare innehållit katastrofmedicin. Detta ämne har nu framflyttats till kirurgterminen.

Principiellt hade Linjenämnden också givit ämnet allmänmedicin en halv/en hel förberedelsedag veckan fö-re och en hel uppföljningsdag veckan ef-ter kursveckan. Detta fick klaras upp med lokala förhandlingar med kurs-givare på barn- respektive gyn-kurser. Terminskurserna är i Umeå på c:a 50 studerande/termin, som regel 25/kurs-block. Att alla 50 studerande skulle ut-samtidigt ansågs svårt, och ett första pla-neringsproblem blev att finna två kurs-veckor/termin i skarvar. Att helt avsluta terminen med allmänmedicin är inte möjligt då en uppföljningsdag inte kan hållas. Studenterna avslutar sina studier



Allmänmedicin i Umeå

den 11:e terminen och många far på omedelbar AT-tjänstgöring och lämnar Umeå.

För höstterminen 1980 blev då lösningen enligt följande:

Kurshalva I

Barn 10 ve	Gyn 9 ve
Allm med 1 ve (44)	

Kurshalva II

Gyn 9 ve	Barn 10 ve
Allm med 1 ve (51)	

Kurshalva II gör på så sätt sin allmänmedicin inne i barnblocket. Kursveckan är emellertid lagd precis före jullovet, och blir på så sätt inte omedelbart inträngd mellan längre pediatrikenheter. Av de kandidater som börjar sin 11:e termin vårterminen 1981 inleder emellertid en kurshalva med allmänmedicin och introduktionen görs i detta fall under 10:e terminens avslutning.

Veckokursens utformning

En del riktlinjer om hur en veckokurs borde utformas hade diskuterats i det Allmänmedicinska rådet som Linjenämnden tillsatt under 1979. Några riktlinjer som redan skisserats i rådet och som sedan växte fram blev:

- veckan bör i sin helhet vara förlagd till en vårdcentral
- fördelningen kandidat/distriktsläkare bör vara 1:1
- gärna två kandidater/vårdcentral om detta är möjligt ur vårdcentralens synpunkt
- handledare/undervisare under veckan är distriktsläkarna. Inga särskilda kontakter med distriktsläkarskolor eller annan väsentlig personal annat än den distriktsläkaren naturligt har på sin vårdcentral
- uppgifter i någon form skall ges till kandidaterna. Inte enbart "sight-seeing" under veckan
- handledarna/distriktsläkarna måste ha någon form av speciell information/utbildning före kursveckorna
- nära kontakt med de aktuella landstingen (Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten) bla för diskussion om bortfall och ersättning av förlorad sjukvårdsproduktion.

Urval av undervisningsvårdcentraler

En viktig fråga blev hur undervisningsvårdcentralerna (distriktsläkarna)

skulle väljas ut. En överordnad faktor blev avgörande – distriktsläkarnas eget intresse för handledning-undervisning. Andra önskvärda krav var: Fast tjänst, allmänläkarkompetens och åtminstone ett par års arbete som distriktsläkare.

Strax efter att sektionen startade skickades en rundskrivelse till samtliga distriktsläkare i Y, AC och BD län med en kort allmän information om verksamheten. Också något om undervisningen (veckokursen) nämndes. En del spontana brev kom till svar – man ville gärna ha kandidater. Nästan en längtan att äntligen få visa studenterna hur det verkligen är att vara distriktsläkare kunde spåras i en del svar. Vid samma tidpunkt togs också kontakt med PU-enheten (pedagogiskt utvecklingsarbete) vid Umeå universitet, och med Hans Freijd där har sedan hållits en nära och fruktbar kontakt i samband med planering för och genomförande av veckokursen.

I slutet av våren 1980 sändes en ny rundskrivelse ut till samtliga kolleger, där man mer konkret fick ange om möjlighet att ta emot kandidater fanns. Det blev ett 40-tal distriktsläkare som svarade, en del kunde ta kandidater en vecka, andra flera veckor. Preliminära kursplatser upprättades sedan på basis av tidigare nämnda önskvärda förutsättningar. Till hjälp fanns då också några kolleger i de olika länen med erfarenhet av den aktuella distriktsläkarsituationen i sitt län. De hittills använda vårdcentralernas geografiska placering framgår av figur 1.



Figur 1. Platser där kandidater varit under allmänmedicinveckan.

Landstingskontakter

Kontakterna med landstingen var genomgående positiva. man ville gärna ha kandidaterna till distriktsläkarmottagningar, och såg inte minst detta utbildningsinslag som rekryteringsbefrämjande till distriktsläkartjänster. Hur mycket sjukvårdsproduktion skulle man acceptera föll bort i och med att distriktsläkares medverkan vid två handledardagar som stjänsteuppdrag några veckor innan den första veckokursen skulle hållas. Denna förberedelse, handledardagarna, ansågs absolut nödvändig för såväl kursledningen som för distriktsläkarna/handledarna. Kandidaternas starkaste erfarenhet av kursen blir ju vistelsen på vårdcentralen, och ett intresse för hur den vistelsen utvecklar sig har blivit det väsentligaste i planeringen.

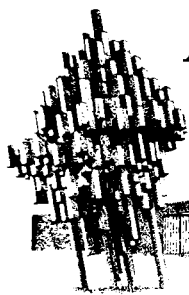
skulle hållas. Denna förberedelse, handledardagarna, ansågs absolut nödvändig för såväl kursledningen som för distriktsläkarna/handledarna. Kandidaternas starkaste erfarenhet av kursen blir ju vistelsen på vårdcentralen, och ett intresse för hur den vistelsen utvecklar sig har blivit det väsentligaste i planeringen.

Arvoderingsfrågor

Distriktsläkarna är ännu inte knutna till LUA-avtalet (undervisningsavtal mellan stat och landsting), och någon skyldighet att undervisa finns inte, och riktlinjer för ersättning och kompensation saknas. Landstingens generositet att låta handledningen ingå i arbetet innebär ju på ett sätt att undervisningen inte skall behöva ta extra tid. Direkt undervisning i form av föreläsning eller förberedda demonstrationer var heller inte tänkt på vårdcentralsnivå. Praxis på utbildningssjukhus är ju att ingen särskild ersättning ges till handledande underläkare/motsvarande, och ersättningsfrågor har vi därför tills vidare lämnat. I våra kontakter med distriktsläkarna/handledarna har heller inte några särskilda anspråk tagits upp och fackliga representanter har inte haft några invändningar.

Handledardagarna

Handledardagarna, som blev två styc-ken, kom att bli i internatform. Dagarna genomfördes i två omgångar med c:a 20 distriktsläkare vid varje tillfälle, så totalt 40 distriktsläkare medverkade i detta gemensamma avstamp några veckor innan första kandidatgruppen kom ut. Deltagarna hade i förväg i enkätform fått ta ställning till vad man tyckte var



viktigt att undervisa/förmedla till kandidater och också *hur* (på vilket sätt) man tyckte detta skulle meddelas. Också en syn på hur de ville handledardagarna skulle läggas upp ville vi i kursledningen ha. En del om hur vi i kursledningen såg på begreppet allmänmedicin medsåndes också i stencilform. Motsvarande enkät om *vad* och *hur* man ville ha en allmänläkarvecka gavs också till kandidaterna. Enkätsvaren blev en del av underlaget inför handledardagarna.

Omgångarna kom att i hög grad likna varandra – en viss modifiering skedde efter första gången. Grupparbetsformen dominerade, fasta grupper hölls om 5–6 i varje grupp. De mer fasta teoretiska avsnitten var begreppet allmänmedicin (andra omgången), en pedagogisk föreläsning (om inläring och undervisning), något om handledarrollen (föreläsning). En student medverkade (första omgången) och enkätsvaren om vad och hur presenterades och diskuterades. Dagarna avslutades med att varje deltagare för sig själv, och senare i "utställningsform" presenterade sin tänkta kandidatvecka. Dagarna fick något olika utformning beroende på deltagarnas skilda bakgrund och intressen i ämnet (det finns i sanning många betoningar inom ämnet allmänmedicin!).

Ett allmänt positivt intryck blev allas erfarenhet av dagarna. Som kursledare var det ovärderligt att få en nära kontakt med de handledare som kandidaterna sedan får möta. All förmedling mellan vårdcentralerna och kandidaterna, som är en av sektionens viktigare uppgifter, kan nu göras mer levande med ett hyggligt mått av tillförsikt och trygghet. Personlig och nära vård är ju en av primärvårdens kännetecken, och i undervisningsarbetet blir det angeläget med liknande målsättningar. Inte alltför formellt och distansfyllt får kontakterna föras. Det gäller såväl förhållande till kandidater som till handledare.

Kursveckans genomförande

Tre kursveckor är till dags dato genomförda – den fjärde blir i slutet av mars. En första kontakt med kandidaterna fick göras redan i början av terminen – flera veckor innan allmänmedicinveckan var aktuell. Med tanke på att det i en del fall rörde sig om långa resor, exempelvis Gällivare, Övertorneå i Norrbotten, och vidare att många studenter i dag har tämligen fasta sociala relationer (familj med barn, extra arbete på någon institution etc) var en förberedelse i god tid nödvändig. Detta tidiga inbrott ser vi

som positivt ur påverkanssynpunkt. Ett intresse väcks, oklarheter tas upp som man tidigt kan skingra. Fördelningen mellan olika kursorter fick studenterna göra helt själva. Utbildningsvårdcentralerna gavs på en lista och få kandidater (3–4 st) hade möjlighet att bo hemma i Umeå – de övriga måste resa bort hela veckan. Denna fördelning gick utan svårigheter – på en vecka hade kandidaterna själva fördelat sig på de olika vårdcentralerna. Ett problem var en del sena "avhopp" från kurslistorna. En del kandidater bryter ibland terminerna och hoppar av och tar vikariat – graviditet var aktuellt i några fall. Det innebar att i några fall blev handledarna "utan" i sista stund – förargligt, men svårt att förutse.

Introduktionsdagarna, som fick förhandlas fram med viss respekt för gyn- och barnklinikernas ovilja att släppa ifrån sig ytterligare undervisningstid, blev en eftermiddag, medan uppföljningsdagarna är hela dagar. Introduktions-(halv)dagen har innehållit en teoretisk del – begreppet allmänmedicin, en viss teori, men också praktiska exempel. Dessa, tagna från den verklighet kandidaterna befinner sig i – barnkurs aktuell och exempel som belyser arbetsätt, helhet, närhet, läkar-patientförhållande etc, kan ju lätt återfinnas och användas inom denna verksamhetssfär. Vidare genomgås de praktiska uppgifter som kandidaterna har att genomföra. Vid den senast genomförda kursveckan arbetade vi tillsammans fram uppgifterna, vid den första kursveckan gav kursledningen uppgifterna.

Hittills givna arbetsuppgifter till medicine kandidater under allmänläkarveckan

Barn i allmänläkarvård

Fråga

- 1 I vilka situationer kommer allmänläkaren i direkt/indirekt kontakt med barn?
- 2 Vilka typer av problem rörande barns hälso- och sjukvård möter allmänläkaren?
- 3 Vilka likheter/skillnader finns beträffande pediatrika problem på sjukhus respektive i primärvård?
- 4 Övriga kommentarer, sammanfattning.

Diagnostik i allmänläkarvård

Fråga

- 1 Vilka tekniska och laboriemässiga resurser finns inom primärvården?

- 2 Vilken betydelse har den laboriemässiga diagnostiken i relation till den fysikaliska och anamnestatiska diagnostiken?
- 3 Vilka likheter/skillnader finns mellan diagnostik i allmänläkarvård och sjukhusläkarvård?
- 4 Övriga kommentarer, sammanfattning.

Arbetspartners i allmänläkarvård

Fråga

- 1 Vilka arbetspartners har allmänläkaren på arbetsplatsen?
- 2 Vilka problemområden föranleder kontakt med de befattningshavare som framkommit i fråga 1?
- 3 Vilka likheter/skillnader finns mellan allmänläkarvård och sjukhusläkarvård vad gäller samarbetspartners?
- 4 Övriga kommentarer, sammanfattning.

Problempatienter i allmänläkarvård

Fråga

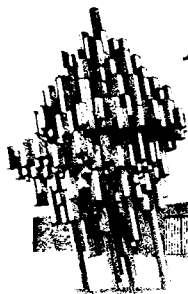
- 1 Vilka problem rör det, enligt er, enligt distriktssköterskan, distriktsläkaren? Är det en särskild grupp patienter?
- 2 Hur löser distriktsläkaren/sköterskan dessa problem?
- 3 Vilka likheter/skillnader finns mellan problemets art och handläggning på sjukhus respektive i primärvård?
- 4 Övriga kommentarer, sammanfattning.

Allmänhetens problem, primära kontaktsaker till primärvårdsenheten

Fråga

- 1 Vilka problem har människor när de kontaktar vården? Vilka befattningshavare tar hand om patienterna?
- 2 Vilka problem når aldrig allmänläkaren? Vad görs åt dessa problem?
- 3 Hur ser allmänheten på sjukvården, hälsovården vid primärvårdsenheten? Vad säger patienterna?
- 4 Vilka skillnader/liheter finns mellan de problem som människor har när de söker vård i primärvården jämfört med sjukhus?
- 5 Övriga kommentarer, sammanfattning.

En del av introduktionseftermiddagen är också kontroll av de praktiska arrangemangen, resor, uppehålle etc. Kandidaterna är ombedda att själva i god tid ta kontakt med respektive handledare för att diskutera ankomst, avresa



Allmänmedicin i Umeå

etc (lokala rutiner på vårdcentraler och allmänna kommunikationer varierar). Landstinger bjuder på logi (jourrum, lägenhet, motsvarande) – universitetet ersätter resekostnader ("billigaste färd-sätt"), medan kandidaterna själva får bekosta maten.

Uppföljningsdagen inleds med en del allmänna spontana reflexioner från kursveckan. I gruppform besvarar man sedan de frågor man funderat på under veckan. Gruppmedlemmarna kommer från olika vårdcentraler och har ganska olika erfarenheter från sin vistelse. Eftermiddagen blir en redovisning av uppgifterna från kandidaternas sida, med kommentarer och synpunkter från kursledning.

De hittills erhållna intrycken från veckorna synes mycket positiva både från handledare och studenter. Framtiden får utvisa mer långsiktiga erfarenheter. Men nog känns det som om både handledare och kandidater har ett sug efter kontakt och ambitionen och entusiasmen känns stor. Av figur 2 framgår veckoschemat från en vårdcentral. Den praktiska utformningen kom att variera mellan olika vårdcentraler. Varje distriktsläkare/handledares egen erfarenhet, intresse och stil fick karaktisera veckan, men övergripande var betoning på arbetssätt, kontaktmönster, arbetspartners och epidemiologi i primärvården.

Några kritiska reflexioner från studenterna efter de första kursveckorna. Man vill ha kursveckan (hellre veckor) tidigare i utbildningen – gärna under föregående (10:e) terminen. Knappt hälften av kandidaterna har tidigare provat på distriktsläkartjänst (de flesta endast som weekend-vikarier, några enstaka har veckor/månader bakom

sig). Positivt har varit det personliga omhändertagandet på vårdcentraler, genomgående har veckorna varit väl förberedda och lagom varierande med ibland sociala kvällskontakter.

Övriga kursaktiviteter

Undervisning av kandidater har inte endast förekommit under veckokursen. Vi har också försökt att komma in på andra kurser på ett mera naturligt sätt – i den löpande undervisningen med kompletterande allmänmedicinska aspekter. Följande medverkan har hittills genomförts. Att just dessa kurser har valts har blivit av ganska lokala och personliga skäl. Här finns säkert ett stort och viktigt utrymme för utvidgningar i fortsättningen.

– Introduktionskursen (första studie-terminen). Som föreläsare och paneldebattör om läkarroll och yrkesval (c:a 4 tim).

– Psykologi och praktisk medicin del I (2:a terminen) tre hela dagar "allmänmedicin". Första dagen ägnades åt allmänläkarens arbetsuppgifter – ganska praktiskt hållet. På andra dagen gjorde samtliga ett hembesök hos patienter om grupper 3–4 studenter/patient. Man samtalade kring aktuella hälsoproblem, hur dessa löstes och problemens inverkan på familjesituationen. Tredje dagen blev en uppföljning av hembesöken.

– Psykologisk och praktisk medicin del II (5:e terminen). Gruppleddare i en del samtalsgrupper kring läkarroll och patient-läkarförhållande (c:a 10 tim).

– Socialmedicin (6:e terminen). En förmiddag om allmänläkarens verksamhet och arbetssätt tillsammans med distriktssköterskor.

– Internmedicin (7:e terminen). Deltagande i samundervisning/föreläsning i gastroenterologi och patient-läkarförhållande (4 tim). Oregelbundet har också varje kandidat två timmar besökt vårdcentralen. Schemalagt besök med diskussion kring "medicinpatienter" i öppen vård.

– Kirurgi (8:e terminen). Föreläsningar kring allmänläkaren och kirurgiska problem (4 tim).

– Fria kliniska stadiet (9:e–11:e terminen). På enstaka kurser, öron, psykiatri, pediatrik, har allmänläkaren i omfattning 2–3 timmar deltagit separat eller i samundervisning. I huvudkursen i socialmedicin 4 timmars föreläsning och 4 timmars seminariearbete kring primärvård.

– Ett mer organiserat samarbete med Landstingets vårdskola har också etablerats och föreläsare, bland annat för distriktssköterskor, har engagerats via Allmänmedicinska sektionen (omfattning 10–15 tim).

I dessa övriga kursaktiviteter har kolleger utanför sektionen också engagerats. I en del fall har en sådan speciell kontakt mellan någon moderklinisk och allmänläkare funnits från tidigare, och den kontakten har fortsatt eller utvidgats.

Ett försök till samaordning mellan olika inblandade allmänläkare/undervisare har dock skett så att kandidaterna inte får alltför mycket upprepningar och skilda uppfattningar presenterade.

Denna samordning har i huvudsak skett via en studiecirkel, "Allmänläkaren som läkare", som nu startats en andra termin. Elva cirkeldeltagare finns för närvarande – en liten kärna av kolleger, intresserade av att i varierande omfattning delta i undervisning. På sikt känns det angeläget att denna kärna blir större och att ett hyggligt antal allmänläkare finns som undervisare. Arbetsuppgifterna är många, och intresset från målgrupperna/studenterna är genomgående positivt och välvilligt.

