

SFAM nytt

Nr 4 1981 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNEKÄRLEK



Ur innehållet:

Kongress i allmänmedicin · Forskning i primärvård
Hur skall SFAM-nytt leva vidare?

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

Ledare:

Hur skall SFAM-nytt leva vidare?

*Bo Haglund*108

Föreningsnytt:

SFAM:s framtid = SFAM-nytt framtid.

*Göran Sjönell*Primärvårdsfond – en stimulans för
primärvårdsforskning i Sverige.

Var rekrytera nya SFAM-medlemmar?

Scandinavian Journal of Primary Care

Rundbrev till lokalombud.

108

Kurser och konferenser:

Programmet för allmänmedicinsektionen
vid Riksstämman.

112

Förbered 1982 års riksstämmesymposier
redan nu!

UVI-kurs för allmänläkare.

113

2:a nordiska kongressen i allmän-
medicin i Bergen.

114

Bidrag till den 3:e nordiska kongressen
i allmänmedicin i Finland 1983

117

Vårt största hälsohot – kärnvapenkriget.

Föredrag vid allmänmedicinkongressen
i Bergen 1981Svenska bidrag vid 2:a Nordiska
kongressen i allmänmedicin

119

6:e Nordiska kongressen i socialmedicin,
Voss, Norge 14–17 juni 1981.

120

Primärvårdskonferens i Smygehuk.

122

Internationellt:

Att vara allmänläkare i Zimbabwe.

125

BASDATA I PRIMÄRVÅRD:

Manuell registrering och bearbetning
av basala data på en distriktsläkar-
mottagning. *Dick Kjellström*

126

Rp-blankett – ett informationssystem
för primärvård. *Lennart Holmquist*128

VÅRDPROGRAM:

Diabetesvård på vårdcentral – en
organisationsform med vårdprogram.
*Mats Ribacke, Gunhild Roslund*132

SAMHÄLLSMEDICIN I NORDEN:

Samfundsmedisin i Norge.

*Ivar Sønbo Kristiansen,
Anton Skoglund*134

Debatt:

Genmäle till Christer Gunnarsson.
Bengt Dahlin, Gert Ljungkvist

136

Nej till obligatorsik kurs för FV-allmän-
läkare! *Magnus Eriksson*

137

Psykiatri för allmänläkare
Stig Andersson

138

Distriktsläkaren och tobaksrökningen
Peter Bäckström

139

Att arbeta som distriktsläkare i Malmö
– problemen och glädjeämnen

140

Elisabeth Jaenson

Recensioner:

Cicely M Sanders: Den goda döden
John P Geyman: The Journal of Family
Practice141

UTBILDNING I ALLMÄNMEDICIN:

Fortsatt vidareutbildning vid vårdcentral
– erfarenheter från Tibro 1980–81.*Elsa Hermansson*143

PRIMÄRVÅRDSORGANISATION:

Primärvårdsnämnd och kansli
– erfarenheter från Skaraborg
*Lars Berg, Lars Lundstedt*144

Hur skall SFAM-nytt leva vidare?

Efter de första årgångarna av SFAM-nytt är det väl knappast någon som ifrågasätter värdet av en tidskrift som på ett anspråklöst sätt speglar primärvårdsutvecklingen i Sverige. Trots detta dras vi med stora ekonomiska bekymmer med tidskriften. Först efter mycket tidskrävande arbetsinsatser har vi fått medel från dels läkemedelsindustrin (annonsintäkter) och dels från Skaraborgs läns landsting som givit oss möjligheter att få ut ett fjärde nummer 1981.

Gävleborgs läns landsting har på ett betydelsefullt sätt bidragit i en värningskampanj av nya medlemmar från distriktsläkarkåren under året, samtidigt som de själva annonserade för sina tjänster i Gävleborg. På ett liknande sätt utnyttjar Skaraborgs län detta nummer av tidskriften.

Men det borde finnas många andra huvudmän som via SFAM-nytt skulle vilja nå de ur primärvårdssynpunkt mest aktiva distriktsläkarna och blivande distriktsläkarna och samtidigt ge ekonomiskt stöd till SFAM-nytt.

Ett förslag presenteras av Göran Sjönell under föreningsnytt som skulle ge möjligheter till fortsatt utgivning med större ekonomisk trygghet. Förslaget kommer att tillställas årsmötet i samband med riksstämman.

Primärvårdsforskning

Från styrelsen presenteras i numret också ett yttrande till Socialdepartementet angående översynen av organisations- och finansieringsformerna för primärvårdsforskningen i framtiden. Om primärvårdens mål skall kunna uppnås inom någorlunda rimlig tid är det nödvändigt att "öronmärka" pengar för primärvårdsforskning.

I ledaren i temanumret om forskning och utvecklingsarbete inom primärvården (SFAM-nytt nr 2-3 1980) skrev vi "För den enskilde allmänläkaren med forskningsintresse inom någon av rubricerade områden (Spris 10 utvecklingsprojekt red anm) skulle det vara värdefullt om projektmedel kunde ansökas. Modeller för projektansökan och projektmedelstilldelning finns från tex arbetarskyddsfondens verksamhet".

Förslaget med en primärvårdsfond ger möjligheter att ta tillvara alla de initiativ som finns ute i primärvården. Det ger möjligheter för tusen blommor att blomma.

Huvudproblemet för ökade forskningsinsatser bland Sveriges distriktsläkare är tillskapandet av praktiska möjligheter att forska utan ekonomiska avbräck. Forskarassistenttjänster inom landstingen måste därför konstrueras så att sociala villkor bibehållas. Tidsbundna statliga tjänster knutna till praktisk verksamhet i primärvården på deltid borde kunna få staten och huvudmännen att komma överens.

Om två forskarassistenttjänster inrättas inom varje landstingsområde innebär det att man skulle kunna ha 2 distriktsläkare som forskar på halvtid per tjänst. Om varje landsting utnyttjar denna möjlighet skulle vi inom några få år ha $23 \times 4 = 92$ forskarregistrerade distriktsläkare. En tiodubbling mot idag!

Om ekonomiska ramar är oförändrade måste motsvarande överföring av tjänster ske från slutenvården. Är statliga myndigheter beredda till detta?

Utvecklingsarbete måste bli en naturlig del av distriktsläkarens vardagsarbete. Det är vardagsproblem i primärvården som skall forma utvecklingsarbete och forskning. Är landstingshuvudmän villiga att ge distriktsläkare och andra yrkeskategorier inom primärvården tid för sådant arbete?

BO HAGLUND

SFAM nytt

Periodisk tidskrift för Allmänmedicin.

Ansvarig utg. Ingvar Krakau

Medicinsk red. Bo Haglund, Hälsovårdsenheten, Kärnjukhuset, 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 medlemsavgiften 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 prenumeration.

ISSN 0349-4772.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1981.

Förenings
nytt

SFAM:s framtid = SFAM-Nytts framtid

När jag inträdde i SFAM:s styrelse som facklig sekreterare hösten 1975 bestod SFAM av ca 350 medlemmar, varav 200 var aktiva, huvuddelen privatpraktiker i Stockholm och Malmö. Under de sex år som har gått sedan dess har utvecklingen och inte minst medlemsrekryteringen till SFAM varit lavinartad. Vi har fått en egen sektion på riksstämman, vi har skapat vetenskapliga möten en gång om året. Vi har deltagit i två nordiska kongresser, vi har blivit medlemmar i världsorganisationen WONCA, 170 svenska läkare deltog i världskongressen WONCA i New Orleans 1980. De sista åren har utvecklingen gått mycket snabbt, i många fall kanske till och med för fort.

Samtidigt med föreningens expansion har även tidskriften SFAM-nytt skapats. Från första numret till och med detta nummer har tidningen givits ut med stora personliga ansträngningar, uppoffringar från redaktionen och redaktör, men även ekonomiska uppoffringar från föreningen då tidskrifter numera är mycket kostsamt att ge ut. Gensvaret på SFAM-nytt har dock varit mycket stort och jag vill mena att en hel del av rekryteringen till föreningen och en hel del av SFAM:s betydelse de sista åren kan direkt relateras till SFAM-nytts existens.

SFAM-nytts framtid

För att kunna ge ut fyra nummer per år av SFAM-nytt med ett gott innehåll av både vetenskaplig, facklig och debattkaraktär fordras en budget på ca 140 000-150 000 svenska kronor. En finansiering av tidningen kan endast ske genom en prenumerationsavgift. Skulle SFAM-nytt i stället göras i ett mindre kostsamt format skulle det bli i form av cirkulärskrivelse från sekreteraren till medlemmarna, men en sådan skrivelse får aldrig den spridning och aldrig den opinionsbildande effekt som en tidskrift får. Vi vet ju av erfarenhet att SFAM-nytt noga läses på bla Hälso- och sjukvårdsdepartementet, varifrån debattinlägg kommit.

En prenumerationsavgift på 100 kronor per medlem i SFAM skulle ge en basbudget på ca 100 000 kronor. Övriga kostnader kan täckas med annonsintäkter och lösnummerförsälning. Denna prenumerationsavgift är vid deklaration enl svenska avdragsregler avdragsgill och den totala nettokostnaden för den enskilde läkaren blir med marginalskatt 80-85% ca 20 kronor. En prenumerationsavgift kan inte inkluderas i medlemsavgiften, då blir

inte prenumerationsavgiften avdragsgill.

Till årsmötet kommer styrelsen att lägga fram förslag till finansiering av SFAM-nytt i framtiden. Min personliga uppfattning efter sex år i SFAM:s styrelse är att SFAM:s framtid som förening mycket starkt är allierat med tidskriften SFAM-nytt. Upphör tidningen SFAM-nytt att ges ut kommer stora delar av föreningens verksamhet att falla i spillror. Frågan om SFAM-nytt:s framtid är synnerligen viktig och helt avgörande för Svensk Förening för Allmänmedicins framtida utveckling och fortbestånd.

Jag vill också passa på tillfället att med detta inlägg varmt tacka redaktionen och redaktören för de hundratals ideella arbetstimmar som de lagt ned på tidskriften SFAM-nytt och därigenom skapat basen för en vital, välfungerande specialistförening för svenska allmänläkare – Svensk Förening för Allmänmedicin.

Göran Sjönell

Distriktsläkare

Facklig sekreterare i Svensk Förening för Allmänmedicin

Primärvårdsfond – en stimulans för primärvårdsforskning i Sverige

Socialdepartementet har genom en arbetsgrupp sett över primärvårdsforskningen i Sverige. I en referensgrupp till arbetsgruppen har även Svensk Förening för Allmänmedicin varit representerad. SFAM har sett som sin uppgift att värna om "öronmärkta" medel för primärvårdsforskning. Detta kan ske genom inrättandet av en primärvårdsfond analogt med Arbetarskyddsfonden. SFAM:s kommentarer återges nedan i sin helhet.

Organisations- och finansieringsformer för viss forskning och utbildning inom primärvården m m

Bakgrund

En arbetsgrupp vid Socialdepartementet har tillsatts för viss forskning och utbildning inom primärvården m m. (Departementesprotokoll 1981-03-30.) Till arbetsgruppen har knutits en referensgrupp med representanter från Socialstyrelsen, Universitets- och Högskoleämbetet, Medicinska Forskningsrådet, Humanistiskt-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet, Forsk-

ningsrådsnämnden, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Efter begäran från styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har även SFAM (1981-09-04) beretts möjligheter att ingå i referensgruppen.

Arbetsgruppen önskar få SFAM:s synpunkter på de i direktiven omnämnda frågeställningarna. Dessa är

- 1 Behovet av fasta fältstationer.
- 2 Forskningsstationerna Dalby, Tierp och Vilhelmina, dess organisation och finansiering i framtiden.
- 3 Omfattning och inriktning av verksamheten vid forskningsstationerna Dalby, Tierp och Vilhelmina.
- 4 Lämpliga former för lokalt forsknings- och utvecklingsarbete inom decentraliserad öppen hälso- och sjukvård och angränsande områden inom socialvård.
- 5 Ansvarsfördelningen mellan å ena sidan staten och å andra sidan de kommunala huvudmännen vid lokalt fältanknuten försöksverksamhet.

Underlag

Underlaget för kommentarerna utgörs av Socialstyrelsens utvärdering av forsknings- och utbildningsverksamheten i Dalby (april 1979) samt Anslagsberäkning avseende vårdcentralen i Dalby för budgetåret 1981/82. Socialstyrelsens redovining av Tierpsprojektet (1979) samt Anslagsframställning angående medel för fortsatt forsknings- och försöksverksamhet i Tierps kommun under budgetåret 1981/82. Redovisning av Vilhelminaprojektet 1973-1979, Uppföljande målkritik inom Vilhelminaprojektet (april 1981) samt Anslagsframställning angående medel för budgetåret 1981/82 och en informationsskrift om Samhällsservice i Vilhelmina (februari 1981). Vidare ansökningar om medel för forskning i socialt arbete vid fasta fältstationer knutna till Socialhögskolan i Göteborg, Socialhögskolan i Stockholm samt Institutionen för socialt arbete i Umeå.

Medicinska Forskningsrådets initiativgruppsrapport om "Forskning inom allmänmedicinen" och läkares arbetstider och tjänster 1979 (LATT 79) del 1 och 2 har också utgjort underlag för kommentarerna.

Kommentarer

En rad utredningar har under de senaste åren beskrivit målen för den framtida primärvården. I direktiven för översynen understryks också att "Alla parter inom sjukvården är överens om att primärvården skall byggas ut och utgöra bas i den framtida vårdorganisationen. Resurserna för utbildning och

forskning rörande primärvården bör enligt min mening förstärkas."

Enligt LATT 79 fanns 1526 forskarregistrerade läkare och av dessa tjänstgjorde 1369 vid sjukhuskliniker. 44 fanns utanför sjukhuskliniker och av dessa var tio distriktsläkare eller blivande distriktsläkare. Om LATT 79 speglar verkligheten var ungefär tre procent (44/1526) av de medicinska forskningsaktiviteterna år 1979 knutna till primärvården.

Mot den bakgrunden utgör de extra resurser för utvecklingsarbete inom primärvården som tilldelats SPRI en betydelsefull förstärkning. SFAM menar dock att denna tillfälliga statliga insats inte är tillräcklig för att skapa garantier för förverkligande av primärvårdens målformuleringar inom rimliga tidsramar. Om en fortsatt utveckling av primärvården eftersträvas krävs även i framtiden extra insatser till stöd för forsknings- och utvecklingsarbete.

I Medicinska Forskningsrådets rapport skisserar man en organisatorisk uppbyggnad med samhällsmedicinska storinstitutioner vid universiteten och knutna till dessa en rad utvecklingsvårdcentraler för primärvårdsforskning. Det bör därför skapas garantier för att dessa institutioner kan få medel.

En modell för medeltilldelning som enligt vår mening kan skapa dessa garantier är en uppbyggnad av en primärvårdsfond analogt med Arbetarskyddsfonden. Erfarenheterna från Arbetarskyddsfondens verksamhet är mycket positiva. En rad betydelsefulla forskningsprojekt har till följd av Arbetarskyddsfondens tillkomst växt fram i landet. Vi menar att en primärvårdsfond kommer att ge samma stimulans åt primärvårdsforskningen.

Även organisatoriskt kan Arbetarskyddsfonden utgöra modell. Arbetarskyddsfonden är partssammansatt. På motsvarande sätt kan primärvårdsfonden innehålla representanter från staten och kommunala huvudmän. För att garantera vetenskaplig kvalitet behöver också expertfunktioner knytas till fonden. Dessa bör representera både det medicinska och samhällsvetenskapliga området. Forskning inom primärvård är till sin natur tvärvetenskaplig och denna speciella karaktär kan då garanteras.

Om en primärvårdsfond inrättas garanteras forskningen inom primärvård dels medel och dels en rimlig fördelning av medel mellan äldre och nyare projekt.

SFAM menar att speciella *forskningsstationer* för stimulans av primärvårdsutvecklingen är nödvändiga. De bör dock knytas till de samhällsmedicinska institutioner som redan finns

eller är under uppbyggnad vid universitetet. Det är också av vikt att kontinuiteten bibehålls i forskningsprojekt av långsiktig natur vid forskningsstationerna Dalby, Tierp och Vilhelmina. Exempel på sådana projekt är kontinuerlig registrering av vårdutnyttjande. Detta ger möjligheter till tidsrelaterade analyser av förändringar sedda i ljuset av sociala och demografiska faktorer. Andra viktiga områden är forskningen omkring metoder för geografiskt kartläggningsarbete, vilken utgör grunden för ett gott "områdesansvar" för primärvården. Geografisk karteringsmetodik som utvecklats inom ramen för Tierps-projektet är ett exempel på sådant arbete.

Av vikt är också att forskningen inom socialt arbete sker i samverkan mellan socialhögskolorna och samhällsmedicinska storinstitutioner. Praktiska beröringspunkter för sådan samverkan är de fältstationer (vårdcentraler) som skisserats i ansökningshandlingarna till delegationen för social forskning från socialhögskolorna.

Landstingshuvudmännens roll bör vara tvåfaldig. Dels bör utrymme ges för utvecklingsarbete inom ramen för ordinarie verksamhet vid varje vårdcentral och dels bör det inom varje landstingsområde inrättas minst två *forskningsassistenttjänster* för fördjupade forskningsuppgifter. Exempel finns bla från Olofström.

På sikt bör *samhällsmedicinska funktioner* (hälsovårdsenheter) finnas inom varje landstingsområde. Forskarassistenttjänsterna kan då på ett naturligt sätt inplaceras i den samhällsmedi-

cinska verksamheten som landstingen bedriver. Anknytningspunkterna gentemot universitetsinstitutionerna av samhällsmedicinsk karaktär blir då också självklara.

I det perspektiv som skisserats kommer också *ansvarsfördelningen* in på ett naturligt sätt mellan staten och de kommunala huvudmännen. Utvecklingsarbete bedrivs vid vårdcentraler inom ramen för ordinarie verksamhet och när medel krävs för fördjupade forskningsinsatser finns primärvårdsfondens medel att tillgå.

Slutsats

En viktig förutsättning för att målen för primärvårdssatsningen skall kunna uppnås är en kvantitativ och kvalitativ förstärkning av forskningsinsatser inom primärvårdsområdet.

En målsättning för forskningsutvecklingen skulle kunna vara att antalet forskarregistrerade inom primärvården under den följande tioårsperioden blir lika många som inom slutet vård. En sådan omfördelning skulle med nuvarande antal forskarregistrerade läkare innebära en ökning från 50 till drygt 700. Om detta mål skall tillgodoses är det SFAMs mening att primärvårdsforskningen måste stimuleras och medel garanteras. SFAMs förslag, med en primärvårdsfond som det centrala, inrymmer de stimulansåtgärder som är nödvändiga.

För
Svensk Förening för Allmänmedicin
1981-09-14

Var rekrytera nya SFAM-medlemmar?

Totalt fanns i augusti 1981, 1004 medlemmar i Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM). Därav var 469 medlemmar i Svenska Distriktsläkarförbundet (DLF) och 336 i Sveriges Privatpraktiserande läkares förening (SPLF). Övriga 199 medlemmar i SFAM är huvudsakligen FV-läkare i allmänmedicin, dvs blivande distriktsläkare.

Av de 1004 medlemmarna var 195 pensionärer vilka fn inte debiteras någon medlemsavgift.

Antal medlemmar i SFAM, DLF och SPLF per 1 augusti 1981.

	Medlemmar i SFAM		Ej medlemmar i SFAM		Totalt
	Aktiva (< 66 år)	Pensionärer (≥ 66 år)	Aktiva (< 66 år)	Pensionärer (≥ 66 år)	
SFAM	809	195	—	—	1 004
DLF	469	—	762	222	1 453
SPLF	—	336	543	402	1 281

De intressantaste grupperna ur rekryteringssynpunkt är framför allt yngre medlemmar i DLF och SPLF som ännu ej är medlemmar i SFAM. Det är dessa grupper som bör stimuleras till medlemskap. Dessa grupper är stora, 762 distriktsläkare och 543 privatpraktiker.

En översikt av antalet medlemmar i SFAM, DLF och SPLF per den 1 augusti 1981 ges i tabellen nedan.

Scandinavian Journal of Primary Care

Ny nordisk primärvårdstidskrift

Efter många turer har en engelskspråkig vetenskaplig tidskrift som speglar primärvård och allmänmedicin i Norden startats.

Den allmänna målsättningen med tidskriften är att skapa ett forum för utbyte av forskningserfarenheter mellan de nordiska länderna, men den skall också vara en spegel av primärvårdsutveckling och primärvårdsforskning i Norden internationellt.

En mera specifik målsättning är att tidskriften skall publicera rent vetenskapliga artiklar som framkommit genom forskning utförd av allmänpraktiserande läkare eller inom primärvård.

Det första numret beräknas utkomma under februari 1982.

Tidningen kommer ut under en försöksperiod på tre år med två nummer om året.

Ekonomi under försöksperioden garanteras av "Månedsskrift for Praktisk Lægegering". Till medlemmarna i SFAM och SFAM-nytt prenumeranter kommer tidskriften att distribueras automatiskt som en del av prenumerationen.

Huvudredaktör för tidskriften är Paul Backer, professor vid Institut for Almen Medicin i Köpenhamn. Varje nordiskt land har sin lokalredaktör och landsredaktion. Lokalredaktör för Sverige är Bo Haglund, hälsovårdsöverläkare, Skövde, och i redaktionen ingår Gustav Haglund, primärvårdschef i Olofström, Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin i Dalby, och Gösta Tibblin, professor i Community Medicine in Memorial University of New Foundland, Canada.

För intresserade författare kan nämnas att Vancouver-systemet kommer att gälla för utformningen av artiklarna. (Se Nordisk Medicin 1981, 96: 209-212.) Övriga upplysningar kan fås av lokalredaktören.

Färdiga manuskript av artiklar sänds till huvudredaktören Paul Backer (Institut for Almen Medicin, Københavns universitet, Juliane Maries Vej 18, 2100 København Ø).

Antagna artiklar kommer att språkgranskas i England. Så fort första numret utkommit kommer tidskriften även att ingå i Index Medicus.

Rundbrev till lokalombud

I ett upprop presenterades i nummer 3 av SFAM-nytt nödvändigheten av en bättre förankring ute i de lokala organisationerna. Ett tiotal sådana har hört av sig och dessa har tillställts följande brev:

Till SFAM:s lokalombud

Kära SFAM-ombud!

Å styrelsens vägnar vill jag varmt tacka Dig för Din vänlighet att ställa upp som SFAM:s lokalombud i Ditt landsting. Bakgrunden till detta försök att skapa bättre kontakter med lokalorganisationer ute i Sverige i allmänmedicinen framgick i förra numret av SFAM-nytt. Svensk Förening för Allmänmedicin, som nu har 1000 medlemmar, saknar lokalföreningar. Beslutande organ är årsmöte en gång om året, därefter arbetar styrelsen under året ofta med ganska bristfälliga kontakter med allmänläkarna på fältet. Lokala kontaktmän tror vi i styrelsen kan vara en väg att bredda verksamheten.

Formerna för samarbetet mellan styrelse och lokala kontaktmän är inte helt utformade ännu. Vi hoppas att Du ska vara med i den processen och komma med förslag till samarbetsformer och möjligheter.

För närvarande ser jag tre möjligheter till samarbete som kan finnas anledning att försöka.

1. All styrelsens verksamhet, protokoll, remissvar osv går i kopior till Dig.
2. Större frågor som diskuteras i styrelsen inom svensk allmänmedicin skickar vi på remiss till Dig för kommentarer och förslag.
3. Du lyssnar och fångar upp frågor som gäller allmänmedicin i Sverige i Din region och vidarebefordrar dessa till styrelsen för diskussion och handläggning.

En sådan här organisation kunde vara början till ett förhoppningsvis fruktbart och intensivt samarbete mellan styrelsen och lokala kontaktmän. Jag vore tacksam för Dina synpunkter på denna av mig föreslagna arbetsmodell.

För orientering kan jag nämna att de fn mest diskuterade och betydelsefulla frågorna inom SFAM:s styrelse är tidningen SFAM-nytt, FV-utbildning av allmänläkare, efterutbildning av allmänläkare, registrering av allmänläkarnas verksamhet, dokumentation och biblioteksservice av allmänmedicinska publikationer i Sverige.

SFAM-nytt

Tidningen SFAM-nytt är nu inne på sitt andra år. Många medlemmar har

upplevt tidningen som oerhört väsentlig som kommunikationsinstrument mellan styrelse och allmänläkare och även mellan allmänläkare. Hittills har arbetet med tidningen bedrivits till stor del ideellt, det har ställts stora krav på de personer inom SFAM:s styrelse som åtagit sig att försöka driva tidningen. En mer professionell utgåva av SFAM-nytt är kostsam.

Ska SFAM-nytt drivas vidare och ska kvaliteten kunna hållas hög på SFAM-nytt måste nog en professionalisering av utgåvan successivt ske. En annonsredaktör eller organisation som står för annonsinsamling måste till, teknisk ledning, tryckning och distribution av tidningen måste också ske professionellt. Styrelsen ämnar till årsmötet vid riksstämman i december lägga fram förslag på olika lösningar på SFAM-nytt-frågan. En väg skulle vara att låta en del av medlemsavgiften till SFAM vara en prenumeration på SFAM-nytt. Denna och andra frågor har övervägts.

FV-utbildning

Socialdepartementets förslag på ny allmänläkarutbildning innehåller minst 18 månaders allmänmedicinsk tjänstgöring på vårdcentral. Detta ställer stora krav på vårdcentralerna som utbildare och handledare av de blivande allmänläkarna. Mycket kunskap och kompetens finns redan på vårdcentralerna runt om i Sverige, men pedagogisk och praktisk erfarenhet saknas på många håll. Det är därför angeläget att den handledarutbildning som nu startas i NLV:s regi i samarbete med landstingshuvudmännen får ett stort lokalt stöd och att SFAM:s medlemmar aktivt engagerar sig i den kommande utbildningen och handledningen av FV-läkare.