Författarpresentation

Bengt Mattsson, distriktsläkare Umeå vårdcentral, klinisk lärare vid Allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet

Göran Westman, distriktsläkare Vännäs vårdcentral, klinisk lärare vid Allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet.

Figur 2.
Ett exempel på ett veckoschema för en kandidat.

	Må	Ti	On	To	Fr
8.00	Introduktion Gles mottagning	Mottagning och skola	Introduktion till BVC BVC	Sjukhem Ålderdomshem	Mottagning
12.00	Lunch				
13.00	Hembesök Gles mottagning tagning	Mottagning	Rehabgrupp	Mottagning Distriktssköt	Avslutande diskussion. Eget arbete.
17.00	Avslutande diskussion	→	→	→	Hemresa

Socialt program

Forskning i primärvård, basen för planering och utbildning.

Vår erfarenhet i Dalby sedan 1968.

ÅKE NORDÉN

Författaren redovisar i artikeln att grunden för all utbildning är forskning. Genom en historisk exposé av erfarenheter från Dalby forskningsstation säger författaren att genom att arbeta med totalbefolkningen, tycks vi fått fram en ny form av epidemiologi – referensbefolkningens epidemiologi. Kunskapen som fås genom detta arbetssätt ger utgångspunkter både till planering och utbildning.

Ändamålet med vårdcentralen i Dalby var i de PM som formulerades 1960–1961 att tillföra läkarutbildningen kunskaper kring de patienter som ej behövde läggas in på sjukhus. Vilka sjukdomar rörde det sig om? Hur handlades de ur diagnostisk och terapeutisk synpunkt? Hade man samma principer hos provinsalläkarna som vid sjukhusens öppna mottagningar?

Ganska snart stod det klart att vi visste för lite om sjukdomspanoramat i den öppna vården. Var sjukvården hos provinsialläkarna det patienten i första hand tog i anspråk eller för man direkt till sjukhuset? I senare fallet skulle registreringen av patientdiagnoser hos provinsialläkarna endast återspegla vad han sysslade med och inte ge en bild av befolkningens behov. Det senare krävde att vi gick ut och gjorde epidemiologiska undersökningar. Här fanns en unik tradition från Dalby genom det så kallade Lundby-projektet som genomfördes 1947 av professor Erik Essen-Möller och hans medarbetare. Det var primärt en psykiatrisk inventering som omfattade praktiskt taget hela befolkningen (>99%). Genom att på motsvarande sätt välja ut förmodat viktiga områden borde man kunna få en uppfattning om sjukdomspanoramat som var oberoende av om befolkningen sökte hjälp eller inte.

1. Dataregistrering

I februari 1968 öppnades en tvåläkarstation i Dalby som då hade en befolkning på 8.000 invånare. Ambitionen var att kunna ta hand om så många som möjligt av dem som sökte och remittera så få som möjligt. Det krävde en förutsättning, nämligen *tid*. Vi präglade mål-

sättningen: "patientens problem skall lösas vid första besöket". Doktors kunskaper och snabba laboratorieresurser kom att bli avgörande för hur fullständigt patientens problem blev löst.

Inom vilka områden behövdes kunskaper och snabba laboratorieresurser? Enda sättet att få besked var att omedelbart införa diagnosregistrering och ett databearbetningssystem som återspeglade sjukdomspanoramat.

I samarbete med universitetets datacentral genomfördes ett program för registrering. Vad det betydde när det gällde de principer vi bestämt oss för kunde Bengt Scherstén och Thor Lithman visa. De samlade in alla uppgifter om sjukvårdskonsumtionen i befolkningen under ett år (1973/74). Inventeringen omfattade inte bara besök i Dalby utan på lasarettets samtliga avdelningar. Det visade sig då att Dalby-befolkningen hade färre läkarbesök per individ och år än befolkningen i Malmöhus läns landsting. Berodde det på att vi såg för få patienter eller löstes verkligen patientens problem vid första besöket? En bedömningsgrund var sjukskrivningarna i befolkningen – efter korrigering för ålderssammansättningen var sjukskrivningarna i Dalby per år och individ omkring nio dagar, i landstinget 15,9 dagar. Här tycktes vi ha uppnått vad vi avsåg.

2. Sjukdomspanoramat

Dalby var 1968 ett samhälle med en gammal befolkning, tämligen väl överensstämmande med Sveriges. Hjärt-kärl-sjukdomar, deras förebyggande, diabetes och cancer kunde förmodas vara problem som vi borde inrikta forskningen mot men 1970 förändrades samhället plötsligt. Vi fick småhusbebyggelse som på ett par år förändrade befolkningspyramiden – plötsligt var 0–10 år den talrikaste delen och 30–40 år, dvs barnens föräldrar, näst talrikast. Hur såg sjukdomspanoramat nu ut?

De flesta besöken i denna serie gällde personer under 20 år. Deras problem var infektioner – otiter, tonsilliter, urinvägsinfektioner. Den näst största gruppen var 20–39 år gamla. De sökte för tonsilliter, obesitas, infektioner, psykiska besvär, ont i ryggen, gastrit – ulcus. Den tredje i ordningen var de över 60 år. Deras ledande problem var diabetes med hypertoni på andra plats, urinvägsinfektioner, "besvär som ej ledde till diagnos". Mellan 40 och 60 år var hypertoni det vanligaste.

3. Forskningspanoramat

Även om sjukdomsproblemen i befolkningen borde vara den medicinska primärvårdsforskningens riktpunkt, är det inte givet att man kan mobilisera en forskare med intresse och kompetens. Utvecklingen i Dalby har gått stegvis. Initialt ägnades forskningen åt fält som vi redan hade erfarenhet av – diabetes och urinvägsinfektioner.

Bengt Scherstén hade lett en omfattande diabetesundersökning i landstingets befolkning – 230.000 personer hade deltagit. Erfarenheterna omsattes i Dalby-befolkningen. Vi introducerade diabetessjuksköterskan som en medlem i arbetsteamet i primärvården. Scherstén hade gjort den sensationella upptäckten att bakteriella infektioner i urinen medförde lågt urinsocker. Han utvecklade Uriglox®-stickan, som man kan säga var modellen för de snabba laboratorieproven som föresvävat oss. Diabeteskampanjen hade fört oss över på betydelsen av borderline glukostolerans och möjligheterna att förebygga utvecklingen av diabetes med diet och tolbutamid. Det hade även fört in intresset på hypertoni, dvs diagnostik, behandling och organisation av hypertoni vården.

Fyraåringskontrollernas utformning testades i slutet av 1960-talet av Lennart Köhler i Lund. Det var en naturlig del i vårt arbete – Dalby-barnen inlemrades i Köhlers undersökningar. Vi hade emellertid även preventiva insatser bland våra uppgifter. Fettforskare som Bengt Borgström i Lund och E Ahrens Jr vid Rockefeller University undrade hur mycket kolesterol vanligt folk åt och om det dietära kolesterolet hade samband med kolesterolet i blodet. Det förde oss in på ett omfattande projekt "dubbelportionstekniken" för kemisk analys av den lagade maten.

Under planeringsstadiet fick vi många varningar för att ägna oss åt forskning i en befolkning som vi samtidigt hade sjukvårdsansvaret för. Man förmodade att befolkningen skulle undvika vårdcentralen av rädsla för att bli utsatt för forskning. Vårdcentralen hade emellertid kommit till genom överläggningar med befolkningen. I början av 1960-talet presenterade vi vad vi hade tänkt oss, vad vi kunde erbjuda, hur vi tänkte ha undervisning på samma sätt som på poliklinikerna på lasarettet. Kommunens svar var att man donerade den bästa tomten till landstinget för att få en läkarstation. Likväl fanns det anledning

att vara lyhörd. Vad var svårt att komma åt för allmänheten? Vad var särskilt aktuellt? Att få ett glasögonrecept vid denna tid krävde undersökning hos läkare – synnedsättningen kunde ju bero på glaukom. Väntetiderna till ögonklinikerna var långa. Att få en ögonläkare som gick in i teamet med forskningsuppgift förutsatte ett speciellt engagemang för vårdcentralens idé. Bo Bengtsson ställde upp. Hans oerhört framgångsrika projekt har lett till en fullständig omvärdering av glaukomdiagnostiken, patogenesen och därmed behandlingsprinciperna.

Projektet har visat att det finns behov av oftalmiatrik epidemiologi förlagd till primärvården för att lösa problem inom en specialitet – ögonsjukvården. Så långt hade ingen distriktsläkare synts i forskningspanoramat – i verkligheten medverkade flera distriktsläkare i olika program, Per-Olof Bitzén i diabetesforskning, Lars Lindholm i klinisk farmakologi och reumatologi och Barbro Hagander i gastroenterologi.

Birgitta Hovelius är den första distriktsläkare som lagt fram en doktorsavhandling. Hon är specialistkompetent i infektionssjukdomar, har utbildning i mikrobiologi men är också distriktsläkare. Med Birgitta Hovelius har en attack mot primärvårdens vanligaste sjukdomar kunnat göras – det har gällt både de övre luftvägsinfektionerna och urinvägsinfektionerna. Hovelius har upptäckt *Staphylococcus saprophyticus* patogenetiska roll vid urinvägsinfektioner. Hon har visat i sin avhandling hur detta problem är knutet till primärvården i långt högre grad än till sjukhusvården.

Det allmänna miljömedvetandet, tillkomsten av miljömedicinska enheter på landstingsnivå kommer enligt planerna att innebära att primärvården i samarbete med yrkesmedicinen kommer att få miljömedicinska uppgifter. På detta område har Ronald Pero arbetat med ett testsystem som kan ange om individen är utsatt för miljöfaktorer med risk för framtida men. Distriktsläkarna kommer att stå i främsta linjen när det gäller hälsofrågor enligt principerna i den nya Hälso- och sjukvårdslagen. De måste ha kompetens när det gäller att besvara allmänhetens frågor – är fett i maten farligt med tanke på åderförkalkning och bröstcancer? Tillgång på forskning inom miljöområdet är bästa garantin för att allmänheten skall få besked om vilka råd och åtgärder som är väsentliga – om det finns något utöver sprit och tobak man skall se upp med.

Slutligen har jag personligen de senaste åren alltmer ägnat mig åt alkoholistvården i samarbete med Nilsåke Ingvarsson, forskningsassistent i projektet och socialsekreterare. Alkoholistvården bör enligt vårt synsätt bli primärvårdens uppgift med mera tonvikt på rehabilitering än som hittills varit förhållandet. Vi har utformat ett vårdprogram för alkoholistvården vid en vårdcentral och prövar oss fram.

4. Planering

Hur skall en vårdcentral se ut? Erfarenheterna hittills med ett besök per individ och år innebär en distriktsläkare per 3000 invånare = besök. Blir det fler besök per individ bör antalet individer minska och antalet besök ej överstiga 3000. Men hur skall det i övrigt se ut? För närvarande sammanställer vår statistiker Göran Ejlertsson den totala sjukvårdskonsumtionen i Dalby-befolkningen under de senaste 10 åren. Det innebär möjligheter att bedöma utvecklingstrender, personalbehov – kommer exempelvis nuvarande dimensionering av läkarutbildningen att ge ett överskott? Antalet besök växer mycket långsammare än man förutsatt då man bestämde sig för nuvarande intag till utbildning.

Genom att liksom i Essen-Möllers ursprungliga studie hela tiden arbeta med totalbefolkningen tycks vi ha fått fram en ny form av epidemiologi – referensbefolkningens epidemiologi. Skulle någon vara på väg att planera för vårdcentralen i Knäred med en befolkning på 20000 borde det vara möjligt med kännedom om befolkningens sammansättning där att från Dalby-data ange vilka sjukdomar man kan vänta sig, i vilken omfattning man skall prioritera vissa sjukdomar. Kommer en diabetes-sjuksköterska att behövas? Skall läkarna ha särskild erfarenhet av barn med otiter etc. Vi har förutsättningar att ta emot en beställning från planerarna om vad som kommer att behövas.

5. Utbildning

Nu 1981 anser vi oss veta vad det handlar om i primärvården, men vi har hittills saknat en hörnsten i vårdcentralens resurser – det lokala sjukhemmet, men det lär vi kunna räkna med inom den närmaste femårsperioden. Det lokala sjukhemmet kommer att tillföra vårdcentralen sjukvårdsplatser. Som vi ser det idag skall det ej bli en långvårdsklinik utan en resurs särskilt för gamla människors övergående sjukdomar som ej kan klaras i hemsjukvården.

Det lokala sjukhemmet kommer att bli vändpunkten för allmänläkarutbildningen. När det finns kan två års utbildning i den egna disciplinen förverkligas men utan det lokala sjukhemmet saknas en väsentlig del.

Vår tanke för 20 år sedan var att förbättra grundutbildningen. Ditt har vi ännu inte nått. Förutsättningen är givetvis undervisningsvårdcentraler med lärare och kapacitet att ta hand om studenter. Det gäller klinisk utbildning i distriktsläkarens arbetsrutiner.

Vi har hittills dragit oss fram med improvisationer – det är anmärkningsvärt hur man inom de medicinska fakulteterna struntat i regeringsbeslutet från 1974 att primärvården skulle inrymmas i grundutbildningen av läkare. Under sju år terminen görs besök vid vårdcentraler, hos distriktsköterskor, på äldreomsorg etc. Det är en kort visit men den sätter sig glädjande nog fast i stu-

denternas minnesbilder av hur framtiden kan se ut. Det är Mogens Hey i Höör som utformat programmet. Det har givit långt mer i utbyte än vad jag vågat hoppas.

Under sjunde och åttonde terminen har vi i Lund infört "primärvårdspatienten" som en form för utbildning i kontinuitet och vårdansvar. När den kliniska utbildningen börjar under sjunde terminen skall studenten välja en patient med en kronisk sjukdom som han eller hon följer under två terminer. Studenten skall ha kontakt med patienten, möta upp vid kontroller på sjukhuset, helst ha kontakt vid kontroller på vårdcentralen eller hos distriktsköterskan och helst ha gjort hembesök hos patienten.

Det är en improviserad ersättning som vi kunnat genomföra utan att särskild tid behövt avsättas i schemat. Det har gett studenten kunskaper om kroniska sjukdomars förlopp – diabetes, hjärtinfarkt etc. Eftersom valet av patienter skett på avdelningen har maligna sjukdomar som leukemi tagit en större plats än som varit rimligt i klientelet på vårdcentralen. Det har emellertid givit erfarenheter av stor betydelse när det gäller terminalvård. Vi har flera exempel där studenten blivit ett stöd för familjen. I de fall då leukemin drabbat den unga familjen har imponerande insatser gjorts. När de två terminerna gått har man byggt upp en relation till sin patient som man inte är beredd att avveckla. För mig, som fått lyssna på studenternas upplevelser i enskilda samtal, har detta blivit något vida mer än en schemalagd del i undervisningen. Det har blivit ett uttryck för vårdideologin i läkargärningen.

Författarrepresentation:

Åke Nordén, professor i öppen vård vid vårdcentralen i Dalby.

Samhällsmedicinska fältarbeten under läkares grundutbildning

INGE DAHN, BERTIL S HANSON, MOGENS KEY, LEIF SVANSTRÖM

Erfarenheterna från epidemiologiska-samhällsmedicinska fältarbeten i primärvården under kursen "Medicinsk psykologi och samhällsmedicin" på fjärde terminen i läkarutbildningen vid Lunds universitet har varit goda. Den framtida utformningen av undervisningen i samhällsmedicin diskuteras och författarna betonar behovet av att studenterna tidigt kommer i kontakt med primärvården och att allmänmedicinsk-samhällsmedicinsk undervisning går som en strimma genom hela läkarutbildningen.

Bakgrund

Grundutbildningen av läkare har diskuterats mycket under 70-talet. Tillkomsten av kurserna Medicinsk Psykologi och Samhällsmedicin (MPS), UHÄ:s utredning "Samhällsmedicinska moment mm" från 1979, översynsutredningen av läkares grundutbildning etc visar en vilja till en mera samhällsmedicinsk orientering av läkares grundutbildning för att bättre anpassa utbildningen till hälso- och sjukvårdens utveckling som kännetecknas av en betoning av områdena öppen vård, långtidsvård och förebyggande hälsovård.

De medicine studerande har via sin samarbetsorganisation MEDOSS framfört behovet av att studenterna tidigt får kontakt med allmänläkarvården och att denna kontakt upprätthålls under hela utbildningen. Man har även framfört önskemål om en kurs i allmänläkarvård samt betonat att delar av den kliniska undervisningen flyttas från universitets-sjukhusen ut till bla primärvården.

Det är viktigt att erfarenheterna från olika försök med undervisning i primärvården kontinuerligt utvärderas och redovisas.

Primärvårdsundervisningen i Lund/Malmö

I Lund påbörjade man våren 1977 primärvårdsundervisning på sjätte terminen av läkarnas grundutbildning. Här presenteras primärvårdens resurser, arbetsformer, vårdutbud och samarbetsrelationer i det individinriktade patientarbetet. Erfarenheterna beskrivs av Mogens Hey på annan plats i detta nummer, (Hey 1981).

Epidemiologiskt fältarbete

För att komplettera den "individ- och patientorienterade" undervisningen har försök gjorts med epidemiologiska fältarbeten under kursen MPS på fjärde terminen (MPS 4). Det första försöket gjordes hösten 1978 med utgångspunkt från primärvården i Sjöbo (Bodén, Svanström 1980). Verksamheten har därefter permanentats och liknande projekt har genomförts i Malmö våren 1979, i Höör hösten 1979, i Lomma våren 1980 och nyligen i Kävlinge hösten 1980.

Tanken är att undervisningen i samhällsmedicin på fjärde och sjätte terminerna och på huvudkursen i socialmedicin på tionde terminen skall utgöra delar av en helhet. För närvarande är undervisningen på fjärde terminen befolkningsorienterad och övergripande. Undervisningen på sjätte terminen är mer inriktad på fördjupade studier av speciella problem. På sjätte terminen ligger även auskultationsdagarna ute i primärvården. Undervisningen fullföljs sedan på huvudkursen i socialmedicin.

Projektets uppläggning

Kurserna omfattar knappt 100 studenter. Dessa delas upp i ett 20-tal grupper med uppgiften att beskriva de tre områdena kommunens miljö, sjuklighetens och dödlighetens utbredning i befolkningen samt hälso- och sjukvårdsorganisationen. Kursens målsättning är att ge studenterna kunskap om hur och var man skaffar fram epidemiologisk relevant kunskap och hur man skapar en helhetsbild av hälsoproblemen i en kommun. Samband mellan miljö och sjukligheten diskuteras. Slutligen ställs sjukligheten och befolkningens behov mot hälso- och sjukvårdens utformning med målsättningen att diskutera organisationens effektivitet sett i relation till sjukdomspanoramat.

Sjöboprojektet

25 studenter indelade i fem grupper gjorde en genomgång av miljöförhållandena. De beskrev ålders- och könsfördelningen, bostadsförhållandena, ekonomiska förhållandena, arbetsförhållandena osv med utgångspunkt från befintlig kunskap. De gjorde även intervjuer med vissa "nyckelpersoner". De kontaktade hälsovårdsnämnden, arbetsförmedlingen, socialförvaltningen etc för att få ytterligare uppgifter om befolkningens förhållanden.

12 grupper med cirka 60 studenter beskrev sjukligheten i kommunen. De

studerade öppenvårdsstatistiken, beskrev patienterna på vårdcentralen, studerade slutenvårdsstatistiken etc. De besökte privatläkaren i kommunen, intervjuade distriktssköterskorna, besökte sjukhem och ålderdomshem. De beskrev vidare läkemedelskonsumtionen och gjorde intervjuer med Sjöbör för att få en uppfattning om deras attityder gentemot vårdapparaten. En grupp försökte med utgångspunkt från litteraturstudier skatta förekomsten av sjukdomarna hypertoni och diabetes. En grupp beskrev hälso- och sjukvårdens organisation från primärvårdsplanet upp till regionsjukhuset i Lund.

Redovisningen gjordes skriftligen och muntligen. Vid redovisningen indelades kommunen genomgående i fyra delar och jämförelser gjordes mellan dessa. Projektet finns dokumenterat i stencilform (Bodén, Svanström 78/79) och i en sammanfattande version publicerad i Läkartidningen (Bodén, Svanström 1980).

Malmöprojektet

Det visade sig omöjligt att studera en del av Malmö kommun eller att göra jämförelser mellan olika delar av kommunen då de olika förvaltningarnas områdesindelningar inte alls sammanföll. Då Malmös befolkning utgör en 1/4 miljon människor avgränsades i stället projektet till att omfatta endast förskolebarnens situation. Uppläggningsen av projektet överensstämde annars ganska väl med det tidigare genomförda Sjöboprojektet. Projektet genomfördes under tre hela dagar. Även detta projekt finns närmare redovisat i stencil (Hanson 1979).

Höörprojektet

Höörprojektet har varit det mest omfattande projektet eftersom det varade i fem hela dagar. Den första dagen ägnades åt en presentation av epidemiologiskt arbete inom primärvården belyst genom ett "rollspel" av en teoretiker och en praktiker. Praktikern beskrev mot bakgrund av sin långa distriktsläkarerfarenhet sin egen utveckling från ett snävt medicinskt inriktat arbetssätt till ett mera samhällsmedicinskt. Teoretikern försökte infoga praktikerns erfarenheter i ett epidemiologiskt perspektiv. Politiker och tjänstemän verkssamma inom Höörs kommun beskrev kommunens historia, dagsläge och verksamheten i kommunen, speciellt hälso- och sjukvården. Dagarna 2-5 ägnades åt grupparbeten. Grupperna samlade in och bearbetade data om befolkningen och dess miljö, sjukligheten och dödligheten samt hälso- och sjukvårdsorgani-

sationen på samma sätt som i de tidigare projekten.

Tre specialämnena studerades. Det första var konsumtionen av laxermedel i Höörs kommun. Det andra var studium av Höörbornas fötter samt konsumtionsmönstret beträffande skor. Det tredje specialämnet rörde kostfrågor i kommunen och en analys av behovet av en dietist.

En grupp studenter hade valts av kursen och deras uppgift var att samordna hela projektet med målsättningen att uppskatta latent och reella behov hos befolkningen (Dahlin, Svanström 1973) och diskutera samband mellan miljö och sjuklighet för att därefter uppställa en idealmodell för omhändertagande av befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov. En andra grupp som också utsetts av studenterna (preventionsgruppen) hade som målsättning att på grundval av framtaget material peka på åtgärder av preventiv natur.

Materialet har samlats i en rapport (Hey 1980) vilken används i Höörs primärvårdsområde för att beskriva förhållandena i kommunen.

Lommaprojektet

Höörprojektets uppläggning skapade en del irritation och kritik från studenterna. Kritiken hängde delvis samman med att så stor del av planeringen kommit att hamna på lärarna och att projektet kanske varit något för välplanerat (sic!). I god tid före kursstarten fick därför kursen utse fem representanter som tillsammans med distriktsöverläkaren i kommunen, socialchefen och två representanter från socialmedicinska institutionen planerade projektet. Studenterna fick ta del av de tidigare projekten och de fick själva välja sina grupper och själva välja vad de ville studera i kommunen.

Första dagen presenterades kortfattat epidemiologi, preventivmedicin och administrativ medicin. Studenterna fick även en orientering av Lomma kommun och dess hälsoproblem. På eftermiddagen gjordes en bussrundtur i kommunen med vissa studiebesök.

Kravet på godkänd kurs var att varje student skulle ha sitt namn på en av de skriftliga gruppredogörelserna och att ha deltagit i den muntliga redogörelsen som kursen avslutades med. Kursen fick positiv kritik från studenterna men en del var kritiska mot att man inte krävt obligatorisk närvaro vid redovisningen. Projektet finns redovisat i stencilform (Dahn 1980).

Erfarenheterna av samhällsmedicinska fältarbeten

Övergripande epidemiologiska fältarbeten med nästan 100 studenter går att genomföra. Grupparbetena har varit av god kvalitet. Det visade sig möjligt att ge något av en helhetsbild av en kommun när det gäller miljö, sjuklighet och hälso- och sjukvårdsorganisation.

Studenterna har mött personalkategorier ute i primärvården som tidigare ej

varit inblandade i undervisningen och som oftast varit mycket positiva till projektet och gärna ställt upp som handledare.

Personalen i primärvården saknar i stor utsträckning den typ av kunskap som via projektet insamlats och sammanställts. Materialen har därför kunnat användas i diskussion och planering i de olika primärvårdsområdena. Detta har säkert bidragit till att studenterna upplevt projektet positivt, då de upplevt att deras arbetsinsats lett till något positivt.

Studenterna borde tidigare under sin utbildning komma i kontakt med primärvården då den mångfasetterade distriktsläkarrollen ibland blivit för provocerande. Många studenter har haft en dålig kunskap om det komplexa samspillet mellan olika organisationer, förvaltningar och institutioner i primärvårdsområdet. Distriktsläkarnas roll såväl som patientläkare som befolkningens och miljöns läkare har varit svårgräpbar och ibland svårförståelig.

Data har av olika handledare presenterats på olika sätt som ibland förvirrat studenterna. Flera av de epidemiologiska data har varit motsägelsefulla och svåra att tolka. Allt detta har krävt ett aktivt och självständigt arbete vilket många studenter hävdade ej krävts tidigare i utbildningen. Det är därför viktigt att studenterna i god tid får en noggrann introduktion till projektet. De måste veta att det krävs närvaro hela dagar och att projektet är helt beroende av studenternas eget engagemang och aktivitet. Det är därför viktigt att studenterna hela tiden finns med under planläggningen av projektet.

Lika viktigt tror vi att det är att projektet följs upp när alla intryck fått vila en tid.

Uppföljning under MPS 6

På 6:e terminen i läkarutbildningen möter studenterna i Lund bla kursen MPS 6 och i denna även primärvårdsundervisningen. Under MPS 6 har studenterna återknutit kontakten med de samhällsmedicinska projekten de genomfört ett år tidigare. Efter en kort rekapi-tulation av resultaten har studenterna haft möjlighet att på nytt sätta sig in i sina grupparbeten för att tillsammans med resurspersoner från kommun ytterligare bearbeta och fördjupa sitt material. Olika företrädare från kommunerna har även beskrivit hur projektet påverkat och eventuellt förändrat arbetsinnehåll och arbetsorganisation i kommunen.

Avslutande synpunkter

Projektet måste ses som ett led i en allmänmedicinsk och socialmedicinsk undervisningskedja. Studenterna måste i framtiden få möjlighet att ännu tidigare komma i kontakt med primärvården. Via det epidemiologiska fältarbetet på 4:e terminen får de en möjlighet att få en uppfattning om vilka hälsoproblem som finns i befolkningen och storleken

på dessa. Denna allmänna kartläggning kan sedan fördjupas på 6:e terminen (MPS 6). Under de olika kliniska kurserna måste sedan studenterna lära sig att tillämpa den biologiskt-medicinska kunskapen på den allmänmedicinska verkligheten i primärvårdsområdet. Huvudkursen i socialmedicin ger sedan den teoretiska bakgrunden exempelvis inom områdena epidemiologi, preventivmedicin och administrativ medicin i samarbete mellan allmänmedicin och andra samhällsmedicinska ämnen som hygien, yrkesmedicin etc.

På detta vis blir undervisningen även ett naturligt led i undervisningen i socialmedicin. Den ger möjligheter till att tidigt få belyst epidemiologiska, preventivmedicinska och administrativa frågeställningar på närliv där det är mycket lättare att konkretisera och diskutera problemen. En bas för fördjupade studier skapas och det är att hoppas på att den nya läkarutbildningen ger större utrymme för sk elektiva perioder med enskilt projektarbete.

Litteratur

Bodén S, Svanström L: Sjöboprojektet – ett försök med undervisning i praktisk epidemiologi. Stencil Sjöbo 1978/79.

-- "Sjöboprojektet" – en studie i praktisk epidemiologi. Läkartidningen 77:2666–2667, 1980.

Dahlin L, Svanström L: Befolkningsstudier som grund för den öppna vårdens planering. Läkartidningen 70:4845–4848, 1973.

Dahn I: Lommaprojektet. Stencil. Institutionen för socialmedicin, Lund 1980.

Hanson BS: Att vara förskolebarn i Malmö – ett försök med undervisning i praktisk epidemiologi. Socialmedicinska avdelningens informationsserie. Malmö 1979.

Hey M: Höörprojektet. Stencil Höör 1979.

Hey M: Primärvårdsundervisning under läkarnas grundutbildning i Lund-Malmöregionen. SFAM-nytt 2 1981. 2:36-7.

Författarpresentation

Inge Dahn är tf klinisk lärare i socialmedicin vid socialmedicinska institutionen vid Lunds universitet.

Bertil S Hanson är biträdande överläkare vid socialmedicinska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus.

Mogens Hey är biträdande chefsläkare för primärvården i Orups sjukvårdsdistrikt och distriktsöverläkare i Höör i Malmöhus län.

Leif Svanström är professor vid socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet i Sundbyberg.

Primärvårdsundervisning under läkarnas grundutbildning i Lund-Malmö-regionen

MOGENS HEY

Sedan 1976 har primärvården i Malmöhus läns landstingsområde i allt större omfattning deltagit i undervisningsinsatser inom ramen för läkarnas grundutbildning.

Genom samarbetet med regionens socialmedicinska institutioner har ett allt större tidsmässigt utrymme avdelats åt undervisningsmoment med anknytning till allmänmedicin/primärvård.

Två stora projekt har därvid genomförts nämligen undervisning i primärvård under 6:e terminen samt epidemiologiska fältarbeten under 4:e terminen.

Vidare har distriktsläkare anlitats som resurspersoner/föreläsare vid medicinska- och kirurgiska temadagar under 7:e och 8:e terminerna samt som föreläsare under huvudkursen i socialmedicin.

Problem kring genomförandet av projekten samt samarbetet primärvård - universitet beskrivs.

Satsning på primärvårdsundervisning
Våren 1976 påbörjades den första större satsningen på primärvårdsundervisning i läkarnas grundutbildning i Lund/Malmö-regionen.

Genom ett initiativ av distriktsläkare Gustav Haglund, tidigare Dalby, numera Olofström, professor Åke Nordén, samt linjenämndens dåvarande ordförande professor Sven Gardell, Lund, kunde projektet "Undervisning i primärvård" påbörjas sommaren 1976.

Sven Gardell, som är grundforskare och verksam inom klinisk kemi, hade genom sitt arbete bl a i linjenämnden blivit en drivande kraft i arbetet att föra in primärvård/allmänmedicin i grundutbildningen. Genom hans medverkan skapades ekonomiska förutsättningar för projektets genomförande.

Projektgrupp av distriktsläkare

En projektgrupp bestående av 6 distriktsläkare med författaren (Mogens

Hey) som ordförande utsågs av Malmöhus läns landstings sakunnigorgan för allmänläkavård (SPESAK-allmänläkarvård) och distriktsläkarnas lokalförening. Projektgruppen arbetade fram ett undervisningsprogram som i stort har fungerat oförändrat sedan vårterminen 1977. Sven Gardell deltog till en början i projektgruppens arbete och kunde genom sina många kontakter inom universitetsvärlden underlätta distriktsläkargruppens arbete.

Landstinget och primärkommunerna ställde sig positiva till projektet och öppnade sina verksamheter för kursen. Personal inom primärvård och primärkommuner ställde upp som handledare m m.

Planering och ramar

Kursledningen fick relativt fria händer i planeringen och beviljades en väl tilltagen ekonomisk ram samt 6 heldagar under MPS-6 kursen (Medicinsk Psykologi och Samhällsmedicin på 6:e terminen), vilken i Lund ligger i slutet på terminen efter en 2-veckorsperiod med tentamensläsning i patologi.

Kursledningen har inget formellt samarbete med ledningen för övrig MPS-6 kurs. Periodens 6 onsdagar valdes som lämpliga kursdagar.

Kursens målsättning

Målsättningen med kursen var att presentera primärvårdens resurser och innehåll samt med primärvården samarbetsorgan på lokal nivå, sett ifrån distriktsläkarens synvinkel. Kursen har riktat sig till max 48 studerande fördelade på 24 2-personersgrupper. I samband med MPS-6 kursens start har primärvårdsdagarna presenterats av projektgruppens ordförande. Denne har givit en översiktlig bild av primärvårdsbegreppets innehåll och verksamhetsformer samt praktiska förhållningsregler i samband med kursdeltagandet som varit obligatoriskt.

Kursdeltagarna har fått en allmän skriftlig översikt samt lokala kursprogram med för varje primärvårdsdistrikt individuell utformning innehållande praktiska upplysningar, schema samt information om den verksamhet som presenteras och dess handledare.

Deltagande primärvårdsenheter

Från början svarade 6 primärvårdsenheter, senare 9, för lokala program till 2-4 grupper om 2 studerande.

Deltagande vårdcentraler har i stort kunnat visa fullständiga primärvårdsenheter med samarbetande primärkommunal verksamhet (social- och hemvård, skola, ålderdomshem etc) samt apotek och försäkringskassa m m.

Kursinnehållet

Studenterna har fått följa praktiskt verksam personal och momenten har presenterats dels som auskultation dels som samtal kring aktuella problemområden.

Även gruppaktiviteter typ hemsjukvårdslag, reha-grupp m m har förevisats. Under kursen har det dagligen funnits tid för samtal med kursledaren.

Avslutningsvis har kursdeltagarna samlats lokalt med kursledaren och ibland även andra handledare. En skriftlig kurskritik har bildat underlag för en diskussion och sammanfattning.

Kurslitteratur

Till kursen har inte framtagits någon obligatorisk litteratur. Som bredvidläsning har rekommenderats "Distriktsläkarboken", boken "Handledning av AT- och FV-läkare" samt skriftserien "Primärvård - äldreomsorger - samverkan".

Primärvårdsdagarna och MPS-6 kursen

Studenterna kommer med ringa erfarenhet av kliniskt arbete samt ytterst blygsam uppfattning om primärvård.

MPS-kursen, som primärvårdsdagarna utgör en del av, innehåller många teoretiska och praktiska moment som har anknytning till dagarna, bl a läkar- och patientrelationer, krisreaktioner och liknande.

Kurskritik

Emedan den övriga MPS-6 kursen oftast har fått relativt dålig kurskritik har primärvårdsdagarna överlag fått ett mycket positivt bemötande.

Speciellt har kontakt med praktisk sjukvård, entusiastiska handledare samt presentation av ett okänt och stort intressant arbetsfält framhållits. Allmänt har kursen bidragit till ett ökat intresse för primärvård.

Projektgruppens arbete

Projektgruppen har träffats regelbundet efter varje kurs och inför planering av

varje ny och därvid ständigt omprövat kursmål och innehåll. Det har varit en genomgående samfällad uppfattning att kursen funnit en ganska tillfredsställande form för såväl studenter som handledare med nuvarande ramar.

Samverkan med övrig grundutbildning

Ända sedan projektets start våren 1976 har knytningen till övrig grundutbildning varit ytterst blygsam. Till en början svarade professor Sven Gardell ensam för all kontakt men så småningom har denna övertagits av universitetets administration som på ett smidigt sätt medverkat till att lämna information om linjenämndens arbete, ekonomiska ramar samt praktiska arrangemang i samband med kursernas genomförande.

Projektgruppen har själv fått ta kontakt med övriga MPS-6-ledningen för överläggningar. Ett initiativ att dra in projektledningen i gemensam planering har under hösten 1980 blivit aktuell.

Linjenämndens inställning till kursen

Linjenämnden har följt arbetet med största intresse. Vid ett par tillfällen har projektledaren kunnat rapportera direkt till linjenämnden, bl a i samband med besök av representanter från UHÄ. Projektledaren har även vid ett par tidpunkter som representant för Lunds universitet deltagit i externa konferenser (Nordiskt seminarium rörande primärvård och utbildning våren 1978 i Stockholm samt Utbildningsseminarium i Sättrabrunn anordnad av Uppsala universitets studenter hösten 1980).

Allmän medicinsk institution

Inför planeringen av en allmänmedicinsk institution inom ramen för ett samhällsmedicinskt centrum i Lund/Malmö har projektgruppen ej vidtalats om medverkan.

Primärvårdskurs i Malmö

Malmö har sedan gammalt en blygsam primärvård och har därför hittills ej haft förutsättningar för primärvårdsundervisning.