Efterutbildning

Diskussioner om allmänläkarnas efterutbildning har pågått sedan länge i Sverige, många har förespråkat en obligatorisk efterutbildning, som tidigare ansågs alldeles för centraldirigerad, men som nu vinner allt större accept då många ser det som enda möjligheten att få en adekvat efterutbildning. Vilken roll SFAM ska spela i efterutbildningen är fn under diskussion. Att efterutbildning av allmänläkare är ett mycket centralt område för SFAM:s verksamhet är styrelsens uppfattning.

Registrering och efterutbildning

I samarbete med SPRI, socialstyrelsen och distriktsläkarföreningen pågår fn en utredning om registrering av basdata i allmänläkarverksamheten. Under hösten 1981 ska denna utredning vara slutförd och förslag kommer då att läggas hur basdataregistrering bör ske. vad gäller dokumentation av allmänmedicinska arbeten i Sverige pågår också

inom SFAM:s styrelse en utredning om hur detta ska kunna ske, ev i samarbete med Läkarsällskapets bibliotek eller med SPRI. Förhoppningsvis kommer förslag i denna fråga också att kunna läggas under hösten.

Jag vore mycket tacksam för att få Din uppfattning om SFAM-nytt, dess framtid och ekonomi, vad Du anser om tidningen och vad man lokalt i Ditt område har för uppfattning. Jag vore också tacksam för kommentarer och förslag om SFAM:s engagemang i FV-utbildning, efterutbildning, dokumentation och bibliografi.

GÖRAN SJÖNELL

Distriktsläkare
Facklig internationell sekreterare
Svensk Förening för Allmänmedicin

Lokalombud i Svensk Förening för Allmänmedicin

Hans Aagaard
Felterusgatan 18
461 57 Trollhättan

Stig Andersson
Granvägen 3
661 00 Säffle
0533/157 93
Arbete:
Vårdcentralen
661 00 Säffle
Tel 0533/126 00/260

Lars Berg
Gästgivarvägen 16
543 00 Tibro

Göran Lehtipalo
Skogsvägen 15
834 00 Brunflo
Tel 063/225 31

Arbete:
Tel 063/203 88

Maria Rotstein
Smörslottsgatan 18
416 77 Göteborg
Tel 031/84 1945

Arbete:
Vårdcentralen, Backa
Lisa Sass gata 12
422 53 Hisings Backa
Tel 031/520 770

August Schneider
Döbelnsgatan 26F
752 37 Uppsala

Arbete:
Distriktsläkarmottagningen
Sturegatan 4B
752 23 Uppsala

Håkan Unnegård
Moränvägen 30
824 00 Hudiksvall
Magnus Wildeman
Färhagsvägen 24
961 40 Boden

Arbete:
Vårdcentralen
Piteå lasarett
Lasarettsvägen 3
941 40 Piteå
Tel 0911/126 10

Programmet för allmänmedicinsektionen

BO HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

Tillströmningen av föredrag till sektionerna för allmänmedicin och socialmedicin har varit stor. Med undantag för tre-fyra föredrag med speciellt intresse för sektionen för allmänmedicin, föredrag av huvudsakligen biologisk/naturvetenskaplig grund, visar det sig att tillströmningen till sektionerna varit överlappande. Vi har därför på försök samplanerat programmet för fria föredrag vid 1981 års riksstämma.

ONSDAGEN den 2 december**Posterutställning**

1. Vem skriver recepten? Apot Ingegerd Agenäs, fil kand Monica Dahlström.

Sal A 1

08.30–10.30

SYMPOSIUM: Vad har svenska läkare i u-länderna att göra?

Moderator: Matts Beling. Se SY 106.

Sal A 1

11.00–13.00

SYMPOSIUM: Handikappad 1981 – möjligheter och hinder.

Moderator: Henry Sälde. Se SY 163.

Sal A 3

13.30–15.30

SYMPOSIUM: Familjemedicin – verksamhet, utvecklingstendenser och forskningsområden.

Moderator: Rolf Zetterström.

Se SY 153.

TORSDAGEN den 3 december**Sal K 11**

MINISYMPOSIUM I. Svampsjukdomar i huden.

08.30–08.45

2. Epidemiologiska synpunkter. Risker för under- och annan feldiagnostik samt presentation av ny odlingsmetod för snabbdiagnostik. Lennart Gip.

08.45–09.00

3. Erfarenheter av snabbdiagnostik av svampsjukdomar vid Härnösands och Örnsköldsviks vårdcentraler. Claes Ehinger, Leif Eriksson.

09.00–09.15

4. Tillförlitlig och billig snabbdiagnostik av svampsjukdomar lämplig för

öppenvård. Agneta Vigborg, lab.ass Britt-Marie Eriksson.

09.15–09.30

5. "Balint-grupp" i Sollefteå – tre års erfarenhet. Leif Persson, Kjeld Knuthsen, Christian von Schéele.

09.30–09.45

6. Kostrådgivning i sjuksköterskeregion för diabetiker på vårdcentral. Åke Edlund, Aleksander Bakall, leg sjuksköterska Eivor Pernling.

09.45–09.55

Paus. Tillfälle att bese posterutställning.

09.55–12.30

Gemensamt med sektionen för socialmedicin.

MINISYMPOSIUM II. Basdata i primärvården, problem och möjligheter.

09.55–10.05

7. En bakgrundsteckning av arbete med basdata. Christer Gunnarson.

10.05–10.20

8. Kontaktorsaksregistrering – en översikt. Bengt Dahlin.

10.20–10.35

9. Kontaktorsaksregistrering – en tillämpning. Britt-Gerd Malmberg.

10.35–10.50

10. Utarbetande av "symptom-råd-åtgärd", en medicinsk vägledning för patientmottagare. Bertil Marklund.

10.50–11.05

11. Sociala faktorer och dödlighet bland 1913 års män. Gösta Tibblin.

11.05–11.20

12. Tidig död i relation till sociala bakgrundsfaktorer. En longitudinell studie. Fil kand Margareta Furu, Hans Kristenson, Folke Lindgärde, docent Ingrid Munck.

11.20–11.30

13. Mortaliteten hos diabetiker i Stockholms läns landsting 1969–79. Urban Rosenqvist.

11.30–11.40

14. Vilka faktorer ligger bakom förändringar i den svenska dödsorsaksstatistiken för reumatiska sjukdomar? Fil kand Ingemar Lindahl, Erik Allander.

11.40–11.55

15. Förekomst och varaktighet av olika typer av hälsoproblem bland barn (0–6 år) i en glesbygdskommun. Fil kand Brita Bergström.

11.55–12.05

16. Att upptäcka, definiera och mäta sociala problem bland äldre. Gillis Samuelsson.

12.05–12.15

17. Alkoholmissbruk och vårdkonsumtion i Olofström. Anders Romelsjö.

12.15–12.30

18. Epidemiologi och prevention av kärnvapenkrig. Leif Svanström, Helen Zeally.

12.30–13.00

Paus.

13.00–15.00

Gemensamt med sektionen för socialmedicin.

13.00–13.10

19. Studier av hög sjukvårdskonsumtion vid vårdcentral. Metodik och tillämpning. Pol mag Göran Ejlertsson, pol mag Thor Lithman, Bengt Scherstén, fil kand Arne Sundström.

13.10–13.25

20. Varför vårdnyttjandestudier? En värdering av studier i öppen vård. Margus Mägi, stud Agneta Dahlquist, sjuksköterska Lise-Lotte Kärnebro.

13.25–13.40

21. Upprepade korta sjukfall – finns socialmedicinsk problematik? Margareta Leijon, Margareta Kristenson, Bo Mikaelson.

13.40–13.50

22. Psykofarmakaförskrivningen vid Örnsköldsviks vårdcentral – en jämförelse mellan 1973 och 1979. Leif Ericson, Ulf Bergman, Christer Gunnarson.

13.50–14.05

23. Indikationer för behandling med vitamin B₁₂ inom ett primärvårdsdistrikt med kvalitetsbedömning av gjorda utredningar. Erik Tyrberg, Björn Smedby.

14.05–14.20

24. Betydelsen av socialekonomiska förhållanden, levnadsvanor och arbetsförhållanden för läkemedelskonsumtionen. Forskarass Lennarth Nyström och forskningsass Lena Korpi.

14.20–14.30

25. Reumatikervård – en angelägenhet för primärvården. Leopold Recht, pol mag Thor Lithman, Bengt Scherstén.

TORSDAG den 3 december**Sal K 11**

14.30–14.45

26. Distriktsläkarens arbetsuppgifter – ett bidrag till en modell för rationell vårdplanering. Lars Berg, Bo Haglund.

14.45–15.00

27. Samarbetet mellan social och medicinsk personal i olika europeiska länder. Claes-Göran Westrin.

Sal A 1

16.00–18.00

SYMPOSIUM: Samhällsmedicinska funktioner i utbildning och vård. Moderator: Leif Svanström. Se SY.

Förbered 1982 års riksstämmesymposier redan nu!

Under tidigare år har programmet för Läkaresällskapets Riksstämma haft en tendens att bli alltför omfattande. Man har därför haft ambitionen att något minska antalet programpunkter samtidigt, som man strävat efter att om möjligt höja kvalitén.

Sektionerna anmäler varje år symposier som de önskar hålla vid Riksstämman längre fram på året. Sedan ett par år sker en hårdare gallring av förslagen än tidigare. Sålunda anmäldes 1981 80 stycken symposier medan ca 42 st blev godkända.

Hur väljs de då ut?

"En av grunderna för urval är att ett symposium vid Riksstämman bör behandla ett aktuellt ämne av intresse för en bred publik. Ofta önskar man ha symposier som angår flera specialiteter. Riksstämman är ju det enda tillfället, när alla specialiteter är samlade."

För SFAM:s del innebär denna urvalsprocess speciella svårigheter.

Inom Läkarförbundet har sedan några år förts avgränsningsdiskussioner mellan SFAM och några andra specialistföreningar. Det har gällt att i möjligaste mån söka fastställa, vad som är allmänmedicinens verksamhetsområde. Någon motsvarande diskussion har inte varit aktuell inom ramen för Läkaresällskapet.

Här gäller det dock att allmänmedicinen visar sin profil genom vetenskapligt arbete. Vi bör föreslå aktuella ämnen till våra symposier, men samtidigt bör vi kunna visa varför just allmänmedicinen skall behandla ämnesområden, som kanske vid en första anblick kunde tänkas tillhöra organspecialisterna. Varför symposiet inte lika gärna kunde hållas av någon annan sektion inom Läkaresällskapet.

Sal K11

18.30–20.30

Svensk Förening för Allmänmedicin.

Årsmötesförhandlingar

FREDAGEN den 4 december

Sal A1

08.30–10.30

SYMPOSIUM: Den differentierade långvårdsmedicinens roll. Moderator: Bertil Steen. Se SY 169.

Sal K1

08.30–10.30

SYMPOSIUM: Ryggproblem hos skolbarn och skolungdomar. Moderator: Alf Nachemson. Se SY 178.

Sal A1

16.00–18.00

SYMPOSIUM: Den mänskliga faktorn – människan i det högteknologiska samhället. Gränser för prestationsförmåga och tolerans. Moderator: Mats Beling. Se SY 107.

SFAM:s styrelse tog på ett tidigt stadium principbeslut på att man inför 1981 års Riksstämma skulle sträva efter att få hålla två symposier, det ena med somatisk inriktning och det andra med en mer samhällsinriktad prägel. Under förberedelsearbetet var engagemanget för de två sistnämnda symposierna stort. Arbetsgrupper bildades och så småningom förelåg ett rätt så omfattande material, om vad symposierna skulle kunna tänkas innehålla, och vilka personer som var beredda att delta i panelen.

Det fanns även förslag till symposier med somatisk inriktning, men här var engagemanget inte lika intensivt från förslagsställarnas sida.

När så slutliga urvalet av symposier kom till stånd så föredrog delegationen för Läkaresällskapets riksstämma att välja ut de två samhällsinriktade symposierna.

Vad kommer de då att handla om?

Delegationen för Läkaresällskapets Riksstämma kommer att föreslå Sällskapets nämnd att Svenska Läkaresällskapet skall arrangera tre allmänna möten, utöver öppningsmötet. Ett av dessa föreslagna allmänna möten utgöres av SFAM:s symposium med titeln "*Den mänskliga faktorn*" – *Människan i det högteknologiska samhället. Gränser för prestationsförmåga och tolerans*. Här kommer att behandlas bla informationssamhällets risker, datorteknologin och arbetslivets förändring, risker med under- och överstimulering av människan i det moderna samhället, samhällsplaneringens påverkan på det kommande sjukdomspanoramat.

Det andra symposiet har titeln: *Vad har svenska läkare i u-länderna att göra? Vad har vi att ge dem – och de oss?* I detta symposium skall man söka ge en samlad konkret bild av de arbetsuppgifter som kan vänta en svensk läkare som ger sig ut i u-landsarbete. U-landsmedicin är inte längre huvudsakligen tropikmedicin och exotiska sjukdomar. Det viktigaste är att ett nytt synsätt vuxit fram som en följd av utvecklingen inom den förebyggande hälsovården och sedan anpassats till förhållanden i fattiga, mestadels tropiska och subtropiska länder.

Vi har således just detta år fått två symposier med samhällsinriktat innehåll, och det är önskvärt att vi nästa år får två symposier med somatisk inriktning. Aktuella ämnen lär inte saknas och det skall väl inte heller bli några problem att visa att ämnen vi föreslår har sin givna plats inom ramen för allmänmedicinen.

Men som sagt, det gäller att börja planera symposierna på ett tidigt stadium!

Författarpresentation

Matts Beling

UVI-kurs för Allmänläkare

SFAM anordnar kurs i "*Diagnostik och behandling av urinvägsinfektioner*", Åre 25–26 mars 1982.

Kursavgift: 300:–.

Kursen anmäld till Landstingsförbundets externa kursgivare.

Anmälan före 1 mars 1982 till: Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsg 66, 11327 Stockholm.

Kursprogram.

Torsdagen den 25 mars

Moderator Göran Sjönell

13.00–13.45 Urinvägsinfektionernas natur. Hans Fritz.

13.45–14.00 Diskussion.

14.00–14.45 UVI-bakteriologi.

Hans Fritz.

14.45–15.00 Diskussion.

15.00–15.15 Kaffe.

15.15–16.00 Bakteriers vidhäftningsförmåga på urinvägsepitel i relation till patogenitet. Bertil Kaijser.

16.00–16.15 Diskussion.

16.15–17.45 Nivådiagnostik. Pyelonefrit och deras behandling. Per-Åke Örsten.

17.45–18.15 Diskussion.

Fredagen den 26 mars

Moderator Göran Sjönell.

08.00–08.45 Urinvägsinfektioner hos barn. Ulf Lindberg.

08.45–09.00 Diskussion.

09.00–09.45 Antibiotikaval vid behandling av distala urinvägsinfektioner. Bo Bresky.

09.45–10.00 Diskussion.

10.00–10.15 Kaffe.

10.15–11.00 Principer för diagnostik och omhändertagande vid urinvägsinfektioner i primärvården. Göran Sjönell.

11.00–11.15 Diskussion.

11.15–12.00 Grupparbete. Rutinförfarande och typfall.

12.00–13.00 Lunch.

13.00–14.00 Redovisning grupparbete. Diskussion.

Medverkande:

Göran Sjönell, dl. Matteus VÅC, Stockholm,
Hans Fritz, doc. öl. Bakteriöl., klin., Halmstad,
P-Å Örsten, doc. b.öl. Njurmed. klin., Huddinge,
Bertil Kaijser, doc. b.öl. Bakt. lab., Sahlgrenska, Göteborg,
Bo Bresky, öl. Inf.klin., Borås



2:a nordiska kongressen i allmänmedicin

BERTIL S HANSON

Under tiden 17–20 juni 1981 anordnade Institutionen för Allmänmedicin i Bergen den andra Nordiska kongressen i allmänmedicin. Kongressens president var professor Sigurd Humerfelt vid institutionen i Bergen. Kongressen var välorganiserad och fungerade väl. Programmet var omväxlande. Under förmiddagarna var det plenulföredrag och minisymposier, under eftermiddagarna fria föredrag.

Deltagare

Av de 402 anmälda deltagarna kom 187 från Norge, 130 från Sverige, 60 från Danmark, 15 från Finland och 10 från Island. Det låga deltagandet från Finland beror sannolikt till stor del på språkproblem. Detta är ett viktigt problem att ta upp, eftersom utvecklingen av primärvården i Finland kommit långt. Deras erfarenheter är speciellt värdefulla för oss i Sverige, då våra primärvårdssystem är ganska lika.

Organisering av den primära hälso-tjänsten

Varje förmiddag inleddes med föredrag inför hela kongressen. Första dagens tema var organisering av den primära hälso-tjänsten (primärvården) i dag och i morgon.

Göran Sjönell, distriktsläkare vid Matteus vårdcentral i Stockholm, beskrev WHO:s ALMA-ATA-konferens 1978 som en milstolpe i hälso- och sjukvårdsutvecklingen. Den sk ALMA-ATA-deklarationen "Hälsa åt alla år 2000" är den samlade målsättningen. För att kunna uppnå detta krävs en decentraliserad och lokal uppbyggnad av den primära hälso- och sjukvården. Ett sådant system kan inte vara sjukhusbaserat utan måste vara den mest lokala delen av ett mångfasetterat hälsosystem. Primärvården skall enligt WHO vara relaterad till befolkningens behov och bygga på befolkningens deltagande både enskilt och kollektivt i planering och uppbyggnad. Vidare måste de tillgängliga resurserna utnyttjas på ett för befolkningen bästa sätt.

Man kan fråga sig vad en satsning på primärvården leder till. Pertti Kekki från Finland har beskrivit vad en uppbyggnad av hälsocentralsystemet i Finland inneburit. Man har funnit en minskning av besöken vid sjukhuspoliklinikerna, en minskning av besöken hos privatläkare, en minskning av antalet vård dagar i slutenvård, en minskning av antalet remisser samt en ökning av vård dagarna på lokala sjukhus.



GÖRAN SJÖNELL, Sverige, höll ett av inledningstalen vid den andra Nordiska kongressen i allmänmedicin. temat var *Organisering av primärvården i dag och i morgon*.

Foto: Bo Haglund

Göran Sjönell beskrev också vad som hänt i Stockholm sedan en väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral kommit igång. Efter ett års verksamhet fann man att besöken vid akutmottagningen vid Sabbatsbergs sjukhus minskat med 51% för den befolkning som Matteus vårdcentral ansvarar för. Man fann även minskade besök vid internmedicinska polikliniker med 26%, minskade besök vid kirurgiska polikliniker med 27%, minskad konsumtion av sjukvård vid öron-, näs- och halspolikliniker med 32% och ett minskat utnyttjande av den bilburna stockholmsjouren med 25%.

75% av de hälsoproblem som uppstår i en befolkning kan handläggas och skötas av befolkningen själv utan kontakt med hälso- och sjukvården (egenvården). 20% av de resterande 25% kan handläggas, utredas och slutbehandlas inom primärvården. 5% av hälsoproblemen måste utredas, handläggas och behandlas i sekundär- och tertiärvården. Primärvården blir i ett sådant perspektiv den första vårdnivån som människorna vänder sig till när de har hälsoproblem. Specialisterna inom sekundär- och tertiärvården får en stödjande och konsulterande roll gentemot primärvården. Det krävs då en omfördelning av resurserna eftersom 90% av Sveriges sjukvårdsbudget i dag går till sekundär- och tertiärvården.

Vårdlag

Göran Sjönell menade att primärvårdens organisation måste kännetecknas av små lokala enheter, med ett decentraliserat ansvar, som kan identifiera och möta den lokala befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Inom vårdcentralens ram måste man därför skapa ett flertal enläkardistrikt. Inom

ett sådant distrikt arbetar ett vårdlag bestående av en allmänläkare, två distriktssköterskor och 1–2 undersköterskor. Befolkningsunderlaget bör vara cirka 2000 invånare. Vårdlaget kan ge hälso- och sjukvårdsservice på vårdcentralen, i hemmet och på det lokala sjukhemmet. Vårdlaget kan ge råd i hälsofrågor och ge preventiv vård genom mödra- och barnavårdscentralerna. Vårdlaget skaffar sig kunskaper om den lokala befolkningens hälsovillkor, hälsotillstånd och hälso- och sjukvårdsbehov genom en dialog med befolkningen, genom information från olika register etc. Vårdlaget är lättillgängligt, erbjuder god kontinuitet och god kvalitet. Dess arbete är mångsidigt. Vårdlaget är basorganisationen inom primärvården. Detta skapar en trygghet hos befolkningen och minskar på sikt behovet av sjukvårdsinsatser.

Evaluerings av primärläkarens arbete

Den andra dagens plenulföredrag avhandlade temat evaluering av primärläkarens (allmänläkarens) arbete. Pertti Kekki från Finland inledde. Han beskrev hur de privata försäkringsbolagen i USA redan tidigt började intressera sig för hur och till vad deras pengar användes. I Skandinavien har man i takt med att den samhällsekonomiska situationen försämrats börjat intressera sig för hälsoekonomi. Även WHO:s regionalkontor i Europa har börjat lägga "cost-effectiveness"-aspekter på den medicinska vården.

Försök att utvärdera vården började först vid sjukhusen. Det är dock av flera skäl svårt att överföra dessa erfarenheter direkt till primärvården. En sjuk-



PERTTI KEKKI, Finland, har i sina studier visat att en utbyggd primärvård medför en kraftig minskning av slutenvårdsutnyttjandet.

Foto: Bo Haglund.

domsepisod är svårare att definiera och avgränsa i primärvården, man saknar ett gemensamt diagnoskodnings-system, journalsystemen inom primärvården är mycket olika, många av hälso problemen självläker i stor utsträckning, organiseringen av primärvården är mycket olika etc.

Man kan använda olika typer av utvärderingsmodeller.

Vid *strukturanalys* förutsätter man att goda materiella och personella resurser garanterar en god vård. Man studerar därför resursernas kvalitet och kvantitet.

Vid *processanalys* antar man att ett gott medicinskt handlande som tex grundar sig på "vetenskap och beprövad erfarenhet" garanterar ett gott vårdresultat. Man uppställer därför någon form av standard mot vilken man kan bedöma det medicinska handlandet.

Vid *resultatanalys* förutsätter man att hälso- och sjukvården kan påverka en individs hälsa. Man försöker där efter mäta vårdens effekter på patienten. Exempel på resultatmått är dödlighet, komplikationsfrekvens, sjukskrivningsfrekvens, funktionellt status, patientens tillfredsställelse med vården etc.

Denna evaluering kan vara ett sätt att minska onödiga kostnader, utveckla och förbättra primärvårdens informationssystem, förbättra den kontinuerliga utbildningen, förbättra befolkningens hälsotillstånd etc.

Paul Backer, professor vid Institutionen för Allmänmedicin i Köpenhamn, konstaterade därefter i sitt föredrag att samhällsekonomin försämrats och att den medicinska kunskapsmassan vuxit mycket snabbt. Samhällsutvecklingen har skapat nya behov och krav på hälso- och sjukvården. En omprioritering mot mera primärvård och mera förebyggande arbete har slagits fast. Paul Backer menade att både grundutbildningen och vidareutbildningen måste anpassas till den nya inriktningen av hälso- och sjukvården. Paul Backer betonade kraftigt att en meningsfull och behovsanpassad efterutbildning är ett viktigt instrument för att skapa en bra och välfungerande hälso- och sjukvård.

Han varnade för att direkt överföra utvärderingsmodeller från sjukhusen till primärvården. Utvärderingsmodeller från sjukhusvärlden är ofta inriktade på den tekniskt-biologiska aspekten av hälso- och sjukvården, varför dessa utvärderingsmodeller kan ge en skev bild av innehållet i allmänmedicinen.

Minisymposier

Efter plenulföredragen fanns det möjlighet att närvara vid minisymposier. Varje förmiddag fanns det fyra symposier att välja på. Första dagen avhandlades följande ämnen: Gränsen mellan allmänläkaren och specialisten, Egenvård, Primärvård och socialvård samt



PAUL BACKER, Danmark, var en annan av huvudtalarna vid kongressen.

Foto: Bo Haglund.

Administration av allmänläkarverksamhet.

Egenvårdssymposiet koncentrerade sig helt på hälsouppllysning. Man tog inte alls upp hur människor skall ta hand om och behandla vanliga hälso problem. Det verkade som om man speciellt från Norge likställde egenvård med primär prevention utanför vårdsystemet. Detta kan jämföras med Gösta Tibblins egenvårdsdefinition som är den mest använda i Sverige. Egenvård är de förebyggande, diagnostiska och behandlande åtgärder som människor, utför på egen hand, kunskapen om var, när och hur hälso- och sjukvårdsapparaten skall brukas samt vården av sig själv efter sjukhusvistelsen eller läkarbesöket.

Vid symposiet om *socialvård och primärvård* jämförde bla distriktsöverläkare Christer Gunnarsson från Örn-sköldsvik den nya socialtjänstlagen med förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag. Han konstaterade att socialtjänsten kommer att ha tre huvuduppgifter. Dessa är att medverka till att skapa gynnsamma levnadsbetingelser för människorna, att motverka sociala missförhållanden och att tillgodose den enskildes behov av stöd och hjälp. Primärkommunen har det yttersta ansvaret för den enskildes sociala situation. Detta innebar bla att socialtjänsten skall delta i samhällsplaneringen. En förutsättning för detta är en systematisk analys och dokumentation av lokalsamhällets utveckling och behov.

Socialtjänstens uppgifter kan jämföras med primärvårdens. Primärvården har ett ansvar för hälsotillståndet i befolkningen inom ett givet betjäningso mråde. Om primärvården skall kunna klara både den individ- och miljöinriktade preventionen krävs en beskrivning och analys av miljön, befolkningen och befolkningens hälsa i lokalsamhället.

Lagstiftningen stadgar således likartade arbetsuppgifter för såväl socialtjänsten som primärvården. Det förefaller därför naturligt att såväl socialtjänsten som primärvården har ett intimt samarbete både i det individinriktade arbetet som i det befolkningsinriktade och förebyggande arbetet.

Vid symposiet om *administration av allmänläkarverksamheten* talade distriktsöverläkare Per-Olof Bitzén från Dalby. Han betonade bla att de nya primärvårdsfunktionerna inom ramen för en offensiv hälsopolitik med ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa måste leda till att ett delvis nytt planeringsunderlag tas fram. Han konstaterade även att primärvården kommer att få ansvaret för betydligt mera utbildning.

Per-Olof Bitzén fann det därför viktigt att planeringen och budgetarbetet står i överensstämmelse med den nya vårdfilosofi man skall arbeta efter.

Andra dagens minisymposier avhandlade ämnena Självevaluering, Vårdprogram, Kan hälsa mätas? Vad är samhällets krav på allmänläkaren? Symposiet om hälsomätning kom överraskande nog endast att handla om hur man mäter hälsa på individnivå.

Fria föredrag

De 76 fria föredragen hade samlats till eftermiddagarna och sammanförts under 12 olika teman. Föredragen var fördelade så att 29 föredrag kom från Norge, 25 från Sverige, 18 från Danmark, 3 från Island och 1 från Finland. Man finner således en klar underrepresentation av föredrag speciellt från Finland.

Om man för samman föredragen under följande fyra huvudgrupper – epidemiologi och vårdkonsumtion, prevention och egenvård, primärvårdsorganisation och samarbetsformer samt diagnostiska metoder och medikamentell terapi finner man att de svenska föredragen är ganska jämnt fördelade över de fyra grupperna. De danska och norska föredragen dominerar inom gruppen diagnostiska metoder och medikamentell terapi. Över huvud taget finns det en tendens att föredragen från Norge och Danmark mera intresserar sig för individnivån och tar upp sådant som läkar-pateintförhållandet.

Prevention – egenvård

Inom gruppen prevention och egenvård kom hälften av föredragen från Sverige. De danska och norska föredragen handlade mest om screening. Bent Hal-lager, allmänläkare från Danmark, manade dock läkarna att med utgångspunkt från den kunskap de får genom det diagnostiska och terapeutiska arbetet, delta i den hälsopolitiska debatten i samhället.

Tf hälsovårdsöverläkare Bo Haglund från Skaraborgs län beskrev hur man samlar in kunskap om befolkningens hälsovillkor i ett avgränsat område, den sk kommundiagnosen. Den är förutsättningen för ett aktivt förebyggande arbete i lokalsamhället. Kom-mundiagnosprocessen beskrivs utförligare längre fram i artikeln.

Innehållet i de olika ländernas föredrag speglar hur olika uppbyggd primärvården i tex Danmark och Norge är

jämfört med Sverige. I Danmark dominerar privatpraktiker som arbetar i familjeläkarsystem. I Sverige har vi offentliganställda distriktsläkare på vårdcentraler med ett ansvar för befolkningens hälsa i ett avgränsat upp-tagningsområde.

Läkemedelskunskap

Professor *Leif Svanström* vid Socialmedicinska Institutionen vid Karolinska institutet i Stockholm, tidigare distriktsöverläkare i Sjöbo i Skåne, beskrev hur man utbildat personalen vid vårdcentralen i Sjöbo med hjälp av läkemedelskommittén i Lund och specialister från de olika klinikerna. Målsättningen var att ge personalen bättre kunskaper om de behandlingsprinciper som är accepterade i sjukvårdsdistriktet, att ge kunskaper som underlättar en värdering av läkemedlens betydelse i förhållande till annan terapi samt att ge bättre kunskaper om läkemedelskommitténs rekommendationer. Man fann genom att studera apotekens försäljningsstatistik att denna utbildning ledde till relativt omfattande förskrivningsändringar trots mycket måttliga utbildningsinsatser.

Leif Svanström konstaterade att det är viktigt att hela vårdpersonalen får kontinuerlig utbildning. Utbildningen måste göras mindre preparatbunden och mer problemorienterad. Läkeme-

delsbehandlingen måste tonas ned till förmån för annan terapi. Läkemedelsindustrins information måste passera läkemedelskommittéerna innan den når primärvårdsnivån. Läkemedelskommittéerna måste tilldelas ökade resurser för att förbättra sin information till primärvården.

Farmakologisk överbehandling

Distriktsläkare *Bengt Järhult* från läkarstationen i Olofström diskuterade farmakologisk överbehandling av befolkningen i Olofströms primärvårdsområde i Blekinge. Han konstaterade för läkemedelsgrupperna cimetidin, antikoagulantia och digitalis att behandlingsdiagnoserna i stor utsträckning var vaga. När preparaten väl var insatta, ofta på sjukhus, omprövades inte behandlingen. Bengt Järhult konkluderade att en klar behandlingsindikation måste föreligga utifrån moderna och säkra kriterier. Lita inte på tidigare satta diagnoser! Det är sällan farligt att sätta ut misstänkt onödiga läkemedel och följa patientens tillstånd.

Sjukhemsbehandling av akut hjärtinfarkt

Magne Nylenna är distriktsläkare på ett ödistrikt i Norge där transporttiden till närmaste sjukhus med hjälp av bil och båt är i genomsnitt två timmar. På ön finns ett sjukhem med sex platser.

Här vårdas i stor utsträckning äldre patienter. Man har här behandlat hjärtinfarktpatienter på traditionellt sätt dock utan intensivvårdsresurser. Under loppet av ett år diagnostiserades 25 infarkter hos 22 patienter (16 män och 6 kvinnor) i åldern 53-87 år med ett genomsnitt på 75 år. 22 av de 25 infarkterna behandlades på sjukhemmet. En infarktpatient sändes direkt till sjukhuset, en behandlades i hemmet och en på ett annat sjukhus. Av de 22 infarkttilfällena flyttades 6 senare vidare till sjukhuset på grund av allvarlig arytm eller på grund av patientens egen önskan. 18 av de 25 infarkterna behandlades således utanför sjukhuset. Komplikationsfrekvensen var 56% och dödligheten 24% vilket inte skiljer sig från presenterade sjukhusmaterial.

Det finns fördelar med att vårda en del infarktpatienter på sjukhem. Speciellt äldre infarktpatienter kan ha svårt att klara längre transporter. Sjukhemmet är en del av närmiljön och patienten får behålla "sin egen läkare". Detta ger en trygghet i den egna miljön.

Olycksfallsprevention

Gunnar Tellnes är distriktsläkare på ett ödistrikt vid Lofoten. Han beskrev hur man på distriktsläkarmottagningen under ett år registrerade alla olyckor (231 st). Med utgångspunkt från denna kontinuerliga registrering analyserades



Några deltagare vid andra nordiska kongressen i allmänmedicin.

Foto: Bo Haglund.

olycksfallen. Detta är en förutsättning för ett brett olycksfallsförebyggande arbete både på individ- och miljöplanet. Information gavs sedan till invånarna i kommunen om hur man bla förebygger hem- och barnolyckor. Skolhälsovården kopplades in etc.

Rapporter om olycksfallsförekomsten tillställdes kommunstyrelsen och diverse kommunala nämnder, företag och föreningar. En delrapport utarbetades speciellt till de två stora industrierna i kommunen. Affischer och utställningar sattes upp på olika platser i kommunen, i butiker, i kommunhuset, på postkontoret etc.

Tellnes avslutade med att påpeka att kunskaper från det kurativa arbetet måste användas till förebyggande arbete i lokalsamhället.

Kommundiagnosen

Bo Haglund som är tf hälsovårdsöverläkare vid Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län beskrev hur den nya socialtjänstlagen och förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag stadgar ett ökat ansvar för befolkningens hälsa för lands- ting och kommuner. Förebyggande åtgärder betonas. Mot denna bakgrund behövs det metoder för att beskriva hälsoproblemen i en befolkning. Allmänläkaren kommer att få som uppgift att omsätta denna lagstiftning i praktiken i lokalsamhället.

För det första behövs det en beskrivning av befolkningen och befolkningens miljö, den sk samhällsprofilen samt en beskrivning av hälsotillståndet i befolkningen, den sk hälsoprofilen. Den andra nivån i kommundiagnosen innebär en förståelse av ohälsans orsaker, dvs en analys av orsak och verkan i samspelet mellan befolkningen och dess miljö. Detta är själva kommundiagnosen som utgör basen för den tredje nivån, åtgärdsnivån.

Kommundiagnosprocessen är en bra modell för hur distriktsläkaren på ett strukturerat sätt kan skaffa sig kunskap om befolkningens hälsovillkor i sitt avgränsade ansvarsområde. Denna kunskap är en nödvändig utgångspunkt för ett aktivt förebyggande arbete i lokalsamhället.

Den 2. Nordiska Kongressen i Allmänmedicin i Bergen visade var forskningsfronten inom allmänmedicinen i Norden går i dag. Dessutom gavs det rikligt med tillfällen att träffa och utbyta erfarenheter med allmänläkare från de olika nordiska länderna. Det finns därför anledning att om två år resa till den 3:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin i Finland.

Författarpresentation

Bertil S Hanson, biträdande överläkare vid Socialmedicinska avdelningen i Malmö.

Bidrag till den 3:e nordiska kongressen i allmänmedicin i Finland 1983

Förberedelsearbetet för kongressen 1983 måste starta redan nu!

Syftet med de nordiska kongresserna är att presentera intressanta utvecklingsprojekt inom respektive land. Ett förslag är därför att SFAM:s styrelse redan under våren 1982 gör en *översikt* över vilka bidrag från Sverige som kan anses intressanta för ett nordiskt forum. *Intressenter* bör därefter inkomma med förslag under *maj* månad 1982. *Slutgiltiga* manuskript inklusive bilder granskas av antingen SFAM:s styrelse eller en speciellt utsedd grupp tex redaktionen för Scandinavian Journal of Primary Care under hösten.

De föredrag som därefter inte kan få rum på den nordiska kongressen men ändå anses intressanta för svenskt vidkommande ges plats på SFAM:s höst- eller vårmöten eller vid riksstämman.

Vårt största hälsohot – kärnvapenkriget

Preventiva aktiviteter i Norden

Utanför det officiella programmet under den *allmänmedicinska* konferensen i Bergen och även under den *socialmedicinska* i Voss ägnades mycket tid för diskussion av den största hälsofrågan av alla för tillfället, nämligen att undvika kärnvapenkrig. Den dagsaktuella frågan kring en kärnvapenfri zon i Norden väckte många känslor och en namninsamling i frågan rön- te bred uppslutning vid konferenserna. Engagemanget från allmänmedicinare och socialmedicinare kring grundläggande samhällspolitiska frågor av detta slag lovar gott inför framtiden.

Namninsamlingar till stöd för den internationella organisationen "International Physicians for the Prevention of Nuclear War" pågår på många håll i de nordiska länderna.

Allt fler läkargrupper bildas i Norden och i Sverige finns för närvarande sex stycken (Falun, Göteborg, Halmstad, Lund, Stockholm och Umeå). Kontaktperson är distriktsläkare Urban Waldenström, Borlänge sjukhus, Box 731, 87127 Borlänge.

I samband med årets riksstämma hoppas man kunna knyta en fastare organisation mellan läkargrupperna i Sverige. Det förtjänar att understrykas att ett av föredragen vid allmän/socialmedicinsektionen kommer att beröra ämnet "Epidemiologi och prevention av kärnvapenkriget". Föredragshållare är Leif Svanström och Helen Zealley.

Föredrag vid all- medicinkongressen i Bergen 1981

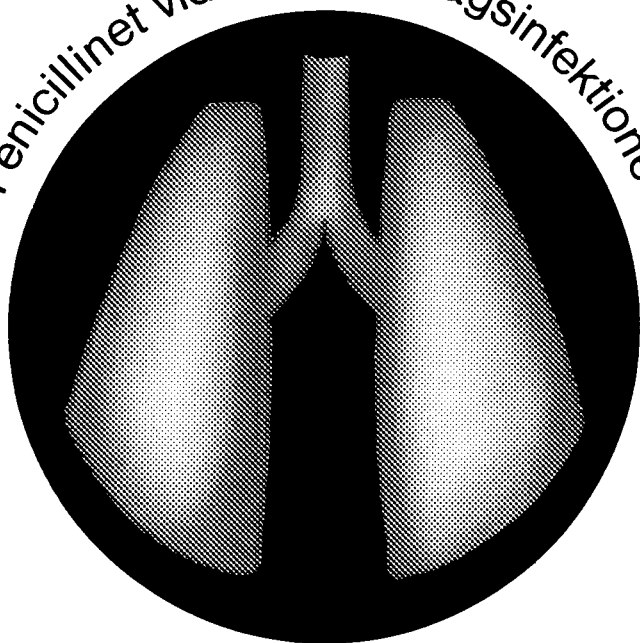
Ett av intrycken från allmänmedicin- kongressen i Bergen var den dåliga tekniska kvaliteten som många föredrag hade vid framförandet. Kladdiga handskrivna OH-bilder eller oläsbara blådia presenterades av flera föredragshållare. Mot den bakgrunden är det viktigt att stimulera svenska allmänmedicinare till bättre kvalitet på sina föredrag. God kvalitet är utgångspunkten för god genomslagskraft för idéer man vill framföra och det här gäller inte minst bildmaterialet.

Svenska Läkaresällskapet tilldelar alla som håller föredrag vid riksstäm- morna "Råd till dig som skall hålla föredrag". Denna lilla skrift är en utmärkt handledning.

Pondocillin®

pivampicillin

Penicillinet vid nedre luftvägsinfektioner



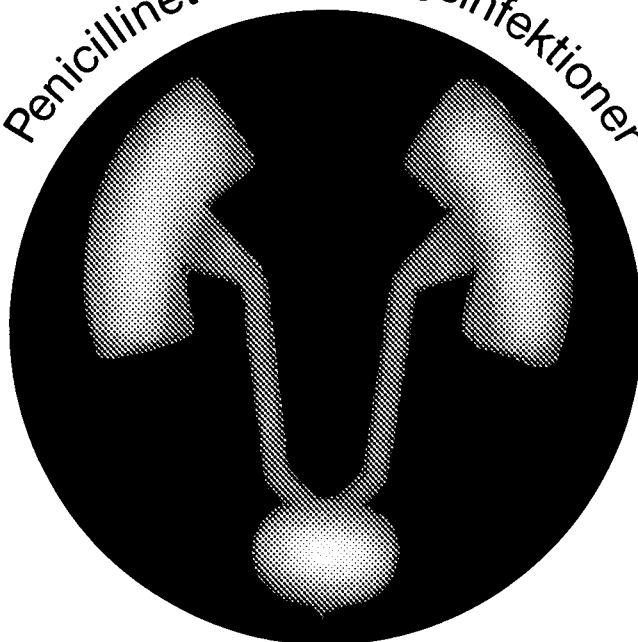
Första esterifierade ampicillinpreparatet

Penicillin med brett spektrum. Ampicillin är det antibiotikum som har den högsta aktiviteten mot *H. influenzae*. Pivampicillins fullständiga absorption medför höga serum- och vävnadskoncentrationer, vilket säkrar terapeutiska koncentrationer i purulent sekret.

Selexidin®

pivmecillinam

Penicillinet vid urinvägsinfektioner



Specifikt urinvägspenicillin

Penicillin med smalt spektrum. Mecillinam är det antibiotikum som har den högsta aktiviteten mot bakterier inom gruppen Enterobacteriaceae: *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Salmonella*, *Shigella* och *Yersinia*. Ingen generell korsresistens med andra penicilliner.

En pionjär inom antibiotikaforskning

Lövens Läkemedel AB



Box 404 20124 Malmö

Svenska bidrag vid 2:a Nordiska kongressen i Allmänmedicin

BO HAGLUND

Inom ramen för detta forum vill vi lyfta fram allt utvecklingsarbete som fn pågår inom olika primärvårdsdistrikt i Sverige. Vi hoppas att intresserade successivt sänder in uppslag, så skall vi samla ihop det hela för kontinuerlig publicering under ovan rubrik.

Syftet är att ett erfarenhetsutbyte under opretentiösa former skall kunna ske. Den intresserade skall genom detta forum kunna få reda på var liknande utvecklingsprojekt "som mitt" pågår.

Det behövs inte någon längre beskrivning utan det räcker med titel på projektet samt kontaktperson och kontaktadress.

Olika utvecklingsarbeten kan sedan ges utförligare beskrivning i form av artiklar och diskussionsinlägg. Exempel på detta är den diskussion som förs om problemorienterade journaler.

Som en första redovisning presenteras rubrikerna på de svenska bidragen vid den andra Nordiska kongressen i Allmänmedicin.

Epidemiologi

Diabetes i primärvården - sjukvårdskonsumtion och sjukvårdsmönster före diagnostillfället. Per-Olof Bitzén, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

Psykosociala problem hos patienter vid hälsocentralen i Tierp. Per G Swartling oa, Tierps sjukhus och hälsocentral, 81500 Tierp.

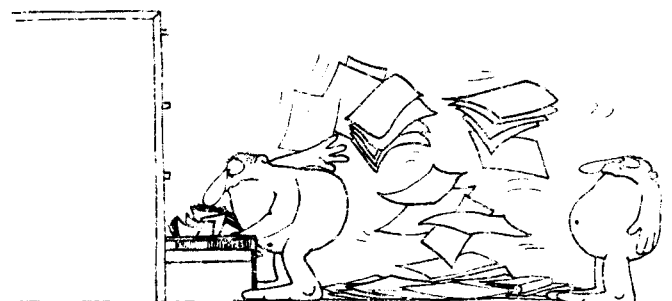
Populationsstudien av kvinnor i Göteborg - en longitudinell studie. Calle Bengtsson. Medicinska institutionen II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborgs universitet, Göteborg.

Förekomsten av sekundär hypertoni hos medelålders svenska kvinnor. Johann A Sigurdsson oa. Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Göteborg.

Egenomsorg, behandlingsproblem, skader och senfölger

Egenvård vid lindriga sjukdomsbesvär - ett projekt inom primärvården i Sjöbo. Leif Svanström oa. Karolinska Institutet, Socialmedicinska institutionen, 17283 Sundbyberg.

Utbildning som förändringsinstrument av allmänläkarens läkemedelsförskrivning. Leif Svanström och Staf-



Ved litt leting kan det komme fram mye interessant av upubliserte data fra skrivebordsskuffene.

fan Bodén. Karolinska Institutet, Socialmedicinska institutionen, 17283 Sundbyberg.

Egenvård och läkemedelskunskap - en enkätstudie. Atle Wohrm oa, Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Göteborg.

Farmakologisk överbehandling i primärvårdsområdet. Bengt Järhult, Vårdcentralen, 29300 Olofström.

Praksisanalyse

Regressionsanalys som metod för trendbestämningar. En studie av vårdkonsumtion i primärvården. Göran Ejlerstsson oa. Forskningsavd, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

Samarbeidsformer, atferd og holdninger

Attityder bland sjukhusläkare/specialister och allmänläkare/distriktsläkare i Stockholm till samverkan. Undersökning av attityder till samverkan bland sjukhusläkare som samarbetar med allmänläkarna vid Matteus vårdcentral. Jämförelse av intresset för ökad samverkan för sjukhusläkare och distriktsläkare i Stockholms läns landsting. Sten Larsson, Matteus vårdcentral, Stockholm.

Framtagande och prövning av symptom - råd - åtgärd, en medicinsk handbok för patientmottagare. Bertil Marklund. Vårdcentralen, Vänersborg.

Samarbeidsformer

Den traditionella samarbetsformen - remissen. Hur fungerar den i storstad? Genomgång av remisser vid en vårdcentral. Jonas Jonsson, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm.

Vårdprogram för diabetesvård. Utvärdering av en organisationsform. Mats Ribacke och Gunhild Roslund. Läkarestationen, Edsbyn.

Hälsopolitiken och de svenska landstingen - behov av hälsopolitiskt programarbete. Karl-Henrik Ström. Landstingsförbundet, Box 6606, 11384 Stockholm.

Medikamentell terapi

Effekt av tre dagars behandling med nalidixinsyra samt diagnostik av ett

oselekerat urinvägsmaterial i öppenvården. Atle Wohrm oa. Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Göteborg.

Tre dagars behandling av akuta urinvägsbesvär i en prospektiv studie med Imacillin respektive Trimin. Johann Sigurdsson oa. Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Göteborg.

Helsetjenste, analyse og forbruk

Högrekonsumenter av sjukvård. Göran Ejlerstsson oa. Forskningsavdelningen, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

Alkoholism och sjukvårdskonsumtion hos medelålders män. Anders Romelsjö. Vårdcentralen, 29300 Olofström.

Kommundiagnosen; den samhällsmedicinska analysen av närsamhället, utgångspunkten för prevention. Bo Haglund. Hälsovårdsenheten, Kärnsjukhuset, 54185 Skövde.

Mikrobiologi

Streptocult för preliminär identifikation av betahemolytiska streptokocker. Siv Olsson oa. Vårdcentralen, Dalby.

Diagnostik och klinik vid cystit/pyelonefrit med staphylococcus saprophyticus hos män och kvinnor. Birgitta Hovelius och Per-Anders Mårdh, Vårdcentralen, Dalby.

Eldreomsorg, helsepolitikk

Inga svenska bidrag.

Organisering og utdannelse

Primärvård i USA. Ulf K Jonsson, företagsläkare Asea Kabel AB, Box 42108, 12612 Stockholm.

Forebyggende medisin

Luftvägsinfektioner och förekomst av luftvägspatogena bakterier på daghem. Barbro Hagander oa, Vårdcentralen, Dalby.

Diagnostiske metoder

Sänkningsreaktionens värde inom primärvården. Vilhjalmur Rafnsson och andra. Medicinska kliniken II, Sahlgrenska sjukhuset, Fristående poliklinikerna, Göteborg.

6:e Nordiska kongressen i socialmedicin, Voss, Norge, 14–17 juni 1981

BO HAGLUND

LEIF SVANSTRÖM

Den 6:e Nordiska kongressen i socialmedicin i Voss, som för övrigt hölls i direkt anslutning till den andra Nordiska kongressen i allmänmedicin i Bergen, kom i mångt och mycket att bli en uppsummering av socialmedicinens hittillsvarande utveckling i de nordiska länderna och ansatserna inför en mer hälsopolitiskt präglad sjuk- och hälsovårdsorganisation i framtiden.

Professor *Anders Kristian Gogstad*, nyvald president för det Nordiska Förbundet i socialmedicin, anknöt till den historiska traditionen inom socialmedicinen som värnar om de "små och utstötta" i samhället, företrädd i Sverige av bl.a. Gunnar Inghe och i Norge av Karl Evang.

De hälsopolitiska linjerna fördjupades under förra socialministern i Norge, *Arne Nielsens* tema om hälsopolitiska uppgifter inför 80-talet. Hans slutsats var att hälsoläget i Norden för stora delar av befolkningen i dag försämrats. Han poängterade att en av socialmedicinens viktigaste uppgifter är att ge en rättvisande bild av hälsoläget i samhället av i dag. "Primärt förebyggande av



sjukdom är dock först och främst en politisk uppgift och icke en medicinsk."

Socialministern anknöt också till gemensamma tendenser i de nordiska länderna med en tyngpunktsförskjutning mot primärvård och förebyggande aktiviteter inför 80-talet. I Norge kommer denna satsning att ske genom en utökning av antalet distriktsläkartjänster och genom att ge distriktsläkarna ett ökat stöd.

Socialministrarna varnade kraftigt för tendensen som finns runt om i Norden att "gå tillbaka till privatisering av hälso-tjänsten". Följden av en sådan privatisering blir att de som i dag har mycket får mer och de resurssvaga får

mindre. Det är i strid med de fundamentala värderingar som åtminstone norsk hälso-tjänst bygger på med solidaritet och gemenskap.

Huvudtalaren vid öppningssektionen var professor *Per Sundby* från Oslo. Han lyfte fram tre problemområden som utgjorde prototyper på "socialmedicinska utmaningar inför 80-talet", vilket var kongressens huvudtema. Det första är familjeproblemen, där han framför allt uppehöll sig vid barnens levnadsvillkor i storstäderna.

Det andra är de problem som är knutna till droger, som alkohol etc. Han menade att lösningen på drogproblemen är att använda "epidemiologiska eller public health-orienterade modeller". Man kastar då ansvaret för problemen tillbaka på vardagslivet och belastar alla de banala förhållanden som formar vårt beteende, val och vanor å ena sidan och alla de rituella ekonomiska tressen som snyltar på detta å den andra.

Poängen är att socialmedicinsk vetenskap inte har varit tillräckligt vaken i sin hantering av kulturella faktorer, varken i förståelse eller i bekämpande av problem och uppgifter som vi stått inför. Detta har fått till följd att man har skapat en klyfta mellan facklig och folklig uppfattning av det vi arbetar med.

Det tredje exemplet *Per Sundby* framhöll är verkningarna av arbetslösheten.

Till de grundläggande problemställningarna kring socialmedicinens forskningstradition anförde *Per Sundby*:

"Sagt på ett annat sätt tror jag att socialmedicinen i kampen mellan två kulturer, den humanistiska och den positivistiskt/naturvetenskapliga, egentligen har mest att hämta från den humanistiska, men dessvärre av tradition och beaktelse söker sig till den naturvetenskapliga traditionen, som i stort sett tror att allt har en bestämd orsak och att människans fria vilja är en fiktion. Nu tvingas vi tillbaka till ett erkännande av gruppsolidaritet och gruppnormer, kort sagt till det som upplevs som funktionellt inte för individen men för samhället och att de långsiktiga målen är vårt viktigaste mål och rättesnöre både för förståelse och för åtgärder."

Utöver ovannämnda huvudtema under konferensen kom det fackliga



Allmänmedicinare och socialmedicinare i samverkan i Voss. *Henrik Wahlberg*, Göteborg, *Lennart Råstam*, Skara, *Bertil Hansson*, Malmö, *Leif Svanström*, Stockholm, och *Ulf Måwe*, Luleå, i samspråk.

Foto: Bo Haglund.

programmet att avhållas under följande tema:

- 1 Hälsopolitik, hälsoorganisation och hälsojämsförskning.
- 2 Födsel, familjen, barn och skola.
- 3 Arbete, handikapp och trygghet.
- 4 Funktionshämningar och rehabilitering.
- 5 Äldres hälsoförhållande.
- 6 Förebyggande hälsoarbete och hälsoupplysning.

Totalt avhölls ett drygt 90-tal föredrag i de olika sektionerna.

Det var påfallande många föredrag som hade direkt anknytning till den aktuella utvecklingen inom primärvården och speciellt då den förebyggande medicinen.