Projektgruppen deltar numera i planeringen för en sådan även i Malmö.

Distriktsläkarna i Malmö har ställt sig positiva till medverkan men kan inom de närmaste åren inte erbjuda en kurs av samma omfattning som landstingsområdet.

Ny kursplan hösten 1981?

Inför höstterminen 1981 har det diskuterats att anordna en kombinerad kurs med presentation av såväl primärvård på landsbygd som primärvård i större stad.

6 kursdagar skulle därvid bli 9, varav 6 på landsbygden och 3 i staden. Denna kurs skulle då kunna erbjudas såväl Malmö- som Lundastudenterna. Emedan Malmö knappast har förutsättningar att erbjuda så många kursplatser skulle även Helsingborg komma ifråga. I samband med denna kursutbyggnad diskuteras en bättre presentation och sam-

manfattning med hela kursen i form av 2 halva dagar med föreläsningar och sammanhängande presentation av primärvården.

Primärvårdsundervisning under MPS-4

Sedan hösten 1978 har ett annat primärvårdsinriktat projekt under MPS-4-perioden avverkats i ett antal primärvårdsdistrikt.

Projektet presenteras på annan plats i detta nummer, (Dahn oa 1981).

Distriktsläkarmedverkan i temadagar

Distriktsläkarmedverkan vid enstaka tillfällen i temadagar i Lund har prövats med växlande resultat. Författarens egen erfarenhet från deltagande i temadag om gastroenterologisk cancer har varit blandad. Informationen har varit dålig och det har därför varit svårt att förbereda medverkan på lämplig nivå. Å andra sidan har delar av temadagen innehållsmässigt visat en sådan nivå att den kunnat fungera som efterutbildning för distriktsläkare.

Det har diskuterats att förlägga temadagar till vårdcentraler. Förslag till lämpliga ämnen är "Omhändertagandet av hypertoni-patienten", "Diabetikervård" etc.

Intresse finns men ännu har försök ej genomförts.

Distriktsläkare som föreläsare i kurs i socialmedicin

Författaren har medverkat som föreläsare under huvudkursen i socialmedicin, primärt med relativt dålig information om målsättningen. På eget initiativ ordnades emellertid en knytning till andra föreläsningar med angränsande problematik varvid lämpligt underlag för en dubbelföreläsning kunde framtagas.

Innehållet byggdes upp kring en definition av primärvård, allmänmedicin, avgränsning mot socialmedicin samt en presentation av primärvårdens arbetsformer och vårdlag i primärvården.

Samlade erfarenheter av primärvårdsmedverkan i grundutbildningen

Sammanfattningsvis har en lång rad av erfarenheter från primärvårdsmedverkan i läkarnas grundutbildning samlats. Ett större antal utbildningsinsatser har genomförts, inte minst tack vare entusiasmen från primärvårdens sida och kanske även tack vare att undervisningen har kunnat genomföras utan för stark knytning till universitetets egen organisation. Sannolikt har primärvårdsundervisningen, som den bedrivits på MPS-6 nivå, även gynnats av egen budget, egna tidsramar m.m.

Stora organisatoriska insatser

- Allmänmedicinsk institution

Undervisningen i primärvård förutsätter emellertid stora organisatoriska insatser. Kursarrangemang med 80-100 deltagare förlagd till 10-20 institutioner under medverkan av 150-200 handledare kräver en fast institution som bas.

Det är därför önskvärt att en allmänmedicinsk institution med tillräckliga resurser tillkommer. Institutionen kan då ansvara för universitetsknytning, organisation av utbildningsprogram, kunskapsinnehåll samt i viss utsträckning lärarkraft.

Sjukvårdshuvudmannens medverkan

Sjukvårdshuvudmännen å sin sida måste skapa organisatoriska förutsättningar för att ta emot de stora grupper studenter som i framtiden kommer att behöva primärvårdsinstitutioner som utbildningsplats.

Därvid erfordras att all den satsning på primärvården som utlovats genomföres och att primärvården tillföres resurser för vårdadministrativa system med möjlighet för utvecklingsarbete m.m.

Positivt utvecklingsskede för primärvård

Primärvården är för närvarande i ett positivt utvecklingsskede.

Huvudmännen satsar trots kärt ekonomisk läge på denna vårdform.

Läkarstudenterna är i allt större utsträckning positiva till primärvård. Obligatorisk AT-tjänstgöring i primärvård kommer att ge bättre möjligheter att presentera primärvården.

En utökad allmänmedicinsk period under FV-utbildningen som givetvis behöver en kvalitativ handledning kommer även att tillföra primärvården läkare.

En utmaning till distriktsläkarkåren

I dagens läge då krav ställs på primärvårdens företrädare om medverkan i utbildning på alla nivåer, till alla grupper av befattningshavare och samtidigt som en allt högre ambitionsnivå beträffande arbetsuppgifterna tynger, är det viktigt att ha det långsiktiga målet framför ögonen dvs en välutbyggd primärvård som är i stånd att ta hand om såväl utbildningsinsatser som utvecklingsarbete med egna resurser.

Med denna målsättning bör distriktsläkarkåren orka med den utmaning som allmänmedicinen ger idag och som säkerligen jämförelsevis är den mest spännande delen av läkarverksamhet över huvud taget.

Litteraturreferenser:

Dahn I, Hansson BS, Hey M, Svanström L: Samhällsmedicinska fältarbeten under läkares grundutbildning. SFAM-nytt 2 1981. 2:34-5.

Författarpresentation

Mogens Hey distriktsöverläkare/primärvårdschef vid Höörs primärvårdsdistrikt, tillika biträdande chefsläkare primärvård, vid Orups sjukvårdsdistrikt, tillika biträdande chefsläkare i primärvård, vid Orups sjukvårdsvandande organ för allmänläkarvård (SPESAK). Sedan våren 1976 ansvarig kursledare för Undervisning i primärvård/MPS-6 Lund.

Sosialmedisin i almenpraksis

IDA HYDLE

Institutt for sosialmedisin i Oslo har i 2 1/2 år brukt allmennpraktikere som ressurs i undervisningen av medisinske studenter. Dette har vært i form av et 4 timers seminar med 4 allmennpraktikere, én pasient, ca 36 studenter og noen av instituttets lærere. Det teoretiske utgangspunktet for seminaret er "Forskjeller mellom tradisjonell medisinsk tenkning og sosialmedisinsk tenkning og praksis, og hvordan denne forskjell kan forklare at sosialmedisinske problemer ikke alltid blir godt ivaretatt i allmennpraksis". I seminaret inngår en innledning, gruppediskusjon og oppsummering i plenum. Her diskuteres praktiske sosialmedisinske gjøremål i den allmennmedisinske hverdag.

En utformell evaluering av seminaret viser til praktisk nyttig og gjensidig inspirerende dialog mellom studenter, allmennpraktikere og institutt-lærere.

Allmennpraktikere som ressurs i undervisningen av medisinske studenter i sosialmedisin - en praktisk beskrivelse

På Institutt for sosialmedisin i Oslo har vi siden høsten 1978 aktivt trukket allmennpraktikere med i undervisningen av medisinske studenter i 8. klinisk termin (totalt 11 kliniske terminer). Dette har vært i form av et 4 timers seminar med 4 allmennpraktikere og ca 36 studenter som deltakere. Instituttets ansatte har også deltatt i debattene. Det har for det meste vært kommunalt ansatte bydelsleger (fra Oslo's helse- og sosialsentra) som har representert allmennpraktikerne. De privatpraktiserende har større vansker med å komme fra sin praksis. Bydelslegene har undervisning og kursvirksomhet som del av sine arbeidsrutiner.

En allmennpraktiker har med seg en pasient (som også får hjelpelærerlønn!) som illustrerer sosialmedisinske spørsmål. Allmennpraktikeren har forberedt seg på en ca 1/2 times **innledning** sammen med pasienten: "Forskjeller mellom tradisjonell medisinsk tenkning og sosialmedisinsk tenkning og praksis, og hvordan denne forskjell og praksis, og

sosialmedisinske problemer ikke alltid blir godt ivaretatt i allmennpraksis".

Her inngår generelle bemerkninger om allmennmedisinens idealer og realiteter. Slagordene "kontinuerlig, omfattende, personlig, forpliktende" - i hvilken grad er det mulig å følge dem - og hvorfor er de ekstra vanskelige å følge når det dreier seg om sosialmedisinske problemer?

Dr. Hilchen Sommerschild Sundby har tatt opp en sammenligning mellom kriterier på tradisjonell medisin og sosialmedisin som viser forskjeller:

Tradisjonell medisin	Sosialmedisin
fastlåst rigid formell diagnoser hierarki prøver medisiner	vekslende fleksibel funksjonell funksjoner flat struktur behov/tilbud kontinuerlig behandling
rutiner innleggelse/utskrivning	større frihet stimulering av egenomsorg

Åsa Rytter Evensen, bydelslege, har utdypet disse forskjeller i praksis. Den tradisjonelle somatiske medisin gir allmennpraktikern en avgrenset rolle som behandler. Det er enklere å innta en distansert "faglig" holding og mer taknemlig å behandle etter maskinfeilmodellen. Sosialmedisinsk tenkning og praksis er mer uavgrenset. Pasientene frembyr ofte psykiatriske symptomer i tillegg, og det tar lengre tid å få en oversikt over pasientenes problemkompleks. Dette stiller større krav til legen som blir utfordret til å bruke flere sider av seg selv og derfor ofte et personlig engasjement. Sosialmedisinske problemer er vanskelige fordi pasientene ofte har en taper-rolle og derfor kommer i en forsvarsposisjon hvor hun/han skjuler viktige sammenhenger.

Legens evne till å diagnostisere og behandle er derfor avhengig av et tillitsforhold mellom pasient og lege. En forutsetning for dette tillitsforhold er at legen kan identifisere seg med pasienten. Men det er som regel stor avstand mellom legen og den sosialmedisinske pasient:

	Pasient	Legge
Sosial posisjon	↓	↑
Status	↓	↑
Inntekt	↓	↑

Legen skal bryte flere barrierer for å bli en god sosialmedisiner: Identitet, omsorg og vennskap er ikke medmenneskelige kvaliteter som kreves i det medisinske studium.

Andre holdninger blir også satt på prøve. Av og til må legen gå ukonvensjonelle veier for å forsvare (redde) pasienten. Også legens evne til samarbeid over faggrensene blir viktig - andre profesjonelle/etater kan være vel så vesentlige som legen i det sosialmedisinske arbeidet.

Etter denne innledning deles studentene inn i 4 grupper (ca. 8/gruppe). En allmennpraktiker er leder i hver gruppe, som har 1 1/2 time til diskusjon. Gruppelederne har forberedt og tatt med journaler fra kontoret som illustrasjon på ett eller flere av følgende tema:

1. Allmennpraktikeren og samarbeidet med sosialsektoren f.eks. sosialkontor, nykterhetsnemnd, barnevernsnemnd, trykdekotort/rådgivende lege, rehabiliteringssektor.

2. Allmennpraktikeren og lokalsamfunnet

a) Hvordan ulike typer av primærlegjetjeneste hemmer eller motvirker at allmennpraktikeren engasjerer seg i sosialmedisinske problemer.

b) Lokalbefolkningens og legens snevre sykdomsbegrep som hindring for allmennpraktikerens sosialmedisinske virksomhet.

c) Allmennpraktikerens manglende meldeplikt når sosiale forhold utløser sykdom, og hvorfor slik meldeplikt ikke foreligger eller ville fungere.

3. Allmennpraktikeren og pasienten, gjensidig avhengighet

a) Allmennpraktikeren som støtteperson for pasienten fordi pasienten mangler slik støtte i sitt nærmiljø.

b) Pasienten som ledd i legens sosiale miljø: inntektskilde, faglig utfordring eller som ubehag på grunn av legens faglige hjelpeløshet.

c) Legen som pasientens "trykdefor-svarer", og hans forhold til mennesker med økende funksjonssvikt.

4. Allmennpraktikeren og spesielle pasientkategorier

f.eks. den gamle pasient; den misbrukende pasient; den abortsøkende kvinne; den hjemmeværende, somatiserende kvinne.

Seminarets siste time er en oppsummering. Hver gruppe samler resultatet fra sitt gruppearbeid i noen få spørsmål som stilles i plenum til et panel, bestående av de 4 allmennpraktiserende legene.

Evaluering

Ingen formell evaluering har vært utført. Studentene har vist god oppslutning om seminaret og har vært aktive i

diskusjonene. På spørsmål senere har mange ytret seg positivt: "fint å få tid i en liten gruppe til å drøfte problemer med en allmennpraktiker", "dette var jordnært" – "fint å få kontakt med gras-rot".

Allmennpraktikerne på sin side har vært inspirerte nok til å komme igjen mange ganger – flere har deltatt 8 ganger. Seminaret holdes 4 ganger pr. år. Undervisningen blir ansett av dem som et positivt avbrekk i den vanlige praksishverdag. Dialogen med studentene og sosialmedisinere fører til nytenkning, og av og til løsninger på infløkte sosialmedisinske spørsmål. Slik har undervisningen også blitt til direkte praktisk nytte.

"The most powerful tool is to teach students, because then the doctors have to think thoroughly what they are doing" (Dr. Dan Ben-Or, University of Beer-Sheva.)

Dialog, i sosial-pedagogisk mening, skal være praktisk anvendbar for begge parter, ellers blir ikke dialogen realitetsbundet. Teori bør følge praksis, ikke omvendt.

Oppsummering

Når den primære helsetjeneste skal sees i et sosialmedisinsk perspektiv, er det naturlig å starte en dialog med en av de viktigste yrkesgrupper innen primærhelsetjenesten: allmennpraktikerne. Denne yrkesgruppe skal bære ansvaret for at Alma-Ata-deklarasjonens prinsipper blir omsatt i praksis: "grunnleggende helsetjeneste tilgjengelig for enkeltmenn, kvinner og familier i lokalsamfunnet på måter som er meningsfulle for dem, på måter som de kan godta, selv delta i, og til omkostninger som lokalsamfunnet og landet kan bære"...

Først når medisinske studenter får møte allmennpraktikeren og primærhelsetjenesten i dialog og praksis, får de et grunnlag til å identifisere seg med den yrkesgruppe de utdannes til, nemlig allmennpraktikere. Den viktigste ressurs i denne identifikasjonsprosess er allmennpraktikerne selv og deres pasienter.

Undervisningen i medisin, både grunntutdanning og videreutdanning, er dominert av sykehusleger og spesialister. Allmennpraktikere har hittil vært lite benyttet som lærere. Ikke minst innen faget (og spesialisiteten allmennmedisin) savnes det lærere som har sin praktiske og teoretiske forankring i primærhelsetjenesten. Det er derfor viktig å skolere gode allmennmedisinske pedagoger til undervisning av medisinske studenter.

Da vil de senere forstå betydningen av å også ha allmennpraktikere som lærere i videre- og etterutdanningen.

Forfatterpresentasjon:

Ida Hydle, lege. Vitenskapelig assistent ved Institutt for sosialmedisin, Universitetet i Oslo.

Utbildningserfarenheter från allmänmedicinenheten vid Sollentuna vårdcentral

ANNA-KARIN FURHOFF

Författaren ger en personligt färgad redovisning av utbildningsaktiviteter för AT- och FV-läkare samt distriktsläkare med utgångspunkt från allmänmedicinenheten vid Sollentuna vårdcentral.

Aktiviteterna inom utbildningsområdet har ökat väsentligt bland allmänläkarna i Stockholms län under senare år. Detta intresse manifesterar sig på många olika vis, beroende på de mycket olika villkoren i de fem förvaltningsområdena, och på personligheten hos de allmänläkare som sysslar med utbildningsfrågor.

Landstingets förvaltning är i princip välvilligt inställd till de utbildningsaktiviteter, som kommit igång. Nordvästra förvaltningsområdet är dock hittills det enda, som inrättat en särskild läkartjänst i primärvården, där utbildningstjänst särskilt ingår i arbetsuppgifterna. Denna distriktsoverläkartjänst inrättades 1978 för Gösta Tibblin, när han flyttade till Stockholm från professuren i socialmedicin i Umeå. Tjänsten är placerad på Sollentuna vårdcentral, som är en av de tre vårdcentraler där Stockholms läns landsting bedriver "försök med väl utbyggd primärvård".

Sedan september 1980 har jag haft förmånen att under Gösta Tibblins Kanadavistelse vikariera på hans tjänst. Att medverka i planeringen av utbildningsaktiviteter för olika läkarkategorier kom mycket snabbt att ta en stor del av min arbetstid i anspråk. Sedan ett par år tillbaka organiseras utbildningsträffar för distriktsläkarna i Nordvästra förvaltningsområdet. Två utbildningsserier löper parallellt, en för läkare under utbildning och en för ordinarie distriktsläkare.

AT- och FV-läkare

Den viktigaste utbildningen är utan tvekan den som sker på den egna mottagningen. Som ett komplement till denna ordnas sedan drygt ett år tillbaka utbildningsträffar, som äger rum på Sollentuna vårdcentral varannan tisdagsförmiddag. Jag planerar undervisningen i samråd med läkarna, vidtalar lärare (distriktsläkare med specialintressen, specialistläkare inom primärvården, tjänstemän inom försäkringskassa, socialvård etc) och leder undervisningen.

Målet för undervisningen är bla att förbättra deltagarnas förmåga att utnyttja sina färdigheter i klinisk diagnostik, att hantera en sparsam diagnostisk arsenal på ett optimalt sätt, att låta epidemiologiska aspekter vara med

i diagnostiken, att lägga upp behandlingsprogram (inkl strategi för genomförandet) och att på ett ändamålsenligt sätt samarbeta med olika personalkategorier såväl inom sjukvården som utom densamma.

Ämnen hittills har varit hypertoni, ryggskador, ledsjukdomar, försäkringskassans arbetssätt, urinvägsinfektioner och diabetes. Under våren kommer vi bla att behandla barnmedicin och barnhälsovård, luftvägsinfektioner, psykosomatiska sjukdomar och allergiska sjukdomar.

Baskunskaperna förutsätts inhämtade. Undervisningen förbereds genom att deltagarna läser på utsänt material, som föredras och diskuteras. I lämpliga fall kan en kartläggning av den egna mottagningens policy vid omhändertagandet av en viss kategori patienter bilda underlag. Grupparbeten, med tex journalgenomgång, är vanliga.

De ordinarie distriktsläkarnas efterutbildning

Denna utformas av en referensgrupp med en ledamot från vart och ett av de sju primärvårdsområdena. Som sekreterare i referensgruppen fungerar under-tecknad. Här är föreläsningsformen den vanligaste, dock med stort utrymme för diskussioner. Det är viktigt att föreläsarna, som i regel aldrig tjänstgjort inom primärvården, får en riktig bild av vad distriktsläkarna kan och gör, eftersom utbildningen eljest riskerar att bli in-adekvat. Det är därför viktigt att träffa föreläsarna personligen och diskutera vilka synpunkter, som bör belysas.

Hittills har vi under året behandlat njursjukdomar (spec proteinuri och haematuri), utveckling och undervisning i primärvården samt försäkringskassans arbetssätt. Senare under våren kommer vi att ta upp infektionssjukdomar, hudsjukdomar, behandling av kronisk smärta samt nyheter från service-specialiteterna.

Utbildningsplanering var en för mig ny form av verksamhet, som jag snabbt fick stor respekt för, en respekt som sannerligen inte avtagit med tiden. Till synes banala saker, som att boka lokaler och leta lärare, tar tid. Att få fram en vetlig undervisning för AT- och FV-läkare och en meningsfull vidareutbildning för de färdiga distriktsläkarna innebär för alla inblandade en fascinerande utmaning, som ingen ska vägra sig nöjet att delta i.

Författarpresentation:

Anna-Karin Furhoff är tf distriktsoverläkare för utveckling och undervisning i nordvästra förvaltningsområdet, Stockholms läns landsting, samt allmänläkare vid Sollentuna vårdcentral.

Handledarkursen i Hjo

LENNART RÅSTAM

Det förslag till förlängning av vårdcentralstjänstgöringen inom

allmänläkarutbildningen som framläggs i AgA-rapporten innebär ökade krav på handledningsinsatser från de ordinarie distriktsläkarna.

En handledarkurs för allmänläkare anordnades i provinsialläkarfondens regi under hösten 1980.

Kursen var inriktad på problemorienterad deltagarstyrd undervisning.

Resultatet förväntas bli en decentraliserad verksamhet med handledarkurser på lokal nivå.

Bakgrund

Inom ramen för NLV:s efterutbildningsutredning genomfördes av en särskild arbetsgrupp (GREIA) under åren 1976–1978 en serie försök med decentraliserad efterutbildning för allmänläkare. Försöken utvärderades i samarbete med pedagogiska institutionen i Linköping. Utvärderaren konstaterade att "man kan ställa frågan om den/de som vill starta och bedriva sin egen och sin grups efterutbildning inte själva behöver utbildning i hur det kan göras". I februari 1980 beviljade provinsialläkarfonden medel för planering, genomförande och utvärdering av en pedagogisk idékurs för allmänläkare.

Problemorienterad deltagarstyrd undervisning

Avsikten var att kursen skulle genomföras i deltagarstyrd och problemorienterad form. Erfarenheterna från GREIA hade visat att förutsättningen för att distriktsläkarnas egna behov av efterutbildning skulle kunna tillgodoses var dels att de fick inflytande över utbildningens utformning, dels att utbildningens innehåll formulerades utifrån deras egna erfarenheter. Målsättningen med den nu planerade kursen kom således att bli tvåfaldig. Å ena sidan avsåg kursen att konkret lära ut en grundläggande kunskap om pedagogiska teorier och deras tillämpning på planering och genomförande av utbildning. Å andra sidan avsågs att deltagarna genom att under kursen tillämpa ett deltagarstyrt problemorienterat arbetssätt skulle förstå vad som kan uppnås med denna metodik.

Projektarbete

Problemorientering betyder att deltagarna i grupp eller enskilt i projektarbetsform bearbetar sina egna problem från den vardagliga verksamheten. Det är viktigt att utgångspunkten blir verkliga och ej påhittade problem för att engagemanget i utbildningsprocessen skall bli helhjärtad. Som framgår nedan fick kursen i detta fall bra draghjälp av den pågående utredningen om en ny allmänläkarutbildning.

Elevstyrning eller lärarstyrning?

Kursen skulle vidare vara deltagarstyrd. En vanlig missuppfattning av detta begrepp är att man föreställer sig en lärare helt utan inflytande över den pedagogiska processen. Läraren antas också vara helt i händerna på elever utan förmåga att ta ansvar för och driva utbildningen mot de mål som uppställts. Denna typ av utbildning bör benämnas elevstyrd. Deltagarstyrning innebär att kursledning och kursdeltagare med lika delat ansvar åtar sig att driva den pedagogiska processen framåt. Det förutsättes då att kursledningen med sina kunskaper om målsättning och sin ofta större teoretiska kunskap skall kombinera sina resurser med kursdeltagarnas erfarenheter och problem från det vardagliga livet.

Ändrade förutsättningar

Kursledningen bestod av två fackpedagoger och två distriktsläkare. Redan tidigt i planeringsfasen stod det klart för kursledningen att resultatet av AgA:s arbete skulle komma att påverka innehållet i kursen. Då idén till kursen väcktes var allmänläkarnas pedagogiska intresse mest inriktat på att skapa möjligheter för en bra efterutbildning. Kursledningen insåg att den tre- till fyradubbling av FV tiden på vårdcentral som AgA:s förslag innebar skulle medföra att kursdeltagarnas problem skulle centreras runt handledarproblematisering. AgA kom också att uttala krav på ökad kvalitet på utbildningsinsatserna under vårdcentralstiden i FV. Kursen kallades fortfarande officiellt för Pedagogiskt idéprojekt men den informella benämningen som blev Handledarkursen i Hjo.

Planering

Man kan som handledare aldrig förutse hur en deltagarkurs skall komma att utformas. Detta ställer speciellt stora krav på planering eftersom alla tänkbara huvudalternativ måste genomarbetas i förväg. Under planeringsarbetet fungerade de båda pedagogerna som lärare medan de två distriktsläkarna i

kursledningen fick ikläda sig rollen av kursdeltagare. Kursen planerades utifrån en förväntningsenkät bland kursdeltagarna. Kursledningen hade således en ganska god bild av vilka problem de blivande kursdeltagarna kom för att få lösta under kursen.

Uttag av kursdeltagare

Kursdeltagarna uttogs genom att varje sjukvårdshuvudman fick nominera en kursdeltagare som "har fått ett mera övergripande ansvar för bla utbildningen inom primärvården av AT- och FV-läkare eller på annat sätt särskilt engagerat sig i dessa frågor". Uttagningen förutsattes vidare ske i samarbete med den lokala distriktsläkareföreningen. Eftersom endast tre sjukvårdshuvudmän ej hörsammade inbjudan fick kursen en mycket god geografisk spridning. Gustaf Haglund deltog som representant för den kommande kursgivarkursen vid Frostavallen i januari 1981, (Haglund 1981).

Kursen i Hjo

Kursen inleddes med en paneldiskussion med representanter för landstingsförbundet, socialstyrelsen, NLV och läkarförbundet. Avsikten var att från början klargöra de ramar som gäller för framtida vidare- och efterutbildning för läkare. Därefter kunde det egentliga arbetet börja. Kursens arbete styrdes mycket av den veckan före kursen offentliggjorda AgA-rapporten. Deltagarna var till en början mycket hårt bundna vid tanken vid det stora ansvar som en utökad allmänläkarutbildning kommer att ställa på distriktsläkarkåren. Speciellt uppfattade kursdeltagarna ett krav på att självständigt lokalt genomföra handledarutbildning som svårt. Detta innebar en god grund för problemorienterad pedagogisk metodik. Efter hand som deltagarna började finna att inom kursen fanns de resurser som behövs för att finna lösningar på de gemensamma stora problemen lättade stämningen betydligt.

Arbetsgrupper

Sista ett och ett halvt dygnet ägnades åt intensivt arbete med projektarbeten som resulterade i fyra slutprodukter:

1. Ett underlag för hur man lägger upp planeringen av en handledarkurs på lokal nivå.
2. En strukturerad modell för handledningen av FV-läkare inom allmänläkarvården vid en tänkt tvåårig allmänmedicinsk huvudutbildning (två olika grupper arbetade med samma uppgift och lämnade två förslag till lösning på problemet).

3. Ett program för efterutbildning lokalt för distriktsläkare i ämnesteoretiska kunskaper.

Slutresultatet blev fyra stycken mycket högvärdiga och pedagogiskt väl genomarbetade produkter som klart vittnar om en god pedagogisk medvetenhet och kunskap hos kursdeltagarna. Den löpande utvärderingen av kursen har också kunnat visa på att kursdeltagarna nu dels är medvetna om den situation vi som allmänläkare står inför som blivande handledare. De är också i ökad utsträckning beredda att ta itu med denna situation. Kursdeltagarna har tillägnat sig en fördjupad pedagogisk kunskap vilken kommer att underlätta en sådan utveckling.

Uppföljning

Kursen är med denna första vecka ej avslutad. I april kommer kursen ånyo att samlas under två dagar. Avsikten är då att vi skall få en redovisning av hur arbetet med lokal handledarutbildning gått. För närvarande finns "kontrakt" på tolv sådana kurser. Den "ringar-på-vattnet-effekt" som provinsialläkarfonden önskat i den preliminära kursplanen tycks således kunna uppnås.

Litteraturreferenser

Haglund G: Kurs i Allmänmedicin för kursgivare. SFAM-nytt 2 1981. 2:43.

Författarpresentation

Lennart Råstam är distriktsläkare i Skara. Delvis verksam vid Hälsovårdsenheten i Skövde.

Allmänmedicin som obligatorisk NLV-kurs

BENGT LINDER

NLV:s expertgrupp i allmänläkarvård har i flera år diskuterat möjligheterna att göra en av de sex NLV-kurserna som krävs för behörighet i ämnet Allmänläkarvård obligatorisk (namnändring föreslagen till Allmänmedicin).

Vid ett möte för kursledare av hittills hållna Allmänmedicinska kurser på Billingshus våren 1980 framkom att dessa kurser ej hittills varit tillräckligt väl kända eller förmått skapa intresse bland underläkarna. Följaktligen har alltså några kurser avhållits med få deltagare och någon till och med fått inställas.

Mötet på Billingshus var ägnat dels att analysera bakgrunden till att dessa så viktiga kurser ej fick fler sökande, dels att diskutera om icke tiden var mogen för att göra en kurs i allmänmedicin obligatorisk. Vi enade oss om att en sådan kurs skall vara populär, informativ och intressant och följaktligen annonsera sig själv, vare sig den är obligatorisk eller icke. För att ytterligare bredda basen för ett beslut angående obligatorium beslutade vi, som var samlade på Billingshus våren 1980, att ge Gustaf Haglund i uppdrag att gemensamt med arbetsutskottet i ämnes-

expertgruppen utarbeta en kurs för kommande kursgivare i Allmänmedicin.

Gustaf Haglund beskriver i sin egen artikel tankegångarna bakom kursens uppläggning och genomförande. Resultatet av kursen blev i korthet att man enades om en relativt bred beskrivning över hur en i framtiden kommande allmänmedicinsk kurs bör se ut.

Ämnesexpertgruppen är synnerligen tacksam att Gustaf Haglund åtog sig ledarskapet av kursen och vill här framhålla att den blev synnerligen framgångsrik.

Vår förhoppning är nu att det allmänmedicinska budskapet om vår ideologi, specialitetens avgränsning och tjusning i det allmänmedicinska arbetet bör sporra blivande allmänläkare till att stimulera varandra att delta i dessa allmänmedicinska kurser med intresse och positiv attityd.

Författarpresentation

Bengt Linder, distriktsläkare i Åtvidaberg, är ordförande i NLV:s expertgrupp i allmänläkarvård.

MOTPOL

– tidskriften och föreningen – för sjukvårdspolitiskt intresserade.

MOTPOL

– det enda debattorganet i sjukvårdspolitiska frågor – öppet för alla som kritiskt vill granska dagens sjuk- och hälsovård.

MOTPOL

– tidskriften som tittar på det som kommer före själva sjukvården: arbetsmiljön, situationen för barn och gamla etc. Tidskriften som ger samhällsperspektivet.

MOTPOL

– tidskriften med internationellt perspektiv. Specialité: u-landsfrågor.

MOTPOL

– ger dig möjligheter att på stämmor och seminarier diskutera med andra, ge utlopp för tankar och idéer, få stöd i ditt arbete.

MOTPOL

– tidskrift för sjukvårdsdebatt. Ägd av Föreningen MOTPOL. Stämma 9/5 1981. Prenumeration kostar 60 kr, för 65 blir du medlem. From juni månad blir priserna troligen 75 kr resp 80 kr. Ekonomin är inte den bästa!

MOTPOL

Pg 509015-4. Adress: c/o Ingela Rådestad, Vallmoväg. 46, 97200 Gällivare. Tel: 0970/13502.

Kurs i allmänmedicin för kursgivare

GUSTAV HAGLUND

SFAM lever just nu ett intensivt liv. handledarkursen i Hjo var en inspirerande och förpliktande upplevelse som redan sätter sina spår runtom i landet. Den har väckt ett nytt ansvar för handledningens betydelse men också gett ett konkret innehåll åt handledaruppgiften.

Men det var inte min uppgift att tala om den kursen utan om dess något annorlunda motsvarighet på Frostavallen: Kurs i allmänmedicin för kursgivare.

Av 37 inbjudna deltog 34. Kanske det vittnar mer än många ord om medvetenheten om det ansvar som följer av den snabba rekryteringen och det påtagliga stöd som politiker har gett primärvården. Samtidigt känner vi att vi måste smida medan järnet är varmt. Vi får också känna av ekonomins kalla vindar, och det bör kanske ändå sägas nu efter all kritik, att politiker i landsting och regering bör hållas räknade för att deras stöd till primärvården alltjämt håller, när det nu väl kommit igång. Men tänk om vi hade fått det för 5-10 år sedan.

Kursen i allmänmedicin, som arrangerades av NLV:s expertgrupp för allmänläkarutbildning, avsåg att: Bland ett antal kursledare nå fram till en gemensam uppfattning om viktiga och genuina inslag i allmänmedicinen som motiverar en obligatorisk kurs för blivande allmänläkare.

Detta senare är ganska självklart, eftersom den korta och trånga grundutbildning som läkarna nu får, inte har utrymme för de tidskrävande kliniska erfarenhetssamlade som primärvården kräver och erbjuder. Detta är ingen kritik mot läraren i grundutbildningen

och AT. Schemat är pressat, kurserna för stora, kunskapsstoffet överväldigande. Vi som är avnämare uppskattar och lär själva av den imponerande teoretiska kunskap som de flesta FV-läkarna tar med sig. Men vi måste acceptera att själva systematiskt utbilda och genon handledning introducera FV-läkarna i primärvårdens nya kunskaper och arbetsmetoder. Efterutbildning och förhoppningsvis i framtiden ett bättre kunskaps- och tjänstgöringsbyte med länssjukvården skall upprätthålla och utveckla det medicinska kunnandet.

Bakgrunden till denna kurs är alltså behovet av en obligatorisk utbildning i allmänmedicin. På varje obligatorium måste man ställa höga krav på faktisk kunskapsförmedling och man måste vara ense om grunddragen i allmänmedicinens innehåll. Det som skall undervisas över hela landet.

I Frostavallen diskuterades

1. Primärvårdens ansvar. Innehåll och avgränsning.
2. Vårdlaget.
3. Kontinuitet.
4. Primärvårdens kvalitet. Produktkontroll.
5. Vårdprogram.

Experter, akademiska lärare och erfaren sjukvårdspersonal deltog i de olika dagarnas temata i en referensgrupp. I övrigt var kursen upplagd som temadagar med seminarier och angivna ämnen, där allmänläkarna själva ledde panelerna. Det saknades ingenting i deras presentation av sina ämnen. Ingående kunskap och analys, redovisning av

metoder, resultat och slutsatser som i hög grad förtjänar att förmedlas i undervisning i allmänmedicin, präglade seminarier och debatterna. En stimulerande vetgirighet lyste igenom replikerna. Sådant som gör också den mest kursvane nyfiken på nästa dags program. Avslutningsdagens sammanfattning gav klart besked om att allmänläkaren med all respekt för sitt ämnes omfattning är beredda att åtaga sig undervisningen i allmänmedicin.

De specialister som ingår i NLV:s expertgrupp och de experter som deltog som referer bekräftar också att allmänmedicinen som specialitet och kunskapsområde har sitt specifika innehåll och att konturerna till specialitetens avgränsning börjar framträda allt klarare. Från många av kursens deltagare omvittnades också en avsevärd klimätförbättring i relationen till våra sjukhus och specialistkolleger i andra verksamhetsområden. Det är lyckligt för alla parter.

En obligatorisk kurs i allmänmedicin för blivande allmänläkare bör uppnå:

1. Att presentera allmänmedicinens ansvarsområde och dess avgränsning.
2. Att visa hur allmänmedicinen arbetar med det kunskapsinnehåll och en kunskapsstillämpning som är specifik för primärvård.
3. Hur allmänmedicinen utökar och fördjupar sin kunskap för att kunna svara för hälsotillståndet i ansvarsområdet.

Författarpresentation:

Gustav Haglund, distriktsläkare och primärvårdschef i Olofström.

Mälardalens distriktsläkarklubb – en presentation

SVEN KULLMAN

Sven Kullman ger i presentationen uppslag till efterutbildning av distriktsläkare av ett något okonventionellt slag.

Mälardalens distriktsläkarklubb, som är en "privat" sammanslutning mellan distriktsläkare i Södermanlands och Västmanlands län, bildades i november 1978. Klubben har som målsättning

- att väcka intresse för forsknings- och utvecklingsarbete
- att diskutera fackliga och ideologiska problem
- att bredda den sociala och kontaktytan mellan distriktsläkarna.

Klubbens tillkomst får ses mot bakgrunden av hur vi 1979 upplevde stämningarna i distriktsläkarleden. Det hade länge talats om den stora satsningen på primärvården men vad vi upplevde på fältet var vakanser på distriktsläkar-

tjänsterna, dålig vikarietillgång och aldrig sinande patientköer. Förvisso hade en hel del gjorts inom respektive landsting för primärvårdens expansion men förändringar och byggnation tar tid att genomföra, vilket kan vara svårt att acceptera ibland. När skulle vi få universitetsanslutna vårdcentraler utanför universitetslandstingen? Hur blir det med möjligheterna till forskning och utveckling?