Många av föredragen hölls också av distriktsläkare. Detta gällde framför allt för norsk del. Som exempel kan anges den beskrivning som gavs av *John Ivar Brevik* om "helsetjeneste i utkantsstrøk", vilket var en beskrivning av verksamheten som distriktsläkare i Nordnorge utanför Tromsø. Några av rubrikerna för beskrivningen var "Distriktet, distriktshelsetjenesten og problemene, patient-lægeforholdet, lægerollen i utkanten, lægerollens utformning efter behandlingssituation og sygdomsforståelse, medisinske tiltak i lokalsamfundet, hvordan de sosiale krefterne virker på disse, de sosiale krefterna, helsetilbud og sosiale kontrollmekanismer, yte betingelser for helsetjenesten".

En sektion av stort intresse var "de äldres hälsoförhållande". *Ida Hyddle* och medarbetare presenterade en undersökning av äldres villkor och möjligheter till förändring av sin situation i ett storstadsområde, Grönland, Oslo.

Mats Thorslund diskuterade utifrån erfarenheter i Sundsvall hemsjukvårdens möjligheter i ett föredrag med titeln "Äldres flyttningar till institution – intervjuer med flyttare och personal".

En mycket spännande metodologisk utvecklingsansats presenterades av *Bengt Haglund* under titeln "Geografiska aspekter på konsumtion av sluten somatisk korttidsvård". Inom ramen för Tierpsprojektet har man utvecklat en beskrivningsmodell, geografisk kartering med koordinatmetod, för sluten somatisk korttidssjukvård där vårdutnyttjandet kan avläsas i delar av kommuner, såsom man avläser andra geografiska kartor ("grönsaksblad"). Metoden ger möjligheter att använda sluten-vårdsutnyttjandet som en del av kommundiagnosen på ett helt nytt sätt.

Kongressens tidsmässiga samordning med allmänmedicinkongressen i Bergen gav möjligheter för intresserade allmänläkare och socialmedicinare att följa de bägge konferenserna. I framtiden bör man nog tänka sig en än mer intim samverkan ämnena emellan för att kunna ge den breda allmänläkarkåren information och kunskap kring teoretiska och metodologiska problemställningar inom området, en erfaren-



Inledningstalare professor Per Sundby (i mitten), Norge, i samspråk med professor Per Bjurulf, Sverige och Guy Bäckman, Finland.

Foto: Bo Haglund.

het som socialmedicinen ansamlat under ett par decennier. Även när det gäller direkt utvärdering av resultat från primärvårdsorienterade och förebyggande projekt måste allmänmedicinerna i högre omfattning bevaka socialmedicinens utveckling.

Författarpresentation

Bo Haglund, tf hälsovårdsöverläkare, Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting.

Leif Svanström, professor i Socialmedicin, distriktsläkare, Karolinska Institutet, Stockholm.

Primärvårdskonferens i Smygehuk ett led i Malmöhus läns landstings genomförande av sin primärvårdssatsning

MOGENS HEY

Primärvårdssatsningen i landet kräver en omfattande utbildningsinsats för att inympa primärvårds-ideologin. Konferensrapporten ger ett exempel utifrån Malmöhus läns landsting på hur en sådan satsning kan se ut. I konferensen deltog representanter från olika primärvårdsområden samt administratörer och politiker. Dessutom fanns resurspersoner med under konferensdagarna. Resultatet från konferensen kommer att presenteras i form av en mer omfattande rapport.

Nyckelord: Utbildning, primärvård.

Bakgrund

I juni 1980 beslöt Malmöhus läns landsting att etablera en stödorganisation för genomförandet av primärvård, långvård samt psykiatri.

Bakgrunden var dels landstingets principplaner 1975–1985, dels HS 80 och HSU med klart uttalade mål för framtidens hälso- och sjukvård, innehållande prioritering av ovannämnda vårdområden.

Erfarenheterna från principplanernas första fem år visar att utvecklingen har gått långsamt. Beslut som tagits har ansetts kontroversiella och ibland motarbetats, varför den uttalade satsningen på områdena hittills gett små resultat.

Avsikten med stödorganisationen, kallad genomförandeplaneringen (GFP), är att till befintlig landstingsorganisation, såväl central som lokal, ge stöd, initiera och följa upp. Syftet är ej att ta över, ej att utreda. Redan pågående utvecklingsarbete ska inte försenas. Befintlig byråkrati ska ej ökas.

Politisk kommitté

GFP utgörs av en politisk kommitté, bestående av landstingsråd, företrädande såväl majoritet som minoritet, som till sin hjälp har två expertgrupper,

en för psykiatri samt en för primärvård/långvård.

Den senare gruppen har under det första verksamhetsåret mest sysslat med primärvårdsfrågor. Gruppen består av såväl centralt som lokalt aktiva, såväl i vården engagerade som personer med erfarenhet av projekt inom primärvården.

Påverkan av attityder

GFP har funnit att ett första steg i arbetet är massiva informationsåtgärder för påverkan av attityder och värderingar hos anställda såväl inom primärvården som inom samtliga led i hälso- och sjukvårdsorganisationen samt med primärvården samarbetande organ på lokal nivå och hos befolkningen.

Projektgruppen har därvid tagit fram en lång rad åtgärdsplaner och via sammanträffande med nyckelpersoner inom direktioner och övriga hälso- och sjukvårdsorganisationer försökt sprida kunskaper om primärvården, dess innehåll, arbetsformer och resurser.

Åtgärder har vidtagits för att på olika sätt informera befolkningen om primärvårdens roll. Som exempel har en modell för "öppet hus" tagits fram liksom väntrumsmaterial för beskrivning av primärvårdens personalorganisation samt underlag för en skrift om egenvård innehållande även information om den lokala primärvårdsorganisationen.

Pressinformation

Landstingets informationsavdelning har ställt en stor del av sina resurser till förfogande för informationsåtgärder, kontakt med pressen m.m.

Ett specialnummer av landstingets personaltidning "Gripen" har helt vikts för primärvårdsinformation. Avsikten är att med en överupplaga nå en stor spridning av tidningen till landstingsområdet.

Centralt i arbetet med informationsfrågor har varit att engagera landstingets egen primärvård i genomförandeprocessen.

Konferens

Tidigt beslöts att ordna en konferens med deltagande av samtliga primärvårdsledningar i landstingsområdet, totalt 48 personer. Med primärvårdsledning avses i Malmöhus läns landsting distriktsöverläkare (pri-

märvårdsschef) och primärvårdsförestandare.

Syftet med konferensen var att diskutera genomförandeprocessen samt att ge allmän spridning av landstingets beslut. Vidare avsågs att diskutera och definiera primärvårdens innehåll för att finna en gemensam referensram samt ett allmänt erfarenhetsutbyte.

Konferensen genomfördes under två dagar: 1981-03-26–1981-03-27. Förutom primärvårdsledningen var den politiska kommittén inbjuden att medverka, dels genom anförande inför plenum, dels i konferensens grupparbeten.

Ett femtontal kvalificerade resurspersoner, dels externt inbjudna och dels inom landstinget verksamma inom vård, utbildning och planering, medverkade i konferensen.

Grupparbete med resurspersoner

För att uppnå bästa resultat på kortast tid satsades större delen av tiden på grupparbeten.

Grupparbetena, tillsammans 18 ämnen, fördelade på tre huvudgrupper, genomfördes av konferensdeltagarna, som var uppdelade i sex grupper om 10–12 personer.

I varje grupp ingick fyra primärvårdsledningar om respektive två personer, därtill 1–2 resurspersoner med speciell kunskap i det aktuella ämnet samt politiker och specialinbjudna observatörer. Gruppen skulle under konferensdagarna avverka åtta av de 18 ämnena. Till varje grupparbete hade avdelats ca 1,5 timma.

Resurspersonerna fick sedan följa sitt ämne i flera grupper (2–3) som i tur och ordning behandlade samma ämne.

Varje huvudområde för grupparbetena presenterades först kort i plenum, varefter grupparbetena tog vid. I gruppen fick resurspersonerna möjlighet till en kort inledande förberedd presentation av ämnesområdena, varefter diskussionen påbörjades, ledd av en av konferensdeltagarna. De övriga konferensdeltagarna fick sedan i tur och ordning föra anteckningar från grupparbetet för senare rapportering.

Diskussionen i grupperna blev synnerligen livlig och ett rikt flöde av kunskap, åsikter och värderingar blev resultatet.

Avrapportering

Efter avslutad ämnesområde samlades samtliga konferensdeltagare i plenum

och resurspersonerna företrädande sitt ämne med erfarenheter från 2–3 grupparbeten fick lämna en kort rapport och sammanfattning för att samtliga konferensdeltagare skulle kunna bilda sig en uppfattning av vad som avhandlats. Tillfälle till diskussion gavs ej. För en bredare redovisning hänvisades till skriftliga rapporter som mötesdeltagarna var ålagda att avlämna senast 14 dagar efter konferensen.

Val av ämnesområden för konferensen

A Organisationsfrågor

Följande ämnen (resurspersoner) ingick:

- Primärvårdsenhetens organisation (primärvårdschef Gustav Haglund)
- Primärvårdens planering (professor Leif Svanström)
- Primärvården och befolkningen (docent Bengt Scherstén)
- Samarbete länssjukvård–primärvård (professor Göran Bauer)
- Samverkan mellan medicinsk och administrativt ledningsansvarig (mödrahälsovård och barnhälsovård) (mödrahälsovårdsöverläkare Anders Åberg)
- Samverkan primärvård–primärkommun (socialchef Bengt Strömgård)

B Vårdadministrativa system

- R/P-blankett (Palle Fredriksson, SPRI)
- Primärvårdens journal (Bengt Scherstén)
- Registreringssystem – medicinsk – epidemiologisk (Leif Svanström)
- Datorer i primärvården (sekreterare Ing-Britt Gustavsson)
- Registreringssystem – administrativa (sekreterare Tor Littman och sekreterare Rolf Skarman)
- Informationssystem – remisser (Gustav Haglund)

C Utbildning och utvecklingsarbete

- Vårdprogram (Bengt Scherstén)
- Grundutbildning (Leif Svanström)
- Vidareutbildning – handledning (distriktsläkare Lars Lindholm)
- Efterutbildning – fortbildning (bitr landstingsdirektör Åke Haeggström)
- Utvecklingsarbete (organisatoriskt) (sektionschef Ulf Johansson)
- Utvecklingsarbete – val av ämnesområden (Gustav Haglund)

Frågor för grupparbete

För att underlätta diskussionen i respektive grupp hade ett antal fråge-

ställningar framtagits, vilka dock ej var obligatoriska. Resurspersonerna hade i många fall själva tagit fram ett utmärkt bakgrundsmaterial för den påföljande diskussionen.

Exempel på frågeställningar från ämnesområdet "Primärvårdens planering":

- Ange för planering nödvändiga data om primärvårdsområdet
- Beskriv hur data kan inhämtas och bearbetas samt användas vid upprättandet av driftplaner
- Diskutera hur primärvårdsenhetens driftplan hanteras i budgetprocessen på vägen till en verksamhetsplan med ramar för verksamhetens mål, inriktning och omfattning.

Exempel från ämnesområdet "Efterutbildning – fortbildning – all primärvårdspersonal":

- En angelägenhet för verksamheten eller den enskilde?
- Ett sätt att anpassa verksamhetens innehåll och kvalitet till befolkningens behov?
- Vem skall styra? Lärare? Eleven? Systemet?
- Behövs en efterutbildnings- och organisationsplan för primärvården?

Konferensen hade förlagts som intemat till Smygehus utmärkta konferenshotell.

Bakgrundsmaterial

Till konferensen hade framtagits en samling skriftligt material samt ett utställningspaket.

Det skriftliga materialet upptog en listning av för primärvården intressanta utredningar. Själva utredningsmaterialet var utlagt på utställningsbord.

I utställningen ingick även en sammanställning av Dalby-institutionens hittillsvarande forsknings- och utvecklingsinsatser samt en utställning av för primärvården intressanta SPRI-objekt.

Ett antal skärmar för väntrumsinformation med presentation av en lokal primärvårdsorganisation byggande på vårdlag presenterades. Även en nyframtagna skrift om egenvård kopplat till lokal information fanns i utställningsmaterialet.

Konferensförloppet

Konferensen kunde genomföras på en hög och mycket positiv aktivitetsnivå. Uppläggningsen ställde stora krav på kursdeltagarnas lojalitet pga egen aktiv medverkan och återkommande byten av grupparbetsuppgifter och resurspersoner.

Trots ämnens omfattning och intressanta innehåll kunde samtliga grupparbeten genomföras inom utsatt tid och med åsyftade resultat.

Politikermidverkan

Politikernas medverkan i presentationen av syftet med konferensen samt landstingets primärvårdsprioritering

och deras övriga deltagande i grupparbetena upplevdes som mycket positivt, från såväl konferensdeltagarna som politikerna själva.

Konferensdeltagarna, som företrädde 24 primärvårdsområden och sex sjukvårdsdistrikt, kunde trots mycket växlande kunskaps- och erfarenhetsbakgrunder registrera ett mycket positivt utfall av sitt deltagande. De som hade kunskaperna delade generöst med sig, de som kände kunskaps- och färdighetsluckor upplevde ett uppvaknande och ett stöd för sin fortsatta verksamhet inom primärvården.

Konferensens målsättning kunde därmed anses ha uppfyllts.

Utvärdering

Utvärderingen har varit synnerligen positiv. Ett fyrtiotal rapporter bestående av ca 2 st A4-sidor, är under sammanställning för senare distribution till konferensdeltagarna och andra intresserade.

Materialet bör vara en bra grund för den fortsatta utvecklingen inom primärvården i landstingsområdet.

Uppföljning

På sikt planeras ytterligare konferenser med annat innehåll men med väsentligen samma målgrupp.

Den övergripande genomförandeplaneringen kommer att fortsätta men har självfallet som långsiktigt mål att avskaffa sig själv.

Det förväntas att primärvårdsledningarna tar ansvar för det egna distriktet och där genomför utsatta mål för primärvårdsutvecklingen i HS 80:s och HSU:s anda.

GFP-projektgruppen arbetar vidare med andra frågor som tex sjukvårdsupplysning, jour- och beredskap.

Primärvårdens engagemang i långtidsvården med ansvar för lokala sjukhem m m är en annan viktig fråga som i en utökad projektgrupp med företrädare från långvårdsområdet har hög prioritet.

Läkarresursfrågorna har även behandlats och bla konstruktion av AT- och FV-block samt rekryteringsinsatser.

Ett informationsblad om inom landstinget pågående primärvårdsutvecklingsarbete finns på önskelistan.

Att genomföra primärvården är fortfarande en svår uppgift. Samtidigt är det en utmaning och en satsning som med den potential som primärvården i dag representerar har goda förutsättningar, att med kreativitet och tålamod, kunna genomföra före 80-talets slut.

Författarpresentation

Mogens Hey, distriktsöverläkare i Höörs primärvårdsdistrikt.

"Mikroinkapslat"

för att nå ända fram



Ery-Max[®]

erytromycin

Ery-Max är en ny beredningsform av erytromycin, där ca 300 granulat-korn med ren erytromycinbas överdragna med ett magsaftsresistent skikt samlats i en gelatinkapsel. Granulatet sprids likformigt i ventrikeln efter att kapseln lösts upp varefter de passerar pylorus oberoende av sfinktermekanism. Det magsaftsresistenta skiktet löses snabbt upp i tunntarmens neutrala till alkaliska miljö, varvid erytromycin frigörs och absorberas.

Denna nya beredningsform har givit ett bättre skydd för erytromycinet under passage genom ventrikeln liksom en kornstorlek anpassad så, att effekten av varierande magtömningshastighet kan reduceras.

Resultatet blir en bättre absorption av erytromycin.



Astra Läkemedel

151 85 Södertälje



internationellt

ALLMÄNLÄKARE I U-LAND

Att vara allmänläkare i Zimbabwe

KERSTIN DAHLIN
LARS DAHLIN

*Kerstin och Lars Dahlin
befinner sig sedan ett halvt
år tillbaka i Zimbabwe.
Erfarenheterna är saxade
från ett brev daterat 19 sep-
tember 1981.*

Det höga tempot har flera orsaker, förstås. Vi har ju haft ambitionen att försöka utveckla arbetet ute i distriktet parallellt med sjukhusarbetet. Alltså har vi planlagt och sedan gett oss ut på resor för att besöka de kliniker som finns runt omkring i distriktet. Sammanlagt har vi 15 kliniker, varav ett fåtal är kyrkans och resten local authority's. De har i allmänhet en bemanning på 2 sköterskor sk medical assistens och en kvinna med lägre sjukvårdsutbildning alltså motsvarande sjukvårdsbiträde. På några platser finns ett par sängar för förlossningsfall men annars inga bäddar. Undantag är Masase som har 80 sängar. Där har tidigare funnits en eller två svenska sköterskor men nu planeras med helt afrikansk personal.

Möjligen kan man dock tänka sig att vi så småningom kan få regeringen att godkänna Masase som sjukhus, vilket skulle innebära att en läkare placeras där. Avståndet dit är 9,5 mil och området är relativt tätbefolkat. Masase blev grundligt förstört under kriget och har fått byggas upp från grunden igen. Det mesta är nu klart. Man vågar dock inte börja ta emot förlossningsfall förrän platsen har fordon av något slag för remittering av komplicerade fall.

Tidigare brukade man där ha > 1000 förlossningar/år. Ni kan kanske föreställa er vad kvinnorna har fått uppleva här när inga förlossningskliniker fungerade under krigsåren. Fortfarande får vi givetvis in kvinnor, som legat i värkarbete flera dygn hemma innan man sökt sig till sjukhus. Transporterna är för svåråtkomliga för alltför många. Man kanske behöver gå i flera timmar för att komma till närmaste busshållplats.

Klinikerna ligger annars ofta på ett inbördes avstånd av ca 2-3 mil fågelvägen, vilket med utbyggd vård skulle kunna ge hyggliga möjligheter att ge hjälp. Relativt sett alltså, jämfört med

vissa andra afrikanska länder. Men jämför gärna med era egna förhållanden!

Förhållandena på småklinikerna varierar men är ofta undermåliga också med våra ögon sett. På en klinik öppnad i januari i år fanns inte en enda möbel, men vissa mediciner. På andra finns stol, bord och undersökningsbrets men inga mediciner. Ingenstans finns våg (varken för barn eller vuxna), stetoskop, blodtrycksmanschett eller kort för barna- eller mödravård.

Eftersom vi nu fungerar som distriktssjukhus kan vi försöka hjälpa till att få fram en del material, starta förebyggande vård, ge fortbildning och vettiga rutiner. Men det kräver lite tid! Lars och jag har varit ute i regel en dag i veckan, Lars ibland mer. Oftast tillsammans med June Hay, ibland med en erfaren medical assistent från barnavdelningen.

I förväg har då kallats en grupp mammor och barn, helst 70-80 barn. Av misstag har ibland den lokale inbjudaren gått ut med en öppen invitation och ett par hundra barn, mammor och sjuka personer har väntat vid vår ankomst. Helt misslyckat förstås. Men så småningom ska det nog kunna gå, bara vi får hängvägar att lämna varje klinik + Road-to-Healt kort. Vi räknar då med att personalen på varje klinik ska sköta rutibesök med rådgivning och ställa till våra månadsbesök speciella fall och tv alla vaccinationer.

Det dröjer nog tyvärr innan kylskåp blir placerade överallt. Hade vi haft fler sköterskor med intresse för detta arbete och tid att åka ut vore det inte oövervinneligt. Men bristen på personal är synnerligen besvärande. Den utmärkta afrikanska sköterska som nu haft förlossningsavdelning lämnar nu efter 2 månader av bla det skälet att hon inte orkar. Hon hör till dem som känner ansvar och försöker få arbetet att flyta både beträffande patientvård, hygien och papper och då blir det för tungt. Vi hoppas nu på att kunna få ett extra bidrag för att anställa 10 aid-girls för 10 månader till dess att våra första medasstudents kommer ut på avdelningarna. Bidrag i så fall från SKM/LWF-Lutherhjälpen inom det allra snaraste. Underhållet hinns inte med, målningen förfars och lakan och sjukhus-

kläder försvinner, därför att ingen hinns kontrollera.

Har idag känt mig lite uppgiven med tanke på all undernäring vi ser bland framför allt barn. Och den kommer ju bara att öka. Skördarna kommer inte förrän i mars. Feeding points ute i distriktet gör väl något men inte förslår det. Och vad hjälper det att vi berättar om bönor och jordnötter när det inte finns några. Så småningom kan ju undervisning ge en förändring beträffande grödor och planering av barnens kosthåll men inte inför det närmaste halvåret.

Författarpresentation

Kerstin Dahlin är barnläkare och Lars Dahlin distriktsläkare i Skövde. Sedan juni 1981 i Mnene i Zimbabwe.

Manuell registrering och bearbetning av basala data på en distriktsläkarmottagning

DICK KJELLSTRÖM

Artikeln avser att beskriva en metod att samla enkla data på en vårdcentral för att öka kunskaperna om primärvårdens innehåll så att de kan användas i utbildningen av AT/FV-läkare och även till distriktsläkarens egen efterutbildning.

Nyckelord: Basdata i primärvård, manuell registrering.

Bakgrund

Som distriktsöverläkare i Södra sjukvårdsdistriktet i Södermanland är jag administrativt verksam till 50 procent. Den andra halvan är en "vanlig" distriktsläkartjänst vid en treläkarstation i Nyköpings tätort.

I egenskap av distriktsöverläkare kände jag en skyldighet och hade en möjlighet att starta ett utvecklingsarbete i distriktet.

Det finns ett behov av att skaffa sig en uppfattning om hur ens mottagningsverksamhet ser ut, vilka åtgärder som görs osv. Följande frågeställningar kan vara relevanta: hur många patientbesök har jag per månad eller år, hur ser åldersfördelningen ut, hur stor andel är jourfall, hur är könsfördelningen, hur många specialistremisser skrivs och till

vilka, hur många remisser till röntgen och sjukgymnast skrivs och hur lång tid tar varje patientbesök.

För att få en bredd på underlaget bildades under våren 1979 en utvecklingsgrupp för primärvården i Södra sjukvårdsdistriktet (Nyköping, Oxelösund, Trosa och Gnesta) med en distriktsläkarrepresentant från varje läkarstation/vårdcentral.

Metodik

För att få svar på några av frågorna började jag under 1979 registrera på min

dagliga patientlista följande data: jag såg till att alla patientbesök kom med på listan, att födelseåret fanns med, noterade besökstyp dvs tidsbeställt eller akut besök, noterade vart remisserna skickades och om det var akut konsultation, noterade även remisser utfärdade efter telefonkonsultation.

Jag använde mig av enkla förkortningar och rödpenna. (Ex M=remiss medicin, MA= remiss medicin akut). Varje vecka gjorde jag en sammanställning på en enkel underlagsblankett. På denna blev patientbesöket direkt sorte-

Bilaga 1

Läkare: Mottagning: _____

År: 1980

År: mån: _____

Ålder	♀	♂	M	A	M	A
95						
96-95						
96-15						
16-25						
26-35						
36-45						
46-55						
56-65						
66-75						
76-80						

TOTALT _____

JOUR _____

REMISSER	akut	akut	akut	akut
Medicin				
Kirurg				
Ortoped				
Gynekolog				
Barn				
Öron				
Ögon				
Hud				
Infektion				
Onkolog				
Psykater				
Långvård				
Sjukgymnast				
Diab.mott.				
Dietist				
Fysjob.				
Fotvård				
Psykolog				
Röntgen				
Skelett				
Ryg				
Pulm				
Cor.pulm				
Ventrikel				
Colon				
Cholecyst				
Urografi				
Mammografi				

Tabell I

Patientbesöksregistrering för en läkare under 1979 samt för fyra läkare under tre månader i början av 1980 på lälarstation bagaregatan i Nyköping.

Läkarens initialer	befattning	år	Antal patientbesök Totalt	Andel akuta besök %	Andel kvinnor %	Indelning i åldersgrupper				Specialistremisser		Röntgenremisser %
						0-14 år %	15-44 %	45-64 %	65-w %	totalt %	akuta %	
DK	ord.	1979	1436	44	60	7	34	24	34	7,0	1,9	3,5
DK	ord.	1980	475	43	60	6	40	22	31	5,9	1,9	5,1
UG	ord.	1980	824	52	61	11	38	21	30	8,3	3,4	5,7
LÅ	ord.	1980	836	48	59	10	45	25	20	7,7	2,1	7,7
TR	FV	1980	997	46	54	12	56	20	12	7,5	3,1	13,1
Totalt		1980	3132	48	58	10	46	22	22	7,5	2,9	8,5
Jämförelse med Nyköpings tätort med omnejd					51	20	43	21	16			

rat på kön, åldersintervall om 10 år, tidsbeställd mottagning eller jour. I utvecklingsgruppen förbättrades registreringsblanketten och anpassades till gängse åldersintervall (0-4, 5-14, 15-24 år osv). Blankettens utseende se bilaga I. Utvecklingsarbetet fortsatte bla på läkarstation Bagaregatan där vi gjorde en gemensam registrering under 3 månader i början av 1980.

Resultat

Under 1979 hade jag 1436 patientbesök och under 3 månader 1980 hade fyra läkare tillsammans 3132 patientbesök. Läkarnas befattningsfördelning av patientbesök mellan läkarna, andelen akuta besök, könsfördelningen, uppdelning i åldersintervall, andel specialistremisser och röntgenremisser framgår av tabell I.

Fördelning på tidsbeställd mottagning respektive jourmottagning framgår i figur I.

Vid de 3132 patientbesöken eller via telefonkonsultation utfärdades 235 remisser till specialist vilket motsvarar 7,5 procent. 2,9 procent av remisserna var akuta. Således färdigbehandlades 92,5 procent på distriktsläkarmottagningen. Fördelningen framgår av tabell II.

266 remisser till röntgen utfärdades vilket motsvarar 8,5 procent. Fördelningen mellan olika typer av röntgen redovisas i tabell III.

Retroaktivt har jag kunnat beräkna att ett tidsbeställt besök har tagit 23 minuter i anspråk och ett jourbesök 17 minuter. I dessa tider ligger störningar i mottagningsarbetet i form av frågor från personalen, telefonreceptinringningar, telefon från distriktssköterskan samt administrativa störningar. (Tidsberäkningen avser 1979).

Diskussion

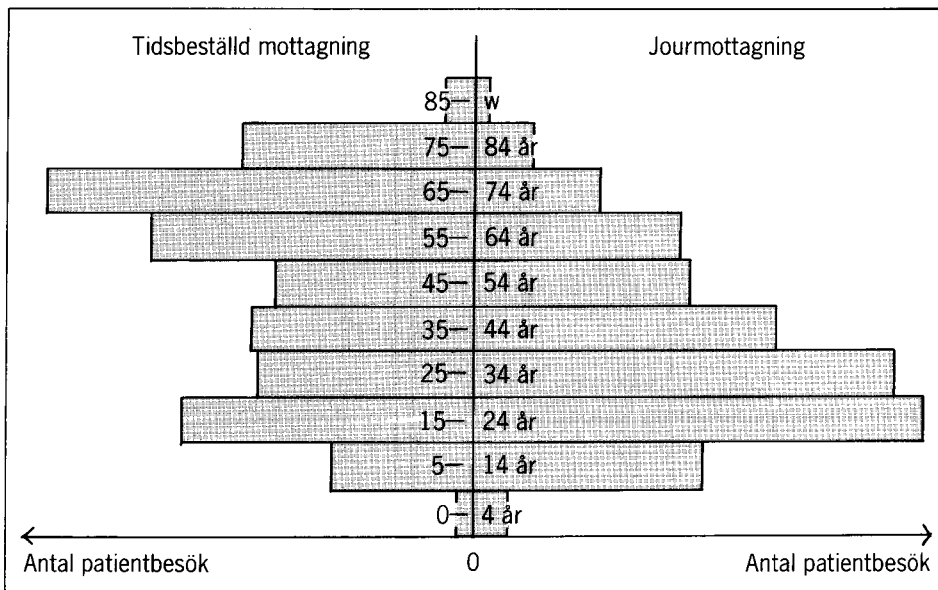
Materialet avser patientbesök på dagtid (08-17). En och samma patient kan återkomma flera gånger i redovisningen. Att notera redovisade data på dagens patientlista tog knappt någon extra tid. Att göra veckosummeringen tog 5-10 minuter. Årssammanställningen tog längre tid liksom sammanställningen för flera läkare. Uppskattningsvis åtgick 5-10 timmar till detta och det arbetet utfördes på fritid.

Registreringen har varit till nytta för vårdplaneringen, till vår egen fortbildning i form av en feed-back och den har använts som ett instrument för att diskutera AT/FV-läkarnas mottagning som till vissa delar avvek från ordinarie läkares mottagning.

Materialet och förfarandet är presenterat vid flera tillfällen nämligen internt på läkarstation, för distriktsläkarna i Södra sjukvårdsdistriktet, på klinikkonferens på Nyköpings lasarett och i Mälardalens distriktsläkarklubb. Fördelen med ovannämnda registrering är att den är enkel att utföra, har små felrisker, är ej tidsödande, kan utföras kontinuerligt en kortare eller längre

Figur I.

Åldersfördelning av patientbesök (N=3132) uppdelat på mottagningstyp 1980



Tabell II

Antal remitterade patienter fördelade på specialistklinik (1980)

Specialitet	Antal	%	Därav akuta antal
Kirurgi	61	26	21
Öron	50	21	8
Medicin	46	20	36
Gynekologi	29	12	15
Ortopedi	15	6	0
Ogon	7	3	3
Hud	5	2	0
Barn	4	2	3
Infektion	4	2	3
Psykolog	4	2	0
Långvård	4	2	0
Psykatri	4	2	1
Onkolog	2	1	0
Totalt	235	100	90

Tabell III

Antal remitterade patienter till röntgen fördelade på typ av undersökning (1980)

Typ av undersökning	Antal	%	Därav akuta antal
Skelett (ej rygg)	101	38	37
Pulm	73	27	12
Cor-pulm	24	9	
Colon	17	6	
Rygg	14	5	
Urografi	12	5	
Mammografi	7	3	
Cholecystografi	7	3	
Ventrikel-duodenum	5	2	
Sinus	2	1	
Halsens mjukdelar	1	0	
Flebografi	1	0	
Nefrangiografi	1	0	
Scintigrafi	1	0	
Totalt	266		

period, är lätt att summera för flera distriktsläkare och är billig. Nackdelen är att någon diagnosregistrering ej är tänkbar.

Min tanke är att varje AT/FV-läkare bör göra registrering enligt ovan åtminstone 1-2 månader och att materialet används i utbildningssyfte.

Förutsättningen för detta är att det finns ett referensmaterial på varje vårdcentral/läkarstation. Det vore därför önskvärt om varje enhet inklusive jourcentralen under en period om 1-2 månader per år deltog 100-procentigt. Man kunde då få referensvärden för hela Södra sjukvårdsdistriktet, för varje vårdcentral/läkarstation, för jourcentralen, för ordinarie distriktsläkare, för AT-läkare, för FV-läkare samt för vikarier.

Författarpresentation

Dick Kjellström är distriktsöverläkare i Södra sjukvårdsdistriktet i Södermanland och verksam vid distriktsläkarmottagningen på Bagaregatan i Nyköping.

LENNART HOLMQUIST

Uthyggnaden av primärvården i Örebro sköt fart i slutet av 70-talet. Haga vårdcentral är nr 2 i raden av nya vårdcentraler. Vårdcentralen öppnades maj 1980. Planeringsarbetet före vårdcentralens öppnande skedde i nära

- Första sidan består av "RP-original".
- Andra sidan är en patientkallelse. Endast vissa uppgifter kopieras över till denna sida.
- Tredje sidan är "RP-kopia". Samtliga uppgifter kopieras över till denna.

RP

KALLELSE

RP

HAGA VÅRD CENTRAL

ÖREBRO

Röntgen

Närhus

Räddning

Telefon

RP-blanketten har flera viktiga funktioner:

REGISTRERING/PLANERING		Personnr (födels.-nr)		00 10 13 - 4937	
HAGA VÄRD CENTRAL Haga Centrum 700 14 ÖREBRO, tfn 019-10 52 20		Inrättning 5-7	Stat omf. 8-10	Namn	Algot Persson
Kontakttidpunkt 21-26 mån dag		Palmsol 27-28	Journal finns	Yrke/ titel	Vintrosavägen
8 1 0 1 2 2 2 3		11	2	Adress	70014 Örebro
PROBLEM/KONTAKTORSÄK		Tfn		105228	
Ont i ryggen sedan 4-5 månader. Har tidigare haft besvär av ryggen.					
BESLUT					
Åtgärd 30		Bokningsföretag		Bokad	
1. Besök läkare 2. Råd ej sköt 3. Besök ej sköt 4. Telefon läkare 5. Dietr sköt 6. Reception 7. Soc sköt 8. Dvr		1. Besök - när 2. Onskad läk 3. Läkare 4. Text		1. Klockan 2. 20810205 1140	
		4 Feb LH L Holmquist			
		6 10 7 8 9			
		14 15			
ÖNSKADE UNDERSÖKNINGAR					
Endast Kallias Lab Prov ut sign		13 SR Hb Red:a		14 0 1 7 1 7 0 0 2 0 1 3 8 6 7 1 0	

128

- **Förmedla information** mellan olika personalkategorier vid patientens kontakt med vårdcentralen (internremiss).
- **Dokumentation** av sjuksköterskans rådgivning per telefon.
- **Kontinuitet.** Om patienten har förnyad telefonkontakt med vårdcentralen kan den gamla RP-blanketten tas fram och där framgår vilka råd som tidigare har givits.
- **Vårdplanering.** Uppgifterna på RP-blanketten ligger till grund för vårdplaneringen. Vid vårdcentralen har vi en modifierad form av "Lerum-modellen". (4).
- **Administrativa uppgifter** kan samlas tex om antal besök, nybesök, återbesök.
- **Utvecklingsarbete, undervisning och forskning.** RP-blanketten kan ge oss ökade kunskaper om sjukdomsläget i våra olika betjäningsområden. Vi kan beskriva samverkansprocessen mellan olika vårdgivare och insatser. Studera kontinuiteten i vården. Kontrollera effektivitet och kvalitet.
- **Patientkallelse.** Pga RP-blankettens 3-delade konstruktion med en patientkallelse samt kopia av RP-blanketten kan den utnyttjas för mer rationella, enklare och säkrare rutiner vid kallelse av patienten.

Patienten tar kontakt med vårdcentralen

Enklaste sättet att beskriva hur RP-blanketten används kan vara att ge ett praktiskt exempel. En patient tar kontakt med vårdcentralen därför att han har ont i ryggen sedan fyra månader och vill ha en undersökning. Sjuksköterskan tar fram den RP-blankett och noterar följande.

Figur 3

Kallelse till mottagning. Kallelsen sitter som andra blad i RP-blankettsetet. Ett fläckkarbonpapper ligger emellan, varvid endast uppgifter om namn, adress, läkare samt besökstid noteras.

KALLELSE TILL MOTTAGNING	
HAGA VÅRDcentral Haga Centrum 700 14 ÖREBRO Tfn 019-10 52 20	
Du har fått tid vid Vårdcentralen för läkarbesök	
Du är välkommen till doktor	
Om Du inte kan komma ovanstående tid, var vänlig meddela oss det snarast. Någon annan kan då utnyttja tiden.	Ta med patientkort, recept och alla mediciner Du använder. Visa denna kallelse i kassan då Du kommer.
Med vänlig hälsning	

- 1 **Personnummer,** namn, adress, telefonnummer.
- 2 **Dagens datum.**
- 3 **Sitt eget kodnummer.** Varje tjänst vid vårdcentralen har ett eget 2-siffrigt kodnummer.
- 4 Sammanfattning av patientens problem och en kort anamnes.
- 5 Sjuksköterskan **beslutar om åtgärd** och i detta fallet är ett läkarbesök tillrådligt varför hon kryssar för "besök läkare".
- 6 Bedömer **brådskegrad** dvs hur snart patienten bör komma till vårdcentralen. Vi använder oss av en 4-gradig skala (4).
Brådskegrad 1 1-2 dagar (jourbesök)
2 < 1 vecka
3 1-3 veckor
4 > 3 veckor (oprioriterade besök)
- 7 **Önskad läkare.** Det innebär att sköterskan vanligen noterar den doktor som har ansvar för det bostadsområde (betjäningsområde) som patienten bor i. Om särskilda skäl föreligger att patienten bör gå till någon annan doktor kan detta noteras här.
- 8 **Beräknad tid** för läkarbesöket. Sköterskan gör en ungefärlig skattning av hur lång tid besöket kommer att ta. Vi har där 10-minutersmoduler och merparten av besöken beräknas ta 20 minuter.

För att få så god enhetlighet vid rådgivning och planering som möjligt, har vi diskuterat igenom de vanligaste besöksanledningarna och därvid försökt att upprätta ett åtgärdsregister.

Om sjuksköterskan bedömer att patienten bör komma inom en vecka får patienten omgående besked om

besökstid per telefon. Bedömes det dock att patienten kan komma om en vecka eller senare, meddelas denna att han kommer att kallas per brev strax före besöket. Genom att inte boka in tider alltför långt i förväg har vi därvid lättare att anpassa antal patientbesök till eventuella förändringar i tillgång på läkare (4).

"RP-original" + kallelsen lägges i ett fack för "patienter som ska kallas i xxx månad". "RP-kopian" läggs i patientens journal. Om patienten tar ny kontakt under väntetiden ser man genast på "RP-kopian" i journalen vad som beslutades vid patientens förra kontakt. På detta sätt kan man ev förhindra ett onödigt dubbelbesök och samtidigt erhålla kontinuitet i rådgivningen.

Patienten kallas till vårdcentralen

Några veckor innan patienten kallas tas alla RP-blanketter fram på de patienter som ska kallas inom den närmaste tiden. Med hjälp av statistik från tidigare gjorda besök samt en prognos av förväntade besök görs en bedömning av tillgång på tider.

9 **Besökstid** noteras dels i tidboken, dels på RP-blanketten. Besökstiden kopieras automatiskt över till kallelseblanketten.

10 **Läkarens namn** noteras varefter kallelsen sändes till patienten i ett fönsterkuvert (C6).

Patienten kommer till vårdcentralen

Då tiden är inne för besöket kommer patienten till kassan, som har patientens RP-journal samt journal framplöskad. Kassan tar betalt samt kontrollerar vissa uppgifter på RP-blanketten och noterar följande:

11 **Nybesök eller återbesök.**

12 **Kodnummer** för patientens **bostadsområde** (betjäningsområde) enligt särskild kodlista.

Läkarbesöket

Mottagningspersonalen hämtar journalen i kassan och får då information om vilka prover som bör tas före besöket.

13 **Önskad undersökning.** Här anges de prover som ska tas i anslutning till läkarbesöket.

Därefter tas journal samt RP-blankett in till läkaren som genomför undersökningen av patienten. När besöket avslutats och patienten har gått dikterar läkaren journalen.

Om det beslutats att patienten skall komma på återbesök stämplas en helt ny RP-blankett upp. På denna nya RP-blankett kan noteringar göras om när besöket bör ske, önskade undersökningar mm. Pga RP-blankettens 3-delade konstruktion förbereds på detta sätt såväl information till övrig personal som kallelsebrevet till patienten.

Åter till den "gamla RP-blanketten". Då läkaren dikterar journalen kompletterar han även följande uppgifter på RP-blanketten:

14 Problemnummer. Varje problem eller sjukdom patienten söker för får ett 2-siffrigt kodnummer.

15 Diagnosnummer. Vi använder kodlistan "Diagnoskoder i öppen vård" (6). Det finns plats för sammanlagt tre diagnoser vid ett och samma besök.

16 Vårdgivare. Varje tjänst vid vårdcentralen har ett 2-siffrigt kodnummer.

17 Initiativ. Här anges varifrån patienten kommer, på eget initiativ, remitterad från distriktssköterska, kirurgklinik etc.

18 Sjukdomsgrad. Patientens grad av besvär bedöms enligt en 6-gradig skala. Samma skala används bla vid vårdcentralen i Sollentuna.

19 Sjukskrivning. Här noteras enligt en 9-gradig skala på vilket sätt patienten är sjukskriven, förtidspensionerad eller ej. (Se tabell I.)

Tabell I

Sjukskrivning och läkarbesök vid Haga vårdcentral juni–nov 1980.

	MAN n=1 303 %	KVINNOR n=2 184 %
Sjukskrives ej	33,8	43,1
Sjukskrives < dag	13,5	11,2
Friskskrives efter < 90 dag	0,4	0,3
Friskskrives efter < 90 dag	0,1	0,1
Fortsatt sjukskrivning < dag	5,4	3,9
Fortsatt sjukskrivning > 90 dag	0,7	0,3
Förtidspension/sjukbidrag	2,5	2,2
Omfattas ej av sjukförsäkringen	43,0	32,9
Övrigt	0,6	1,0
	100	100

20 Hänvisning. Här anges vart patienten hänvisas. Tex åter till distriktsläkaren, till socialsekreterare eller till medicinklinik.

21 Tillfälliga undersökningar. Här finns utrymme för tillfälliga undersökningar. Kodlistor konstrueras allt efter behov.

ADB

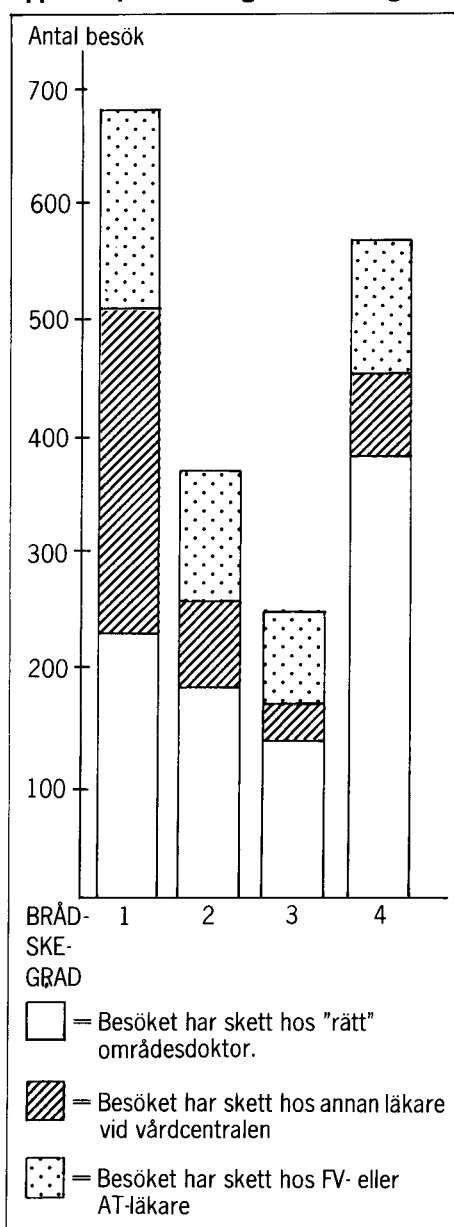
När ovanstående uppgifter är noterade granskas "RP-original en sista gång av sekreterarna och arkiveras. "RP-kopian" slängs. RP-blanketten levereras en gång i månaden för stansning och bearbetning av landstingets datacentral. Vårdcentralen får sedan regelbundet uppgifter från dataavdelningen. Vissa uppgifter erhålls månadsvis, andra årsvis.

Diskussion

RP-blanketten har använts vid vårdcentralen under drygt ett år. De flesta personalkategorier upplever RP-blanketten som en värdefull hjälp i arbetet. För läkarnas del innebär RP-blanketten endast ett ringa merarbete. Sekreterarna och konstorspersonalen har en del merarbete med sortering och kontroll av RP-blanketterna. En del av dessa uppgifter kan utföras då arbetsbelastningen i övrigt är låg vid mottagningen. Kallelserutinerna har förenklats avsevärt med hjälp av den 3-delade RP-blanketten. Dataavdelningen arbetar för närvarande med att göra program för bearbetningen av blanketterna och vi väntas få se resultat av bearbetningen vid årsskiftet 1981–1982. Vi planerar att på sikt göra en värdering av kostnaderna för användning av RP-blanketten som informationssystem. Några resultat från en preliminär bearbetning av RP-blanketterna presenteras i tabell I och figur 4.

Figur 4

Totala antalet besök vid Haga vårdcentral september–november 1981 uppdelat på brådskegrad och vårdgivare.



Litteraturförteckning

1. SPRI. Primärvård – innehåll och utveckling. Stockholm 1978
2. GUNNARSSON CH: Produktionsredovisning vid Örnsköldsviks läkarstation. Spri-rapport 3/74, 1974
3. BERFENSTAM R, BERG B, SMEDBY B: Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1973. Spri-rapport 4/76, 1976
4. SPRI-rapport: Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum, 3/77, Stockholm 1977
5. KRAKAU I: Hur mäts besök vid vårdcentraler. Nytt från utvecklingsenheten Sollentuna 1980
6. Diagnoskoder i öppen vård, Socialstyrelsen, Stockholm 1977

Författarpresentation

Lennart Holmquist är distriktsläkare vid Haga vårdcentral i Örebro.

OBS!

SFAM-nytt kan man
prenumerera på
100 kr för år 1982 till
postgiro 65 59 74-4.

Ange prenumerationsavgift
vid betalningen.

Diabetesvård på vårdcentral – en organisationsform med vårdprogram

MATS RIBACKE,
GUNHILD ROSLUND

I artikeln presenteras erfarenheter från ett lokalt vårdprogram för omhändertagande av diabetiker.

Utvärderingen av verksamheten tyder på att en kvalitativ förbättring skett vad gäller omhändertagandet. Ett viktigt resultat som framkommit vid utvärderingen är att det bättre omhändertagandet medfört att fler patienter kunnat föras över från tablett- till kostbehandling.

Nyckelord: Vårdprogram. Diabetes. Primärvård.

Vid läkarstationen i Edsbyn har vi sedan 1975 arbetat efter ett lokalt vårdprogram för omhändertagande av hypertoniker. Erfarenheterna har varit goda, och då socialstyrelsen 1977 presenterade sitt underlag för vårdprogram för diabetesvård gav det anledning till diskussioner om ett liknande arbetssätt med diabetiker vore tänkbart. Diabetikergruppen är till antalet mindre än hypertonigruppen men kräver i gengäld tätare kontroller. Behandlingen innefattar också tidskrävande moment som kostinformation och undervisning av såväl patient som anhöriga eller annan vårdgivare. Kontinuitetsbehovet är större för diabetiker och en sköterskebaserad organisation har därför stora fördelar.

Vi bedömde dessutom att det fanns stort utrymme för förbättring, tidigare diabetikervård innebar slentrianmässig kostinformation i stora drag utan individualisering och uppföljning. Tablettbehandling sattes in tidigt och upplevdes då ofta av patienten som en garande mot dåliga kostvanor.

Sedan 1978 har diabetikervården bedrivits enligt en organisationsmodell som visat sig fungera väl, varför vi funnit den värd att presenteras.

Organisation

Hörstenarna i vårt lokala vårdprogram är en specialutbildad sjuksköterska, en speciell journal samt ett kallesystem.

Sjuksköterskan handplockades efter uttalat intresse för uppgiften. Hon har tidigare erfarenhet som distriktssköterska, mottagningssköterska och rådgivningssköterska samt har arbetat inom frivilligorganisationer med handikappade. Denna bakgrund byggdes på genom undervisning av dietist och studiebesök vid redan etablerad diabetesmottagning vid läkarhuset i Gävle. Dessutom bevistade hon Diabetesförbundets fortbildningskurs för sjuksköterskor i Stockholm. Till detta kan läggas självstudier, stark motivation samt tålamod. Sköterskan arbetar halvtid, i mån av tid medverkar hon i övrigt arbete på mottagningen, främst vid provtagning. Hon har också haft tid med kostinstruktion till patienter med hyperlipidemi, övervikt eller tarmsjukdom.

Sjuksköterskan har även tagit initiativ till kvällskurser i matlagning för diabetiker anordnade via kommunala vuxenskolan, intresset för dessa kurser har varit stort.

Diabetesjournalen innehåller sedvanliga laboratorieuppgifter men dessutom finns utrymme för noteringar om subjektiva besvär som tex klåda, trötthet, synförsämring, pågående infektion, smärtor i bröst/ben vid ansträngning, insulinkänning eller fotbesvär. Dessutom noteras vibrationssinne, perifer pulsar, rutinreflexer. Tidpunkt för provtagning anges liksom relation till måltid.

Samtliga patienter med återkommande kontrollbehov kallas till mottagningen via speciella vårdbesked där anteckningar görs om tidsintervall till besöket, vårdnivå (sjuksköterska eller läkare) samt önskad provtagning förutom rutinprover.

Vid provtagning görs blodsockerbestämning enligt Reflotest-systemet. Vi använder oss så gott som uteslutande av fastevärden, vi finner det acceptabelt eftersom huvuddelen av våra patienter är Typ II-diabetiker och diabetikerkontrollerna är förlagda till de två första timmarna på dagen. Urinsocker bestäms kvalitativt och kvantitativt med respektive Clinistix och Clinitest.

Population

Patienterna rekryteras huvudsakligen via ordinarie mottagningsverksamhet, dessutom hänvisas patienter från sjukhusmottagningar för fortsatta kontroller.

Vid årsskiftet 1979/80 genomförde vi en inventering av diabetespopulationen inom läkarstationens upptagningsområde, vilket omfattar gamla Ovanåkers kommun, vid aktuellt årsskifte 8.153 personer. Upplysningar hämtades från aktuella specialistmottagningar för såväl barn som vuxna vid närliggande sjukhus. Diabetespopulationens sammansättning framgår av tabell I.

Tabell I

Diabetespopulation – vårdnivå	
Vårdcentral	164
Sjukhus	35
Barnklinik	2
	201

För diagnosen diabetes har använts de definitioner som presenteras i "Diabetes i öppen vård". Det innebär enstaka fasteblodsocker överstigande 8,3 mmol/l eller upprepade fastevärden lika med eller överstigande 7,2 mmol/l. Peroral glukosbelastning har utförts endast i ett ytterst fåtal fall.

Genom denna inventering har vi fått fram en uppgift om aktuell *prevalens*, denna ligger på 2,5%.

I tabell II anges ålders- och könsfördelning inom diabetespopulationen liksom vårdnivå.

Tabell II

Ålder	Män		Kvinnor	
	Vårdc	Spec	Vårdc	Spec
80–89 år	2	–	16	–
70–79	24	3	24	1
60–69	29	2	29	2
50–59	12	3	9	2
40–49	9	5	4	2
30–39	1	5	5	2
20–29	–	3	–	1
10–19	–	2	–	2
0–9	–	1	–	1
	77	24	87	13
Summa 201				

Rutiner

Behandlingsgången innebär att samtliga patienter med debuterande diabetes vid första besöket får kostinformation av sjuksköterska. Om inte synnerliga skäl föranleder annat inleder vi dietbehandling med täta kontroller hos sköterska. Vid behov kallas annan matansvarig i hushållet för kostinformation liksom eventuell hemsamarit. Med den möjlighet till täta sköterskekontroller som organisationen erbjuder

har vi kommit ifrån det alltför snabba insättandet av tablettbehandling. Kostinstruktionen blir starkt individinriktad vilket vi bedömer som mycket väsentligt eftersom det huvudsakligen gäller gamla människor med djupt rotade matvanor. Sköterskan och behandlande läkare har hela tiden kontakt och diskuterar resultatet av behandlingen. Behandlingsmålen är de traditionella; symtomfrihet, normal kroppsvikt, normalt blodsocker, sockerfri urin.

Sjuksköterskan står för största delen av patientundervisningen. Framför allt vid de initiala, täta kontakterna ges osökta tillfällen till information, främst rörande kostreglering, motionens betydelse och fotvård.

I tabell III återges behandlingsmönstret hos diabetesgruppen som kontrolleras vid vårdcentralen. Där framkommer en ganska markant könsskillnad, 50% av männen har bedömts tillfredsställande behandlade med enbart kostrestriktioner, motsvarande siffra för kvinnor är 36%. I hela gruppen kontrolleras 43% med enbart kostdietrestriktioner.

Tabell III — Behandling vid vårdcentral

Ålder	DIET		+ TABL		+ INSULIN	
	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
80-89 år	2	6	-	9	-	1
70-79	14	11	8	11	1	3
	12	9	16	20	1	-
50-59	6	4	6	5	-	-
40-49	3	2	4	2	2	-
30-39	1	-	-	1	-	4
	38	32	34	48	4	8

Resultat

I ett försök att utvärdera organisationsformen har vi studerat nytillkomna diabetiker sedan starten, dvs nytillkomna diabetiker under åren 1978, -79 och -80.

En utvärdering kan ske på flera sätt. Om man studerar behandlingen uppdelad på enbart kostrestriktioner, kostrestriktioner plus perorala antidiabetika respektive insulin får man den fördelning som framgår av tabellerna IV a och IV b.

Tabell IV a — Behandling — män

Årtal	Antal	Kost	Tabl	Insulin
1978	8	5	3	-
1979	11	8	3	-
1980	8	3	5	-
	27	16	11	-

Tabell IV b — Behandling — kvinnor

Årtal	Antal	Kost	Tabl	Insulin
1978	5	2	2	1
1979	3	2	1	-
1980	7	4	2	1
	15	8	5	2

Omräknat till procent innebär det att 59% av männen och 53% av kvinnorna kontrollerar sin diabetes enbart via kostrestriktioner. Det är en förbättring jämfört med tabell III, där motsvarande andel var 50 respektive 36%. Eftersom tabell III inbegriper diabeti-

ker tillkomna även under 1978 och 1979 så är ovanstående procentskillnader en underskattning av vårdprogramets effekt.

Ett annat mått på behandlingsresultat kan vara utvecklingen av kroppsvikt. Övervikt och åldersdiabetes förekommer ofta samtidigt. Å andra sidan kan ingångsvikten, dvs vikten vid första kontakt sedan diagnosen diabetes mellitus ställts, ligga onormalt lågt i enstaka fall, beroende på lång sjukhistoria. Om man med dessa reservationer i minne ändå gör gruppjämförelse blir resultatet det som återfinns i tabellerna V a och V b. Viktändringen är räknad mellan ingångsvikt enligt ovan och vikt vid senaste kontroll under 1980. Mindre viktändringar än 1 kg har noterats som oförändrad vikt.

Tabell V a — Viktutveckling — män

Årtal	Antal	Viktändring		
		+	-	-
1978	8	1	2	5
1979	11	2	1	8
1980	8	4	1	3
	27	7	4	16

Tabell V b — Viktutveckling — kvinnor

Årtal	Antal	Viktändring		
		+	-	-
1978	5	-	-	5
1979	3	-	1	2
1980	7	2	1	4
	15	2	2	11

Man finner där att 59% av männen och 73% av kvinnorna reducerat sin vikt efter diabetesdebuten. Om man fördelar samtliga viktförändringar inom grupperna så får man fram att de 27 männen som tillkommit under de tre åren i genomsnitt minskat 1,8 kg i vikt sedan diabetesdebuten och att motsvarande värde bland kvinnorna blir minus 2,5 kg.

Ytterligare ett behandlingsmål vid diabetesvård är normoglykemi. Hos åldersdiabetiker får man ofta acceptera en rimlig hyperglykemi. Vi har plockat fram fasteblodsockervärdena vid årsskiftet 1979/80 hos män tillkomna under 1978 och 1979. 3 av 19 är normoglykämiska, 14 har fasteblodsocker <8,2 mmol/l och det högsta värdet är 9,1 mmol/l.

Fördelningen läkarbesök kontra sjuksköterskebesök utan läarkontakt är ett annat mått på utfallet av organisationen. Under 1978 hade sköterskan 199 kontroller på egen hand, under samma period skedde 331 kontroller i samband med läkarbesök. Motsvarande siffror för 1979 blev 249 respektive 267. Utvecklingen har således gått mot ökad egenverksamhet för sjuksköterskan.

Ett kvantitativt mått på verksamheten är också antalet fasteblodsockerbestämningar som utförts. Under 1978 blev antalet 654 och under 1979 646.

Sammanfattning

Diabetesvård hos allmänläkare innebär huvudsakligen behandling och kontroll av Typ II-diabetes. En majoritet av patienterna är mer än 60 år gamla. Man får ofta acceptera relativ behandlingsframgång, och man når sällan fram till det absoluta behandlingsmålet. Kanske det inte heller är lika viktigt hos denna patientkategori som hos juvenila diabetiker.

Vi upplever erfarenheterna av vår organisation för omhändertagande av diabetiker som positiva. De mätbara resultaten pekar på en kvalitetshöjning då det gäller omhändertagandet, vi upplever också en ökad insikt och ett ökat engagemang hos patienterna. Många patienter har låtit förstå att de upplever den personliga kontakten, kontinuiteten via sköterskan och engagemanget från vårdgivarteamet som mycket positivt och stimulerande till egna ansträngningar. Förskjutningen av behandlingsmönstret mot fler enbart kostbehandlade diabetiker uppfattar vi som orsakad av större säkerhet för såväl läkaren som patienten och detta resulterar i att förhastade beslut då det gäller eventuell insättning av farmakoterapi inte behöver fattas.

Organisationsformen synes leva upp till några av de honnörsbegrepp som anses karaktärisera primärvården, i detta fall närhet, kontinuitet, helhetsyn och tillgänglighet.

Referenser

1. Socialstyrelsens vårdprogramnämnd: Underlag till vårdprogram för diabetes 1977.
2. Diabetes i öppen vård. Red. Sven Carlström. Falkenbergs Tryckeri AB, Falkenberg 1976

Författarpresentation

Mats Ribacke var vid tiden för studien distriktsläkare vid läkarstationen i Edsbyn, är numera chef för utvecklingsvårdcentralen i Hofors.

Gunhild Roslund är sjuksköterska och ansvarig för diabetesmottagningen vid läkarstationen i Edsbyn.

Samfunnsmedisin i Norge

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN,
ANTON SKOGLAND

Artikkelen gir et tilbakeblikk over utviklingen av det offentlige distriktslegevesen i Norge. Kombinasjonen av individ- og grupperettet legearbeid blir beskrevet. Det økende behov for en administrativ utdanning av distriktsleger og andre leger omtales. Faget samfunnsmedisin defineres.

Artikkelen omtaler en norsk utredning om utdanning og spesialitet i samfunnsmedisin samt kvalifikasjonskrav til samfunnsmedisinske stillinger.

Nyckelord: Samhållsmedisin, utdanning, Norge, oversikt.

Tilbakeblikk

I kjølvannet av de store fremskritt innen bakteriologien fikk Norge i 1860 "Sunnhetsloven" som bestemmer at det i alle kommuner skal være et helseråd. Det har som særlig oppgave å overvåke forhold i kommunen som kan virke negativt inn på folks helse. Man var allerede i 1860 opptatt av, ikke bare den enkelte syke pasient, men tiltak som skulle forebygge sykdom. Loven hadde med andre ord et samfunnsmedisinsk (se senere definisjon) siktemål.

I 1912 fikk vi "Lov om de offentlige legeforretninger" som bestemmer at det skal være minst en statlig ansatt lege (heretter kalt offentlig lege) i hver kommune. Den offentlige lege kalles stadslege i bykommuner og distriktslege i landkommuner. Denne skal blant annet være ordfører i kommunens helseråd. Loven bestemmer at den offentlige legen skal yte befolkningen legehjelp (kurativ virksomhet) forutsatt at dette ikke går ut over de offentlige legeopp-gaver. I praksis har kurativ virksomhet vært dominerende.

De fleste kommuner i Norge er små, og de offentlige leger er derfor som regel ansatt i kombinerte stillinger. Det vil si at de skal drive både kurativ virksomhet og offentlig helsearbeid. Under sitt kurative virke får legen etterhvert et intimt kjennskap til kommunens befolkning, dens sykkelighet og dens levevilkår. Dette kommer til nytte i det offentlige legearbeid ved planlegging og gjennomføring av forebyggende tiltak. Slike var før særlig rettet mot smitt-

somme sykdommer, men sosiale og andre tiltak har også vært aktuelle.

I de større kommuner er den offentlige lege tilsatt med plikt til å drive offentlig helsearbeid på heltid.

Krise i distriktslegetjenesten

Ordningen med distriktsleger i kombinert stilling hadde vært vellykket og ble ofte lovprist ved festlige anledninger. Imidlertid begynte problemene å dukke opp i 1950-årene. Befolkningens krav på kurative legetjenester økte og de offentlige leger måtte skyve det forebyggende arbeid mer i bakgrunnen. Arbeidspresstet hadde alltid vært stort, og nå begynte andre grupper i samfunnet å få regulert og redusert sin arbeidstid. Samtidig ekspanderte den teknologiske medisin, og alle leger som ønsket det, kunne få arbeid på sykehus. Dette gjorde distriktslegestillingene mindre attraktive.

De offentlige legestillinger har derfor vært mindre populære de siste 20 år. Det gjelder særlig de små kommuner i utkantstrøk (glesbygden) på Vestlandet og i Nord-Norge. Resultatet ble mange ledige stillinger og stor gjennomtrekk. I en periode sluttet den "gjennomsnittlige" distriktslege etter 3 år i etaten. Dette virket negativt inn på de offentlige legers kunnskaper i forebyggende arbeid. Medisinstudiet i Norge har nemlig tradisjonelt vært lite orientert mot profylakse. Kunnskaper i preventiv medisin og offentlig helsearbeid måtte derfor læres gjennom erfaring, og det krevde at legen forble noen år i stillingen.

Helsetjenesten i de mange små landkommuner har alltid vært avhengig av de offentlige leger fordi få ønsket å drive privat legepraksis der. Mangelen på offentlige leger ble derfor en mangel på almenleger. Samtidig har det vært en stor mangel på almenleger i de store og middelstore byer. Samlet utgjør dette den såkalte krisen i primærlegetjenesten.

Bedre utdanning av de offentlige leger?

Tross problemer var det i Norge enighet om at modellen med distriktsleger i kombinert stilling var god og måtte bevares. Man ønsket imidlertid flere stillinger for at arbeidspresstet kunne bli mindre og det forebyggende arbeid høyere prioritert. Samtidig begynte en del offentlige leger å diskutere muligheten for å styrke det forebyggende arbeid ved å opprette en spesialitet i offentlig helsearbeid.

Tidligere helsedirektør Karl Evang tok opp spørsmålet allerede i 1948 uten at det kom til konkrete resultater. Offentlige legers landsforening (Oll), som er en spesialforening innen Lægeforeningen, la i 1967 fram forslag om spesialitet i "offentlig helsearbeid". Lægeforeningen forkastet forslaget om spesialitet, men godkjente i 1973 et forslag om utdanning av leger til administrative stillinger i primærhelsetjenesten. Vedtaket fikk imidlertid små praktiske konsekvenser.

Oll nedsatte i 1978 et utvalg som fikk i oppdrag å fremme forslag til systematisk videre- og etterutdanning av offentlige leger. Initiativtagerne var tydelig påvirket av strømninger i anglosaksiske land. De forlot betegnelsen offentlig legearbeid, som ikke lenger var dekkende, og kalte fagområdet samfunnsmedisin. Dette markerte ikke bare et navnebytte, men også et ønske om at fagområdet skulle bli mer omfattende og ikke bare gjelde utdanning av distriktsleger. Utvalget som besto av en assisterende fylkeslege, tre distriktsleger og en stadslege, fikk også i oppdrag å vurdere opprettelsen av en spesialitet i samfunnsmedisin.

Hva er samfunnsmedisin?

Høsten 1980 avga utvalget innstillingen "Samfunnsmedisin i Norge". Man definerte fagområdet slik:

"Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid for å

- kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden,
- tilrå, iverksette og administrere helsetiltak og helsetjenester,
- tilrå fordeling av helseressurser."

Samfunnsmedisin blir dermed et fag i skjæringspunktet mellom mange andre så som klinisk medisin, adferdsfag, pedagogikk, økologi, teknisk hygiene, økonomi, jus, administrasjonslære og andre. Viktige redskaper for samfunnsmedisinen er statistikk og epidemiologi.

Faget grenser inn mot flere andre medisinske fagområder. Yrkesmedisin er åpenbart grupperettet legearbeid, men tar opp bare en mindre del av det miljø mennesket lever i. Sosialmedisin slik faget ble definert for 30-40 år siden i Norge ("læren om det gjensidige forhold mellom samfunn og helse") er nesten identisk med samfunnsmedisin. I Norge har imidlertid sosialmedisinen blitt stadig mer individorientert og langt på vei blitt ett klinisk fag (sosialmedisinske avdelinger). Vi har også spesialitetet i klinisk sosialmedisin i samsvar med dette.

Distriktslegen i kombinert stilling driver både almenmedisin og samfunnsmedisin. Det første er individorientert, det siste er gruppeorientert. Den offentlige lege får gjennom sitt almenmedisinske arbeid omfattende samfunnsmedisinske kunnskaper om den kommune han arbeider i. Utvalget for samfunnsmedisin mener at denne kombinasjonen av almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid er svært verdifull og må bevares.

Markeringen av fagområdet samfunnsmedisin har i Norge skjedd etter initiativ fra offentlige leger. Men også andre leger har og har hatt samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver. Det gjelder leger i administrative stillinger innen sykehusvesen, forsvaret, tuberkuloseregisteret osv. Det samme gjelder også leger ved en del undervisnings- og forskningsinstitusjoner. Derfor bør samfunnsmedisin bli et fagfelt som praktiseres av og rekrutterer forskjellige typer leger. Det vil berike faget og gi flere måter å angripe helseproblemer på. Det vil forhåpentligvis også kunne fjerne en del av de "vanntette skott" som eksisterer mellom forskjellige legegrupper, særlig i og utenfor sykehus. Utvalget omtaler endel samfunnsmedisinske stillinger nærmere.

Samfunnsmedisinsk utdanning

Det finnes for tiden et begrenset teoretisk utdanningstilbud i samfunnsmedisin i Norge. Medisinstudiet gir en viss innføring til fagområdet. Helsedirektoratet arrangerer årlig et 3 måneders kurs for offentlige leger hvor hovedemnene er statistikk og epidemiologi. I tillegg kan et begrenset antall leger ta kurs ved Nordiska Hälsovårdshögskolan eller Diploma of Public Health eller tilsvarende i anglosaksiske land.

Oll's utvalg foreslår at det etableres et nasjonalt hovedkurs i samfunnsmedisin med fire hoveddeler på en måned hver:

1. Epidemiologi og biostatistikk.
2. Forebyggende medisin. Sosialmedisin. Medisinsk sosiologi.
3. Miljøhygiene.
4. Helseplanlegging. Administrasjons- og forvaltningslære.

Hovedkurset bør vare fire måneder med en kapasitet på 50 studenter per år. For øyeblikket vet ingen om dette kurset kan bli en realitet. Betegnelsen samfunnsmedisin har så vidt rukket å bli anerkjent i Norge og man vet ikke om det offentlige vil finansiere utdannelsen.

I tillegg til den teoretiske utdannelsen trenger leger praktisk erfaring i samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan skaffes i forskjellige stillinger i helsetjenesten i og utenfor institusjon.

Utvalget skisserer også et opplegg for etterutdanning innen samfunnsmedisin.

Trenger vi samfunnsmedisinere?

Klinisk medisin er individorientert enten den drives i eller utenfor sykehus.

Samfunnsmedisin er gruppeorientert. Den bygger på klinisk medisin, men bruker enkeltindividets helse som indikator på helsetilstanden i samfunnet. Fagområdet vil derved kunne bidra til å kartlegge sjukdom og årsaker til helseproblem. Til dette trengs statistikk og epidemiologi. Disse gir grunnlag for planlegging av helsetiltak og evaluering av nytten av helsetiltak.

Innen klinisk medisin og forskning vil det ofte oppstå ideer om nye helsetiltak. Erfaringer viser at det er behov for en medisin som kan se alle helsetiltak i sammenheng, planlegge nye tiltak og gi råd til politikerne. Politiske organer har ansvaret for å vurdere forslag og planer, og deretter prioritere og vedta hva som skal gjennomføres. Her blir samfunnsmedisineren et bindeledd mellom klinisk medisin og politiske organ. En samfunnsmedisin har derfor viktige administrative oppgaver både ved planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetiltak innen et geografisk område.

I en tid med stadige fremskritt innen teknologisk medisin, knappere ressurser til å ta ny teknologi i bruk og helseproblemer som er lite påvirkelige av helsetjenesten, er det behov for å vurdere nøye hvilke tiltak i samfunnet som gir helsegevinst og hva som skal prioriteres. Det er derfor behov for leger med samfunnsmedisinsk innsikt både på lokalplan og på riksplan; i distriktshelsetjenesten og i sykehus. Utvalget har foreslått at det bør være minst en samfunnsmedisin i alle landets kommuner. I små kommuner vil de samfunnsmedisinske oppgavene være relativt små slik at legen samtidig kan drive vanlig klinisk arbeid (almenmedisin). I større kommuner vil de samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver kreve større bemanning. For at kontakten med klinisk medisin skal bli best mulig, bør det da i tillegg være lege(r) i kombinert(e) stilling(er). Derved håper man å kunne unngå at samfunnsmedisinere blir "papiertigre" uten kontakt med den praktiske hverdag.

Man håper også å kunne ta vare på de gode erfaringer med den norske distriktslegeordningen. Totalt i landet er det behov for anslagsvis 600 samfunnsmedisinere på kommuneplanet.

Norge vil – i motsetning til Sverige – beholde fylkeslegeetaten, som planlegges utvidet. Det trengs anslagsvis 100 stillinger i samfunnsmedisin på fylkesnivå. Noen av disse vil ha tilknytning til institusjonshelsetjenesten.

På statlig nivå (Helsedirektoratet, Arbeidstilsynet osv) er behovet anslått til ca 75 stillinger.

Kvalifikasjonskrav til samfunnsmedisinere

Som nevnt er det leger med samfunnsmedisinske oppgaver innen ulike områder i helsetjenesten. Hittil har det ofte ikke vært stilt formelle kvalifikasjonskrav til slike stillinger. Oll's utvalg har foreslått slike krav for visse samfunnsmedisinske stillinger.

Kvalifikasjonskravene er inndelt i teoretiske og praktiske krav. Utvalget foreslår at alle samfunnsmedisinere på kommunenivå skal ha tatt nasjonalt hovedkurs. Til fylkeslegestillinger og overlegestillinger i Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet foreslås krav om Diploma of Public Health eller tilsvarende.

Kravene til praktisk utdanning er tilpasset funksjonsområdet. Forslaget forutsetter at leger med bakgrunn fra distriktshelsetjenesten, fra institusjonshelsetjenesten og fra forskning og undervisning skal kunne kvalifisere seg til samfunnsmedisinske stillinger.

Specialitet i samfunnsmedisin?

En medisinsk specialitet er en avgrenset del av det medisinske fagområde, som til nå har vært knyttet til individrettet, klinisk medisin. Oll's utvalg har drøftet hensiktsmessigheten av å opprette specialitet i samfunnsmedisin. Utvalget fant at specialitet vil innebære både fordeler og ulemper, men konkluderer med at det bør opprettes en specialitet i samfunnsmedisin i Norge. Man foreslår krav om 6 års utdanning etter autorisasjon som lege.

Praktisk utdanning:

- 1 år i relevant heldagsstilling (ved større helseråd, fylkeslegekontor, i Helsedirektorat m.v.)
- 1 år som helserådsordfører eller i visse administrative sykehusstillinger m.v.
- 1 år i almenmedisin eller som distriktslege i kombinert stilling.
- 1 år sykehustjeneste i relevant specialitet
- 2 års annen tjeneste (almenmedisin, distriktlege, i sjukehustjeneste, innen relevant forskning/undervisning m.v.)

Teoretisk utdanning:

Nasjonalt hovedkurs eller Diploma of Public Health, herunder et selvstendig skriftlig arbeid om et samfunnsmedisinsk emne.

Hva vil skje i fremtiden?

Offentlige legers landforening behandlet i januar 1981 utredningen om samfunnsmedisin i Norge. Foreningen var meget fornøyd med innstillingen og ga dens konklusjoner full støtte. Saken ble deretter oversendt for videre behandling i Den norske Lægeforening, som til nå har ansvaret for opprettelse av spesialiteter og godkjenning av spesialister.

Utredningen ble diskutert på Lægeforeningens landsmøte i juni 1981. Det var bred enighet om det meste av innholdet. Begrepet samfunnsmedisin ble godkjent. Landsmøtet anså etablering av samfunnsmedisin som et viktig middel til å skaffe en bedre styring av primærhelsetjenesten og sikre legen den plass han der tilkommer. Det fremkom imidlertid en del skepsis mot å opprette specialitet i samfunnsmedisin på det nåværende tidspunkt selv om alle var enige om at det er viktig å få

Genmäle till Christer Gunnarsson – SFAM-NYTT 3/1981 "Varning – förstör ej den problemorienterade journalen"

BENGT DAHLIN,
GERT LJUNGKVIST

Nyckelord: Problemorienterad journal. Primärvård.

I en artikel i SFAM-NYTT nr 3, 1981 beskrivs Gråbo vårdcentrals strävan att utveckla en praktisk användbar journal för primärvården.

Christer Gunnarsson angriper på ett känsloladdat sätt att vi i Gråbo kallar journalen problemorienterad.

Vi är helt medvetna om den ursprungliga problemorienterade journalens struktur, vilket vi försöker visa med litteraturhänvisningar. Christer ger vår artikel den bakgrund från litteraturen som vi inte ansåg oss ha plats för i sammanhanget. Vi önskar oss likasom Christer en primärvårdsjournal som är problemorienterad. Eftersom primärvårdens arbetssätt är väl lämpat för ett problemorienterat arbetssätt.

Egentligen skiljer sig Christers beskrivning endast i ett avseende från vår uppfattning om en praktisk utformning av den problemorienterade jour-

nalen. Skillnaden är att problembeskrivning, problemanalys och åtgärd pga analysen enligt ursprunglig tappning måste nedskrivas problem efter problem i journalen dvs:

Problem 1– beskrivning, anamnes
– status
– analys
– åtgärd

Problem 2– beskrivning, anamnes
– status
– analys
– åtgärd

Problem ... n– beskrivning, anamnes
– status
– analys
– åtgärd

I stället föreslår vi – och känner att det fungerar utmärkt – att disponera journalanteckningen problemorienterad med problemen samlade problem för problem under huvudrubrikerna: Problembeskrivning, status, analys och åtgärd, dvs:

Problembeskrivning, anamnes
– problem 1
– problem 2
– problem ... n

Status: – Hela patienten, problem 1,2 ... n

Analys och åtgärd:
– problem 1
– problem 2
– problem ... n

Med denna disposition av problembeskrivning, analys och åtgärd görs endast ett milt våld på vårt invanda sätt att skriva journal. Journalen är dock problemorienterad! Den tekniska lösningen gör att vi vinner mer utrymme, vi får större överskådlighet och bättre helhetsbild av patienten. Det senare är inte minst viktigt för våra stressade patientmottagare.

Vi föreslår att de som tvekat inför den tidigare, journalföringsmässigt tyngre utformningen av den problemorienterade journalen, bör pröva vår variant, som Christer Gunnarsson i övrigt, vad vi kan förstå, stöder.

Åter en gång – vi behöver i primärvården en journal som

- är problemorienterad
- har en problembaserad journalöversikt (problemlista)
- är överskådlig och lätt att hitta i
- är lätt att skriva i
- kan och får användas av alla i vårdlaget

Med fördel bör alla som är intresserade av en effektiv primärvårdsjournal samverka för ett gott resultat.

– Vi ser fram emot fler synpunkter på ämnet.

Författarpresentation

Bengt Dahlin, distriktsläkare i Gråbo, Gert Ljungkvist, Systema.

utdannet leger til samfunnsmedisinske/administrative oppgaver.

Lægeforeningen vedtok etter debatten at det skal arbeides videre med saken som ble lovet høy prioritet. Man vedtok i den forbindelse å nedsette et utvalg med representanter fra Den norske lægeforening, Helsedirektoratet og Norske kommuners sentralforbund (tilsvarer landstingsförbundet i Sverige).

Vi håper at det snart kan bli etablert en systematisk videre- og etterutdannelse i samfunnsmedisin og kvalifikasjonskrav til samfunnsmedisinske stillinger. Det er også viktig – av hensyn til rekruttering, utvikling og forskning innen fagområdet – at det opprettes en spesialitet i samfunnsmedisin.

Vi tror at en styrking av det samfunnsmedisinske fagområdet vil bidra til en bedre helsetjeneste og helsetilstand i Norge.

Författarpresentation

Ivar Sønbo Kristiansen, distriktslege i Kvæfjord.

Anton Skogland, Sjefslege, Den norske stats oljeselskap, Stavanger.

Nej till obligatorisk kurs för FV-allmänläkare!

MAGNUS ERIKSSON

Nyckelord: Utbildning, Allmän medicin, debatt.

I nr 2/81 av SFAM-nytt togs i två artiklar upp tanken på en obligatorisk kurs i allmänmedicin för blivande allmänläkare. Som FV-läkare i allmänmedicin ställer jag mig mycket kritisk till ett sådant förslag, mot bakgrund av de motiveringar som angavs i artiklarna och utifrån de erfarenheter jag fått under min utbildning till allmänläkare.

I den artikel som författats av Gustav Haglund angavs att målsättningen med en sådan kurs skulle vara:

- Att visa hur allmänmedicinen arbetar med det kunskapsinnehåll och en kunskapstillämpning som är specifik för primärvård.

- Hur allmänmedicinen utökar och fördjupar sin kunskap för att kunna svara för hälsotillståndet i ansvarsområdet. Den enda egentliga orsak som angavs för att ett obligatorium skulle vara att undervisningen om allmänmedicin och primärvård var otillräcklig under grundutbildningen.

Detta motiv tycker inte jag är tillräckligt av bland annat följande skäl:

Undervisningen om allmänmedicin och primärvård håller faktiskt i dag på att integreras i grundutbildningen – se bland annat de övriga artiklarna i SFAM-nytt 2/81.

Om man räknar AT-tjänstgöringen till grundutbildningen, vilket man väl ska, så får allmänmedicin och primärvård här ett mycket stort utrymme. Dessa sex månaders tjänstgöring är ovärderliga för allmänmedicinens möjligheter att informera om sin verksamhet. Själv är jag också övertygad om att dessa sex månaders tjänstgöring är betydligt mer värdefulla än om de skulle ersättas av sex månaders undervisning före den praktiska AT-tjänstgöringen.

Att försöka få in en obligatorisk kurs i allmänmedicin under FV-tjänstgöringen anser jag också stöter på många praktiska svårigheter.

När under utbildningstiden skall denna utbildning i allmänmedicin äga rum? Min egen erfarenhet är den att värdet av allmänmedicin kurs ofta är tveksamt, då deltagarna har så olika lång erfarenhet av arbete inom primärvård, samt att deras erfarenheter är så olika. Detta leder till att vad som är in-

tressant för den ena är gammal skåpmat för den andre. Obs! Jag generaliserar för mycket här med hänsyn till att jag bara kan utgå från mina erfarenheter. Men så upplever jag det.

Dessutom varierar innehållet i dessa kurser säkert mycket beroende på vem och var de arrangeras. Utan tvekan har ni färdiga allmänläkare många olika uppfattningar om vad som egentligen är allmänmedicin och hur den t.ex. ska organiseras. På olika håll i landet har också utvecklingen av primärvården hunnit olika långt, och den snabba utvecklingen har också lett till att man på många håll hunnit passera många olika organisationsformer för primärvården utan att ännu vara säkra på att ha funnit den rätta.

NEJ – jag anser verkligen inte att tiden är mogen för obligatoriska kurser i allmänmedicin för blivande allmänläkare. Kanske i framtiden och jag tycker då att de ska ges en annan utformning.

För blivande allmänläkare skulle man kunna tänka sig att vissa kurser med tonvikten på allmänmedicin kunde vara obligatoriska. man skulle då erbjuda ett varierat kursutbud med olika kurser som tar upp olika aspekter av allmänmedicin, och i stället går in närmare på dessa, t.ex.: Kurs i epidemiologi för allmänmedicinare, kurs i allmänmedicinska organisationsformer, kurser med tonvikten lagd på en presentation av det specifika sjukdomspanoramat som man möter inom allmänmedicin etc.

Men ändå – visst ska vi ha ett obligatorium inom allmänmedicin, ett *obligatorium* för alla allmänläkare som leder AT-läkare och FV-läkare. Det är genom ett sådant obligatorium vi kan försäkra oss om att alla får en någorlunda kännedom om allmänmedicin. Det är på dem det tyngsta ansvaret faller för att ge blivande läkare och allmänläkare en idé om vad allmänmedicin är och hur den fungerar. Det är på så sätt vi ska rekrytera flera allmänläkare med känsla för specialiteten. Inte ens de bästa obligatoriska kurser i allmänmedicin kan hjälpa den som under sex månader AT eller 24 månader FV fullgör sin tjänstgöring på en dåligt fungerande vårdcentral.

Författarpresentation

Magnus Eriksson, FV-allmänläkare i Luleå.

Psykiatri för allmänläkare

STIG ANDERSSON

Nyckelord: Utbildning, allmän medicin, psykiatri, debatt.

Intresset för psykiatri hos allmänläkare är mindre än vad man kunnat förvänta sig med hänsyn till hur ofta psykiska symptom och besvär förekommer bland allmänläkarens patienter. Dl. Stig Andersson anser att en orsak kan vara att den efterutbildning som erbjuds ofta saknar relevans för allmänläkare. Han presenterar ett förslag till efterutbildning i psykiatri, som utgår från allmänläkarens egen arbetssituation.

För en tid sedan fick vi distriktsläkare besvara en enkät angående Provinsialläkarfondens efterutbildningskurser. En av frågorna gällde kurserna i långvårdsmedicin och psykiatri, för vilka intresset tydligen är svagt. Vad beror detta på, frågar fondstyrelsen. Det rör sig om stora och viktiga arbetsområden inom allmänmedicinen och man kunde förvänta sig engagemang från distriktsläkarna.

Det finns säkert åtskilliga skäl för bristen på kursintresse. Jag tror att ett av dem är att kurserna inte utgått från allmänläkarens egen arbetssituation med dess problem utan i stället satts samman av kliniker, vilka självklart stöder sig på sin erfarenhet och sin egen specialitet. Kursledningen borde vara ett arbetslag av allmänläkare och specialister som under planeringen först tar reda på vilka allmänläkarens problem inom området ifråga är så att dessa sedan kan behandlas under kursen.

Utifrån min erfarenhet som psykiatriintresserad allmänläkare och med rön från efterutbildning bland allmänläkare och sjuksköterskor inom primärvården vill jag lämna följande skiss till en veckokurs i allmänläkarpsykiatri.

Dag I, förmiddag:

Hur vanligt är "ont i själen"?

Vad vet vi om psykisk ohälsa inom befolkningens olika delar? Exempel på undersökningar. Hur skall vi diagnosti-

sera och registrera? Sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

Hur blir ditt liv?

Genetiska, biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Livshändelsernas och krisernas betydelse.

Psykiatrisk teoribildning och människosyn

Psykoanalys, beteendeterapi, biologisk psykiatri och dessa begrepps praktiska betydelse. Vad menar vi med människosyn?

Eftermiddag:

Kropp och själ: psykosomatik

Illness – disease-begreppet. Det kroniska smärtsyndromet, det neurastiska syndromet. "Sjukdomsbeteendets" innebörd. Långtidssjukskrivningens psykologiska effekt. Diskussion av "svåra fall".

Dag II förmiddag:

Allmänläkaren som psykoterapeut?

Terapeutisk hållning, terapeutiska samtal. Stödgrupp-handledning enligt Balint och Bendix. Praktiska övningar.

Eftermiddag:

Ungdom på glid.

Barnen i multiproblemfamiljerna

Dag III förmiddag:

Jeppe super

Rön inom alkoholforskningen. Behandlingsformer. Organisation av behandling och förebyggande arbete.

Eftermiddag:

Piller, piller – psykofarmakologi

Förskrivning, farmakokinetik, interaktion, biverkningar (särskilt hos gamla och vid långtidsbehandling).

Dag IV förmiddag:

Ömtålig själ i bräcklig kropp

Åldrandets psykiatri. Exempel: effekter av kapacitetssänkning, anhörigförlust och isolering. Depressioner och paranoiska tillstånd. Demens. Psykiatri inom hemsjukvård och på vårdhem.

Eftermiddag:

Förtvivlan och svartsyn

Krisreaktioner och depression. Ev. praktiska övningar i omhändertagande vid kris.

Dag V förmiddag:

Kring runda bordet

Konsultationer och samarbete med psykiatrisk specialist och socialtjänst. Organisationens betydelse. Skall kurator finnas på vårdcentralen? Handledning av AT- och FV-läkare. Allmänläkarens roll i förebyggande mentalhälsoarbete.

Någon av kvällarna skulle kunna ägnas åt studiebesök, exempelvis på ungdomsgård, länklökal, tillnyktringsenhet, Fountain house eller hos jourhavande präst. Före kursen bör viss kurslitteratur och eventuellt också en del arbetsuppgifter sändas ut till deltagarna. Det är viktigt att kursens innehåll redovisas i annonseringen.

Åtskilligt av psykiatrin, framför allt schizofrena psykosor och narkomani, saknas i detta förslag. Detta är medvetet och hör till förutsättningarna. Det väsentliga är att sådant som jag brottas med och sådant som jag anser mig behöva tas upp under kursen. Katalogen på psykiatris innehåll kan kompletteras på annat sätt.

Författarpresentation

Stig Andersson, distriktsläkare i Sjöfle.

Distriktsläkaren och tobaksrökningen

PETER BAECKSTRÖM

Nyckelord: Hälsouppllysning, primärvård, tobak, debatt.

Som distriktsläkare ställs jag inför ett dilemma av följande karaktär:

Med glädje ser jag hur min specialitet – allmänmedicin – alltmer växer fram som en fullvärdig disciplin, där vi i stor utsträckning på egna villkor kunnat diskutera innehåll och arbetsmetoder. Ämnet håller nu på att få en fakultetsanknytning vid våra universitet, varifrån man kan strukturera forskning och utveckling. Allt detta medför att en ny identitet och självkänsla håller på att växa fram inom allmänläkarkåren. Nya samverkansformer etableras, vårdlag med områdesansvar tycks vara en organisatorisk form som passar dessa nya strävanden med helhetssynen på människan som mål.

Mitt i denna spännande utveckling står jag dock fast i min egen sjukvårdsrutin, där jag som enskild doktor ofta ej hinner (eller orkar) fundera på strukturering, samverkansformer eller utvärdering av ändamålsenligheten (i ett större perspektiv) av det jag gör.

Nystrukturering stöter alltid på motstånd. När jag därför sökt finna former för att även arbeta med prevention och hälsouppllysning var villkoret att detta skulle kunna inlemmas i den vanliga verksamheten utan några större organisatoriska förändringar. I denna situation har jag valt att arbeta med tobaksuppllysning och rökavvänjning.

Jag vill hävda att detta är ändamålsenligt och motsvarar ovan skisserade krav av följande skäl:

- A. WHO hävdade inför sitt temaår 1980 att "en minskning av tobaksbruket är den viktigaste enskilda faktorn för en bättre folkhälsa". Faktaunderlaget för denna kategoriska bedömning är helt impo-
nerande och numera väsentligen oomtvistat.
- B. I tobakskommitténs nyligen presenterade slutbetänkande (SOU 1981: 18) framgår klart att man önskar få tobaksfrågorna integrerade i olika ordinarie verksamheter. "Tobaksavvänjningsstöd bör tas in som en del i det vardagliga arbetet. I synnerhet gäller detta läkare och sjuksköterskor inom primärvård, företagshälsövård och skolhälsovård. Landstingen rekommenderas... söka stödja och stimulera verksamhet med tobaksavvänjning i grupp inom primärvården, skolväsendet, företags-
hälsovården, studieförbunden m fl."

C. AgA inom NLV:s översynsutredning har sökt beskriva vilka kunskaper och färdigheter som är specifika för ämnet allmänmedicin. Här ingår som en väsentlig del "kunskap om hälsouppllysningsverksamhet riktad såväl till enskilda individer som grupper av individer".

D. Distriktsläkaren når i sin funktion breda befolkningslager. Vi vet även att ett råd av typen "pga Din sjukdom måste Du sluta röka" har en mycket god effekt. Vid en nyligen publicerad studie (Ovhed, Läkartidningen volym 77, nr 39, 1980) kunde visas att enbart detta råd resulterade i att 25% av patienterna var rökfria ännu efter ett år!

Sannolikt finns det inget område inom för oss tillgänglig verksamhet, där resultatet i form av en förbättrad hälsa är så stort i förhållande till insatsen som vad gäller information om rökavvänjning. Vad består då mina insatser av?

Det viktigaste är utan tvekan en *ökad medvetenhet* om sambanden mellan tobaksbruket och dess i dag helt oomtvistade hälsoeffekter, där jag anser det viktigt att jag som läkare vid tillstånd med tobaksrelaterade sjukdomar (recidiverande infektioner hos vuxna och barn, astma, allergier i luftvägarna, kronisk obstruktiv lungsjukdom samt hjärt- och kärlsjukdomar) aktivt penetrerar tobaksanamnesen och *klart* rekommenderar en tobaksabsistens – ett råd som vi med hänsyn till de kunskaper vi i dag har om tobakens skadeverkningar vet är synnerligen välmotiverat och som således enligt bla Ovheds studier ger mycket goda resultat.

De ökade kunskaper vi i dag har om effekten av passiv rökning i form av en klart mätbar lungfunktionsnedsättning både hos vuxna och barn (Tager et.al. Am. J. Epidemiol. 110:15–26, 1979) medför att allt fler rökare även av hänsyn till sin omgivning och speciellt sina barn får en ökad motivation att sluta röka. Den nyligen publicerade studien som visar att passiva rökare även har en dubblad lungcancerdödlighet stärker ju detta beslut. (Hirayama. Br. M.J. 1981: 282:185–3). När man då dessutom kan upplysa om att risken för att barnen skall bli rökare är 7 gånger större om föräldrarna själva röker förstärks ju detta intryck ytterligare. (Aarö, The second European council on smoking and society, Rotterdam 28–31 aug 1978).

Genom våra möjligheter till närhet och kontinuitet i primärvården har vi stora möjligheter att ställa upp och stödja patienten i det av honom själv fattade beslutet att sluta röka. Vi kan identifiera och behandla flera av de besvär som vi erfarenhetsmässigt vet uppträder i samband med rökkarens. Genom detta kan jag hjälpa patienten genom de 2–3 första veckornas nikotinabstinensbetingade svårigheter. Möjligheterna att nu skriva ut Nicorette på recept (utan signum) har ju ytterligare satt ett instrument i händerna på oss i denna situation. Vi kan även hjälpa patienten att hantera oro, koncentrationssvårigheter och sömnbesvär som kan inträda under den första abstinensfasen. Skopylinj's psykofarmakologiska effekt kan man ibland dra nytta av. En symtomgivande övergående blodtryckssänkning bör ju inte medföra att patienten ger upp sitt försök att sluta röka, eftersom vi med ganska enkla medel kan hjälpa honom att hantera även detta problem. Viktigast av allt är dock det psykologiska stöd som vi utifrån en position av kunskap och empati kan förmedla till patienten. Dessa insatser är arbetsmässigt måttligt krävande och ur alla synpunkter väl värda mödan, eftersom vi härigenom kan hjälpa människor att komma ifrån den klart största riskfaktorn för cardiovascular sjukdom och samtidigt ge individen en möjlighet att få en betydligt högre livskvalitet på sitt återstående liv.

I distriktsläkarrollen förenas alla de egenskaper som gör oss mest lämpliga att informera om tobakens hälsoeffekter och stödja människor i beslutet att komma ifrån detta på sikt nedbrytande missbruk. Har vi råd att inte anta den utmaningen?

Författarpresentation

Peter Bäckström, distriktsläkare i Karlskoga.

Att arbeta som distriktsläkare i Malmö – problem och glädjeämnen

ELISABETH JAENSON

Nyckelord: Primärvård, Storstad, debatt.

● Primärvården i Malmö är fortfarande mycket *outvecklad* – 1980 gjordes endast 6% av besöken i öppen vård hos distriktsläkare. Bakgrunden till detta är det stora antalet privatpraktiserande läkare (1980 fanns 145 privatmottagningar, en stor del naturligtvis fritidspraktiker, men proportionellt nog högst i Sverige?). Dessutom den omfattande öppenvårdsverksamheten vid Allmänna sjukhuset – pga de korta avstånden lättillgänglig.

● Fram till 1973 fanns inga distriktsläkare alls – i dag finns 14. Som i alla andra storstäder har distriktsläkarna haft *låg status*, vilket de första åren visade sig i svårigheter att få sökande till tjänsterna. Idag är dock läget ett annat – inga vakanser alls. En del av förklaringen till detta är nog att det blir allt svårare att få sluttjänster på sjukhuskliniker. Jag tror emellertid också att dels fler yngre läkare redan tidigt bestämmer sig för allmänläkarbanan, dels vi som idag är distriktsläkare visar sjukhuskollegorna och AT-läkarna under öppenvårdstjänstgöringen att vi gör ett kvalificerat, varierat och intressant jobb.

● Många *problem* finns i dag: Naturligtvis är vårt låga antal det största problemet – det gör att vi inte kan åta oss hela primärvårdsansvaret för befolkningen och ofta måste hänvisa till sjukhusmottagningarna. Detta skapar en känsla av otillräcklighet som ibland är nedtryckande. Vi har sett en tendens till att mottagningarna fylls med kontrollpatienter, främst remisspatienter från med klin, vilket går ut över akutverksamheten. Vi försöker nu stoppa detta genom att ha en kvot på ungefär 20% akuttider och har startat tidsbeställning enligt en modifierad Lerumsmodell.

● *Traditionen* att söka sjukvård hos specialist och privatläkare visade sig framför allt de första åren vara ett stort hinder för en önskvärd primärvårdsutveckling och gjorde att distriktsläkarmottagningarna fick de patienter som "blev över". Kunskaperna hos allmänheten om våra möjligheter och förmåga har nu ökat och till stor del vänt utvecklingen – vi är dock medvetna om att detta är en mångårig process.

heter och förmåga har nu ökat och till stor del vänt utvecklingen – vi är dock medvetna om att detta är en mångårig process.

● *Jouransvaret* har vi naturligtvis inte

kunnat ta på oss. Det nuvarande jourbilssystemet och den jourcentral med 2 arvodes-anställda extraknäckande läkare per kväll som kommer igång under 1981 ser vi som en dålig nödlösning. Vi diskuterar nu möjligheterna att ha kvällsöppna mottagningar som bättre skulle kunna leva upp till primärvårdens målsättning, främst vad gäller närhet och kontinuitet.

● En av de viktigaste förutsättningarna för primärvården saknas tyvärr ännu – *fasta distrikt*. Enligt planerna ska de dock komma under 1981. Eftersom vi med endast 14 tjänster bara kan täcka en bråkdel av Malmö ämnar vi kräva åtminstone ett distrikt där invånarantalet anpassas till antalet distriktsläkare enligt principen 3000 invånare/distriktsläkare, och därigenom skapa ett modellområde.

● Den hittills enda regelrätta vårdcentralen i Malmö, *Granen* nära centrum i staden (där undertecknad tjänstgör), skapades som en försöksverksamhet med samverkan socialvård och sjukvård. VC ligger i ett område med 30% pensionärer och förhållandevis lågt antal barn. Här finns förutom distriktsläkarmottagning, socialbyrå, hemsjukvårdsentral och distriktsköterskemottagning. Samarbetet fungerar relativt bra. Framför allt har vi pga åldersammansättningen i området ett stort behov av samverkan med hemsjukvård och hemvård. Vi har delat in oss och området i 4 hemsjukvårdsgrupper som regelbundet har träffar och nästan dagliga informella kontakter. Pga socialförvaltningens speciella fördelning av klienter på assistenterna, en indelning som inte alls stämmer med vår geografiska indelning, har vi inte så naturligt och enkelt kunnat organisera samarbetet med socialbyrån. Vi distriktsläkare deltar dock i diskussioner om gemensamma problemfall (ofta individer på Antabusbehandling hos oss efter rekommendation från assistenten), vid behov i rehabiliteringsgrupper med FK och AF, gör hembesök tillsammans med assistenten vid behov av vårdintygsbedömningar och har naturligtvis informella kontakter i enskilda fall. Det har dock tyvärr ibland gnisslat i samarbetet och jag upplever det som beroende på det enkelriktade behovet av tjänster: läkarmottagningen har nämligen en egen kurator för sina behov av sociala tjänster och dessutom i inte ringa utsträckning stödkontakter och psykoterapi. Vi har utomordentligt stor nytta av denna kurator som helt kan koncentrera sina resurser på våra

patienter, men vi måste erkänna att hennes existens gör att vi nog inte ansträngt oss tillräckligt för att skapa fler kanaler till socialbyrån.

● En stor fördel med att vara distriktsläkare i storstad med universitetssjukhus är möjligheterna till *vidareutbildning*. Detta är inte minst viktigt eftersom en del av oss inte har allmänläkarutbildning utan fått sina tjänster enligt övergångsbestämmelserna. Vi tycker det är viktigt att ha god kontakt med sjukhuskliniker och här är vårt ringa antal faktiskt en fördel. Vi har det sista året själva organiserat regelbundna möten med bla öron-, ortoped- och psyk-kliniker, haft enstaka diskussioner med hudkliniken och socialmedicinska kliniken. Vi utnyttjar ofta möjligheten att delta i med klin:s interna vidareutbildning och praktikerföreningens studiedagar och kliniska ronder. Huvudmannen har varit generös med att tillåta att tid avsätts för att delta i dessa aktiviteter under ordinarie arbetstid. Nästa mål blir att organisera klinikförtäring med bibehållen distriktsläkarlön – här vet vi att vi kommer att få möjligheten. Överhuvudtaget tycker vi att vi har sjukvårdsförvaltningen med oss. Detta trots att primärvårdsutbyggnaden går alldeles för långsamt – speciellt verkar budgettstramningen det sista året ha gjort att planerna på nya VC mattats. 3 nya VC är dock på gång de närmaste åren och i planeringsgrupperna för dessa ingår naturligtvis distriktsläkare.

● För framtiden hoppas vi att *institutionen för allmänmedicin* med klinisk läratjänst i Malmö, förenad med tjänst som distriktsläkare, kommer att stärka vår ställning ytterligare. I höst kommer försöksundervisningen i primärvård under grundutbildningen som pågått i Malmöhus län att utvidgas till att även omfatta Malmö kommun. Detta innebär förutom att de blivande kollegorna tillförs värdefull kunskap om primärvård i storstad, att vi distriktsläkare måste aktivt engagera oss, pröva våra rutiner och förhoppningsvis på så sätt förbättra vår verksamhet.

● Personligen tycker jag att allmänmedicinen är den mest angelägna verksamheten inom dagens sjukvård och det är – trots alla problem – särskilt spännande att medverka i dess utveckling i ett ur primärvårdssynpunkt så underutvecklat område som Malmö.

Författarpresentation

Eliabeth Jaenson, distriktsläkare, Malmö.

CICELY M SAUNDERS (red): Den goda döden; om vård av döende cancerpatienter. 310 sid. Stockholm: AWE/Gebbers 1980. Pris 55 kr. ISBN 91-20-06170-6.

Cicely M Saunders, grundare av St Christopher's Hospice i London, har redigerat denna bok och har som medförfattare personer ur olika yrkeskategorier, vilka arbetat vid detta Hospice.

Ett Hospice var ursprungligen en form av härbärge för pilgrimer och har nu fått ge namn åt sjukvårdsinrättningar framför allt avsedda för terminalvård dvs vård av döende cancerpatienter.

Terminalvårdens huvudtes är att inte överge cancerpatienten, när ytterligare åtgärder ej kan vidtas. Den döende är utsatt för en total smärta av fysisk, psykisk, social och andlig orsak. Därför måste patientens behov mötas på alla dessa plan. Det är terminalvårdens viktigaste uppgift, att hjälpa patienten att "leva" tills han dör och att sjukdomssymtomen hålls i schack så han kan koncentrera sig på annat under den arbetsprocess det innebär att finna sin egen död.

I boken ges onkologens synpunkter på vad cancer är och hur den sprids i kroppen. Det ges också en noggrann redogörelse för hur en patient bör omhändertas vid inskrivning på sjukhus för terminal vård. Förutsättningen för riktig vård är en ständigt fortgående bedömning av patientens symtom. Man får inte slå sig till ro med att tumör eller metastaser kan ligga bakom symtom som dyker upp. Så kan tex icterus hos en cancerpatient orsakas av gallstenslidande, en kurerbar sjukdom. Cancer har en fördel framför de flesta andra sjukdomar – den ger oss en tidsfrist. Det är viktigt för personalen att hjälpa patienten och de anhöriga att utnyttja denna tid så väl som möjligt. Efter dödsfallet är det också viktigt att inte lämna familjen helt, utan följa upp, gärna med ett hembesök efter ca 14 dagar, då sorgen är som starkast.

En viktig del i den terminala behandlingen är smärtlindring. Vid kronisk smärta skall analgetika ges regelbundet för att förebygga smärta, inte som vid akut smärta döva den. Morfinanaloger kommer ofta till användning. Ofta är en kombination med olika psykofarmaka att föredra.

Även övriga symtom tex förstoppning och hicka måste behandlas. Här görs i boken en bra uppställning av tänkbara orsaker till symtomen och förslag till lämplig behandling. Detta kapitel kan man ha god nytta av i det praktiska arbetet.

När det gäller all behandling i terminalt skede, måste man noga väga den nytta man kan uppnå, mot biverkningar. Det är inte försvarbart att exempelvis ge kraftig strålbehandling med därav följande allmänna obehag, tex illamående.

Terminalvård är en egen specialitet och kräver som sådan speciell utbildning. Denna bok är en bra grund för vidare studier i ämnet. Här finns också en del värdefulla tips för vården och inte minst en "ideologi" för terminalvården, något som behövs i en sjukvårdsapparat, där döden ses som ett behandlingsmisslyckande och den döende ofta lämnas ensam med sin smärta och sin ångest. Man poängterar; "att dö är en social händelse på samma sätt som att födas".

Om man bortser från de förhållanden som är speciella för brittisk sjukvård är boken väl värd att studeras av allmänläkare, framför allt av dem som har ansvar för lokala sjukhem, och vi blir ju allt fler.

Kjell Hultsten
Distriktsläkare, Tibro

THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE

Editor: John P Geyman, university of Washington department of family medicine, Seattle. Beställes: Almqvist och Wiksell – tidskriftscentralen. Kostnad: 1981 206:60 med biblioteksrabatt. Antal nummer per år: Tolv.

Innehåll:

a) Övergripande artiklar om tex mediaotit, clamydia, anorexia nervosa eller urinvägsinfektioner.

b) Practical psychiatry in medicine: en serie som fn pågått under cirka tjugo nummer. Genomgång av psykiatriska problem sedda ur allmänläkarsynpunkt.

c) Family Practice grand rounds: Fallbeskrivning och diskussioner gällande mer vanligt förekommande sjukdomstillstånd.

d) Problems in Family Practice: ex, The suicidal patient. Shock in infants and children. Managing the difficult patient.

e) Ideologiska frågor. I så gott som varje nummer finnes några artiklar där man diskuterar allmänläkarideologi och strategi.

f) Rapporter från olika försök till verksamhetsutveckling.

g) Artiklar som handlar om undervisning och utveckling av olika undervisningsmetoder.

Det finns således en rent "medicinsk" del, där vi i Sverige har nytta av en del som säges, men där man i flera andra tidskrifter (tex British Medical Journal, New England Journal of Medicine eller Månadsskrift för Praktisk Lægegering) finner nog så välskrivna och genomarbetade artiklar.

Beträffande psykologiska infallsvinklar och frågeställningar är tidskrif-

ten många gånger ett föredöme. Ett flertal artiklar i varje nummer speglar sådana sidor av vår verksamhet.

Som källa för idéer inom undervisning och verksamhetsutveckling är tidsskriften också mycket bra. Inom flera områden ligger man ju före oss i USA och i ett utvecklingsskede är det alltid stimulerande att få nya impulser och försöka översätta dessa till svenska förhållanden. Det resonemanget kan man också överföra på de ideologiska diskussioner som förekommer.

Jag tycker det är en bra – nödvändig tidskrift, som bör ingå i våra bibliotek på vårdcentralerna.

Leif Persson
Distriktsläkare, Sollefteå

OBS!

SFAM-nytt kan man
prenumerera på
100 kr för år 1982 till
postgiro 65 59 74-4.

Ange prenumerationsavgift
vid betalningen.

Fortsatt vidareutbildning vid vårdcentral – erfarenheter från Tibro 1980–81

ELSA HERMANSSON

Nyckelord: Utbildning. Vidareutbildning. Allmänmedicin.

Som just färdig AT kom jag våren 1980 till Tibro vårdcentral för att påbörja mitt allmänmedicinblock. Blocket har jag på eget initiativ fått varvat, vilket innebär högst ett år slutenvårdsplacering avbrutet av 3–6 månader vid vårdcentralen (VÅC). Fördelen är en kontinuerlig kontakt med arbetet/arbetskamraterna vid VÅC och en ökad möjlighet till bibehållandet av öppen-vårdstänkandet också på sjukhuset.

Som enda FV vid en nystartad VÅC kom jag att slussas direkt in i arbetet som en "fullvärdig" distriktsläkare om än med kontinuerlig handledning. För att få en allsidig bild av de olika verksamhetsformer som förekommer delades handledarskapet upp i 4-månadersperioder av de tre ordinarie läkarna som ansvarade för 1) ålderdomshem/sjukhem, 2) sjukhem/dagvård, 3) företagshälsovård/skola/mödravårdscentral.

För direkt handledning avsattes en timme/vecka och dessutom gavs tillfälle till auskultation några gånger vid respektive sidoaktivitet (ex ålderdomshem) innan jag efter några månader fick eget ansvar för låg- och mellanstadieskolorna och ålderdomshemmet (totalt 6 1/2 tim/vecka).

I början av tjänstgöringen gjorde jag hembesök hos ett 20-tal av kommunens pensionärer, slumpvis utvalda från vår väntelista. Detta innebar en möjlighet att se något av olika miljöer/boendeformer i vår kommun, vilket gav extra nära kontakt med dessa människor som jag erfor då flera av dem senare kom på återbesök till mottagningen. En stimulerande möjlighet till att få den helhets-syn vi eftersträvar.

De första två månaderna avsattes 2–4 tim/vecka till att följa distriktssköterskornas arbete – på VÅC och via hembesök – också detta värdefullt såväl ur kontakt- som utbildningssynpunkt.

På grundval av egna positiva erfarenheter av att successivt slussas in i det varierande arbetet som distriktsläkare gjorde jag senare ett schema för de AT-läkare som efter hand kom till oss. Uppläggningsen framgår av nedanstående sammanställning:

Syfte

Att få en allsidig bild av den verksamhet en distriktsläkare på flerläkarstation deltar i.

Månad 1:

Introduktion dag 1.

Vecka 1: Deltar i jourverksamhet plus enstaka tidsbeställda patienter.

Vecka 2–4: Tillsammans med distrikts-sköterska 3 tim/vecka. Deltar i deras mottagning (förmiddag).

Månad 2:

Tillsammans med distriktssköterska 3 tim/vecka.

Deltar i hembesök (eftermiddag).

Deltar nu i "springrond"* hos distrikts-sköterska.

Egna hembesök.

*) "springrond": Distriktssköterskorna sam-lar strax före lunch upp patienter som kräver läkarbedömning.

Månad 3:

Deltar i skolhälsovård.

Vecka 1: Låg- och mellanstadium.

Vecka 2: Högstadium.

Vecka 3: Låg- och mellanstadium.

Vecka 4: Högstadium.

Hembesök.

Månad 4:

Besök på ålderdomshem. 4 tim/vecka 1–2 gånger.

Auskultation: Socialkontoret 1 dag.

Hälsovårdsenheten, KSS, 1 dag.

Hälsovårdsavdelningen, Tibro, 1/2 dag.

Hembesök.

Månad 5:

Auskultation vid sjukhem.

Följer ordinarie läkare 8 tim/vecka två gånger.

Vecka 1: Avdelning Björken.

Vecka 2: Avdelning Linden.

Månad 6:

Auskultation vid

Företagshälsovård en gång.

Barnavårdscentral en gång.

Mödravårdscentral en gång.

Arbetsvård en gång.

Mitt eget första FV-år – vid vårdcentral – blev en inspirerande och varia-

tionsrik tid, som för mig blev en extra stimulans till fortsatt satsning på denna arbetsform – allmänmedicinare vid vårdcentral.

Författarpresentation:

Elsa Hermansson är FV-läkare inom allmänmedicin. Hon har på eget initiativ varvat slutenvårdsplacering vid kärnsjukhuset i Skövde med öppen-vårdstjänstgöring enligt "AGA-princip". Öppenvårdsdelarna fullgör hon vid vårdcentralen i Tibro, som ligger ca två mil öster om Skövde.

Primärvårdsnämnd och -kansli – erfarenheter från Skaraborg

LARS BERG · LARS LUNDSTEDT

Nyckelord: Primärvårdsorganisation, Skaraborg.

Bakgrund

Skaraborgs läns landsting genomför fn en målmedveten satsning på primärvård. Utbyggnaden innebär bla att det inom en tvåårsperiod kommer att finnas minst en vårdcentral och ett sjukhem i var och en av länets 16 kommuner. Tyngdpunkten i arbetet förskjuts alltmer mot förebyggande insatser och vård i hemmen.

Skaraborgs primärvårdssatsning grundar sig på en långsiktig planering där de första besluten sträcker sig mer än tio år tillbaka i tiden; redan 1968 antog man tex en öppenvårdsplan och 1971 en hälsoplan.

Primärvårdsnämnder

Primärvårdsutbyggnaden innebär att antalet primärvårdsanställda inom de befolkningsmässigt minsta kommunerna i länet kommer att uppgå till ca 150–200 personer, i de medelstora kommunerna till 300–400 och i de större kommunerna till över 1.000 personer. Primärvården blir härigenom en av de större arbetsgivarna i respektive kommun. Denna omfattning av organisationen och behovet av en ökad samverkan med andra huvudmän inom kommunen såsom socialvård, skola, företag, försäkringskassa, apotek, arbetsvård m m ledde till att landstinget år 1979 fattade beslut om att inrätta sk primärvårdsnämnder, dvs politiska ledningsorgan för primärvården i var och en av länets kommuner. Primärvårdsnämnderna skulle bestå av 7–9 ledamöter som utses av landstinget. Juridiskt har primärvårdsnämnderna samma ställning som sjukhusdirektioner.

Primärvårdskanslier

Redan 1977 hade man beslutat att decentralisera den administrativa ledningen av primärvården och inrätta primärvårdskanslier med kommunen som ansvarsområde. I konsekvens med att sjukhusdirektionens ledande tjänsteman kallas sjukhusdirektör fick primärvårdsnämndens motsvarande funktionär benämningen primärvårdsdirektör.

Organisationsgenomförande

Genomförandet av primärvårdsorganisationen skulle ske i tre etapper; i sex kommuner år 1980, sju kommuner 1981 och resterande tre kommuner

1982. I praktiken har genomförandet gått snabbare så att det nu endast återstår två kommuner att nyinrätta primärvårdsnämnder i år 1982. Tibro kommun – varifrån de här beskrivna erfarenheterna finns hämtade – tillhör de kommuner som först fick primärvårdsnämnd.

Tankar bakom beslutet

Grundläggande för beslutet om primärvårdsorganisation var att man ville säkerställa en primärvårdsutbyggnad enligt de olika principbeslut som tidigare var fattade.

Genom den lokala ledningsorganisationen ville man vidare åstadkomma

- ökat lokalt inflytande och lokal förankring
- förbättrad kontakt mellan sjukvårdsstyrelsen och den lokala vårdorganisationen
- kortare beslutsvägar
- bättre samverkansmöjligheter med lokala företrädare för personalorganisationerna
- kortare avstånd mellan allmänhet och vårdansvariga
- effektivare samverkan med andra huvudmän.

Tibro

Tibro kommun är en geografiskt liten kommun mellan Skövde och Vättern. Kommunen har ca 11.200 invånare, varav ca 85 % bor i tätorten. Möbeldindustrin är den helt dominerande sysselsättningsgrenen i kommunen. Innan starten av vårdcentralen var hälso- och sjukvårdsservicen i kommunen mycket dåligt utbyggd. Här fanns en distriktsläkare som under 1979 hade "hjälp" av 30–40 olika korttidsvikarierande läkare. Vidare fanns distriktssköterskemottagning, mödravårdscentral samt två ordinarie tandläkare. Det sammanlagda antalet anställda inom primärvården i Tibro var då ca 30 personer.

Primärvårdsutbyggnaden i Tibro startade i februari 1980 med ianspråktagandet av en ny vårdcentral och avslutades i december 1980 i och med starten av ett sjukhem med 96 vårdplatser samt ett dagcentrum för äldre. På mindre än ett år hade då primärvårdsorganisationen utvecklats till bla tre ordinarie distriktsläkare, en AT-läkare och en FV-läkare, sex ordinarie tandläkare, konsultläkare, hälsovårdsmottagning, sjukgymnastik, arbetsterapi och ett sjukhem med 96 vårdplatser. Det

sammanlagda antalet anställda uppgick då till ungefär 270 personer varav huvuddelen var anställda på sjukhemmet.

Primärvårdsnämnden i Tibro består av sju ordinarie ledamöter, varav samtliga utom en bor i Tibro. Man sammanträder ungefär en gång per månad och sammanträdena har hittills tagit ca 3–4 timmar i anspråk. I nämnden finns personsamband med såväl primärkommunala som landstingskommunala styrelser och nämnder, tex kommunstyrelse, social centralnämnd och sjukvårdsstyrelse.

Primärvårdskansliet leds som tidigare nämnts av primärvårdsdirektören, som till sin hjälp på kansliet har 8,5 tjänster, bla personalchef, föreståndare och ekonomiassistent. På grund av hälso- och utbildningsfrågornas stora vikt inom primärvården finns from 1981 också särskilda funktioner som hälsoplanerare och utbildningssekreterare.

Kanslitjänsterna har tillskapats dels genom omfördelning från central landstingsnivå, dels genom nyinrättande som en följd av den ökade administrativa service som den större driftorganisationen kräver.

Erfarenheter

Primärvårdsdirektör Lars Lundstedt: "Skaraborgs satsning på lokal ledning av primärvården är såvitt jag vet den första konsekvent genomförda i landet. Det säger sig självt att en så stor organisationsförändring tar tid att genomföra och hittills har vi bara varit igång i ungefär 1,5 år.

För primärvårdsnämndens del har denna första period i stor utsträckning inriktats mot en utbildning av ledamöterna, vilka i de flesta fall tidigare ej sysslat med hälso- och sjukvårdsfrågor. Varje sammanträde har därför hittills inletts med en presentation av olika funktioner inom primärvården av respektive funktionsansvarig, tex läkarmottagningarna, distriktsvården, hälsovården, sjukhemmet. Denna uppläggning har visat sig vara mycket uppskattad av såväl ledamöter som de funktionsansvariga, som härigenom fått en direktkontakt med de ansvariga politikerna. I denna utbildning har också ingått en presentation av Hälsoprofil Skaraborg ur Tibros synpunkt. Vidare har i anslutning till ett av sammanträdena bedrivits en studiedag i hälsofrågor.

Primärvårdsnämnden har också tagit en del väsentliga beslut, tex budgetförslag för 1981 och 1982, start av företagshälsovård i Tibro och ett verksamhetsprogram för dagcentrum som utformats gemensamt med sociala centralnämnden. Under hösten 1981 har nämnden också tagit ett program för det förebyggande arbetet, benämnt "För ett friskare Tibro". Nämnden har också utgjort remissinstans för såväl primärkommunala som landstingskommunala utredningsförslag. Genom diskussioner i nämnden kan vidare nämnas att vi kommit fram till en gemensam distriktsindelning mellan primärvårdsnämnden och den kommunala sociala hemtjänstens ansvarsområden.

Minna hittillsvarande erfarenheter är sammanfattningsvis att man från landstingsledningens sida har en klart uttalad strävan att vilja ge primärvårdsnämnderna reella befogenheter att så långt möjligt själva utforma sin verksamhet samt att nämnden både är intresserad av och beredd att axla detta ansvar. Det finns ett mycket stort intresse hos nämndledamöterna att skaffa sig ökade kunskaper om förhållanden som påverkar befolkningens hälsa samt metoder att förbättra den.

En svårighet i förverkligandet av intentionerna kan vara det delade huvudmannaskapet mellan kommun och landsting då man kommer in på ekonomiska mellanhavanden som berör de båda huvudmännen. Exempelvis har det visat sig svårt att nå en överenskommelse om ansvarsförhållandena i hemsjukvården trots att samtliga parter varit rörande ense om såväl det humanitärt som samhällsekonomiskt riktiga i denna satsning.

Fördelarna att som administratör vara placerad ute i primärvården upplever jag som alltmör uppenbara. Den dagliga direktkontakten med läkare och annan primärvårdspersonal i korridorer, matsal och vid mer formella träffar kan aldrig ersättas med telefonsamtal eller brevkorrespondens. Jag uppskattar också samarbetet med de fackliga organisationerna som på detta sätt kan bedrivas på ett informellt och naturligt sätt. Närheten till verksamheten gör att man som primärvårdsdirektör kan avbyråkratisera sitt arbete och därigenom göra betydligt mera nytta. Ätminstone upplever man det själv så...".

Primärvårdschef Lars Berg:

"Sett ur läkarsynpunkt har erfarenheterna hittills från inrättandet av primärvårdsnämnd och primärvårdsbaseringen av kansliet varit enbart positiva.

Eftersom primärvårdsnämndens arbete måste ses ur ett mera långsiktigt perspektiv kanske 1 1/2 års erfarenhet är något kort, men man kan ändå peka på några konkreta fördelar. Genom att primärvårdschefen är adjungerad till nämndsammanträdena tillgodoses läkarintressena både vad det gäller

information från landstingshåll och möjlighet att delge nämnden synpunkter på medicinska och vårdorganisatoriska förhållanden. Primärvårdsnämndens områdesansvar samt denna direkta kontakt kommer med all säkerhet att vara ytterst värdefull när det gäller att axla det fullständiga hälsoansvaret för befolkningen inom primärvårdsområdet.

Det förhållande som ur läkarsynpunkt hittills varit mest påtagligt är dock utlokaliseringen av kanslifunktionen. Direktkontakten med "landstingets förlängda arm" innebär påtagliga fördelar. Genom att den lokala administrationen redan har etablerade kontakter med övriga administrativa funktioner inom landstinget och kännedom om olika kontaktvägar kan man lösa problem och frågeställningar på ett snabbare och effektivare sätt. Framför allt upplever man att man inte längre fastnar i någon byråkratisk djungel. Vidare förs information om aktuell planering inom landstinget ut i ett mycket tidigare skede med en ökad möjlighet att påverka besluten.

Även i planeringen av arbetet på vårdcentralen och i själva ledningen av primärvården är kansliet till avsevärd hjälp. Kansliet har utnyttjats en hel del för att ta fram planeringsunderlag. Primärvårdsdirektörens aktiva deltagande har även inneburit avlastning i ledningsfunktionen av vårdcentralen, och själva ledningsfunktionen har mer och mer blivit ett teamarbete där samarbetet fungerat så komplikationsfritt som man kan önska.

Inför framtiden kan man konstatera att hittillsvarande erfarenheter av primärvårdsnämnd och -kansli skapat en mycket fin grund för fortsatt utveckling av primärvården i Tibro. Vid starten av den nya organisationen uttalades från vissa håll farhågor att den skulle leda till en alltför uttalad bypolitik med stora skillnader mellan primärvårdsområdena som följd eller till ett tungrott samarbete. Fortsätter det enligt den här i Tibro utstakade vägen tycker jag man nu kan konstatera att dessa farhågor på intet sätt behöver bli besannade".

Framtid

Våra hittillsvarande erfarenheter gör att vi helt tror på den organisation för primärvården som Skaraborgs läns landsting håller på att genomföra. Härigenom får primärvården en egen politisk och administrativ plattform som hittills saknats och man har äntligen möjlighet att vända den omtalade vårdpyramiden rätt så att det är befolkningens behov som styr hälso- och sjukvårdens utformning och inte tvärtom.

Just nu är det väl framför allt bristen på allmänläkare – vi har fortfarande tre vakanser – som hindrar oss att ta detta steg fullt ut.

Den lokala politiska förankringen tror vi blir allt viktigare i tex det förebyggande arbetet och inom äldre-

omsorgen. Avgörande för förverkligandet av primärvårdens mål på dessa områden är ju en intim samverkan med primärkommunen och andra organ inom kommunen. Här kommer den lokala knytningen att vara ovärderlig.

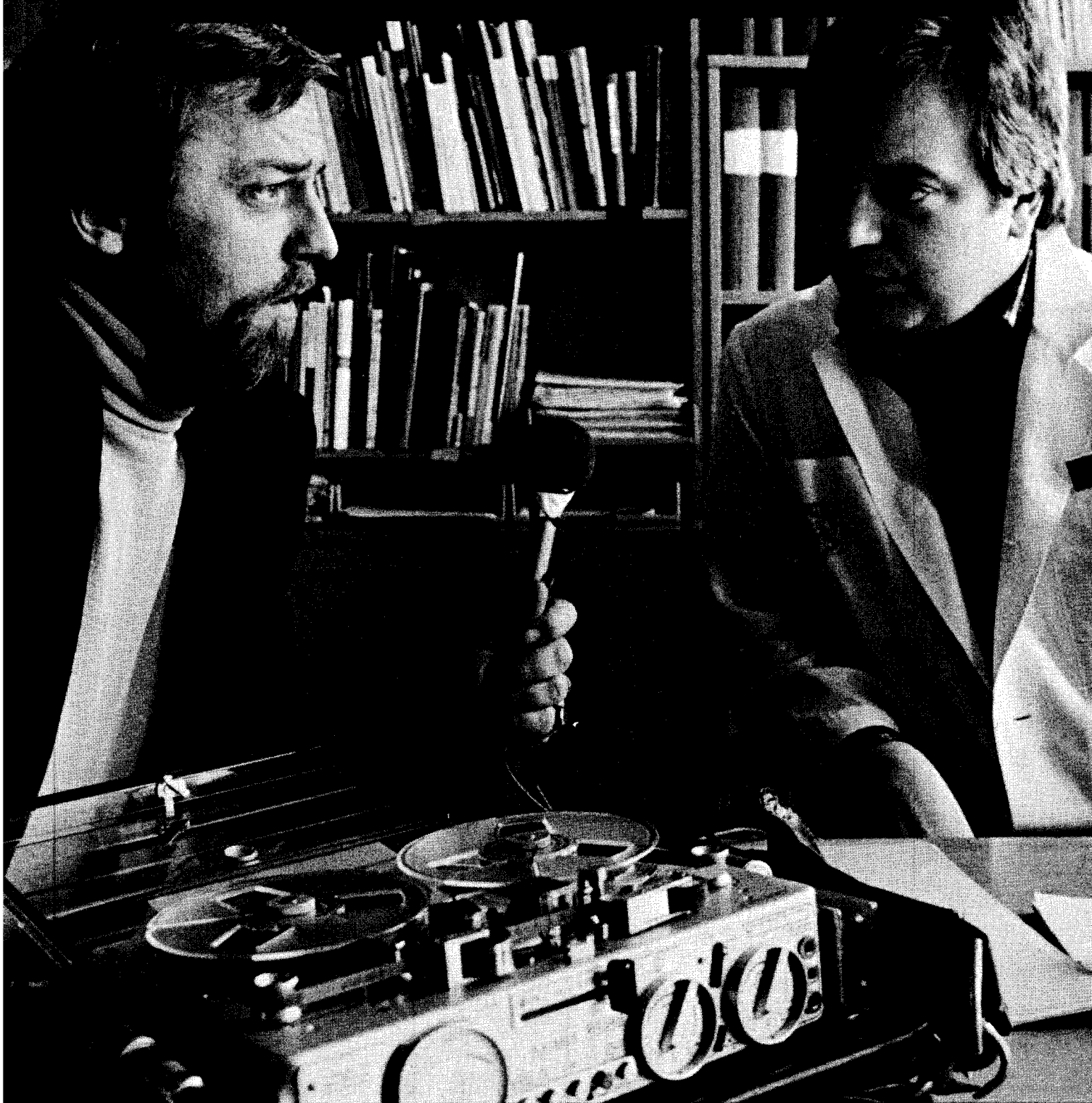
Problemet med det delade ekonomiska huvudmannaskapet mellan primärkommun och landsting bör också gå att lösa genom att ge primärvårdsnämnderna en total budget för hälso- och sjukvården för kommuninvånarna. Då får man möjlighet att välja mellan att tex köpa dyr akutsjukvård i stället för att ordna hemsjukvård i hemkommunen eller att betala vård på intensivvårds- och ortopedavdelningar i stället för att ändra en trafikfarlig korsning. Kanske Gösta Tibblins "Järvmonprojekt" blir först till genomförandet i Skaraborgs län. Förutsättningarna finns.

Författarpresentation

Lars Berg har sedan hösten 1980 en tjänst som distriktsläkare vid vårdcentralen i Tibro. Han är tillika primärvårdschef inom kommunen.

Lars Lundstedt är sedan 1980 anställd som primärvårdsdirektör i Tibro. Dessförinnan hade han det administrativa ansvaret för starten av Tibro vårdcentrum.

PRIMÄRVÅRDEN I SKARABORG



Mellan lokalradion och primärvården har vi en "öppen kanal". Olle Lyngstam, primärvården i Skövde och Thomas Körling, Radio Skaraborg, har tillsammans gjort en serie program med lättillgänglig information om t.ex. åtgärder vid "vanliga" sjukdomstillstånd. De har blivit mycket uppskattade och lyssnarna har efterlyst repriser. Per telefon och brev har förslag lämnats till ämnen för nya program.

NU BÖRJAR VI PÅ ALLVAR UTVECKLA INNEHÅLLET I VÅRDEN. DÅ BORDE DU OCKSÅ VARA MED!

Innan man kan satsa på att utveckla primärvården måste man ha klarat av en mängd stora investeringar i bl.a. lokaler. Det har vi redan gjort i Skaraborg – och det försprånget vill vi behålla när vi nu på allvar börjar utveckla innehållet i vården.

Skaraborg har de resurser du behöver.

De stolta planerna och den krassa verkligheten kan vara två vitt skilda saker. Men inte när det gäller primärvården i Skaraborg! Har du funderingar kring utveckling eller nya vårdformer? Då är du välkommen till Skaraborg. Vi vill utnyttja alla möjligheter att utveckla innehållet i primärvården och därmed behålla vårt försprång. Vi både har resurserna och modet att ta nya djärva grepp.

I Skaraborg kan du utveckla dig själv.

Som distriktsläkare i Skaraborg får du

möjligheter till fortbildning, forskning och utveckling. I höst anställer vi en distriktsläkare med särskilt ansvar för uppläggning av utbildning och handledning. För forsknings- och utvecklingsarbete blir de lokala hälsovårdsenheternas utredningsresurser en tillgång för dig som läkare – du ska inte bromsas av resursbrist. Vill du bibehålla eller utveckla ett kunnande inom någon specialitet försöker vi ge dig arbetsförutsättningar för det.

Beställ vårt primärvårdspaket.

För dig som är läkare har vi sammanställt ett särskilt "primärvårdspaket" med all information om primärvården i Skaraborg – när, var och hur vi bygger ut, arbets- och samarbetsformerna som syftar till att avlasta dig och få saker att hända snabbare.



Skaraborgs läns landsting
SJUKVÅRDSSTYRELSEN

**VI I SKARABORG HAR ETT FÖRSPRÅNG INOM
PRIMÄRVÅRDEN. VI SATSAR FÖR ATT BEHÅLLA DET FÖRSPRÅNGET!**

Ytterligare upplysningar lämnar:

Blockchef Anders Fex, tel. 0501/170 00
Primärvårdsdirektör Karlolof Fernow,
tel. 0501/620 00. Bost. 0511/810 27.

Härmed beställes primärvårdspaketet.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Sjukvårdsstyrelsen
Box 407
542 01 Mariestad

Frankeras ej.
Landstinget
betalar
portot

Skaraborgs läns landsting

Sjukvårdsstyrelsens kansli
Box 407
542 01 MARIESTAD

Svarsförsändelse

Kontonummer 10756005
542 01 MARIESTAD

PRIMÄRVÅRDEN I SKARABORG

VI SES PÅ LÄKAR- STÄMMAN!

Du har väl också läst de båda tidigare annonserna om primärvården i Skaraborg? Om de resurser och de ambitioner vi har för att göra Skaraborg verkligt intressant för distriktsläkarna.

Läkare som redan besökt länet för att få veta mer om primärvården har förvånats över att vi ligger så långt framme, att vi satsar så mycket på distriktsläkarnas arbetsförutsättningar . . . Något att tänka på för Dig som är – eller snart blir – färdig läkare.

Vi finns i monter nr 5 – adress Organisationsgatan

Du kommer till läkarstämman. Vi finns i monter nr 5 på Organisationsgatan i hall C. Där träffar Du kollegor från Skaraborg – läkare som upplevt länet och dess satsning på primärvården från insidan. Ingen kan ge bättre (kollegiala) svar på Dina frågor!

Där möter Du också distriktsläkare, läkare under AT (Allmäntjänstgöring) eller FV (Fortsatt vidareutbildning) samt läkare inom andra specialiteter.

Boka in ett besök!

I vår monter får Du all den information Du kan önska. Men bara i Skaraborg kan Du få den riktiga känslan för atmosfären och utvecklingsmöjligheterna. Därför tänker vi inbjuda Dig till ett besök i "landet mellan Väner och Vättern".

VÄLKOMMEN TILL LÄKARSTÄMMAN!



Skaraborgs läns landsting
SJUKVÅRDSSTYRELSEN