Det var ur dessa stämningar och frågor som tanken på ett distriktsläkarsamarbete över länsgränserna växte fram.

Hur har det då gått för klubben? Klubben har haft fem sammankomster och till varje möte har det kommit mellan 35 och 40 distriktsläkare, AT- och FV-läkare. Klubben kunde i januari -80 med landstingsbidrag genomföra en första kurs i primärvårdsepidemiologi med Gösta Tibblin, Ingvar Krakau och Carl-Gunnar Eriksson som föreläsare. En fortsättning på kursen planeras till

våren -81. Bland inbjudna föreläsare kan nämnas Gunnar Hjerne, som gav en förhandspresentation av kontinuitetsutredningen, Gösta Tibblin som talat om primärvårdsideologi samt Gustav Haglund och Mogens Hey. Representer från respektive landsting har varit inbjudna som åhörare och deltagare i paneldiskussioner. Bland föreläsarna över medicinska ämnen kan nämnas Olov Thulesius och Jan-Henrik Atterhög. Både i Södermanland och Västmanland kan man nog konstatera att intresset för forsknings- och utvecklingsarbete har ökat och flera mindre projekt har kommit igång.Handledning och tid saknas dock.

För medföljande makar eller motsvarande har särskilda program ordnats och mötena har avslutats med middag och dans.

Författarpresentation:

Sven Kullman, distriktsläkare, vårdcentralen, Torshälla.

Läkemedelsindustrins roll i utbildningen. Hur samverka?

BENGT JÄRHULT

Distriktsläkare Bengt Järhult diskuterar i artikeln samverkansformer med läkemedelsindustrin i utbildningen inom primärvården. Alternativ till läkemedelskonsulentbesök redovisas och diskuteras utifrån erfarenheter i Olofström.

Behandlingen med farmakologiska substanser är ett av allmänläkarens allra främsta terapeutiska instrument. Därför är, som jag ser det, fortbildning i läkemedelsfrågor en alldeles för allvarlig sak för att lämnas i läkemedelsindustrins händer. Artikelrubrikens fråga "Hur samverka?" borde kanske formuleras "Skall vi alls samverka" – och i så fall på vilka villkor?

Dokumenterad snedvriden information

Säkerligen såg många kollegor, trötta efter årens segslitna debatt om läkemedelsreklam och läkarkorruption, fram emot en förändring enligt förslaget i den statliga Läkemedelsinformationsutredningen 1978. När regeringen nu till slut tillsatt det så kallade Läkemedelsinformationsrådet, kan man bara konstatera: allt förblir vid det gamla och en ny impotent, byråkratisk diskussionsklubb, helt utan ekonomiska resurser, försöker avleda uppmärksamheten från det faktum att läkarkåren genom den kommersiella läkemedelsinformationen får en bristfällig utbildning om de kemiska produkter som konsumenten stoppar i sig. Nu är det dags att läkarkåren själv tar initiativet till en förändring (1) och varför skulle inte distriktsläkarna med sin dominerande läkemedelsförskrivning till befolkningen, bli den första yrkesgrupp som har råg i ryggen nog för att sopa rent utanför sin utbildningsport.

Kunskapsförmedling och beslutsunderlag i läkemedelsfrågor – liksom i all annan klinisk verksamhet – måste utformas enbart efter forskningsresultat och vetenskap på objektiv grund. Den kommersiella läkemedelsinformationen bygger fövisso på forskningsresultat men ingen kan förneka att de 150–200 milj kr, som de olika firmorna lägger ut/år, förväntas resultera i förbättrad försäljning, erövring av marknadsandelar. Denna dubbla målsättning – informa-

tion och försäljning – påverkar budskapet.

Läkemedelskonsulenterna, som är industrins spjutspets mot oss distriktsläkare, är trots de bästa individuella intentioner, systemets fångar. I många distrikt är konsulentaktiviteten den enda organiserade vidareutbildningen i läkemedelsfrågor. Det är nu klart dokumenterat, bla av läkemedelsindustrins egen "hedersdomstol" NBL, att marknadsföringen resulterar i förskrivning i fel läkemedel, ibland på av industrin felaktigt angivna indikationer, förorsakande överförbrukning av läkemedel samt risk för ökat antal biverkningsfall (2, 3, 4, 5).

Alternativ till detta måste skapas. Det gäller ju att komma ihåg att nuvarande kommersiella läkemedelsinformations-system inte skapats utifrån landstingets eller distriktsläkarnas önskemål och behov vad gäller effektivitet, allsidighet, riktig pedagogisk utformning av utbildning etc.

Vårdcentralen

På en vårdcentral måste olika personal-kategoriers utbildningsbehov tillgodoses för att kvaliteten på olika vårdnivåer skall bli hög och bidra till en gemensam behandlingsstrategi i primärvårdsområdet. Därför är industrins utbildning meddels utsända läkemedelskonsulenter 1–2 ggr/vecka helt otillräcklig i sin läkare/preparatfixerade bild av sjukdomars behandling. Även för läkare är konsulentinformationen en ineffektiv källa enbart beaktande preparatkunskap. Jämförande produktionsinformation saknas ofta helt, en rättvisande biverkningsbild ges sällan och den öppna vårdens erfarenheter inväntas ej – om den ens redovisas när den är till nackdel för marknadsförande bolag. Denna kunskap måste vi distriktsläkare – ofta på fritid – inhämta från andra informationskällor för att vara dugliga, partsobundna läkemedelsförskrivare.

Under hösten 1979 hade vi i Olofström ytterligt dåliga erfarenheter av industrins konsulentinformation, där bla två ärenden (Aldactone, Selexidin) tillställdes NBL för prövning (6). Att döma av antalet förfrågningar tycktes firmor och agenturer med enbart något enstaka preparat, inte sällan synonympreparat öka sin aktivitet just i primärvården. Vi bedömde denna informations värde som högst diskutabel och den tidsmässiga belastningen orimlig

med vårt vittomfattande kunskapsfält, där behov av vidareutbildning föreligger.

Bla inspirerad av erfarenheter i Sjöbo och Kramfors beslöt vi från 1980 att ersätta konsulentinformationen med egen organiserad utbildning i läkemedelsfrågor. Utbildningen våren –80 utvärderades i en uppsats (7), varför denna redovisas.

Principiella utgångspunkter var:

- Läkemedlet är en del i terapin och skall placeras i sitt kliniska, relevanta sammanhang.
- Läkemedelskunskap skall i första hand gälla de olika farmakologiska gruppernas principiella verkan och ej enskilda preparats marginella för- och nackdelar.
- Utbildningen skall vända sig till läkare, distriktsköterskor, skolsköterskor, barnmorskor, sköterskor på mottagningen, undersköterskor, företagsläkare och sköterskor på orten, apotekspersonal etc – alla med ett stort behov av kunskap om läkemedels plats i behandlingen av sjukdom.
- Läkarnas speciella behov av läkemedelskunskap och information om nyheter skall beaktas.

I tabell I framgår utbildningsprogram för våren –80, som förlades till fredag em 1–2 timmar 1–2 ggr/mån. Föreläsarna ombads anpassa sitt framträdande till de olika personalkategorierna men att också reservera tid för speciella synpunkter till läkarna vad gäller läkemedelsnyheters relevans i respektive disciplins vardagssjukvård. Föreläsarna hämtades samtliga från Blekinge läns landsting och rekryteringen beredde inga svårigheter. Den var ej heller tidsödande, mycket beroende på en positiv inställning från klinikerna i Karlshamn och Karlskrona. Övriga vårdcentraler i västra Blekinges sjukvårdsdistrikt inbjöds också att delta i utbildningen.

Tabell I: Utbildningen i Olofström våren –80.

- | |
|--|
| 1. Den hjärtsjuka patienten i öppen vård. |
| 2. Samarbete socialbyrå – vårdcentralen ang missbruk. |
| 3. Övre luftvägsinfektioner i öppen vård. |
| 4. Psykiatri i öppen vård, samarbete med andra vårdformer. |
| 5. Sjukdomar hos barn. |
| 6. Sjukdomar i andningsvägarna. |
| 7. Egenvård. |
| 8. Gynekologi i öppen vård. |

Utvärderingen av programmet talade entydigt för att det absoluta flertalet av de olika personalgrupperna, inklusive läkarna, varit mycket nöjda med efterutbildningen. I vissa fall tyckte dock läkarkategorien att utbildningen varit för elementär. Ingen ville återgå till tidigare konsulentinformationssystem, vilket efter utbildningsprogrammets genomförande framstod som ett oacceptabelt slöseri med tid.

Alternativ

Även en mindre vårdcentral torde orka med att organisera en egen vidareutbildning som alternativ till konsulentinformationen – annars kan ju flera mindre primärvårdsområden slå sig samman. Så länge föreläsare rekryteras inom landstinget torde inte några ekonomiska hinder vad gäller reseersättning, föreläsare etc läggas men för extern rekrytering och mer dyrbara arrangemang måste överenskommelse träffas med respektive landsting. Landstingsförbundet har emellertid i olika sammanhang ställt sig positiv till ett ökat engagemang i efterutbildningen och här borde distriktsläkarföreningen centralt kunna utverka normer för rimliga belopp att ställas i distriktsläkarutbildningens tjänst.

På samma sätt som sjukhusen har regelbundna klinikmöten, där landstingen betalar kostnaderna, bör ju distriktsläkarna ha möjlighet att bjuda in föreläsare, som kan täcka in den öppna vårdens specifika problem. Då är det nödvändigt att ibland gå utanför landstingsgränserna. Inför landstinget gäller det att betona att en kunnig distriktsläkare med **allsidig** läkemedelskunskap i längden blir en tillgång även ekonomiskt för landsting och skattebetalare.

Kompetens i läkemedelsfrågor – och då partsobunden – finns tvärtemot vad som ofta sägs på många håll utanför läkemedelsindustrin. Jag vill slå ett slag för tre av grupperna – informationsapotekare, läkemedelskommittéer och kliniska farmakologer, vilka är på tok för lite utnyttjade i den öppna vården. Ta kontakt med dem!

Nu finns snart 70 informationsapotekare i Sverige, ca 1/10:e apotek. Informationsapotekare är speciellt anställda för informations- och sortimentsfrågor på läkemedelsområdet. Obundenheten till produktframställare är ett villkor. Förutsättningarna för överblick på området och produktjämförelse är goda.

Den öppna vårdens inblick i och inflytande på läkemedelskommittéerna är på många håll fortfarande dålig. Det hänger i hög grad på oss distriktsläkare själva att få ut läkemedelskommittéerna eller dess representanter till vårdcentralerna för ömsesidig, fruktbar diskussion. Kanske kan i ett sådant sammanhang läkemedelskonsulenten bidra med produktuppgifter, exempelvis när ett principiellt nytt verkande farmakologiskt medel med relevans för öppen-vård-

förskrivningen kommit ut på marknaden.

Läkemedelsförskrivningen sker till ca 80 procent i den öppna vården men de ej helt fåtaliga kliniska farmakologerna ägnar högst 80 promille av sin tid åt primärvårdens problem. Undantag finns dock. Tex kommer docent Arne Melander, Dalby – Malmö under våren –81 att föreläsa i Olofström en gång/månad för intresserade läkare och annan personal i västra Blekinges sjukvårdsdistrikt under rubriken "Klinisk farmakologi i primärvårdsområdet". Låt Melanders initiativ bli känt i övriga delar av landet!

Industrisamverkan

Som framgått av denna artikel anser jag inte att nuvarande kommersiella konsulentaktivitet på vårdcentraler fyller sin uppgift, att allsidigt utbilda oss distriktsläkare i läkemedelskunskap. Detta hindrar naturligtvis inte att industrin i speciella sammanhang kan komma in med sin specifika kompetens. Men låt industrirepresentanterna komma på vårt initiativ och besvara våra frågeställningar. De läkemedelsnyheter som verkligen förändrar en behandlingsmodell i primärvården är mycket få. "Minisymposier" typ "Ryggpatienten" med någon inbjuden specialist och samtidigt närvarande konsulenter från flera olika bolag kan vara ett exempel på lämplig samverkan.

Osunda bindningar och intressegemenskap mellan läkare och läkemedelsindustri måste på alla sätt motarbetas. Detta för vår egen skull och för att patienterna i alla lägen skall kunna lita på att vi står självständiga i vårt läkemedelsval och inte ens omedvetet påverkas otillbörligt.

Som jag ser det är det klart olämpligt att utbildningsaktiviteter för distriktsläkare eller blivande sådana – tom i distriktsläkarföreningens och SFAM:s regi, vilket nu sker – i själva verket är draghästar i läkemedelsfirmornas försäljningsansträngningar. Under nödtorftig täckmantel om "läkemedelsinformation" betalar bolagen logi, mat, dryck, tillresta föreläsare etc, inte sällan på av landstingen betald arbetstid. Andra finansieringsformer för vår utbildning bör snarast skapas.

Att läkemedelsindustrins aktivitet begränsas kraftigt i primärvården innebär inte någon negativ attityd till läkemedelsutbildning. Vi behöver som distriktsläkare tvärtom **mer** kunskap – men den skall vara anpassad efter våra behov, allsidig och partsobunden.

Litteratur

1. HAGLUND G, JÄRHULT B, ROSELL S: Utred läkemedelsinformationens negativa medicinska effekter! Läkartidningen 76: 1791–1792 1979.
2. BERRMANN B: Vilka informationskällor använder läkaren – och hur påverkas försäljningen? Läkartidningen 72: 3832–3833 1975.
3. ROSÉN A: Läkarnas preparatval. Läkartidningen 72: 3005–3007 1975.

4. BERGMARK T: Till landets läkemedelskommittéer. Läkartidningen 77: 398 1980.

5. JÄRHULT B: Cimitidinbehandling i öppen vård. Läkartidningen 72: 45–48 1980.

6. Reservationslös reklam för "förstahandspreparat". Läkartidningen 77: 3114 1980.

7. ANDERSSON I: Utvärdering av utbildningen våren 1980. Utvecklingsavdelningen Vårdcentralen, Olofström.

Författarpresentation:

Bengt Järhult är distriktsläkare i Olofström.

Utbildning som förändringsinstrument av allmänläkarens läkemedelsförskrivning

STAFFAN BODÉN LEIF SVANSTRÖM

Den helt övervägande delen av läkemedelsförskrivningen i svensk sjukvård sker inom primärvården. Insikten om att läkemedelsinformation till läkare och övrig vårdpersonal måste meddelas fristående från producentintressen har under de senaste åren vuxit sig allt starkare. Mot denna bakgrund har under en 2-årsperiod genomförts en problemorienterad information om läkemedel inom primärvården i Sjöbo. Resultaten har kunnat utvärderas bl.a. med hjälp av Apoteksbolagets försäljningsstatistik. Några exempel på radikala förändringar i förskrivningsmönstret redovisas. Slutligen diskuteras kraven på framtida utbildning och information om läkemedel.

Bakgrund

En av de grundläggande principerna för svensk sjukvård är läkarens ansvar för behandlingen av sin patient, däribland valet och utnyttjandet av läkemedel.

Den helt övervägande delen av läkemedelsförskrivningen sker inom primärvården. Vill man ha en effektiv, kvalificerad primärvård bör information och utbildning om läkemedel vara en självklar förutsättning för adekvat farmakoterapi.

Insikten om att läkemedelsinformation till läkare och övrig vårdpersonal måste meddelas fristående från producentintressen har under senaste åren vuxit sig allt starkare. Trots detta är det fortfarande relativt vanligt att den enda befintliga informationen om läkemedel bedrivs av läkemedelsindustrins egna konsulenter, en verksamhet som sker på industrins villkor och oftast inte bestäms av läkarens önskemål eller behov av information. Man kan fråga sig varför läkaren ännu idag nöjer sig med denna tingens ordning?

Läkemedelskommittéernas verksamhet är sedan länge väl etablerad i den slutna vården och har på sina håll, trots resursbrister, kommit att spela en allt

viktigare roll för läkemedelsinformation inom primärvården. För att denna verksamhet ska lyckas är det dock viktigt att kommittén beaktar de speciella förutsättningar som är förknippade med läkemedelsförskrivningen inom primärvården. Detta innebär bl.a. att man inte kan överflytta information utarbetad för sjukhusläkare till läkare och annan vårdpersonal inom primärvården, utan det primära måste vara de önskemål som finns på denna nivå.

Producentbunden läkemedelsinformation i Sjöbo

Inom primärvården i Sjöbo har vi under en 2-årsperiod (ht 1978–Vt 1980) bedrivit en utbildningsverksamhet om läkemedel och alternativa behandlingsmöjligheter med hjälp av läkemedelskommittén i Lund och erfarna specialister/kliniker från både Ystad och Lund. Läkemedelsindustrins medverkan har begränsats till ett fåtal tillfällen med kliniker och produktspecialist samtidigt närvarande.

I denna artikel redovisar vi utbildningens omfattning samt personalens subjektiva värdering av utbildningens relevans. Vi ger också exempel på ett mera objektivt sätt att mäta effekterna av information.

Hösten 1978 underrättades de ledande läkemedelsfabrikanterna om att vi hade för avsikt att för en tid pröva en mindre preparatbunden och mera problemorienterad information om läkemedel till vårdcentralens läkare och övrig personal samt apotekspersonal. Av skrivelsen framgick att vi i första hand skulle söka information från läkemedelskommitténs rekommendationer om preparatval.

Målsättning och program för information

De mål vi uppsatte för internutbildningen kan sammanfattas i följande punkter

- bättre kunskaper om de behandlingsprinciper som gäller inom sjukvårdsdistriktet, både vad gäller läkemedel och annan terapi
- kunskaper som underlättar en värdering av läkemedlens betydelse i förhållande till annan terapi
- bättre kunskaper om de läkemedel kommittén rekommenderar inklusive motiveringar till preparatvalet

En särskild arbetsgrupp för utbildningsfrågor har haft till uppgift att, utifrån personalens framförda önskemål, organisera verksamheten.

För samtliga utbildningsgenomgångar har i tid avsatts 1,5–2 timmar per gång och samtlig personal har haft möjlighet att delta, även kommunal vårdpersonal och apotekspersonal.

I Tabell 1 förtecknas alla genomgångar under en 2-årsperiod. De med större inslag av läkemedelsinformation har understrukits.

Tabell 1. Primärvården i Sjöbo. Program för internutbildning 1978/1979 resp 1979/1980.

Höstterminen 1978.

1. Rheuma. Reumatikerteamet från Skurup, dr L Recht m fl.
2. Samarbete polis-ambulans-vårdcentralen i Sjöbo.
3. Genomgång av läkemedelslistan. Lunds läkemedelskommitté. Informationsapotekare KH Hasselgren, Lund.
4. Diabetesvård. Docent Bengt Schersten, Lund.
5. Sjukdomar i andningsapparaten. Docent B Lundh och dr G Eklund, båda från Lund.
6. Eksem och psoriasis. Docent A Björnberg, Lund samt produktspecialist från Essex.
7. Hemsjukvården i Hörby. Dr G Haglund m fl.
8. Sjöboprojektet – en presentation av resultaten från ett försök med undervisning i epidemiologi. Kursledare, studenter m fl.
9. Genomgång av läkemedelslistan. Se 3.

Vårterminen 1979.

10. Ortopedi. Docent K Wulff, Ystad.
11. Urinvägar. Docent T Lindholm, Lund.
12. Socialvården i Sjöbo. Socialchefen, Sjöbo.
13. Vaccinationer, utlandsprofylax. Dr J Braconier, Lund.
14. Länkarna – organisation och arbetsuppgifter, Sjöbo.
15. Ögonsjukdomar. Dr B Gårdmark, Ystad.
16. Stomi och inkontinenshjälpmedel, erfarenheter från vårdavdelning och apotek.
17. Öron-näsa-hals. Dr Olof Kalm, Lund samt produktspecialist från Draco.
18. Sårbehandling, främst bensår. Docent KH Norden samt produktspecialist från Pharmacia.

Höstterminen 1979.

19. Åldrandet-senil demens. Psykolog E Melin från Gerontologiskt centrum i Lund.
20. Järnbristanemi och sekundär anemi. Docent B Lundh, Lund.
21. Behandling av smärta. Informationsapotekare KH Hasselgren, Lund.
22. Kvinnosjukdomar. Dr C Broch, Ystad.
23. Filmen "Födelsen". Barnmorska S Jansson, Ystad.
24. Nyheter inom barnhälsovården, barnsjukdomar. Dr H Simonsson.

Vårterminen 1980.

25. Barnmisshandel. Dr K Kockum, Ystad.
26. Alkoholismens epidemiologi. Dr BS Hansson, Malmö.
27. Människa i äldreården. Psykologi E Melin, Lund.
28. Lagar-avtal-tystnadsplik m.m. Byrådirektör B Langton, Socialstyrelsen, Stockholm.
29. Första hjälpen, återupplivningsförsök, anafylaktisk chock. Dr SA Sölveborn, Ystad.
30. Olika röntgenundersökningar och förberedelser. Dr E Hallin, Ystad.
31. Aspekter på "Egenvård". Dr P-O Östergren, Sjöbo.
32. Idrottsskador. Docent K Wulff, Ystad.

Utöver de program som redovisas i tabell 1 har primärvården i Sjöbo sändt representanter till läkemedelskommitténs symposier kring följande temata

Ht 1978: Järnbrist - diagnostik, behandling och profylax.
Vt 1979: Hjärtinkompensation och angina pectoris.
Smärtstillande medel.
Läkemedel vid sjukdomar i mag-tarmkanalen.

Dessa representanter har i sin tur redogjort för information vid läkarträffarna i Sjöbo.

Enbart för läkare har i Sjöbo dessutom ordnats information kring

Ht 1979: Information om Aldactone. Produktspecialist från Searle.
Vt 1980: "Farmakokinetiska riskpreparat". Prof KE Andersson, Lund.

Personalens syn på utbildningen

Vid två tillfällen, Vt 1979 och Vt 1980, har utbildningsprogrammen utvärderats. Deltagarna har därvid fått poängsätta resp program de deltagit i efter en poängskala 1-10. Samtidigt har ämnesområden för kommande träffar kunnat framföras.

En sammanställning av de mest uppskattade programmen redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Primärvården i Sjöbo. "9 i topp"-lista över de mest uppskattade utbildningsinslagen (10-gradig skala).

Ht 1978-Vt 1979

	poäng
1. Diabetesvård	9,8
2. Ortopedi	9,3
3. Urinvägar	8,8
4. Eksem och psoriasis	8,8
5. Ögonsjukdomar	8,7
6. Vaccination, utlandsprofylax	8,6
7. Samarbete polis- etc	8,4
8. Reuma	8,3
9. Sjukdomar i andningsapparaten	8,2

Ht 1979-Vt 1980

	poäng
1. Människa i äldreården	9,0
2. Alkoholismens epidemiologi	8,6
3. Idrottsskador	8,4
4. Första hjälpen	8,0
5. Nyheter inom barnhälsovården	7,4
6. Äldrandet, senil demens	7,2
7. Barnmisshandel	6,8
8. Lagar etc.	6,6
9. Egenvård	6,4

Försäljningsstatistik som utvärderingsinstrument

Ett sätt att mera objektivt mäta effekten av information om läkemedel är att mäta hur försäljningen av läkemedlen från ortens apotek förändras med tiden.

Apoteksbolagets "Statistiska sammanställningar, Supplement" har årligen sedan 1977 alltmer detaljerat redovisat läkemedelsförsäljningen i Sverige totalt samt fördelat på län. I Sjöbo har vi utnyttjat möjligheten att erhålla försäljningsstatistik för enskilt apotek. Detta gjorde vi för att få kunskap om

- den lokala försäljningen av läkemedel = terapitraditionen
- förändringar av terapitraditionen över tiden
- avvikelser från jämförelsetal
- som underlag för utvärdering av ex. utbildningsinsatser

Det blir ett omfattande material att redovisa och i detta sammanhang ger vi tre exempel:

1. Hösten 1978 genomfördes utbildningsinslagen: "Andningsapparaten, sjukdomar och dess behandling". Målgrupp var såväl läkare som övrig vårdpersonal samt apotekspersonal. Vid genomgången betonades bl a värdet av noskapin som hosthämmande medel och ifrågasattes starkt den överdrivna användningen av expektorerande medel, främst bromhexin (bisolvon®), vid behandling av vanlig förkylningshosta.

I tabell 3 redovisas en sammanställning över försäljningen av vanliga substanser i Sjöbo, Malmöhus län och Sverige som helhet.

Tabell 3. Försäljningen av några medel (och totalt) vid sjukdomar i andningsapparaten i antal DDD/1000 invånare/dag.

1 A Hosthämmande medel	1977	1978	1979
1055 Noskapin			
Sjöbo	0,6	2,4	3,0
M-län	—	—	2,2
Landet	0,9	1,9	2,0
1 A Totalt			
Sjöbo	1,4	3,2	3,4
M-län	2,6	3,7	3,9
Landet	2,3	3,4	3,7
1 B Expektorantia			
2020 Bromhexin			
Sjöbo	14,3	14,0	10,4
M-län	—	—	10,0
Landet	13,9	13,4	12,3
1 B Totalt			
Sjöbo	21,1	19,3	15,2
M-län	20,4	18,7	16,0
Landet	21,4	19,7	18,3
Grupp 1 Totalt			
Sjöbo	48,4	50,2	45,0
M-län	54,5	57,0	54,5
Landet	54,0	56,0	56,1

Tabell 3 visar att det budskap som framfördes avspeglat sig i en markant förändring av försäljningsmönstret. Sålunda är andelen noskapin inom grupp 1 A, host-

hämmande medel, betydligt högre i Sjöbo än jämförelsetalen. Den största förändringen har dock skett inom grupp 1 B, expektorerande medel, där framför allt bromhexin minskat avsevärt mera än jämförelsetalen. (M-län och "landet" är inkluderat som jämförelse för att utesluta "generella" förändringseffekter).

2. "Järnbrist och järnbehandling" har avhandlats med anledning av att flera undersökningar visat att behovet av järnterapi i flertalet fall är starkt överdrivet. I tabell 4 redovisas försäljningen av medel vid järnbristanemier.

Tabell 4. Försäljning av "medel vid järnbristanemier" 1977/1979 inom Sjöbo, Malmöhus län och i Sverige (antal DDD/1000 invånare/dag).

6 A Medel vid järnbristanemier	1977	1978	1979
Sjöbo	18,8	16,1	9,5
Malmöhus län	22,6	20,1	16,9
Landet	24,7	22,3	20,1

Av tabellen framgår att nedgången i försäljningen av järnpreparat i Sjöbo åren 1978/1979 var 41 %, medan motsvarande siffra för Malmöhus län var 16 % och landet 10 %. Onekligen har diskussionen om järnterapi, som innebar striktare indikationer, gett en påtaglig minskning i försäljningen av järnpreparat.

3. "Urinvägsantiseptika". Ett tredje och sista exempel på hur vi använt försäljningsstatistiken för att utvärdera effekten av utbildningen utgör gruppen "urinvägsantiseptika". I tabell 5 redovisas hela gruppen kemoterapeutika.

Tabell 5. Försäljning av kemoterapeutika 1977-1979 inom Sjöbo, Malmöhus län och i Sverige (antal DDD/1000 invånare/dag).

7 A Sulfonamider	1977	1978	1979
Sjöbo	1,6	0,9	0,9
M-län	2,4	2,	1,5
Landet	2,1	1,7	1,3
7 B Antibiotika			
Sjöbo	11,7	11,3	10,5
M-län	13,9	15,7	15,3
Landet	11,6	12,5	13,0
7 C Medel vid urinvägsinfektioner			
Sjöbo	5,2	4,6	2,2
M-län	—*)	—	—
Landet	4,0	3,9	3,6
7 Totalt			
Sjöbo	19,5	17,7	14,7
M-län	21,8	23,2	22,3
Landet	18,8	19,1	19,0

*) Apoteksbolagets statistik redovisar ej länssiffror för denna undergrupp.

Som framgår av tabell 5 har totalförsäljningen av kemoterapeutika, trots i stort sett samma antal patientbesök vid vårdcentralen, minskat i Sjöbo medan den är konstant och tom något ökad i Malmöhus län och Sverige som helhet. Den helt övervägande minskningen har skett inom gruppen "medel vid urin-

vägsinfektioner", som under tiden 1978/1979 minskat med drygt 50 proc. Den genomgång om behandling vid urinvägsinfektioner, som genomfördes hösten 1978, betonade vikten av en striktare behandlingsindikation och kortare behandlingstid, behandlingsprinciper som under hösten 1980 kommit alltmer i blickpunkten. Vi är helt förvissade om att en preparatbunden industriinformation inte hade kunnat ge denna minskning i försäljningen, en förändring som numera tycks vara helt "lege artis".

Slutsatser

- Informations- och utbildningsverksamheten på primärvårdsnivå måste i större utsträckning involvera hela vårdpersonalen inklusive apotekspersonalen.

- Information om läkemedel måste i ökad utsträckning göras mindre preparatbunden och mera problemorienterad. Informationen måste också i större omfattning diskutera principer, som innebär att läkemedelsbehandlingen tonas ner till förmån för annan terapi. En sådan information kan svårligen meddelas av läkemedelsproducenten.

- Informationen om läkemedel måste i ökad utsträckning meddela en förståelse för att smärre skillnader mellan olika preparat är av låg dignitet i förhållande till de vinster ett bättre läkemedelsbeteende hos patienten kan ge.

- I de få fall producentbunden preparatinformation skall förekomma på primärvårdsnivå bör den enbart ha till uppgift att klargöra hur ett redan etablerat preparat rätt skall nyttjas i terapin. Detta innebär att läkemedelsindustrins information på något sätt först måste "silas" ex genom en läkemedelskommitté.

- Vår erfarenhet talar för att läkemedelskommittéerna över hela landet bör tilldelas ökade resurser. Detta för att de skall kunna öka sina aktiviteter för en förbättrad läkemedelsförskrivning inom primärvården.

- Finns inte den möjligheten är det primärvårdens eget ansvar att organisera sin utbildning kring läkemedel. Apoteken utgör den naturliga samarbetspartnern.

Litteratur

Bodén, S., Svanström, L. Studier av läkemedelsförbrukningen på lokal nivå. Sv Farm Tidsskr 1979; 83: 145-50.

Författarpresentation

Staffan Bodén är apotekschef på apoteket Kronan i Kristianstad, tidigare apotekschef i Sjöbo.

Leif Svanström är professor vid Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet i Sundbyberg. Han var tidigare distriktsöverläkare för primärvården i Sjöbo.

Samhällsmedicin i Norden

Något om Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. En tvärfacklig högskola för folkhälsovetenskap.

BO HAGLUND

Artikeln ger en beskrivning av kursutbudet vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Ur allmänmedicinsk synvinkel pågår även några intressanta forskningsprogram vid skolan som belyses. Ett av dessa har rubriken "Hälso- och sjukvårdsplanering i Norden". Huvudsyftet med detta forskningsprogram är att försöka besvara frågan vilken roll som primärvården avses spela i de nordiska länderna och vilka förutsättningar som finns här för. En ur vetenskaplig synpunkt tvärgående analys av primärvårdens utvecklingsmöjligheter är slutmålet för detta forskningsprogram.

Historik och organisation

Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg är en samnordisk institution för högre utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården. Utbildningen avses ligga på en nivå ovanför vad var och ett av de nordiska länderna kan anordna nationellt och motsvara den utbildning som förekommer vid anglosaxiska "schools of public health".

Vid framväxten av Nordiska Hälsovårdshögskolan var det två socialmedicinska förgrundsgestalter som hade stor betydelse. Karl Evang i Norge och J Axel Höjer i Sverige (Haraldsson 1977). Höjer har beskrivit hur tankarna på en hälsovårdshögskola föddes vid en studieresa till USA 1947 (Höjer 1975).

En begränsad kursverksamhet startades redan 1953, och 1962 tecknades avtal mellan de nordiska länderna om ett utökat utbud av kurser för läkare, veterinärer, tandläkare, sjuksköterskor, ingenjörer, hälsovårdsinspektörer och sjukvårdsadministratörer.

Från 1978 har högskolan underställt nordiska ministerrådet och dess resurser har ökat bl a med tre professorer, två forskarassistenter och en docent.

Ledningen av högskolan utövas av en styrelse som består av ledamöter från varje deltagande land. Rektor för högskolan är professor Lennart Köhler. Vid högskolan finns också ett rådgivande kursråd med representanter för en del nationella huvudmannaorganisationer inom hälso- och sjukvård, för lärarna och för eleverna.

Personal och ekonomi

Från 1981 finns på högskolan fyra professorer, i epidemiologi och biostatistik (Gunnar Eklund), i hälso- och sjukvårdsadministration (Edgar Borgenhammar), i socialmedicin och preventivmedicin (Lennart Köhler) samt i miljömedicin (vakant). Dessutom finns en docent, två forskarassistenter och en utbildningsledare.

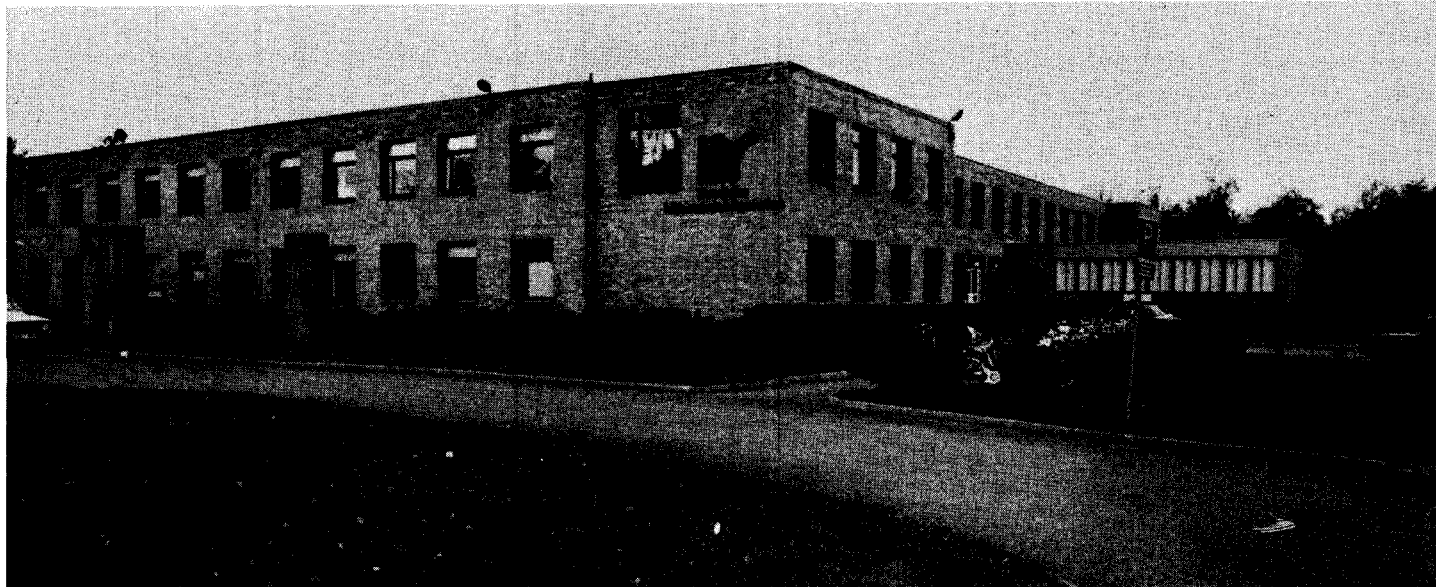
Administrationen handhas av en byrådirektör och totalt tjänstgör ca 20 personer vid högskolan. Den årliga budgeten är ca 6 milj skr och delas av de fem nordiska länderna i förhållande till antalet under året utnyttjade kursmän.

Begreppsproblem

Innan jag går vidare, något om begreppen "public health", "allmän hälsovård" och "samhällsmedicin". Dessa tre utgör alla övergripande termer för det kunskapsområde som hanterar sambandet mellan den totala miljön och populationens hälsotillstånd. Internationellt utgör samhällsmedicin (community medicine) det vanligaste. Detta innefattar den rationella medicinska grunden för åtgärder i miljön i hälsobevarende och hälsobefrämjande syfte (Holmqvist o a 1974). Inom ramen för samhällsmedicin inryms allmänmedicin, socialmedicin, omgivningshygien och arbets- eller yrkesmedicin. Miljömedicin som i svensk debatt fått en för vid omfattning i diskussionen om "miljömedicinska enheter" motsvaras internationellt av omgivningshygien (environmental health).

Undervisning

From 1978 ändrades målsättning och utbildningsprogram för Nordiska Häl-



sovårdshögskolan. Då introducerades huvudkurser med möjlighet till examen inom public health-området, samt annan utbildning i form av specialkurser och konferenser (Ekström 1979).

Huvudkurser

Undervisningen är till största delen gemensam för olika elevkategorier. Huvudvikten läggs på sådana ämnen och problemställningar som har generell betydelse i samtliga nordiska länder, dvs epidemiologi och biostatistik, planeringsmetodik, hälso- och sjukvårds ekonomi, hälso- och sjukvårdsadministrativ teknik m.m.

Vid undervisningen uppmärksammas sådana faktorer i vidsträckt social bemärkelse, som kan påverka såväl befolkningens som den enskilde individens hälsa och välbefinnande. Preventiv medicin, socialmedicin och omgivningshygien blir därför viktiga ämnen (sambhällsmedicin).

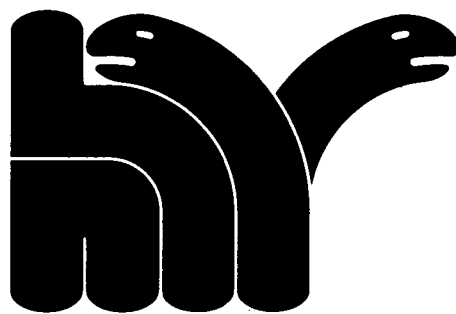
Huvudkurserna vid högskolan omfattar åtta månaders teoretiska studier, med vardera två månaders kurs i epidemiologi och biostatistik, socialmedicin och preventivmedicin, hälso- och sjukvårdsadministration, miljömedicin eller annan specialkurs.

Kurserna kan väljas valfritt och genomgås över en flerårsperiod eller genomföras under två terminer.

Specialkurser och konferenser

Avsikten är vidare att högskolan skall fungera som kurscentrum för andra specialkurser eller konferenser av aktuellt intresse för nordisk hälso- och sjukvård. Exempel på specialkurser är primärvårdsepidemiologi, hälsouppllysning, perspektiv på åldrandet, samhällsodontologi, sjukhushygien, socialpediatrik, vattenhygien, omvårdnadsforskning, methods and experience in planning for health.

Exempel på konferenser som hållits de senaste åren är hälso- och sjukvårdsplanering i Norden, sjuka barns behov, hälso- och sjukvård i förändring, hälsoekonomi, barnens totala trafikmiljö, läkaren i vårdapparaten m.m. (NU 1979, 1980).



Officiell målsättning för undervisning

Den officiella målsättningen för undervisningen formuleras:

1 För alla elever

- att ge en orientering om de olika ämnenas begrepp, principer och metoder
- att öka förståelsen för folkhälsovetenskapens betydelse för framtidens hälsoarbete, så att eleverna får intresse för att medverka i och eventuellt initiera tvärfackliga och samhällsmedicinska insatser på lokalt, internordiskt eller internationellt plan,
- att ge kunskap om nomenklatur, undersökningsprinciper, forskningsmetoder, så att eleverna kritiskt kan granska publikationer och debatter i samhällsmedicinska ämnen.

2 För specialintresserade elever

- att ge metodkunskap som möjliggör att eleverna aktivt kan delta i större nationella, eventuellt internationella projekt.

3 För elever som genomgått alla huvudkurser

- att uppnå specialisering i folkhälsovetenskap, svarande till de internationella och av WHO erkända vetenskapliga graderna Master of Public Health (Master of Science in Community Medicine).

Forskning

Samtidigt med omorganisationen 1978 fick högskolan vissa resurser för forskning, och två större projekt har star-

tats. Båda är tvärfackliga och tvärnordiska, dvs de utnyttjar sakkunskap som finns på högskolan och de griper sig an problem av gemensamt nordiskt intresse. De två projekten är:

1 *Hälso- och sjukvårdsplanering i Norden*, en organisatorisk, ekonomisk och politisk analys av de nordiska ländernas likheter och olikheter i sjukvårdsplanering.

2 *Kroniskt sjuka barn i Norden*, en studie av effekterna på individ, familj och samhälle av kronisk sjukdom och handikapp hos barn. Som pilotsjukdomsgrupp har valts barn med cystisk fibros, senare skall också andra grupper studeras.

Av allmänmedicinskt intresse är framför allt det första forskningsprojektet som också innefattar studier av primärvården i Norden.

Fyra delstudier

Projektet om hälso- och sjukvårdsplaneringen i Norden omfattar fyra delstudier som avser att ge svar på följande frågor:

- a Vilka är de viktigaste styrmedlen för hälso- och sjukvården i de fem nordiska länderna?
- b Vilka är de starka och svaga sidorna i de fem länderna beträffande möjligheterna till styrning?
- c Hur ser målen ut för en mångsidig hälsopolitik i de nordiska länderna?
- d Hur ser medlen ut för en sådan hälsopolitik?
- e Vilken roll avses primärvården spela i de nordiska länderna och vilka är förutsättningarna härför?

Den *första* delstudien skall beskriva karaktäristiska skillnader inom följande områden: den politiska organisationen, finansiering och försäkringssystem, hälso- och sjukvårdens struktur och personalstruktur och utbildning i de olika länderna.

Den *andra* delstudien skall ge en beskrivning av hälsopolitiska skillnader. Ledare för denna delstudie är Guy Beckman i Åbo, Finland.

Inom ramen för delstudie 1 och 2 har under hösten 1980 presenterats en delstudie "Hälsotillståndet i Norden" (Järvinen o.a 1980). Rapporten utgör en mycket intressant jämförelse av dödlighet och sjuklighet i de nordiska länderna. En brist i den preliminära rapporten är att inga uppgifter förekommer från Island.

Inom ramen för projektet har Brogren (1981) också gjort en litteraturoversikt om primärvård. Innehållet i översikten täcks av rubrikerna I Politik, II Epidemiologi, III Ekonomi, planering, organisation, administration och utbildning, IV Utvärdering och forskning.

Den tredje delstudien utgör försök att beskriva planeringsprocessen. I ett planeringsarbete kan man idealt som regel urskilja följande fyra steg: analys av befintlig verksamhet, målsättning för förändring, genomförande och utvärdering. Genom bla enkätstudier till administratörer i de nordiska länderna vill man försöka få svar på hur pass väl planeringsarbetet för hälso- och sjukvården stämmer överens med idealmodellen.

Den fjärde delstudien skall ge en beskrivning av primärvårdens utvecklingsmöjligheter.

I samtliga nordiska länder finns numera uttalade politiska strävanden att utveckla primärvården. Vilka är de bakomliggande orsakerna till denna inställning och vilka mål i övrigt har satts upp för primärvården? Vilken betydelse har ökningen av antalet äldre och det växande behovet av äldreomsorg och långtidssjukvård?

För primärvårdens organisation och innehåll har utvecklats olika modeller i de nordiska länderna. Vad förklarar dessa olikheter? Har tex behovet av ett nära samarbete mellan socialvård och primärvård bedömts på olika sätt? Och vidare: vilken eller vilka modeller har de bästa förutsättningarna att underlätta en utbyggnad av primärvården?

Målsättningen med den fjärde delstudien är att försöka belysa frågeställningarna ovan och framför allt svara på frågan vilken roll avses primärvården spela i de nordiska länderna och vilka är förutsättningarna härför?

Resultaten från övriga delstudier skall användas för att belysa förutsättningarna att tex prioritera primärvårdens utveckling framför sjukhusvården. Att det finns olika politiska, ekonomiska och administrativa förutsättningar kan man anta. Det intressanta är hur dessa förutsättningar fungerar med hänsyn till en rad andra förhållanden som också avses belysas. En på detta sätt tvärgående analys av primärvårdens tvärgående analys av primärvårdens utvecklingsmöjligheter är slutmålet för detta forskningsprogram. Den fjärde delstudien får därför också karaktären av en sammanfattning av hela forskningsprogrammet.

Ansvarig för forskningsprogrammet är professor Edgar Borgenhammar och projektledare under 1980 har varit Per-

Olof Brogren som är planeringschef vid Göteborg och Bohus läns landsting. I arbetet medverkar också professor Guy Beckman, Åbo akademi samt medarbetare till honom. Forskningsprogrammet har en tvärvetenskaplig profil. Arbetet påbörjades i mars 1980 och beräknas vara slutfört första kvartalet 1983.

Vårdkonsumtion som epidemiologiskt effektmått

Ett annat projekt av allmänmedicinskt och *kommundiagnostiskt* intresse är vårdkonsumtion som epidemiologiskt effektmått. Projektet avser studier av vårdkonsumtion i Norden med speciellt avseende på dess användning som epidemiologiskt effektmått. Projektet skall genomföras av en arbetsgrupp av forskare från de nordiska länderna. Även det här projektet avses vara slutfört innan utgången av 1983.

Två huvudundersökningar planeras i projektet. Det ena avser ett kartläggnings- och granskningsarbete av statistiska uppgifter rörande vårdkonsumtion. Till detta kopplas metodologiskt utvecklingsarbete för mätning. En andra undersökning inriktas på att studera sjukvårdskonsumtion som funktion av sjukdom, vårdbeteende och tillgänglighet. Avsikten är här egentligen att studera vårdkonsumtionens användbarhet som epidemiologiskt effektmått.

Ansvariga för projektet är professor Gunnar Eklund och forskningsassistenten Bo Eriksson.

Vad kan Nordiska Hälsovårdshögskolan erbjuda?

Det finns idag inte någon annan utbildningsanstalt i Norden som har ett så brett utbud av tvärvetenskapligt inriktade kurser på nog nivå inom hälso- och sjukvård. De studerande har alla, förutom sin grundläggande yrkesutbildning, också lång erfarenhet av praktiskt sjukvårdsarbete, vilket gör att utbytet mellan kursdeltagarna både i och utanför lektionssalarna ofta är lika givande som den formella undervisningen. En särskild stimulans är att kursdeltagarna representerar olika länder och olika yrken. Den fasta lärarstaben är relativt liten och kan inte ensam täcka stoffet i de innehållsrika och varierande kurser som erbjuds. Istället inbjuds ledande experter från Norden – ibland också utanför Norden – att komma som gästföreläsare, ett arrangemang som gör att undervisningen hela tiden kan hållas på ett mycket högt plan. Tyvärr kan kurser av ovan "pyttipanna-karaktär", som slutintyck ge en anrättning som inte är helt angenäm men flertalet kurser synes av kursdeltagarna upplevas som smakliga.

Elever antas efter rekommendation från respektive lands medicinalförvaltning. Det finns ju inte många institutioner som kan erbjuda dessa elever så goda ekonomiska villkor – fria resor, fri bostad samt ett kontantbidrag. Detta har visat sig vara nödvändigt för att aktuella yrkeskategorier från samtliga

nordiska länder skall ha ekonomisk möjlighet att komma till Göteborg. Förmånerna är dock i farozonen fn då krav på prutning i budgeten ställts i det krävande ekonomiska klimat som fn råder.

Förmånerna för eleverna har hitintills varierat mellan de nordiska länderna men för svenskt vidkommande beviljas rätt till tjänstledighet med bibehållen lön vid studier på Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Högskolans adress för intressenter är: Nordiska Hälsovårdshögskolan, Medicinaregatan 41346 GÖTEBORG, tel 031-410800.

Litteratur

Höjer JA: En läkares väg. Från Visby till Vietnam. Bonniers förlag. Stockholm 1975.

Haraldsson SSR: Nordiska Hälsovårdshögskolan omdanas – omskolning till offentlig medicin. Hygien & Miljö nr 8 1977.

Ekström Örjan: Nordiska Hälsovårdshögskolan: Vi ser på folkhälsan ur ett vidgat perspektiv. Läkartidningen 76: 2602-2604, 1979.

Holmqvist A, Himmelman L, Rinder L: Läkaren och den allmänna hälsovården. Läkartidningen 71: 4036-4038, 1974.

Järvinen M, Jakobsson G, Bäckman G: Hälsotillståndet i Norden. Preliminär rapport inom forskningsprojektet "hälso- och sjukvårdsplanering i Norden". Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1980.

Nordiska Rådet: Hälso- och sjukvårdsplanering i Norden. A 1978: 13. Stockholm 1979.

Nordiska Rådet: Sjuka barns behov. B 1980: 7. Stockholm 1980.

Brogren Per-Olof: Primary health care, a preliminary international literature review. Nordiska Hälsovårdshögskolan 1981.

Författarpresentation:

Bo Haglund, distriktsläkare och biträdande hälsovårdsöverläkare vid Hälsovårdsenheten, Skövde.

Internationella tidskrifter i allmänmedicin:

På vår förfrågan om internationella tidskrifter i allmänmedicin har det inkommit en del intressanta svar. Vi hoppas att vi i fortsättningen fortlöpande skall kunna presentera olika skrifter. Den första vi vill omnämna är The Journal of The Royal College of General Practitioners (beställningsadress antingen via Esselte, Box 62, 101 20 Stockholm eller direkt med adress 14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 IPU. Prenumerationskostnad 30£/år).

Den här tidskriften är framför allt primärvårdsinriktad och diskuterar organisatoriska och medicinska artiklar. Den har oftast också bra ledare som behandlar principiella frågor.

Vi önskar till redaktionen få in uppgifter om andra tidskrifter men också referat av artiklar i allmänmedicinska internationella skrifter.

Referat:

J. C. van ES: **The role of the hospital in teaching general practice in Holland.** Journal of the Royal College of General Practitioners 1980, 30, 261-266. J.C. van Es är professor in General Practice at the University of Utrecht i Holland.

I artikeln diskuteras sjukhusens roll i grund- och vidareutbildning till allmänläkare. Van Es beskriver att många blivande läkare under **grundutbildningens** första år är mycket positivt inställda till allmänläkarverksamhet. Under de kliniska åren ändras dock tänkandet radikalt hos flertalet studenter. Van Es talar om en hjärntvättning. Studenterna är inte längre medvetna om den sociala omgivningens påverkan av patienterna. De tar till sig ett sjukdomscentrerat tänkande och handlande. Studenterna formas under femte och sjätte året av läkarutbildningen till "riktiga" medlemmar i läkarklanen. Van Es diskuterar möjligheter att komma in och påverka studenterna i allmänmedicinskt tänkande i detta kritiska skede av utbildningen.

Vad gäller **vidareutbildningen** ställer van Es följande krav för att sjukhus-tjänstgöringen skall vara meningsfylld.

- För det första måste utbildningsmålen för sjukhustjänstgöringen vara klart definierade genom överenskommer mellan kliniker och allmänmedicinare.
- För det andra måste sjukhusen skapa möjligheter så att dessa mål rent objektivt kan realiseras.

- För det tredje måste sjukhusutbildningen hela tiden ha förbindelse-länkar med allmänläkarverksamheten, exempelvis till vårdcentraler.

Huvudsaken är att allmänläkarna själva beslutar vilken typ av utbildning man vill erhålla på sjukhusen och inte längre enbart står till tjänst som reservarbetskraft på sjukhuskliniker.

Van Es diskuterar också **allmänmedicinens framtid**. Han skisserar upp tre huvudområden för ett nytt "allmänmedicinskt paradigm". Han kallar dessa huvudområden för 1) The life history medicine, 2) Integrated medicine och 3) Family medicine. Författaren menar att

det är viktigt att en sjukdomsperiod för den enskilde patienten när han kommer till allmänläkaren måste ses i sitt historiska sammanhang. För det andra måste man hela tiden ta hänsyn till patienten som en integrerad del fysiskt, psykologiskt och socialt. För det tredje måste också alla uppgifter om den enskilde patienten relateras till det sociala nätverk som patienten lever i (primärgrupper). I framtiden behövs användbara forskningsmetoder för att utveckla dessa paradigmer. Det borde utgöra en utmaning för alla allmänläkare kanske inte bara i Holland.

BO HAGLUND

KURORT

- Modern sjukvård i gammal och trivsamt miljö.
- Aktivering, rehabilitering av rörelsehindrade, konvalescenter och många andra sjukdomsgrupper.
- Goda behandlingsresurser under ledning av läkare och kompetent sjukvårdspersonal.
- Vegetarisk kost och diet efter ordination och önskemål.
- Stimulerande samvaro i traditionsrik miljö – anpassad till nutida krav på komfort och trivsel.
- Vårdbidrag genom landstingen – kontakta kurorten!
- Kurs- och konferensmöjligheter.

Skriv eller ring respektive kurort eller Svenska Turistföreningen, Birger Jarlsgatan 18, 114 34 Stockholm. – så får Ni prospekt över följande kurorter:

HULTAFORS SANATORIUM

517 00 Bollebygd.
Tel. 033/950 50.
Överläkare: Dr. N. Blomstedt.

LOKA BRUNN

710 60 Grythyttan.
Tel. 0591/300 80.
Överläkare: Dr. Sigvard Avander, Karlskoga.

LUNDSBRUNNS KURORT

533 00 Götene.
Tel. 0511/571 90.
Läkare: Dr. Marianne Sahlin.
Överläkare: Dr. Gösta Stenström.

MEDEVI BRUNN

591 90 Motala.
Tel. 0141/911 00.
Överläkare Doc. Anders Olsson.
Doc. Andreas Aly.

MÖSSEBERGS KURORT

521 00 Falköping.
Tel. 0515/132 20.
Överläkare: Doc. Hans Dencker.

NYHYTTAN

713 00 Nora.
Tel. 0587/604 00.
Läkare: Med. dr. G. Smårs.

SÄTRA HÄLSOBRUNN

733 00 Sala.
Tel. 018/13 97 70. Intendent och överläkare: Dr. Nils-Johan Höglund, Uppsala.

BADHOTELLET I TRANÅS

573 01 Tranås.
Tel. 0140/141 20.

VARBERGS KURORT

432 01 Varberg 1.
Tel. 0340/106 01, 103 36.

FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger SFAM-NYTT – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

”Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM.” – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala ”fackmöten” för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm