

SFAM nytt

Nr 2 1982 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNEMEDICIN



Ur innehållet:

PRIMÄRVÅRD OCH ALKOHOLMISSBRUK. EFTERUTBILDNING I ALLMÄNNEMEDICIN.
LANDSTINGENS SAMHÄLLSMEDICINSKA ENHETER

530 5764

0 - d 71 - " - v - a - s - !

Ledare: Efterutbildning och utbyte av forskningserfarenheter <i>Bo Haglund</i>	59	Primärvården och alkoholproblem <i>Anders Romelsjö</i>	66
FÖRENINGSNYTT: Nytt namn? Pristävlan!	59	EFTERUTBILDNING: Provinsialläkarfondens kursverksamhet <i>Iris Blomberg, Ulla Riis, Lennart Råstam</i>	72
KURSER OCH KONFERENSER: SFAM:s höstmöte i Hudiksvall	60	Vet jag, vad jag behöver veta? Synpunkter på distriktsläkarens efterutbildning <i>Carl Edvard Rudebeck</i>	76
Riksstämman 1982	60	Erfarenhet av Balint-grupp i Sollefteå <i>Leif Persson, Per Frederiksen, Kjeld Knuthsen, Thomas Löfgren, Örjan Nilsson, Christian von Schéele, Carl-Eric Thors</i>	79
Svenska Distriktsläkareföreningens förenings- och fullmäktigemöte	61	Landstingets samhällsmedicinska enheter, hälsovårdsenheter <i>Bo Haglund</i>	81
Tenth Wonca World Conference on Family Medicine	61	Vad är en vetenskaplig artikel? <i>Bo Haglund</i>	84
Svensk Socialmedicinsk förenings höstmöte på vårdcentralen Kronan.	62	RECENSIONER: Praktik och teori	85
Förebyggande arbete företrädesvis i primärvård	62	Böcker inkomna för recension	85
Rapport från Svensk Socialmedicinsk vårmöte i Örebro.	63	Ut med forskningen!	86
Primärvårdsforskning – medel för korrigerande av den dagliga praktiken	63	Forskning i allmänmedicin	86
SIMG	64		
Enkät om vårdlagsutvecklingen i primärvården	64		
DEBATT: Svenske tilstander – ett obsolet begrep? <i>Dag Bruusgaard</i>	65		

Omslagsbild: Våren (*La prima vera*) av Sandro Botticelli.

Vi har ont om omslagsbilder!

På redaktionen tar vi tacksamt emot fotografier, teckningar och liknande som kan användas som omslagsbilder eller andra illustrationer. Mindre ersättning utgår för publicerade bilder.

Redaktionen

130 5764

Efterutbildning och utbyte av forskningserfarenheter

Vårens andra nummer av SFAM-nytt är ett blandnummer. Några artiklar tar emellertid upp efterutbildning för allmänläkare. Blomberg o. a. ger en beskrivning och utvärdering av provinsialläkarfondens kursverksamhet. En förändrad inriktning synes nödvändig om kursdeltagarnas synpunkter skall tas på allvar. Fler allmänläkare behövs i kursledning. Om primärvården skall kunna utvecklas är det också viktigt att kurser i forskning och utvecklingsmetodik påbörjas.

Bidragen från Carl-Edward Rudebäck: Vet jag vad jag behöver veta? Och beskrivningen av Balintgrupper i Sollefteå pekar på att stora delar av vår vardagspraktik handlar om att tillägna oss ett annorlunda *förhållningssätt* i synen på och bemötandet av våra patienter. I båda bidragen argumenteras för betydelsen av Balintgrupper inom svensk primärvård som ett medel för att uppnå ett nytt förhållningssätt.

Att utbyta erfarenheter genom vetenskapliga artiklar är viktigt, inte minst för en ung vetenskapsgren som allmänmedicinen. Allt fler bidrag strömmar in till redaktionen för SFAM-nytt. De flesta är både intressanta och kvalitativt goda. Att skriva bra vetenskapliga artiklar är dock inte allom givet. För att underlätta artikelskrivandet påbörjas i det här numret en serie om "att skriva och publicera vetenskapliga artiklar". Utgångspunkten är de riktlinjer som gäller för biologiskt orienterade tidskrifter. De normer som gäller för dessa tidskrifter är kanske inte alltid tillämpliga för allmänmedicinska artiklar, framför allt om avsikten är att belysa sociala och socialmedicinska problemställningar. Jag hoppas att vi kan få till stånd en debatt i frågan. Kanske behöver allmänmedicinen/primärvårdsforskningen utveckla en egen tradition för hur vetenskapliga artiklar skall skrivas.

BO HAGLUND



Periodisk tidskrift för allmänmedicin.

Ansvarig utgivare:

Ingvar Krakau

Huvudredaktör:

Bo Haglund, Karolinska institutet, Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

Redaktör:

Magnus Eriksson, Repslagaregatan 3A, 95135 Luleå, tel: 0920/15856

Adress:

SFAM-nytt, Karolinska institutet, socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

ISSN 0349-4772

Annonsredaktör:

Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm, tel: 08/340240.

Prenumerationsavgift:

100 kr per år, för studerande 50 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 375440-5 till Magnus Eriksson. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1982.

Förenings
nytt

Nytt namn? Pristävlan!

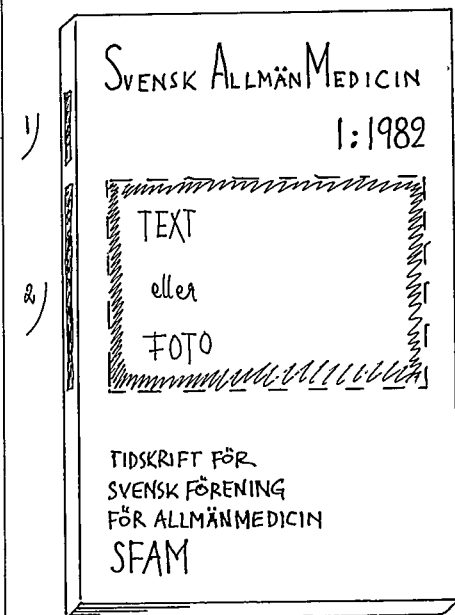
Som svar på vår vädjan i föregående nummer har bland annat förslag inkommit från distriktsläkare L. Stadling i Sala, vilket illustreras i figuren.

Vi vill samtidigt utlysa en pristävlan på förslag till nytt namn för vår tidskrift i allmänmedicin. Förslaget bör vara inlämnat senast 1 augusti 1982 till redaktionen. Förslagen till framsida får gärna vara i färg.

Förutom glädjen att få se sitt förslag genomfört får pristagaren "SFAM-nytt" gratis under ett år.

Redaktionen

Förslag till annat namn för SFAM-nytt



Sala den 3/3 1982

L. Stadling

Distriktsläkare,
Vårdcentralen, Sala .

Tidskriften kunde ändra namn till Svensk Allmän-Medicin.

SFAM bör bestå som namn på Svensk förening för allmänmedicin.

Nr 1: 1982 har 55 sidor. Det är redan ganska volymiöst. Kanske tidskriften borde få en rygg som Läkartidningen? Då kan den staplas liggande - med ryggar utåt.

- 1) 1:1982
- 2) SVENSK ALLMÄN MEDICIN

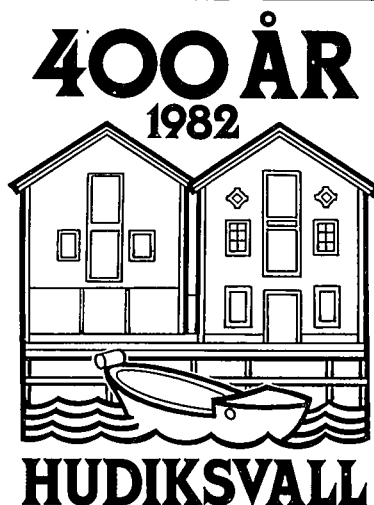
Välkommen till Glada Hudik 400 år!

**SEAM:s höstmöte i Hudiksvall
30/9-1/10**

Arrangörer för mötet är Gävleborgs distriktsläkarförening i samarbete med hälsoenheten på landstinget samt utvecklingsenheten i Hofors. Då Hudiksvall i år firar 400-årsjubileum känner vi oss mycket glada att Gävleborgs län har blivit utvalt och att vår jubilerande stad har fått möjligheten att stå som värd för mötet.

Vårt moderna konferenshotell Stadshotellet är nyligen tillbyggt (till skid-SM 1980) och innehåller plats för cirka 225 personer (under förutsättning att en del kan bo tillsammans i dubbelrum). Hudiksvalls stadshotell är beläget cirka 200 meter norr om järnvägsstationen. Även enklare hotellrum kan arrangeras, alternativt uthyrningsrum som sjukhuset kan upplåta för en billig penning. Konferensavgift 450 kronor för konferens och måltider under konferensen. Hotellkostnaden betalas separat till hotellet alternativt sjukhuset. Avgift för efteranmälningsdag 15 augusti 1982. Konferensen är anmäld till Landstingets kommitté för planering av externa kursgivare (SEK).

Kontaktman för kursen (hotellbokning, resor osv) är Håkan Unnegård, Hälsocentralen, Box 609, 824 21 Hudiksvall, tel 0650-18930, eller sjukhusdirektör Rune Pettersson, Hudiksvalls sjukhus, Box 601, 824 01 Hudiksvall, tel 0650-92000.



PROGRAM

Torsdag 30 september

Förebyggande arbete i Gävleborgs län
13.00-13.10

Hälsningsanförande.

13.10-15.00

Utvecklingen sedan 1969 och framåt

Allmänna hälsokontroller

Riktade hälsokontroller

Tumörsjukdomar

Högt blodtryck

Politisk förankring - hälsoplan m m

15.00-15.30

Kaffe

15.30-16.15

Hälsouppllysning - friskvård i länet

Kost

Motion

Tobak

Droger

16.15-17.00

Hälsouppllysning - friskvård i primärvården i Hudiksvall

17.00-17.15

Paus

17.15-18.00

Hälsouppllysning och friskvård, tro och vetande

Fredag 1 oktober

8.00-12.00

Registerstudier, metodproblem m m

8.00-10.00

Dödsorsaksstatistik

10.00-10.30

Kaffe

10.30-12.00

Läkemedelsstatistik

12.00-13.00

Lunch

13.00-15.30

Fria föredrag

Tio minuter avsätts till varje föredrag, följt av fem minuters diskussion.

Abstracts sänds till distriktsläkare Mats Ribacke, Utvecklingenheten, Hantverkargatan 32, 813 00 Hofors, senast 15 augusti.

Abstracts skall innehålla titel, föredragshållare med namn och adress. Kort sammanfattning om högst 20 maskinskrivna rader på A4-papper.

Riksstämman 1982

Allmänmedicinare!

Nu är det dags att börja planera höstens riksstämma. För Er som önskar anmäla *föredrag/posters* finns blanketter för rekvisition.

Vi räknar i år med att få minst lika stort utrymme som föregående år för fria föredrag under riksstämmeveckan!

Jag måste ha anmälan av föredrag/posters hos mig senast den 1 september. Jag är naturligtvis glad för att få dem tidigare. Observera att abstrakt som då inlämnas måste vara färdigbearbetade så att de direkt kan publiceras i sammanfattningsboken.

Som framkommit av diskussionsinlägget av Matts Beling (SFAM-nytt nummer 4 1981, sid 113) är det oftast ett rent krig om utrymme för att få våra allmänmedicinska *symposier* godkända. I styrelsen har vi diskuterat följande symposier till årets riksstämma med prioritetsordning:

1. Diabetes mellitus i primärvård (moderator Bengt Scherstén)
2. Ländryggens sjukdomar (kontaktman Bengt Johansson).
3. Laboratorieundersökningar vid vårdcentral (kontaktman Christer Gunnarsson).

Slutförhandlingarna om vilka symposier som kommer att få vara med förs i delegationen för läkaresällskapets riksstämma under april månad.

Bo Haglund

Socialmedicinska institutionen
Vårdcentralen Keronan
11783 Sundbyberg

ANMÄLAN TILL SEAM:s HÖSTMÖTE I HUDIKSVALL 30/9-1/10 1982

Namn _____

Adress _____

Telefon: Bost _____ / _____ Arb _____ / _____

Önskemål Enkelrum
 Dubbelrum

Vill bo på Stadshotellet Enkelrum ca 225 kr Dubbelrum ca 275 kr
 Hotell Hudik Enkelrum ca 335 kr Dubbelrum ca 400 kr
 Hälsingegården Enkelrum ca 175 kr Dubbelrum ca 235 kr
 Sörgården Enkelrum ca 75 kr Dubbelrum ca 130 kr
 Sjukhuslägenhet 55 kronor/natt

Åker Tåg Beräknas anlända klockan _____
 Bil Beräknas anlända klockan _____

För de som anländer tidigare finns möjlighet till sightseeing i Hudiksvall inkl nybyggd hälsocentral 30/9 kl 10.30-12.00. Intresserad? Ja Nej

Sightseeing fredagen 1/10 klockan 16.00-17.30 Ja Nej



Ämne: Äldreomsorgen inom primärvården

Fredagen den 14 maj

08.15–08.30

Distriktsläkarföreningens ordförande Per G Swartling inleder och därefter korta hälsningsanföranden av landstingsrådet Henry Stjerna och representant för Bengtsfors kommun.

08.30–09.00

Demografi och epidemiologi
Professor Alvar Svanborg, Göteborg.

09.00–09.30

Hemsjukvårdens möjligheter
Distriktsläkare Gustaf Haglund.

09.30–10.00

Boendeformer och kommunal service för äldre

Representant från Kommunförbundet.

10.00–10.30

Kaffepaus.

10.30–11.00

Presentation av PRIMUS-projektet i Ulricehamn

Distriktsläkare Bonde Johansson.

11.00–12.30

Paneldebatt: Hur utnyttja resurserna bäst för att klara äldreomsorgen?

Moderator och tillika diskussionsdeltagare:

Distriktsläkare Sture Lorentzon.

Övriga deltagare:

Överläkare Birgitta Swartz, ordförande i långvårdsläkarföreningen; landstingsrådet Henry Stjerna; socialchefen Stig Robertsson, Borås; sektionschefen Douglas S Kallin, SPRI; primärvårdsföreståndaren Anita Börjesson, Ulricehamn;

12.30–14.00

Lunchpaus.

14.00–14.45

Diagnostiska problem vid bedömningen av äldre patienter – över- och underdiagnostik

Docent Sten Landahl, Göteborg.

14.45–15.30

Den förvirrade åldringen. Synpunkter på behandling

Överläkare Lennart Ljungberg, Beckomberga sjukhus.

15.30–16.00

Kaffepaus.

16.00–16.50

Frågestund, diskussion.

16.50–17.00

Avslutning

Distriktsläkarföreningens ordförande Per G Swartling.

18.40

Avfärd till Baldersnäs herrgård
Riksdagsman Olle Eriksson berättar om Dalsland.

Lördagen den 15 maj – fullmäktigemöte

08.30

Fullmäktigemöte.

10.15–10.45

Kaffepaus.

12.30–13.30

Lunch.

14.30 (cirka)

Fullmäktigemötets avslutning.

UTFLYKTSPROGRAM FÖR FÖLJESLAGARE

Fredagen den 14 maj

Visning av Gammelgården i Bengtsfors samt studiebesök på Stenebyskolan.

Efter lunchuppehållet fortsätter resan till akvedukten i Håverud med eftermiddagskaffe på herrgården.

Lördagen den 15 maj

Besök hos Sven i Ragnere, en personlighet som brukar jord på fädernas vis, skulpterar, smider i järn och är konstnär på många sätt.

Tenth Wonca World Conference on Family Medicine

Singapore 20th–24th May, 1983.

Theme: "The Family Physician in a Changing World"

Bäste Kollega!

Världskongressen i allmän medicin i Singapore 1983 närmar sig med stormsteg.

Jag har nu fått inbjudan till fria föredrag och som ni ser är tiden kort. Abstract skall vara inne före den 30 april 1982. Det är dock min förhoppning att så många svenska föredrag som möjligt skall hållas i Singapore trots kort anmälningstid och långt avstånd till kongressen.

Om ni anmäler fria föredrag vore jag tacksam om ni kunde skicka en kopia till mig då det kan vara av intresse att veta vad som är anmält från Sverige för att kunna försvara detta i eventuella framtida diskussioner med kongressledningen.

Bästa hälsningar Göran Sjönell

Internationell sekreterare
Svensk förening för svensk allmän medicin.

Adress: Matteus vårdcentral

Distriktsläkarmottagning

Surbrunnsgatan 66

11327 Stockholm

Tel. 08/34 0240

Dear Colleagues in Wonca,

The Scientific Sub-committee of WONCA wishes to thank you for your prompt, efficient and special assistance in securing possible speakers for the plenary sessions of the Tenth WONCA World Conference on Family Medicine. We are glad to say that response from national bodies was almost unanimous and very heartening indeed. In no small measure must we thank you for your assistance and leadership in securing potential speakers' names.

The Scientific Sub-committee of WONCA has, after careful deliberation and thought, selected speakers for the plenary sessions and the respective speakers have already been invited.

It is now the responsibility of the Scientific Sub-committee to invite potential speakers for the *Free Papers Section*. Each speaker would be allotted 10 minutes to present his paper and 5 minutes for discussion. The paper should be original and on an interesting aspect of Family Medicine in any of the three levels of Family Medicine/General Practice throughout the world :-

1. Advance and industrial level e.g. countries like U.S.A., Europe, Australia, New Zealand, etc.
2. Intermediate level of development e.g. countries like India, Pakistan, Philippines, etc.
3. Initial level of development e.g. some of the countries in Africa.

These three levels of development of Family Medicine/General Practice should and will be represented in the spread of the Free Papers Section. Therefore, your help and assistance in informing and disseminating information to your members will greatly facilitate us in securing scientific papers for the Free Papers Section. Please as a matter of urgency, inform your members to send in the title and a 300-word abstract of their proposed paper to the Scientific Sub-committee for evaluation and possible selection for the Tenth WONCA World Conference by 30th April, 1982.

Those candidates who had submitted their names for the plenary sessions, but have not been notified in writing, are invited to submit afresh for the Free papers Section.

Selection of a paper will be based amongst other things, on the intrinsic merit of the paper, and will be an honour to the presenting candidate and to his country. As such, selection of a paper for the Tenth WONCA World Conference on Family Medicine will not attract any disbursements from the Host Organising Committee of WONCA.

Your co-operation and help in disseminating this information to your members will be greatly appreciated.

With warmest regards and abiding good wishes.

Yours sincerely,

Dr Frederick Samuel
Chairman, Scientific
TENTH WONCA WORLD
CONFERENCE

Address: The College of General Practitioners Singapore.
Alumni Medical Centre, 4-A College Road, Singapore 0316.
Telephone 2207730/2230606.
Telex RS 25086

Socialmedicinska föreningens höstmöte kommer att behandla

Förebyggande arbete företrädesvis i primärvård

Plats: Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Tid: Torsdagen den 2 september 1982.

Socialmedicinska föreningens höstmöte, som i fortsättningen kommer att ha karaktären av *seminarier*, kommer att lägga tyngdpunkten på teoretiska och metodologiska problem för det förebyggande arbetet.

Efter inledande teoretiska översikter kommer enskilda förebyggande projekt att presenteras och bearbetas i seminarieform med högst 20 deltagare i varje parallellt seminarium.

Antalet seminarier kommer därvid att styras av deltagarantalet.

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin som inviteras att delta i höstmötet, är också välkomna att lämna in förslag till seminarier med utgångspunkt från egna förebyggande projekt. Anmälan till deltagandet med projekt vill vi ha senast den 15 maj under nedanstående adress.

Anmälan för deltagande i själva höstmötet behöver vi däremot inte före den 15 augusti.

Kontaktperson: Bo Haglund, Karolinska institutet, Socialmedicinska institutionen, 17283 Sundbyberg.

Välkomna!

Bo Haglund
Leif Svanström

KURORT

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

Skriv eller ring respektive kurort så får Ni prospekt över följande kurorter:

HULTAFORS SANATORIUM

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

LOKA BRUNN

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

LUNDSBRUNNS KURORT

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

NYHYTTAN

Hälso & Rehab. center.
713 00 NORA.
Tel. 0587/604 00.
Läkare: C. Prästiin.
L. Laitinen.

SÄTRA HÄLSOBRUNN

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

BADHOTELLET I TRANÅS

573 01 Tranås.
Tel. 0140/141 20.
Chefläkare:
Bo Hallbrink.

VARBERGS HAVSBAD o. KURORT

Box 152
432 01 Varberg 1.
Tel. 0340/106 01,
Läkare: Jan André,
Börje Källgård.

MÖSSEBERGS KURORT

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

FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER

Primärvårdsforskning – medel för korrigerande av den dagliga praktiken.

1982

En rapport från Socialmedicinskt vårmöte i Örebro den 25–26 mars 1982.

BO HAGLUND

Det socialmedicinska vårmötet kännetecknades av det ökade intresse som finns för utveckling av teori och metoder, både inom allmän- och socialmedicin.

Torsdagen innehöll föredrag som var anmälda till allmän- och socialmedicinsektionen vid 1981 års Riksstämman, men då ej kunde beredas plats.

Sex föredrag under torsdag presenterade *forskning och utvecklingsprojekt i primärvården i Örebro län*. Utgående från Hagaprojektet (rapport nr 9 i Örebro läns landstings rapportserie) diskuterades dels hur man startar en vårdcentral och dels hur man i praktisk samverkan med socialvården arbetar förebyggande. Vad gäller förebyggande arbete är sannolikt Haga vårdcentral en av de mest utvecklade i Sverige och vi har mycket att lära oss av deras erfarenheter.

"Forskare och praktiker – några personliga reflektioner kring dubbelrollen", var en annan programpunkt av stort intresse för primärvården. En kurator, en distriktssköterska och en läkare redovisade sina erfarenheter. Distriktssköterskans upplevelse av att hennes erfarenheter från praktiskt vardagsarbete inte togs på allvar gjorde att hon började forska. Den gemensamma erfarenheten var dock att forskningsarbetet lett fram till en större tilltro till den egna kompetensen.

Diskussionen omkring de dubbla rollerna upplevdes som mycket angelägen. Primärvårdsforskningen är ny och en fördjupad diskussion om forskarens roll är viktig. Några frågeställningar som behöver utvecklas: vilka problem är förknippade med forskningens debut? vad sker under forskningsprocessen? hur och för vem skall forskningens resultat presenteras? Vi hoppas kunna komma tillbaka med en presentation av paneldeltagarnas synpunkter i ett senare nummer av SFAM-nytt.

Även fredagens program var i hög grad av allmänmedicinskt intresse. Under temat *Socialmedicinsk teori och metod* presenterades föredrag som belyste socialmedicinsk teori, socialmedicinska hjälpvetenskaper och metodologiska problem inom socialmedicinsk forskning. Dessa föredrag kommer att presenteras i *Socialmedicinsk tidskrifts juninummer*.

Rubrikerna för föredragen presenteras nedan. En sammanställning av sammandragen finns i Örebro läns landstings rapportserie. Rapportserien

framställs i samarbete med Högskolan i Örebro. Rapportnummer 11 innehåller en sammanställning av vårmötet. Intresserade kan beställa den från Olle Lagerström, Högskolan i Örebro, Box 923, 701 30 Örebro. Pris: 10 kronor.

Vetenskapligt program

TORS DAG:

Moderator: Carl-Gunnar Eriksson.

1. *Ungdomsarbetslöshet och ohälsa*
Anne Hammarström, Luleå och Uppsala.
2. *Klasskillnader i hälsotillstånd: Konsekvenser för hälso- och sjukvårdsplaneringen*
Finn Diderichsen, Urban Janlert, Luleå.
3. *Regionala skillnader i läkemedelskonsumtionen*
Lennart Nyström, Lena Korpi, Umeå.
4. *Reumatoid artrit i slutenvårdsregistret: Uppfylls diagnoskriterierna?*
Peter Allebeck, Kjell Ljungström, Erik Allander, Huddinge.
5. *Förtidspension för alkoholmissbrukare – negativt eller positivt?*
Jan-Olof Hörnquist, Linköping.
6. *Socialmedicinska konsekvenser av sjukpenningindragning*
Bo Mikaelsson, Margareta Leijon, Linköping.
7. *Försök med aktiv hälsovård på Wasabröd AB*
James Winoy, Ulf Karlströmer, Umeå och Filipstad.
8. *Socialmedicin i integrerad vårdyrkesutbildning i Linköping*
Kerstin Bergman-Larsson, Kerstin Alexandersson, Mats Foldevi.

Forsknings- och utvecklingsarbete i Örebro län

Moderator: Sven Larsson.

9. *Hagaprojektet: Forskning vid en vårdcentral med samverkan mellan primärvård och socialtjänst*
Carl-Gunnar Eriksson, Gunilla Fahlström, Willy Karlsson, Sven Larsson, Rolf Stål, Örebro.
10. *Ideal och verklighet – om personalens syn på primärvård och socialtjänst*
Gunilla Fahlström, Carl-Gunnar Eriksson, Rolf Stål, Örebro.
11. *Levnadsnivåundersökning – ett medel vid utveckling av primärvården*
Rolf Stål, Carl-Gunnar Eriksson, Gunilla Fahlström, Örebro.
12. *Jourbesöken från olika bostadsområden i en kommun*
Lennart Holmquist, Örebro.
13. *Forskare och praktiker – några personliga reflexioner kring dubbelrollen*
Irene Carlsson, Margus Mägi, Inger Svenman, Örebro.
14. *Hälsopolitiskt programarbete inom alkoholorrådet – en landstingsuppgift*
Sven Larsson, Ingrid Sjöström, Örebro.

FREDAG

Socialmedicinsk teori och metod

Moderator: Carl-Gunnar Eriksson, Leif Svanström.

I. Socialmedicinsk teori.

15. *Ett fackligt program för socialmedicin behövs*
Sune Nyström, Göteborg.
 16. *Försök till analys av principer för kunskapstillväxten inom ett vetenskapligt tvärvärd*
Erik Allander, Huddinge.
 17. *Socialmedicinsk teori – mellan ideologi och vetenskap*
Finn Diderichsen, Urban Janlert, Luleå.
- ### II. Socialmedicinska hjälpvetenskaper
18. *Medicinsk antropologi*
Ida Hydle, Oslo.
 19. *Geografiska metoder inom socialmedicinsk forskning*
Bengt Haglund, Uppsala.
 20. *Kausalitetsproblemet i vetenskapsteoretisk belysning*
Björn Söderfeldt, Örebro.

III. Metodologiska problem inom socialmedicinsk forskning

21. *Hälsoämätning med hjälp av register*
Bertil S Hansson, Sven-Olof Isdansson, Malmö.
22. *Vad vet vi om kvaliteten vid interju och enkätundersökningar om ohälsa och vårdkonsumtion?*
Mats Thorslund, Uppsala.
23. *Dagboksmetoden vid studier av människors arbete med hälsoproblem*
Brita Bergström, Umeå.
24. *Utvärdering av hälsoarbete: grundläggande metoder*
James Winoy, Umeå.
25. *Att utvärdera hälso- och sjukvårdsinsatser – epidemiologiska och sociala synpunkter på val av utvärderingsmetoder*
Denny Vågerö, Huddinge.



SOCIETAS INTERNATIONALIS MEDICINAE GENERALIS SIMG

International Society of General Practice

Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Société Internationale de Médecine Générale

Since 1976 the Janssen Research Foundation has helped SIMG to grant a yearly Research Award, which aims at stimulating Research in General Practice.

Every doctor, or a group of doctors, pondering on doing research, relevant for General Practice in Europe, can apply for the award. He has to mention the significance, the aims, the work-hypothesis and the methods of his project. This draft should not exceed 1.000 words; it can be written in english, german or french. The protocol should not mention the author's name, but a code, which has to be explained on a separate sheet.

Applications can be sent from now on until the 30th of October 1982 at the under-mentioned address.

A international jury of general practitioners will judge the applications on their scientific value and their relevancy to General Practice.

1805766

Enkät om vård- lagsutvecklingen i primärvården

Under de senaste åren har primärvårdens arbetsorganisation genomgått en snabb utveckling. Argument för och emot vårdlag har förts fram. Inom Svensk förening för allmänmedicin behöver vi en kunskap om i vilken utsträckning sk vårdlagsorganisation redan genomförts i landet, eller var sådan planeras.

Innebörden av vårdlagsbegreppet varierar säkert också. I vårt sammanträde i styrelsen i SFAM i mars 1982 beslöts att i samarbete med Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg, genomföra en inventering av området. Därför har i dagarna en enkät sänts ut till samtliga vårdcentraler i Sverige. Vi uppmanar er att snarast fylla i denna. Skulle ni inte ha fått någon, ta kontakt med undertecknad.

Hjälp oss i SFAM att få en hög svarsprocent!

Bo Haglund

Preference will be given to research that can be repeated on an european scale.

The winner is expedited to finish his project within two years; he has to present his results on an SIMG Congress and to publish them in the SIMG Journal, AMI.

The amount of the award is 50.000 Bfr. A first part of 30.000 Bfr will be forwarded at the awarding. The remaining sum will be forwarded when the project is finished.

Prof. Dr. R. De Smet

Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Akademisch Ziekenhuis
De Pintelaan 135
B-9000, Gent (Belgium)

29th International Congress on General practice

organised by
the Societas Internationalis
Medicinae generalis

Viktigt i utvecklingen av den svenska allmänmedicinen är internationella kontakter. SIMG – det vill säga International Society of general Practice – har sedan flera år årliga konferenser och seminarier. Ingvar Krakau refererade ett sådant seminarium i SFAM-nytt nummer 2–3 1980 (sid 36).

I september är det aktuellt med en ny kongress med temat *current aspects of general practice*. Tema för de olika dagarna är:

Måndag 14/9:

Rehabilitation and social measures.

Tisdag 15/9:

Arteriosclerosis in general practice.

Onsdag 16/9:

Preventive medicine in daily practice.

Torsdag 17/9:

Research results in general practice.

Freitag 18/9:

The family doctor as teacher.

Lördag 19/9:

Family planning.

Under kongressen planeras också seminarier och workshops bland annat med följande tema:

Advanced neural therapy (Hopfer, Austria)

European patient cards (De Loof, Belgium)

Research in General Practice inspiration and information (Olsen, Denmark).

New tendencies in education, vocational training and continuing education (Häussler, West-Germany).

Didactic models: General Practice (Heller/Van Trotsenburg, Austria).

The Basics of reanimation for lay people; continuing education in reanimation for doctors (Zickler, Canada).

The seminars all take place in the afternoon, some of them at the same times. Restricted number of participants, registration by 1.9.1981 is required.

Congress languages:

Monday, Tuesday, Wednesday: *German*. Thursday, Friday, Saturday: *English and German* (simultaneous translation).

Congress fees:

(Before August 1st 1981, payment made after August 1st 1981 is subject to a 10% surcharge).

SIMG-members:

Entire Congress: AS 700,- 14.-16.9 or 17.-19.9.81: AS 400,-.

One-day-card: AS 150,-.

Non-members:

Entire Congress: AS 1.200,- 14.-16.9 or 17.-19.9.81: AS 700,-.

One-day-card: AS 200,-.

Speakers:

AS 150,- for the entire Congress.

Students:

AS 70,- for the entire Congress.

The Fees for the seminars can be learned from the final programme.

AS = Austrian Shillings.

Information and registration:

SIMG-Secretary, Mrs. Sigrid Taupe, Bahnhofstraße 22, Austria, Tel. (04222) 70615 (mornings only)

Social programme:

DAILY excursions to Carinthian sights.

WEDNESDAY, 16.9: Reception and award of the Hippocrates-Medal (in the evening).

SATURDAY, 19.9: Congress excursion (in the afternoon).

1982

Svenske tilstander – ett obsolet begrep?

DAG BRUUSGAARD

Författaren ger i artikkelen en kort historisk exposé av allmänmedicinens utveckling i Sverige. Han framhåller att primärvården här förändrats från ett för övriga Norden avskräckande exempel till ett föredöme.

Nyckelord: Allmänmedicin, historia, debatt.

I norsk almenmedisinsk debatt kan vi være uenige i mangt. Ett er imidlertid klart, om ett punkt kan vi enes. Vi ønsker ikke "svenske tilstander". Med svenske tilstander mener vi en primærhelsetjeneste som i stor grad er sentralisert i sykehus, som er spesialisert, og der kontinuiteten for pasientene er minimal. Vi tenker på et helsevesen der hovedoppdelingen går midt gjennom sykehuset i "åppen og sluten vård". Vi tenker på et helsevesen der hjemmebeholdning til pasienter anses som et prestisjetap for legestanden og derfor må begrenses til et absolutt minimum. Også i internasjonale almenpraktikerfora er svenske tilstander etablert som et fyord.

Noen vil ha det til at dette skyldes at det svenske helsevesen er sosialisert. Etter min mening er dette ikke på noen måte korrekt, og de omtalte negative sider ved det svenske helsevesene har såvidt jeg kjenner til røtter langt tilbake i tiden før "sju-kronan" og andre reformer.

Det har for oss nordmenn vært noe forsonende med forholdene i Sverige. For det første har det altså fungert som et avskrekkende og dermed for oss samlende eksempel. Dessuten, og det er viktig for oss nordmenn, har svenskene innrømmet at primærhelsetjenesten deres har vært dårlig, og de har vært villige til å lære, også av oss.

På den Nordiske Sosialmedisinske Kongressen i Uppsala i 1977 var det noen unge svenske distriktsleger som rørt takket nordmenn og dansker for verbal støtte i debatten om den fremtidige svenske primærhelsetjenesten. De ville så gjerne få forhold mere lik Danmark og Norge, men følte at veien dit var lang og tornefull.

Hva skjedde så, da svenskene etterhvert bestemte seg til å styrke primær-

helsetjenesten. Jo, først fikk de et professorat, ikke i almenmedisin, men i "åppen vård", de fikk store og upersonlige vårdsentraler, der spesialistene inntok en sentral plass. Ved den 1. Nordiske Kongress i Almenmedisin i København i 1979 presenterte svenskene en rekke forskningsprosjekter som var ren sykehuskopiering. Til sist og ikke minst fikk de en videreutdanning i almenmedisin som kunne gjennomføres nesten uten å sette foten i almenpraksis. At det går an å gjøre noe så dumt.

Svenske tilstander var altså fortsatt et glimrende skrekkes eksempel.

Hva skjer så? Ytterligere noen år går. På den 2. Nordiske Kongress i Almenmedisin i Bergen i juni 1981 dukket igjen svensk almenmedisin opp, men denne gang blottet for den beskjedenhet og underdanighet som vi andre tidligere har satt så stor pris på.

Mens danskene fortsetter å lovprise sitt eget system og dyrke og dulle med sitt individorienterte lege-pasientforhold, iblandet aldri så mye psykososiale konflikter, og mens nordmennene driver en ørkesløs kranling om detaljer om hvorledes den fremtidige primærhelsetjenesten skal organiseres, har svensk almenmedisin utviklet seg med uant fart og styrke. Den begreidelige videreutdanningen viser seg å være et nødvendig første skritt. Nå er den revidert, og svenskene ligger plutselig langt foran både Norge og Danmark. Det opprettes almenmedisinske lærestoler ved universitetene. Spesialistene er i ferd med å vike plassen i primærhelsetjenesten og desentralisering til små enheter skrider frem. I Bergen presenterte svenske leger glimrende praksisrelevante forskningsprosjekter, ofte med et vesentlig samfunnsperspektiv, basert på den gjennomførte geografiske ansvarsfordelingen i svensk primärvård.

Norske, og særlig danske leger har ønsket å foreta sammenligning mellom ulike former for primærhelsetjeneste for å finne ut "hva som er best". Svenskene har innsett at svaret på et slikt spørsmål ikke finnes. De ønsker i stedet å gjøre primærhelsetjenesten så god som mulig ut fra de forutsetningene som i dag finnes, og det gjør de etter min mening godt.

Herved vil jeg derfor anmode norske og danske kolleger om å seponere betegnelsen "svenske tilstander" som

værende obsolet. Selv om svensk primärvård stadig har store uløste problemer, tror jeg det er i Sverige vi i dag har den mest dynamiske og spennende utviklingen i Norden. Vi kan bare håpe og tro at erfaringer fra Danmark og Norge har hjulpet svenskene i den prosess de nå er inne i. Selv vil jeg herved love aldri mer å fremholde Sverige som et eksempel på et land med dårlig primærhelsetjeneste, og ønsker svensk primärvård lykke til videre.

Författarpresentation

Dag Bruusgaard, førsteamanuensis dr med, instituttbestyrer Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo, Frederik Stangs gate 11/13, N-Oslo 2.

Primärvården och alkoholproblem

ANDERS ROMELSJÖ

Alkoholmissbruk är ett av våra största sociala problem och medför markant ökad sjuklighet och dödlighet. Artikeln påtalar att sjukvårdshuvudmän och politiker väntar sig stora insatser av primärvården inom olika delar av alkoholproblemens område.

Under hänvisning till bl a egna undersökningar hävdas att personer med alkoholrelaterade problem utgör en stor grupp på många vårdcentraler även om detta ofta är obekant för läkaren. Den stora betydelsen av primärpreventiva insatser betonas och exempel ges på vad primärvården kan bidra med och hur alkoholproblem kan kartläggas i primärvårdsområdet. I korthet berörs sekundär prevention och behandling av kroniska alkoholister.

Nyckelord: Primärvård, alkoholmissbruk, prevention, epidemiologi, mödrhälsovård.

Det är hög tid att primärvården börjar intressera sig mer för alkoholproblem. WHO konstaterade 1979 att alkoholproblem med överkonsumtion utgör ett av världens allvarligaste problem och är ett hot mot folkhälsan. Allt talar för att detta gäller även Sverige. I vårt land har alkoholkonsumtionen fördubblats under efterkrigstiden fram till 1976 varefter den har minskat. Alkoholskadorna har utan tvekan också ökat kraftigt (1).

På senare år har också intresset för alkoholfrågor ökat på många håll i landet. På central nivå märks tex "Stoppa langningen"-kampanjen, SAMO-utredningen och beslutet om lördagsstängda systembutiker. Politiska organisationer, kommuner och landsting, ungdomsföreningar och fackförbund, ja snart sagt varje organisation med självaktning skriver alkoholpolitiska

program eller engagerar sig på andra sätt. Hur angår nu allt detta primärvården?

Vad anser sjukvårdshuvudmännen och andra beslutsfattare?

Det är viktigt att alla vårdcentraler har en klar uppfattning om olika sjukvårdsinsatsers syn på primärvårdens uppgifter på alkoholområdet och tar ställning till dem.

På Landstingsförbundets kongress 1980 stod alkoholfrågan i förgrunden. I kongresskriften "Landstinget och alkoholfrågorna" (2) föreslås bl a

- särskilda insatser inom primärvården, psykiatri och i utvecklingen av institutionsvården.
- vårdprogram för alkoholområdet och ökad betoning av alkoholfrågor i andra vårdprogram.

I "Alkohol och ohälsa" (1), ges primärvården viktiga uppgifter i det förebyggande arbetet, i insatser för sk dolda missbrukare och även i den öppna alkoholvården. Där hävdas: "Patienter med tidigare missbruksproblem återfinns inom nästan alla delar av sjukvården, kanske främst inom primärvården. Som regel får dessa patienter ingen eller mycket begränsad hjälp för sina alkoholproblem".

I Förslaget till alkoholpolitiskt program för Läkarförbundet (3) anser man att "Huvudansvaret för alkoholvården i ett primärvårdsdistrikt bör ligga på primärvården och socialvården i samverkan". (Mina kursiveringar).

Utan att överdriva kan man alltså konstatera att ledande sjukvårdsinstanter vill ge primärvården stora och viktiga uppgifter på alkoholområdet, vilket är i linje med uppfattningen om primärvårdens förstahandsansvar för hälsan hos befolkningen. Få studier finns dock om alkoholproblem i primärvården, förutom allmänpraktikern Wilkins avhandlingsarbete från Manchester i början av 70-talet (4). Från Sverige, Danmark och England har några uppsatser publicerats senaste åren (5-9). Update, tidskrift avsedd för brittiska allmänpraktiker, har under hösten haft en serie artiklar om alkoholproblem (10).

Finns det alkoholister på vårdcentralerna?

Innan vi går vidare i diskussionen finns det anledning att stanna upp inför denna fråga.

Från Tierp har rapporterats att 33 av 2 905 besök av män under två månader

1973 föranleddes av alkoholism. Två av 2 973 besök av kvinnor skedde under samma diagnos (11). Vid en studie av psykosociala problem hos patienter vid hälsovårdscentralen i Tierp hösten 1979 fann man relativt få alkoholister (12). Distriktsläkare Lars Dahlin i Skövde har redovisat diagnospanoramata bland sina patienter under en 1-årsperiod i slutet av 70-talet (13). Av 1137 diagnoser satta på något färre män gällde 15 alkoholism medan det svarade för två av 2 092 diagnoser hos kvinnor. Från Sollentuna rapporteras att psykoneurodiagnos (inkl alkoholism) ställdes i 15-41/1 000 besök på de olika vårdcentralerna 1979-80 (14). Av patienterna på Matteus vårdcentral hade högst 0,5% haft kontakt med alkoholpoliklinik (15).

Att döma av denna genomgång är alkoholisterna sällsynta fåglar på vårdcentralerna. Därmed skulle förslagen från landstingsförbundet, HSU 90 och läkarförbundet att ge vårdcentralerna en betydande roll i arbetet mot alkoholismen vara dåligt och vila på lösasand.

Men det går ej att få en uppfattning om antalet alkoholmissbrukare och alkoholister bland patienterna genom att gå efter antalet besök(are) som fått diagnosen alkoholism. Detta förhållande liksom andra uppgifter om alkoholmissbrukares vårdkonsumtion på vårdcentral framkommer i ett par andra studier.

I vår undersökning från en liten industriort, Olofströms kommun, vars gränser sammanfaller med primärvårdsområdet, fann vi på basis av ett stort antal registerdata 282 manliga och 30 kvinnliga alkoholmissbrukare 1980 i åldern 15-79 år. Prevalensen för män blev 4,5% med max 7,3% i åldern 20-29 år medan den blev 0,5% för kvinnor.

168 av männen hade sökt på vårdcentralen och där gjort totalt 513 besök hos allmänläkare eller 12,7% av alla besök för män (fig 1). Största andelen fanns i åldersgruppen 20-29 år, där alkoholmissbrukarna svarade för 22,9% av alla besök.

Bland männen i åldern 20-49 år som gjort minst 6 besök på vårdcentralen hos allmänläkare var varannan man känd för alkoholrelaterat problem under året.

I diagnospanoramata märks främst att de manliga alkoholmissbrukarna i åldern 20-49 år svarade för drygt 40% av alla besök i denna åldersgrupp, som ledde till diagnosen 929R: kontusioner

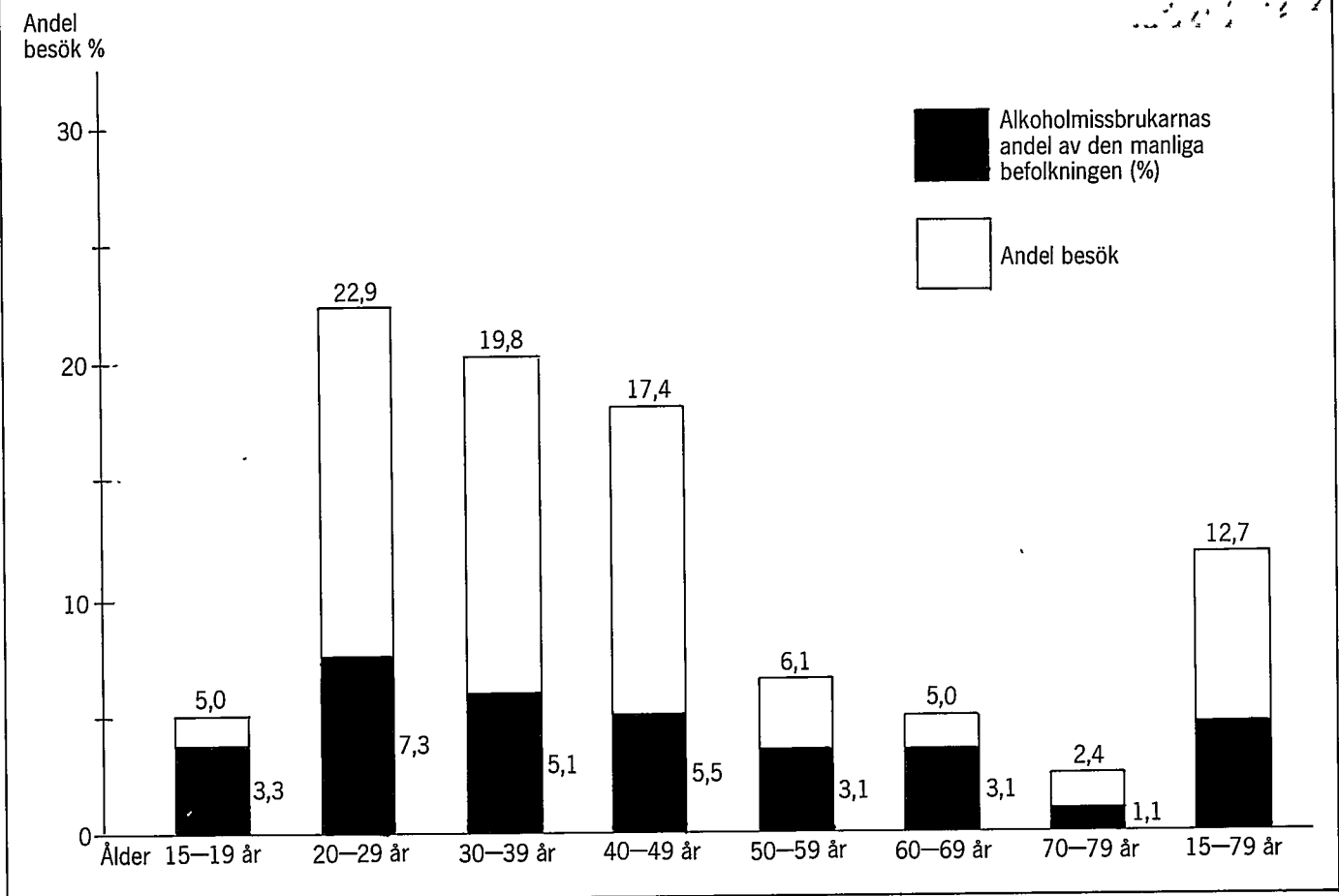


Fig. 1
Vårdkonsumtion i olika åldersgrupper hos allmänläkare på vårdcentralen för de manliga alkoholmissbrukarna

och ytliga småskador (16). Enligt vårdcentralens dataregistrering av besök och diagnoser förekom diagnosen alkoholismen eller etylintoxikation under året för 36 av de 168 männen (21,4%). Vid journalgenomgång finner man uppgifter om alkoholproblem under året för 71 av de 168 männen (42,3%) (17). Den sistnämnda uppgiften visar bla på det relativa i det ibland slarvigt använda begreppet "dold alkoholismen", och att man vid noggrann journalgenomgång kan finna viktiga uppgifter för inriktning av aktuell anamnes och undersökning. Inte minst vid alkoholrelaterade problem finns på många håll ofta vaga uppgifter i en bisats - "etyl med i bilden" - trots att alkoholmissbruk var huvudorsaken till besöket.

Det kan nämnas att försäljningen på den enda systembutiken i kommunen, 1977-80 hade en årlig försäljning som låg lägre än riksgenomsnittet räknat i 100% alkohol/invånare över 15 år.

Olofströmssiffrorna torde inte belysa något unikt förhållande. Alkoholisterna var markant överrepresenterade bland patienter med minst 3 besök under en 15-månadersperiod i andra hälften av 70-talet på Hallunda vårdcentral, nära Huddinge sjukhus (18). Även om andelen alkoholmissbrukare varierar bland besökarna på vårdcentralerna bla beroende på vårdapparatus skiftande utseende på olika håll, så finns de i primärvården vare sig vi vill

det eller ej - och ofta vare sig vi vet det eller ej.

Vad göra?

Vi skall gå vidare till primärvårdens insatser inom bla följande områden:

- förebyggande åtgärder
- tidiga alkoholister
- kroniska alkoholister

Prevention av alkoholskador i primärvården

Kan alkoholskador förebyggas?

På basis av olika undersökningar över alkoholkonsumtion och dödlighet uppställde fransmannen Sully Lederman efter andra världskriget sin teori som fått ökat stöd genom undersök-

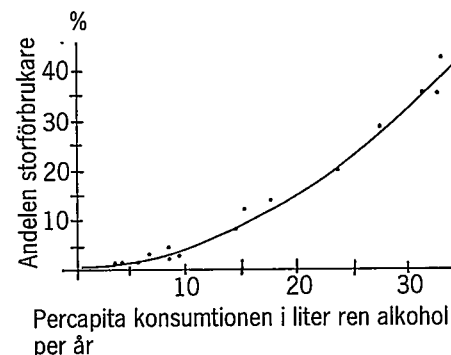


Fig. 2
Relationen mellan percapita-konsumtionen och andelen personer med en genomsnittlig daglig förbrukning överstigande 10 cl ren alkohol, funnen genom empiriska metoder.

ningar av bla norrmannen Skoog, finländaren Bruun och svenskarna Tom Nilsson och Per-Gunnar Svensson. Teorin och undersökningarna visar bla att konsumtionsmönstret i olika populationer har en sk lognormal distribution (fig 2) (19).

Vidare finns ett klart samband mellan den genomsnittliga alkoholkonsumtionen och antalet storkonsumenter. Vid en fördubbling av totalalkoholkonsumtionen i det för Sverige aktuella konsumtionsområdet sker ungefär en fyrdubbling av antalet storkonsumenter och av medicinska alkoholskador. I Sverige har faktiskt levercirrhos blivit upp till fem gånger vanligare som dödsorsak mellan 1964 och 1975 hos män i åldersgruppen 35-64 år (1).

Man kan konstatera att en omfattande dokumentation byggd på erfarenheter från skilda länder vid olika tidsperioder visar att alkoholkonsumtionen kan sänkas genom en restriktiv alkoholpolitik och att detta leder till minskning av alkoholskadorna. Från vårt eget land vet vi att arbetarrörelsen, nykterhetsrörelsen och den religiösa väckelsen lade en opinionsmässig grund för motboken vars införande ledde till en klar minskning av omhändertaganden för fylleri och vård pga delirium tremens.

Primärvården bör stödja olika åtgärder som kan förebygga ohälsa och sjuklighet. SFAM, distriktsläkarföreningen liksom lokalföreningar och enskilda

distriktsläkare har all anledning att kraftfullt och i olika sammanhang stödja åtgärder som kan minska totalkonsumtionen såsom prishöjningar på alkohol och införandet av motbok eller motkort. Att införa exempelvis motkort, vilket föreslagits av Läkarförbundets arbetsgrupp (3), innebär ej att informationsverksamhet bör minska. Tvärtom, en ökad och bättre informationsverksamhet underlättar, förklarar och befrämjar en restriktiv alkoholpolitik och vice versa – allt till gagn för en bättre folkhälsa.

Reformverksamhet behöver inte heller på något sätt stå i motsatsställning till alkoholrestriktioner. Vår egen historia lär oss att grundläggande samhällsreformer genomfördes under en tid då vi hade motbok.

Ju fler människor som är drogpåverkade desto mindre kraft torde finnas till samhällsförbättringar.

Primär prevention och kartläggning av alkoholproblem i primärvårdsområdet

De distriktsläkare som har intresse av vårt största socialmedicinska problem – alkoholmissbruket – kan liksom primärvården i övrigt delta i arbetet på kommunala drogpolitiska program med förebyggande inriktning, något som vi försöker göra i Olofström. Ett problem är att effekten av dylika program och föreningskampanjer är oklar, vilket bla beror på att de sällan utvärderats ordentligt (20). Kunskap påverkas ganska lätt medan attityd och framför allt beteendet är svårt att förändra. Troligen bidrar informationsåtgärder tillsammans att påverka i gynnsam riktning, vilket de historiska erfarenheterna från Sverige talar för.

Innan lokalt drogpolitiskt program (eller vårdprogram i primärvården) utarbetas bör en kartläggning ske av alkoholproblemen i kommunen. Med hjälp av registerdata och uppgifter från olika håll, kan man få en ganska god bild av lokala alkoholproblem.

1. *Uppgifter från systembolagets statistiska avdelning* om årlig försäljning i butikerna i kommunen (och länet). Försäljningen motsvarar grovt räknat 3/4 av konsumtionen. Försäljningsuppgifternas värde beror på kommunens struktur och avstånden till andra systembutiker och är kanske störst på små orter.

2. *Årsberättelserna från sociala centralnämnden* innehåller bla uppgifter på olika åtgärder enligt nykterhetsvårdslagen, samt en bedömning av missbruksläget.

3. *Enkätundersökningar i skolorna* har under 70-talet skett på många håll av SÖ:s undersökningar i årskurs 6 och 9, och kan relateras till riksgenomsnittet.

4. *Omhändertagandet enligt LOB-lagen* om omhändertaganden av berusade personer i polisdistriktet och antalet kvinnor och ungdomar bland LOB-fallen samt vidtagna åtgärder. Med kännedom om folkmängd kan uppgifterna relateras till riksgenomsnittet, men måste tolkas med rätt stor försiktighet. Polisens bemanning varierar mellan kommuner och kommunelar liksom sannolikt praxis. Dessutom medräknas omhändertagna från andra kommuner.

5. *Alkoholavdelningarna på psykiatriska sjukhusen* eller motsvarande har ofta uppgifter på antalet intagningar eller intagna från olika kommuner i upptagningsområdet. Dessa uppgifter måste bedömas bla med hänsyn till avstånden till psykiatriskt sjukhus och vårdapparatusens utseende.

6. Från domstol kan uppgift fås på de som dömts för *trafiknykterhetsbrott och olaga sprithantering*.

7. *Länkarna, RIA* mfl kan också ge viktig information.

8. Uppgifter från *ev alkoholpoliklinik* kan vara mycket värdefulla.

9. Uppgifter från *vårdcentralen* är obligatoriska. (Glöm inte att fråga distriktssköterskorna och hemvårdsassistenter!)

10. *Uppgifter från arbetsförmedlingen*. Flera undersökningar talar för att arbetslöshet påverkar hälsan negativt i olika avseenden (21), även om sambandet mellan arbetslöshet och alkoholmissbruk ej är entydigt (22).

32 av 76 män i åldern 20–29 år i Olofström med alkoholrelaterade problem 1980 stod utanför den reguljära arbetsmarknaden under någon del av året. Bland dessa 32 fanns 9 av de 12 männen som vårdades på somatiskt lasarett och alla 4 som vårdades på psykiatriskt sjukhus. Sjuktalet för de 32 männen var 72 dagar medan det var 36 dagar för de övriga 44 alkoholmissbrukarna (17).

Är det inte en uppgift för bla primärvården att påtala säkra eller sannolika negativa hälsoeffekter av tex arbetslöshet?

Sekundär prevention

Allt talar för att tidig upptäckt och tidig behandling av alkoholism innebär bäst prognos. Efter 2 års regelbunden kontakt av 350 medelålders män från Malmö med förhöjt GT beroende på alkoholmissbruk anger Hans Kristenson på alkoholklinikerna vid Malmö Allmänna sjukhus att mellan 50 och 60% har gått kvar i kontroll och behandling och sänkt sin alkoholkonsumtion och sitt GT-värde med 30–40%. Under 2-årsperioden har 16% i behandlingsgruppen vårdats på sjukhus 224 dagar, medan siffrorna för en obehandlad kontrollgrupp var ungefär dubbelt så stora. (23, 24.) Resultatet är uppmunrande. Arbetssättet bör kunna tilläm-

pas även i primärvården i modifierad form och beskrivs i en intressant nyligen utkommen bok (25).

I långt större utsträckning än vad som nu sker på många håll bör vi ta upp anamnes på alkoholvanorna och komplettera med lämplig somatisk undersökning och laboratorieutredning.

I föregående nummer av SFAM-Nytt beskriver Åke Norden och medarbetare i en utmärkt artikel olika sjukdomar, symptom och förhållanden som bör väcka primärvårdsläkarens uppmärksamhet på att alkoholrelaterat problem kan finnas hos patienten (9).

Hur man anamnes på alkoholvanor kan tas upp har nyligen beskrivits på ett bra sätt (26).

Alkoholvanorna och eventuella uppgifter på beroende kan lämpligen diskuteras i den del av anamnesen som rör levnadsvanor och deras betydelse för hälsan (arbetslöshet, tobak och alkohol). Är det inte tokigt att vi ofta inte alls eller bara i förbigående berör alkoholvanor och eventuella alkoholmissbruk, fastän vi teoretiskt bör veta att alkoholmissbruk har samband med många olika sjukdomar och insufficiensstillstånd och kanske är den huvudsakliga anledningen till besöket hos oss. Kännedom om patienten är alkoholmissbrukare eller ej påverkar ställningstagandet till prognosen och behandlingen inklusive eventuell förskrivning av medicin och sjukskrivning. Ett viktigt område ur folkhälso-synpunkt och för sekundär prevention är *mödravårdsvården* som skall överföras till primärvården i organisatoriskt avseende (27). Inom mödravårdsvården är det säkerligen viktigt att alla gravida får information om alkoholens hälsorisker och att de som har missbruksproblem får särskilt stöd och hjälp. Jag tror att erfarenheterna från försöksverksamheten vid 4 mödravårdscentraler i Stockholm är av mer generell värde. 4% av konsekutivt inskrivna kvinnor i dessa mödravårdscentraler hade grava missbruksproblem, vilket ej är överraskande då SÖ:s alkoholenkäter under 70-talet visat att det inte finns någon större skillnad i alkoholkonsumtion mellan män/kvinnor hos 16-åringar. Men särskilt i samband med graviditet är kvinnan lyhörd för information om hälsan för sig och det kommande barnet. Erfarenheterna från Stockholm visar att:

- det går att identifiera och nå gravida kvinnor med missbruksproblem
- ett omfattande psykiatriskt och socialt stöd kan ge drogfrihet
- ju tidigare under graviditeten man når en kvinna med missbruksproblem desto gynnsammare är prognosen för rehabilitering (28).

Primärvården och mödravårdsvården bör sörja för att lämplig utbildning och verksamhet på detta område inleds utifrån lokala resurser.

Kroniska alkoholister

I all korthet följer några synpunkter.

Behandlingsstudier talar för att man ofta inte har så stora eller snabba resultat vad gäller de kroniska alkoholisterna, (vilket även gäller våra insatser vid andra kroniska tillstånd). Poliklinisk behandling är ofta mer framgångsrik än institutionell. Behandlingsresultaten beror till stor del på patienturval och patientkaraktäristika (29). Personalkontinuitet kan spela stor roll (37). Ingen behandling är i allmänhet mer effektiv än annan (31, 32).

Mig veterligen finns ingen behandlingsstudie där primärvården deltagit, men erfarenheterna från Brandbergen utvärderas (5).

Primärvården kan erbjuda allmänt stöd, personalkontinuitet, hjälp med kontakt med andra personer eller myndigheter, avgiftning samt utredning och behandling av medicinska komplikationer.

Varje vårdcentral bör ha enkla riktlinjer för diagnostik och behandling av kroniska alkoholister och samarbete med andra. På vårdcentralen bör nog alkoholmissbrukaren i allmänhet skötas av områdesansvarig distriktsläkare och vårdlaget.

I övrigt vill jag hänvisa till artikeln av Åke Nordén och medarbetare i förra numret av SFAM-Nytt (9).

Konklusion

1. Alkoholproblem är en angelägenhet även för primärvården.
– vilket sjukvårdsplanerarna hävdar för närvarande.
2. Förebyggande arbete är viktigast och effektivast.
– primärvården bör stödja en restriktiv alkoholpolitik och delta i lokala drogpolitiska program.
3. Tidigt eller dolt alkoholmissbruk bör uppmärksammas mer.
– läs journalerna bättre och fråga om alkoholvanor och alkoholproblem.
4. Varje vårdcentral har nytta av riktlinjer för diagnostik och insatser för alkoholmissbrukare av skilda slag och för samarbete med andra.

Litteratur

1. Alkohol och ohälsa. I hälsorisker en kunskapssammanställning. Stockholm 1981. (SOU 1981:1)
2. Landstingsförbundet. Landstingen och alkoholfrågorna, 1980.
3. Sveriges läkarförbund. Förslag till alkoholpolitiskt program 1981.
4. Wilkins, H.R. The Hidden alcoholic in General Practice. Elek Science London 1974.
5. Ludwig Robert, Nyman Lars, Sehlin Jan. Akutmottagning vid en vårdcentral. Läkartidningen 1979; 76: 4000–4004.
6. Buchan JC, Buckeley EG, Deacon GLS, Irvine R, Ryan MP. Problems drinkers and their problems. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1981; 31:151–153.
7. Christensen Ole. Alkoholisme i almen praksis. Ugeskrift for laeger. 1980, 142:785–787.
8. Isacsson Åke, Ingvarsson Nils-Åke, Nordén Åke. Primärvården och institution-

svärdade alkoholmissbrukare. SFAM-nytt 1982; 1:40–42.

9. Isacsson Åke, Ingvarsson Nils-Åke, Nordén Åke. Omhändertagande av alkoholmissbrukare i primärvården. SFAM-nytt 1982; 1:43–45.

10. Update 1981; 22:1965–1976;23:199–206;413–426;743–750;1481–1486.

11. SPRI. Sjukvårdskonsumtion i Tierpområdet. (SPRI rapport 4/76).

12. Swartling PG, Kebbon L, Smedby B. Psykosociala problem hos patienter vid hälsocentralen i Tierp. Föredrag vid 2 Nordiske Kongress i almenmedisin. Bergen 1981.

13. Dahlin, Lars. Primärvård. Skövde 1979.

14. Krakau, Ingvar. Läkarbesök vid vårdcentral. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna. 1981; 3:21–27.

15. Sjönell, Göran. Ur rapport från Matteus vårdcentral. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; 3:28–32.

16. Diagnoskoder i öppen vård. Socialstyrelsen 1980.

17. Romelsjö, Anders. Alkoholrelaterade problem och vårdkonsumtion i Olofström 1980. Stencil.

18. Magnusson Gudjon, Vigborg Agneta. Allmänläkarvård i skuggan av ett storsjukhus. Läkartidningen 1980; 77:1837–1841.

19. Bruun, Kettil m fl. Alkoholpolitik och folkhälsa. Sober dokumentation 8. Stockholm 1979.

20. Svensson, Per-Gunnar, Solberg, Jarl, Information – teori och tillämpning. Centralförbundet för Alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm 1980.

21. Janlert, Urban. Medicinska effekter av arbetslösheten. Medicinsk kommentar Läkartidningen 1981; 78:3374–3375.

22. Jyrkämä, Jyrki. Arbetslöshet och bruk av rusmedel. Nu A 1980; 16. Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning. Stockholm 1980.

23. Kristensson, Hans: Kartläggning och prevention av dold alkoholism i ett storstadsområde. Delegationen för social forskning. Verksamhetsberättelse 1979.

24. Kristensson H, Trelle E, Hood B. Serumblyglutamyl transferase in screening and continuous control of heavy drinking in middle aged men. American Journal of Epidemiology 1981; 114:862–872.

25. Fristedt, Bengt. Red. Begynnande alkoholmissbruk. ABW/Gebers.

26. Hollstedt Claes, Rydberg Ulf. Riskabel alkoholkonsumtion och tidigdiagnos av alkoholskada. Läkartidningen 1981; 78, 795–799.

27. Socialstyrelsen. Allmänna råd för den framtida hälsovården för mödrar och barn inom primärvården. Stockholm 1981.

28. Länskommittén för hälsoupplysning i Stockholms län. Alkohol/Narkotika och fosterskador. Skriftserie nr 4. Stockholm 1979.

29. Baekeland F. Evaluation of treatment methods in chronic Alcoholism. In Kissin/Begleiter: The Biology of Alcoholism. Vol no 5. 1977.

30. Ågren G. Alkohol och alkoholskador. Rapport nr 8. Metodbyrå 2. Stockholms socialförvaltning. Stockholm 1980.

31. Emrick, Chad. A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism. II. The Relative Effectiveness of Different Treatment Approaches and the Effectiveness of Treatment Versus no Treatment. J. Stud Alcohol 1975; 36:88–108.

32. Romelsjö Anders, Primärvården och alkoholism. Manus till allmänläkarboken 2.

Författarpresentation:

Anders Romelsjö* är distriktsläkare i Olofström.

*Postadress: Vårdcentralen, 293 00 Olofström.

Regionalt hälsouniversitet

BENGT LINDER

Ett förslag om en integrerad vårdutbildning förlagd till Linköping presenteras i artikeln. Dessutom redovisas också SFAM:s remissyttrande på denna utredning.

Nyckelord: Utbildning, allmänmedicin, grundutbildning.

Granskning av förslag till försöksverksamhet i Östergötland samt resumé av SFAM:s remissyttrande

Betänkandet utgivet av Linköpingsutredningen om integrerade vårdutbildningar är ett ambitiöst arbete, som utgivits i bokform på 216 sidor.

Planerna på ett regionalt hälsouniversitet (RHU) i Sverige har funnits i flera år. Efter att ha tagit del av utländska erfarenheter från tex McMaster-universitetet i Hamilton, Canada, Maastricht-universitetet i Holland samt Tromsöuniversitetet i Norge, där man på samtliga tre ställen har byggt upp olika medicinska utbildningslinjer integrerade i ett RHU, har man nu alltså tagit steget fullt ut och i Linköpingsregionen föreslagit en försöksverksamhet i Östergötland organiserad som ett RHU.

I sammanfattningen i arbetet framhålls att hälso- och sjukvårdens problem är i stort likartade över hela den industrialiserade världen. Man urskiljer tre olika aspekter: för det första ur de vård sökandes, patienternas, synpunkt, för det andra ur en allmän samhälls synpunkt, där främst sambandet mellan sjukvård och folkhälsa fokuseras, och för det tredje ur en allmän ekonomisk synpunkt. Samtidigt pekar man på den ökade insikten om de vård sökandes främlingskap inför den moderna sjukvården, ofta beroende på stark specialisering och teknifiering. Man är medveten om att detta inte innebär ett avståndstagande från medicinska framsteg och från den specialisering som i många fall möjliggör botande av svåra sjukdomstillstånd men pekar på att man i den framtida vården måste utveckla en bättre balans mellan specialisering och total omvårdnad.

Samtidigt har i den allmänna sjukvårdspolitikens kritik riktats mot vårdutbildningen, som man hittills ansett

vara bristfällig speciellt när det gäller den personliga omvårdnaden. Försök har alltså gjorts att omforma olika utbildningslinjer till en ökad medvetenhet om omvårdnadsproblem, förbättring av beteendepsykologiska aspekter i utbildningen samt en kraftigt ökad satsning på utbildning i primärvården, nära patienten och dennes problem. I detta ingår också en ökad satsning även på utbildning i prevention.

Man pekar på att utbildningsfrågorna har en viktig roll i vårdens förnyelse och att de får en strategisk betydelse när det gäller att på längre sikt förbättra sjuk- och hälsovården. I förslaget ingår också integrationstanke av olika utbildningslinjer, där man tänkt sig en gemensam första termin för blivande arbetsterapeuter, laboratorieassistenter, läkare, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Man säger att: "integrationen som gemensamt undervisningsarrangemang syftar till att

- genom en gemensam inledande basutbildning bereda de studerande tillfälle att skaffa sig sådana gemensamma grundläggande kunskaper som är väsentliga för den fortsatta utbildningen och den framtida yrkesutövningen. utveckla en gemensam referensram

- genom återkommande gemensamma avsnitt, temadagar, bereda de studerande tillfälle att följa upp och bygga på en gemensam fond av kunskaper och färdigheter samt vidareutveckla ett gemensamt värdesystem.

- genom att tillämpa arbetsformer och grupparrangemang i avsikt att spegla de arbetsätt som förutsätts råda i den framtida funktionen bereda de studerande tillfälle att träna lagarbete, dels med inriktning på lagets inre arbete (samarbete/samverkan), dels med inriktning på lagets yttre arbete (ömsesidiga kunskaper om ett bättre tillvaratagande av lagets samlade kompetens), vilket riktar sig till den vård sökande".

Utöver dessa integrerade utbildningsavsnitt måste det självklart finnas ett yrkesspecifikt utbildningsavsnitt i varje linje, även under den inledande gemensamma första terminen.

Allmän medicin

Alla parter inom sjukvården är överens om att primärvården skall byggas ut och utgöra basen i den framtida vårdorganisationen. För att detta skall bli

verklighet krävs en omfattande utbyggnad av primärvården. Det medicinska innehållet i primärvården benämns allmänmedicin med vilket avses ett kunskaps- och färdighetsområde, som utgör grunden för att primärt handlägga oselektade medicinska problem och ansvara för hälsotillståndet hos en avgränsad befolkning. I sin kliniska funktion använder allmänmedicinen diagnostiska och terapeutiska metoder från olika medicinska verksamhetsområden. Där utöver arbetar allmänmedicinen med epidemiologiska metoder för att identifiera hälso problemen i befolkningen. Möjligheterna för forsknings- och utvecklingsarbete inom allmänmedicinen är mycket stort, vilket pekas på i utredningen där man över huvud taget har ett ambitiöst upplagt programförslag om olika möjligheter till forsknings- och utvecklingsarbete.

Primärvårdsinriktningen är ett av de viktigaste temata i RHU-utbildningen. För en vård sökande individ utgör primärvården första kontaktytan och man har därför föreslagit fältstudier i primärvård för de studerande under hela utbildningstiden.

Man listar i utredningen ytterligare förändringskrav där man från en snäv medicinsk humanbiologisk inriktning skaffar sig en utgångspunkt i ett mer vidsträckt hälsobegrepp innefattande sociala och psykologiska aspekter. Man föreslår att från traditionell undervisningsuppläggning med schema-bunden lärarledd undervisning gå mera över mot aktiverande och flexibla undervisningsmetoder med problemorientering. Man pekar på brister i kunskap om sambandet mellan hälsa, miljö och arbetsliv och föreslår en epidemiologisk medvetenhet och fördjupat insikt om missbruksproblem, miljöfaktorers inverkan på hälsan samt arbetslivets hälsorisker. Stark kritik har också riktats mot den hittillsvarande starka centreringsgruppen slutet somatisk akutsjukvård vid storsjukhus och man föreslår alltså en förankring i en hel regions hälso- och sjukvårdsorganisation med en mycket starkare inriktning mot primärvård än hittills.

En av läkarna i utredningsgruppen Lennart Reithner har ett särskilt yttrande, där han sammanfattningsvis konstaterar att utredningens förslag vad avser den första integrerade terminen inkräktar i sådan omfattning på

den yrkesspecifika utbildningen att kvaliteten icke kan garanteras med nuvarande studier vad gäller utbildningen till läkare. I stort ansluter sig dock Lennart Reithner i övrigt till utredningens förslag.

Remissyttrande angående RHU från SFAM

Remissvaret delas upp i en allmän del i vilken det pekas på den bristande parallelliteten i sjukvårdsplanernas satsning på primärvården och det reella utfallet av denna satsning. I detta inledande avsnitt framhålls också att en kvalitetshöjning skett inom de olika sektorerna inom primärvården men att denna process varit tung och svår för många av oss som arbetar inom den samma. En av de stora orsakerna till att primärvården i Sverige inte lyckats leva upp till befolkningens krav har varit brist på kunskap om riktiga arbetsformer och innehåll. Följaktligen pekar vi på att en förbättrad grundutbildning, speciellt med hänsyn till dess primärvårdsinnehåll, är nödvändig för att höja primärvårdens kvalitet.

I en speciell del tages sedan sex separata synpunkter upp från betänkandet:

1 Utbildningens inriktning mot primärvård.

Som ett genomgående tema i betänkandet framstår att en förbättring av folkhälsan kräver en annan satsning än den traditionellt medicinsktkniska, en satsning med följande karaktäristika:

Utbildningarna ingående i RHU får sin utgångspunkt i ett vidsträckt hälsobegrepp innefattande sociala och psykologiska aspekter, med en inriktning mot förebyggande åtgärder och kontinuerlig träning i hälsouppläsning, med en epidemiologisk medvetenhet innefattande kunskaper om ohälsans orsaker i form av bristande egenvård, missbruksproblem, miljöfaktorer osv, med en fortlöpande träning i sådana egenskaper som underlättar en helhetsbedömning av hälsa och sjukdom hos enskilda människor och däribland förmåga att samtala, att lyssna och förstå. Detta finner vi väsentligt och riktigt.

2 Den integrerade vårdutbildningen

Den enskilde individens insats är betydelsefull enbart som del i lagets totala insats för att förbättra individens, familjens eller hela distriktets förutsättningar till en förbättrad hälso- och sjukvård. Integrationstanken är därför i sin grund positiv. Vi ställer oss tveksamma till vissa distinkta förslag i utredningen, hur denna integrerade undervisning bör gå till och finner att Lennart Reithners reservation väl står för vår tanke om en riktig integrerad vårdyrkesutbildning.

3 Ökad utbildning i preventivt tänkande och handlande

För en förbättrad total folkhälsa är det väsentligt att redan tidigt hos hälso-

och sjukvårdspersonal inpränta betydelsen av preventivt tänkande i alla situationer. I remissvaret pekas på enheter i Skaraborgs län, Tierp och Luleå, där utbildning i prevention sker.

4 Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvård och allmänmedicin

Vi pekar på det föredömliga sätt som på sid 50 tom 56 nuvarande och kommande FOU-arbete diskuteras. SFAM ansluter sig helt till de konklusioner som utredningen kommit fram till, nämligen att en kvalitetshöjning av primärvården och allmänmedicinen icke kan uppnås utan att en samtidig stark både kvalitativt och kvantitativt inriktad primärvårdsforskning kommer till stånd.

5 Vidgad förståelse för primärvårdens villkor hos blivande personal inom sekundärvården (sjukhusvården)

Inom ett område som arbetar tillsammans med RHU borde dagens stora

kommunikationssvårigheter mellan primärvård och sekundärvård till stor del vara eliminerade genom att samtlig personal har en djupare insikt i primärvårdens villkor och arbetsformer.

6 Förutsättning för förslaget genomförande saknas i dag

Förutsättningarna för genomförandet är RHU är en väl fungerande primärvård med tillräcklig mängd kvalitativt högtstående vårdcentraler. Vi konstaterar att landstinget i Östergötland dels skjutit planerade nybyggda vårdcentraler långt i framtiden, dels i några fall helt strukit planerade vårdcentraler ur sjukvårdsplanerna och konstaterar alltså att om man skall ha chans att genomföra RHU enligt förslaget måste en helt annan satsning på primärvården lokalt i Östergötland ske.

Författarpresentation

Bengt Linder*, distriktsläkare i Skövde och ordförande i SFAM.

Postadress:

Vårdcentralen, Skövde sjukhus, 541 85 Skövde.

480 5764

Rättelse

I SFAM-nytt 4 1981 (sid 130) presenterades den RP-blankett som användes på Haga vårdcentral i Örebro (Holmquist L: R/P-blankett - ett informationssystem för primärvård. SFAM-nytt 1981; 2:128-131). Tyvärr blev en av tabellerna helt obegriplig, varför den kompletteras i detta nummer.

Sjukskrivningsförhållanden vid läkarbesök på Haga vårdcentral juni-november 1980

	MÄN n=1 303	KVINNOR n=2 184
Ej sjukskriven	33,8	43,1
Sjukskrives	13,5	11,2
Friskskrives efter kort sjukskrivning	0,4	0,3
Friskskrives efter lång sjukskrivning	0,1	0,1
Fortsatt sjukskrivning efter kort sjukskrivn.	5,4	3,9
Fortsatt sjukskrivning efter lång sjukskrivn.	0,7	0,3
Förtidspensionering/sjukbidrag	2,5	2,2
Omfattas ej av sjukförsäkringen	43,0	32,9
Övrigt	0,6	1,0
	100	100

Kort sjukskrivning = mindre än 90 dagar

Lång sjukskrivning = mer än 90 dagar

Provinsiälläkarfondens kursverksamhet

IRIS BLOMBERG · ULLA RIIS · LENNART RÅSTAM

Artikeln grundar sig på en rapport, omfattande 414 enkätsvar från distriktsläkare i hela landet, avseende provinsiälläkarfondens efterutbildningskurser (1).

När distriktsläkarna får uttrycka sina egna önskemål i de öppna frågorna uppger de sig vilja ha en öppenvårdsanpassad, kvalificerad, praktisk och verklighetsnära efterutbildning. Som aktuella områden för framtida utvecklad kursverksamhet föreslås kurser inom såväl rent medicinska specialområden som inom utbildning och forskning och utveckling (FoU).

Nyckelord: Efterutbildning, attitydundersökning, utvärdering, forskning och utveckling, provinsiälläkarfonden.

Bakgrund

Provinsiälläkarfonden har sedan verksamheten startade i mitten på sextiotalet ställt medel till förfogande för en omfattande kursgivningsverksamhet. Fondens övriga insatser för efterutbildning av distriktsläkare (tex resestipendiär) har relativt sett varit mindre. Verksamheten har dominerats av kurser med medicinskt sakinhåll, vanligen avgränsade specialitetsvis och med specialitetsföreträdare som kursledare.

Som undantag kan nämnas Dalbykurserna "Medicinska framsteg i öppenvård" och "Vårdcentralens administration och arbetsformer". Under de senaste åren har några kurser av anorlunda karaktär tillkommit, nämligen "Ortopedisk medicin-kurserna" i Borlänge och "Pedagogiskt idéprojekt".

De förstnämnda kurserna karaktäriseras av att ämnesvalet inte följer någon av de traditionella specialiteternas område men i stället tar upp en problematik som är av stor betydelse inom primärvården och där behovet av en speciell metodik i utredning och behandling upplevts som stort för allmänläkarkåren. Det pedagogiska idéprojektet intar en särställning när det

gäller ämnesval, principer för genomförande och övergripande mål för kursen. Projektet är föremål för separat utvärdering. (2).

Fondens framtida utveckling kan sägas bero av två omständigheter:

För det första är kostnadsläget för kursgivning idag sådant att det sammantaget med fondens ekonomiska ställning innebär att fondens ekonomiska åtagande för kursgivning måste förändras för att garantera ett åtminstone på kort sikt oförändrat kvantitativt kursutbud. Allmänläkarkåren växer dessutom snabbt vilket ytterligare försämrar fondens möjlighet att svara för en mer eller mindre heltäckande kursgivning inom efterutbildningsområdet.

För det andra finns en strävan mot en regionaliserad efterutbildning (tex GREIA) med förhoppning om ett ökat ansvarstagande lokalt för efterutbildning av allmänläkare.

Mot denna bakgrund uppdrog provinsiälläkarfonden åt distriktsläkarföreningen att utvärdera hittillsvarande kursutbud. Utvärderingsrapporten avser:

Dels ge svar på frågan om det redan nu finns kursverksamhet som av kursdeltagarna ej uppfattas som relevant för allmänläkarnas utbildningsbehov

innehållsmässigt och med avseende på undervisningsformerna.

Dels undersöka om det bland kursdeltagarna finns intresse för en förändrad inriktning på kursgivningen och vilken inriktning kursdeltagarna i så fall anser att fonden bör anta.

Material och Metod

Undersökningen omfattade samtliga distriktsläkare som antagits som ordinarie eller reserv till en eller flera av provinsiälläkarfondens kurser under 1980. Antalet kurser var 32. (Tabell I)

Som datainsamlingsmetod valdes skriftlig enkät. Fördelen med denna metod var att man kunde nå samtliga 614 antagna till provinsiälläkarfondens kurser och således få synpunkter på samtliga kurser. Nackdelen med skriftlig enkät är att svarsfrekvensen vanligen blir lägre än till exempel vid personlig intervju.

I detta fall var svarsfrekvensen 414 vilket motsvarar 67 procent.

För att underlätta bearbetning och för att få större underlag för bedömning av varje kurs har, i de fall där samma kurs givits både vår och höst på samma ort, två kurser lagts samman. Detta förfarande reducerade antalet utvärderade kurser från 32 till 21. (tabell I).

Tabell I.

Fortsättnings- och repetitionskurser för distriktsläkare i provinsiälläkarfondens regi våren och hösten 1980

Kursnummer, rubrik	Kursort	Antl
1. Ortopedisk medicin, särskilt extremitetsdiagnostik	Borlänge	2
2. Ortopedisk medicin, särskilt ryggdiagnostik	Borlänge	2
3. Ortopedisk kirurgi	Jönköping	1
4. Öppenvårdskirurgi	Halmstad	2
5. Öppenvårdskirurgi	Hudiksvall	2
6. Akutsjukvård	Kalmar	1
7. Gynekologi	Borås	2
8. Gynekologi	Västerås	1
9. Mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning	Borås	2
10. Pediatrik	Borås	1
11. Pediatrik	Skövde	1
12. Ögonsjukdomar	Västerås	1
13. Öronsjukdomar	Västerås	1
14. Neurologi	Linköping	2
15. Hjärt- och kärlsjukdomar	Borås	2
16. Medicinska framsteg inom öppen hälso- och sjukvård	Dalby	1
17. Praktisk farmakoterapi	Göteborg	2
18. Långvårdsmedicin	Uppsala	2
19. Hudsjukdomar	Västerås	1
20. Psykiatri	Huddinge	2
21. Vårdcentralens administration och arbetsformer	Hörby	1
Totalt		32

Bakgrundvariabler

De studerade bakgrundvariablerna ålder, kön och innehav av allmänläkar/specialistkompetens uppvisade i denna undersökningsgrupp i stort sett samma fördelning som NLV:s arbetsgrupp GREIA fann när man 1976 kartlade samtliga ordinarie distriktsläkares utbildningsbakgrund (3).

1976 var 52 procent av samtliga distriktsläkare under 40 år. I föreliggande undersökning var 57 procent av uppgiftslämnarna under 40 år. Om man tar hänsyn till den ökning av antalet allmänläkare som skett de senaste åren framför allt i den yngre åldersgruppen, finns det anledning att anta att de som avgivit svar åldersmässigt är representativa för hela distriktsläkarkåren.

Enligt LATT -79 (4) kommer antalet vidareutbildade yrkesverksamma allmänläkare att öka från cirka 1200 år 1980 till cirka 1900 år 1984. En ytterligare ökning av den yngre gruppen distriktsläkare är således att vänta.

I och med att allmänläkarutbildningens innehåll reglerades den 1 december 1972 (Kungörelse nr 678, jämte socialstyrelsens utfärdade anvisningar MF: 1974:143, samt av NLV i anslutning härtill fattade beslut) är utbildningsbakgrunden hos denna yngre grupp allmänläkare mer homogen än hos de äldre.

64 procent av uppgiftslämnarna hade deltagit i 1-6 kurser i provinsialläkarfondens regi och 57 procent hade deltagit i 1-6 kurser anordnade av NLV. Dessa relativt höga siffror skall naturligtvis sättas i samband med reformeringen av allmänläkarutbildningen 1972 då ett generellt krav på minst 6 genomgångna NLV-kurser infördes för erhållande av bevis om allmänläkar- eller specialistkompetens. Även provinsialläkarfondens kurser kan godtas för blivande allmänläkare efter prövning av fd NLV:s expertgrupp för allmänläkarutbildning.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att undersökningsgruppen består av huvudsakligen yngre, vidareutbildade, kurserfarna allmänläkare. De kan åldersmässigt anses representativa för allmänläkarkåren som helhet och de synpunkter de ger uttryck för bör ställas mot deras erfarenhetsbakgrund, kunna betraktas som relevanta.

Pågående forskning och utvecklingsarbete (FoU)?

1975 tillsatte styrelsen för provinsialläkarfonden en arbetsgrupp med uppgift att undersöka behovet av särskilda utbildningsinsatser för handledare inom distriktsläkarvården. Denna arbetsgrupp utarbetade tillsammans med ett antal distriktsläkare, med erfarenhet av handledning, en informationspärm "Handledning, AT- och FV-läkare" som skall finnas tillgänglig på varje vårdcentral.

Ur denna pärm med rubriken

"Forskning och utvecklingsarbete inom allmänläkarvården" citeras följande (5):

Utgångspunkter

1. Allmänläkarens arbetsuppgifter och erfarenheter är sådana att allmänläkaren alldeles som kirurgen, hjärtläkaren och psykiatern till väsentlig del måste falla tillbaka på en inom verksamheten utvecklad egen expertis. Allmänläkaren måste förutom en basal kunskap om sjukdomars symptom och behandling ha kunskap om sjukdomarnas och sjukdomsbehandlingens sociala konsekvenser. Allmänläkaren kan på så sätt sägas vara specialist på hur sjukdomar utformas av och utformar individens sociala liv.

Det finns enighet på vissa och oenighet på andra punkter när det gäller allmänläkarens expertis. För att denna expertis skall bestå och utvecklas behövs forskning och utvecklingsarbete, vars resultat bildar ett underlag för allmänläkarutbildningen.

2. Ökade insatser för forskning och utvecklingsarbete är kanske den viktigaste uppgiften vid utbyggnad av allmänläkarverksamheten.

När distriktsläkarna svarat på om de har pågående FoU-arbete har 35 läkare det vill säga 8 procent svarat positivt. Av dessa hade 11 missuppfattat betydelsen av FoU och beskrivit utbildningsverksamhet eller annan verksamhet i stället. 55 läkare hade inte svarat alls och 25 läkare erkände öppet att de inte visste vad FoU var. Det var således 29 av 414 enkätsvar som beskrev pågående verksamhet inom FoU.

Ur "Primärvård - innehåll och utveckling" (6) citeras följande:

Det vetenskapliga underlaget för allmänläkarens verksamhet är ofullständigt jämfört med andra medicinska verksamhetsområden. Samtidigt föreligger ökade krav på allmänläkarverksamheten från såväl samhället, övriga delar av sjukvården som från den vård-sökande. Ett aktivt utvecklings- och forskningsklimat är nödvändigt för rekryteringen till allmänläkaryrket. Vårdcentralerna bör engagera forskningsintresserad personal för att förstärka det vetenskapliga underlaget för verksamheten. En viktig förutsättning är att resurser för handledning och forskarutbildning finns inom primärvården.

Mot bakgrund av det behov av FoU inom den öppna vården som de senaste åren blivit alltmer uppenbart är resultatet på frågan om pågående FoU nedslående.

Det är sannolikt att även bland de 55 distriktsläkare som inte svarat fanns en stor grupp som inte visste hur FoU uttydes och likaså bland de 324 som angav att de inte hade pågående FoU-verksamhet. Just förkortningen FoU kanske inte är så självklar i alla distriktsläkares medvetande. Om förkortningen hade skrivits ut i enkäten hade eventuellt svarsbilden sett något annorlunda ut.

Av de 29 beskrivna FoU-verksamheterna kan ges följande exempel:

- Diagnosregistrering (7 varianter)
- Preventiv diabetesvård (3 varianter)
- Alkoholisism och sjukvårdskonsumtion i Olofström. Vårdprogram i hypertoni i primärvård
- Deltar i Multicenterstudier

Undervisningsmetod

När kursdeltagarna ombads redogöra för vilka undervisningsmetoder som förekommit vid den eller de aktuella kurser de deltagit i visade det sig att uppgifterna delvis gick isär. Sannolikt beror detta på att det använts flera metoder på samma kurs, vid olika moment, och att man ibland haft svårt att särskilja en metod från en annan.

Katedrala föreläsningar, den mest traditionella undervisningsmetoden, var vanligast. På alla kurser har man angett att det var en bra undervisningsmetod.

Åsikterna beträffande grupparbete som undervisningsmetod var mer spridda men huvudsakligen positiva. De kliniska demonstrationerna var mycket uppskattade när de förekom. Detta är helt i linje med kursdeltagarnas uttryckliga önskemål om fler praktiska inslag och råd om praktisk handläggning.

På de kurser där man gått rond har man uppgett att rond som undervisningsmetod varken var bra eller dålig. I de fall kursdeltagarna uppgett att det förekommit annan deltagaraktiv undervisning har man också varit mycket positiv till denna.

Den slutsats man kan dra är att katedrala föreläsningar är en nödvändig och uppskattad undervisningsform men att det är önskvärt att de begränsas så mycket som möjligt till fördel för praktiska övningar, falldemonstrationer och grupparbeten.

Kurserna

Så gott som samtliga kursdeltagare på samtliga kurser har uppgett att kunskapsinnehållet varit av "Mycket hög kvalitet" eller "Hög kvalitet". Dessutom uppgav nästan samtliga att kunskapsbehållningen haft relevans för *upprätthållandet* av verksamheten vid vårdcentralen gentemot de krav som patienterna ställer. Däremot hade kunskapsbehållningens relevans för *utveckling* av kursdeltagarnas dagliga arbete varit något mindre.

Dessa resultat kan tolkas på flera sätt:

- a) Samtliga kurser har faktiskt så hög kvalitet oavsett kursledare, kursort och kursinnehåll.
- b) Inför risken/hotet att provinsialläkarfonden reducerar antalet kurser, vilka är mycket eftertraktade, tenderar man att se mer positivt på det utbyte en kurs ger än man normalt skulle göra.
- c) Kunskapsinnehållet är av hög kvalitet på samtliga kurser men det har ofta inte varit avpassat efter

allmänläkarnas behov i det dagliga arbetet. I kommentarerna till frågorna uttrycker flera kursdeltagare sistnämnda åsikt. Det sannolika är att resultatet kan förklaras utifrån en kombination av ovan nämnda tre antaganden.

Med stöd av de avgivna kommentarerna till frågorna kunde följande slutsatser dras:

1. Nedan uppräknade kurser förefaller att dels ha uppfyllt ett uttalat behov hos allmänläkarna, dels haft en uppläggning som varit avpassad för denna målgrupp.
 1. Ortopedisk medicin, särskilt extremitetsdiagnostik. Borlänge.
 2. Ortopedisk medicin, särskilt ryggdiagnostik. Borlänge.
 5. Öppenvårdskirurgi. Hudiksvall.
 7. Gynekologi. Borås.
 9. Mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning. Borås.
 14. Neurologi. Linköping.
 17. Praktisk farmakoterapi. Göteborg.
 21. Vårdcentralens administration och arbetsformer. Hörby.
2. Det är i detta sammanhang inte möjligt att på samma sätt göra en lista på kurser som behöver omprövas. På större delen av övriga kurser förekommer invändningar av typen "typisk specialistundervisning, ej avpassad till allmänläkarens behov". Denna invändning innebär emellertid inte att allmänläkaren inte har behov av kursen utan endast att kursledningen inte tillräckligt uppmärksammat vilken målgrupp kursen riktar sig till.

Långvård och psykiatri

Frageställningen var:

Bland annat långvård och psykiatri är i dag sjukvårdspolitiskt prioriterade områden. Samtidigt finner vi att intresset för kurser i dessa ämnen är lägre än genomsnittet. Vid några tillfällen har to m dylika kurser måst inställas. Vad är din uppfattning om anledningen till detta förhållande?

Denna fråga var en öppen fråga. En öppen fråga har inte fasta svarsalternativ utan låter uppgiftslämnaren fritt presentera de synpunkter han vill ha framförda. 346 läkare svarade och lämnade flera synpunkter var. När uppgiftslämnarna beskrev en kurs, avsågs någon ur det totala utbudet av långvårds- eller psykiatrikurser i hela landet.

Av distriktsläkarnas synpunkter på det bristande intresset för långvårdskurser framgår att många inte upplever särskilt stort behov av kurserna. Man anger att man har ett långt långvårdsavsnitt i sin utbildning, man har inte hand om varken sjukhem eller hemsjukvård och har större behov av kurser inom andra områden som saknats i grundutbildningen. Dessutom tycker man sig klara långvårdspatienter ganska bra med de kunskaper man har från sin tidigare utbildning och

från andra kurser. När distriktsläkarna får ansvar för lokala sjukhem tror man sig också få ett ökat behov av efterutbildning i långvård.

Man vill att de kurser som ges skall vara praktiska, matnyttiga och behandla de problem allmänläkaren möter inom tex hemsjukvård, rehabilitering och socialmedicin.

Bristen på intresse för psykiatrikurser uppges bero på att området anses tungt och tråkigt och behandlingsresultaten är föga uppmuntrande. Många av distriktsläkarna har i sin utbildning en längre tids tjänstgöring på psykiatrisk klinik och prioriterar kurser inom områden som saknades i utbildningen.

De kurser som ges i psykiatri är ofta inte avpassade för primärvårdens behov. Man anser att motsättningarna mellan olika terapeutiska principer och inriktningar påverkar kurserna negativt. Dessutom behandlas huvudsakligen problem från den tunga psykiatriska vården, medan allmänläkaren uppges behöva praktiska, genomförbara handläggningsprinciper för tex neuroser, alkoholism, psykosociala och psykosomatiska problem i primärvården.

Ett undantag uppges sk Balint-kurser utgöra, vilka utgör en mycket uppskattad utbildning när de förekommer.

När det gäller synpunkter på långvård och psykiatri uppges en större del av uppgiftslämnarna att långvårds- och psykiatrikurser har dåligt rykte. När man träffas diskuterar man olika kurser och rekommenderar de kurser man har god erfarenhet av.

De allvarligaste invändningarna man har är att kurserna behandlar områden som man som allmänläkare inte har någon kontakt med. Man vet inte heller i förväg vilket problemområde som kommer att behandlas, eftersom det oftast inte förekommer någon utförligare förhandspresentation av kurserna.

Nuvarande och framtida verksamhet

Uppgiftslämnarnas synpunkter och förslag.

Frageställningen var:

I ett fall då efterutbildning av allmänläkare kommer att tillgodoses på lokalplanet genom lokala huvudmannarrangemang, kan du då se några tänkbara utvecklingsvägar för Provinsialläkarfondens verksamhet? Vi tänker då på såväl målsättningsfrågor som frågor om innehåll och former i verksamheten, målgrupper för verksamheten mm.

Denna fråga var en öppen fråga. Det innebar att uppgiftslämnarna själva kunde avgöra vilka synpunkter de ville ha framförda.

322 distriktsläkare svarade och de flesta lämnade flera synpunkter var. Frekvensangivelser bör betraktas som *minimisiffror*. På en direkt fråga hade fler uppgiftslämnare kunnat uttrycka samma åsikt.

Sammanlagt 159 distriktsläkare uppgav att det är väsentligt att behålla centrala kurser. Av dessa framhöll 83 att provinsialläkarfondens nuvarande kursutbud är bra.

56 distriktsläkare betonade vikten av att träffa kolleger från andra lands- ting för erfarenhetsutbyte och värdet av de impulser och den stimulans man får genom att besöka andra landsän- dar. 71 distriktsläkare tror inte att loka- la huvudmän kommer att tillgodose allmänläkarnas behov av efterutbild- ning i tillräcklig omfattning. Dessutom ifrågasatte man den lokala huvudman- nens kompetens som kursgivare. När man angav förslag på yttre former för kursverksamhet dominerade åsikten att kurserna bör vara 2-3 dagar, effek- tivt utnyttjad tid och gärna upprepade gånger/år.

"Primärvård - innehåll och utveck- ling" (6) är en rapport med det angivna syftet "att ge huvudmännen plane- ringsunderlag för att möjliggöra ett ef- fektivt utnyttjande av tillgängliga re- surser för primärvård". Man framhål- ler vidare i rapporten att utredningsre- sultaten "även skall bidra till utveck- lingen av den framtida primärvårdens struktur och ge underlag för utbild- ningsplaneringen för personalen inom primärvården". I kapitel 6 har persona- lens arbetsuppgifter inom den fram- tida primärvården indelats i olika om- råden. Dessa områden har fått fungera som ramar för kategoriseringen av de av distriktsläkarna i föreliggande un- dersökning föreslagna kurserna. Resul- taten visar att distriktsläkarna är väl medvetna om vilka framtida arbets- uppgifter som kommer att äläggas dem och de har med den insikten föreslagit kurser som täcker in alla framtida ar- betsuppgifter.

19 distriktsläkare uttryckte önske- mål om pedagogisk utbildning. Samt- liga kan hänföras till kategorin kursle- dar-, handledarutbildning.

I samband härmed kan man nämna AgA:s slutrapport från september 1980 (7) som beskriver de konsekvenser som blir resultatet av de nya utbild- ningsbestämmelser som börjar tilläm- pas för läkarna vilka legitimeras efter 1 juli 1981 (i AgA-förslaget 1 juli 1982). Vårdcentralerna kommer då att få överta ett större ansvar för handled- ning och utbildning av bla AT- och FV- läkare. Inom varje enhet med utbild- ningsansvar kommer en av de ordina- rie distriktsläkarna inom allmänläkar- vård/allmänmedicin att tilldelas ett särskilt ansvar för uppläggning och samordning av handledningen. Ett all- mänt krav som AgA anser bör ställas är att vederbörande genomgått någon form av handledarkurs med pedago- giskt innehåll. I detta sammanhang kan man notera att provinsialläkarfon- den ligger väl framme med kursen "Pe- dagogiskt idéprojekt för allmänläkare" (2). Detta idéprojekt, en 5+2-dagars- kurs med mellanliggande period för hemarbete, fyller i hög grad de krav

AgA ställer på handledarutbildning.

De 26 spontana kursförslagen inom ramen för FoU förtjänar också uppmärksamhet. Dessa förslag ställde i relation till de 29 distriktsläkare som uppgav sig ha pågående FoU-verksamhet, visar att engagemanget inom detta område är begränsat bland distriktsläkarna. En förklaring kan vara att många distriktsläkare valt sitt verksamhetsområde efter intresseinriktning och att de således föredrar att slippa syssla med mera universitetsanknutna verksamheter. En annan förklaring kan vara att allmänläkarna har en bristande forskningstradition och saknar konkreta möjligheter att bedriva forskning.

Oavsett orsak ställs det krav från flera håll på FoU inom primärvården. Provinsialläkarfonden har understrukt vikten av distriktsläkarnas engagemang i FoU i sin informationspärm från 1976 (5).

I AgA:s slutrapport från september 1980 (7) sägs:

"För primärvården aktualiserar behov av *kunskaper* om såväl naturvetenskaplig som beteendevetenskaplig forskningsmetodik så att moment av FoU-verksamhet kan integreras med övrigt primärvårdsarbete. Om förutsättningar härför skapas inom den framtida primärvården bedöms rekryteringen av forskningsintresserade läkare till primärvården öka, vilket på sikt innebär en önskvärd höjning av kvalitén i vårdarbetet liksom inom utbildningsverksamheten. Deltagande i tvärvetenskapliga projekt av betydelse för både social- och hälsovårdssektorerna kräver *känedom* om kompetens och resurser inom övrigt samhällsarbete och inom universitet och högskolor."

Den kommande hälso- och sjukvårdslagen (8) ålägger allmänläkarna ytterligare ansvar för hälsovård och andra förebyggande insatser bland befolkningen. Medicinska Forskningsrådet (MFR) har 1981 utgivit en initiativgruppsrapport (9) i vilken man hävdar att:

Primärvårdens ansvar för en bestämd befolknings hälsotillstånd är en viktig utgångspunkt och ger specifika drag åt den allmänmedicinska forskningen. Behovet av kunskap om sjukdom och hälsotillstånd i en bestämd befolkning, avgränsad geografiskt eller på annat sätt, gör att epidemiologiska metoder blir centrala för forskning i primärvården. Medan den kliniska forskningen inriktas på diagnostik, terapi och förlopp hos sjukdom hos enskilda patienter, gäller den epidemiologiska forskningens metodproblem hur man ska mäta befolkningens hälsotillstånd och hur man kan påverka folkhälsan.

MFR anger som exempel på lämpliga rikskurser inom allmänmedicin:

- Epidemiologiska metoder utformade för primärvården
- Metoder för multicenterstudier i primärvården
- Metoder för utvärdering av primär- och sekundärpreventiva åtgärder i befolkningen
- Metoder att mäta sjuklighet i befolkningen.

Diskussion

De allmänläkare som svarat på enkäten representerar en snabbt växande allmänläkarkår. Den stora tillströmningen av yngre läkare med alltmer homogen utbildningsbakgrund kommer att ställa särskilda krav på provinsialläkarfondens efterutbildningsverksamhet. Dels kommer fler allmänläkare att vara i behov av efterutbildning med därpå följande ökade kostnader för kursgivning. Dels är det ur samhällets perspektiv angeläget med effektiv efterutbildning av allmänläkarna. Den snabba utökningen av allmänläkarkåren innebär också att större delen av allmänläkarna kommer att vara jämnåriga. Det innebär i sin tur att om 20 år har huvuddelen av allmänläkarkåren i många avseenden föräldrade medicinska kunskaper om dessa inte fortlöpande förnyas och omprövas.

Föreliggande enkät avsågs kunna ge svar på om det redan nu fanns kursverksamhet som av kursdeltagarna inte uppfattades som relevant för allmänläkarnas utbildningsbehov. Resultaten visar att alla provinsialläkarfondens kurser upplevs som relevanta. Detta resultat stöds av att det bland annat uttrycks önskemål om samma ämnesområden när allmänläkarna själva föreslår kursverksamhet.

Förutom ovan nämnda ämnesområden föreligger dock en omfattande lista på områden som man likaså upplever som viktiga områden för efterutbildning och där provinsialläkarfonden för närvarande inte ger kurser. Kurser inom preventiv medicinsk verksamhet, pedagogisk utbildning och FoU-kurser är aktuella förslag.

När de ekonomiska ramarna krymper och kraven ökar är det särskilt angeläget med en stringent uppläggning av en kursverksamhet, där inte något medvetet lämnas åt slumpen. I denna undersökning har framkommit att brister i kursernas uppläggning och presentation föreligger. I kommentarer till kursvärderingen, i synpunkter på långvårds- och psykiatrikurser i allmänhet och i förslag till framtida verksamhet, ställs krav på att kurserna avpassas efter de problem allmänläkarna möter i sin öppenvårdsverksamhet.

Detta krav har framförts tidigare av allmänläkarna, till exempel i GREIA:s redovisning av den så kallade distriktsläkarenkäten 1976:

Fortfarande lyssnar vi på utmärkta föreläsare som inga erfarenheter har från öppenvård och inte vet vad som i praktiken är möjligt och rimligt, vilken utrustning vi har. Föredragen är ofta föredömliga till utförande och rubricering, men det är klen med det matnyttiga för oss i öppenvården (3).

GREIA:s studie 1976 omfattade samtliga vidare- och efterutbildningskurser i Sverige. Samma synpunkter framförs med stort eftertryck i föreliggande undersökning av 1980. I själva verket är detta spontant framförda krav på kursernas anpassning till målgruppens behov ett mycket väsentligt

resultat av enkäten som inte utan vidare bör förbises.

Enligt föreliggande undersökning skulle kurserna i psykiatri vara sämst avpassade. Dessa kurser har nästan undantagslöst dåligt rykte. Kurserna anges till exempel behandla helt andra patientproblem än de för vilkas vård allmänläkaren ansvarar.

Denna diskrepans mellan kursuppläggning å ena sidan och de problem som kursdeltagarna har behov av att få behandlade å andra sidan är anmärkningsvärd.

En annan typ av kursuppläggning som däremot rekommenderas av många och som förefaller mycket uppskattad är den som kurserna i ortopedisk medicin i Borlänge haft. Dessa kurser har haft en allmänläkare med specialintresse för ortopedisk medicin som kursledare.

När allmänläkarna får uttrycka egna önskemål uppger de sig vilja ha en öppenvårdsanpassad, kvalificerad, praktisk och verklighetsnära efterutbildning. Många föreslår också att allmänläkare skall undervisa allmänläkare. Detta önskemål grundas främst på antagandet att en allmänläkare beaktar öppenvårdsaspekten i större utsträckning än andra specialister.

Kurserna uppges behöva en utförligare presentation. Den enskilde distriktsläkaren har svårt att avgöra kursens utbildningsvärde när ansökan skickas in. Flera kursdeltagare har följaktligen beklagat att kursinnehållet inte överensstämmer med de förväntningar de haft. Andra uppger att de tvekar att söka till en kurs när den inte är närmare presenterad. Man vill inte riskera att hamna på fel kurs.

Föreliggande undersökningsresultat bör ses som en ögonblicksbild. Att samtliga kurser fyller ett behov hos allmänläkarna och att man föreslår ytterligare kurser behöver inte nödvändigtvis innebära att provinsialläkarfonden måste svara för en heltäckande kursverksamhet. Det är däremot angeläget att de kurser som ges är optimalt avpassade för sitt ändamål.

Sammanfattning

Resultaten av föreliggande undersökning visar:

- att endast 29 av 414 distriktsläkare har pågående FoU-verksamhet
- att nästan samtliga kursdeltagare har uppgivit att kunskapsinnehållet varit av hög kvalitet på den kurs de deltagit i men att det ofta inte varit avpassat efter allmänläkarnas behov av att kunna utveckla den dagliga verksamheten
- att man uppskattar katedrala föreläsningar men önskar fler grupparbeten, falldemonstrationer och praktiska övningar
- att kurser i psykiatri och långvård har dåligt rykte på många håll och är särskilt illa avpassade efter sin målgrupp

- att allmänläkarna är väl medvetna om vilka framtida arbetsuppgifter som kommer att åläggas dem och att de med den insikten har föreslagit kurser som täcker in alla framtida arbetsuppgifter.

De slutsatser man kan dra utifrån resultatet är:

1. Provinsialläkarfondens kurser har gott anseende men de flesta kurserna saknar en ur allmänläkarsynpunkt relevant och stringent genomförd uppläggning.
2. Kurserna fordrar en utförligare presentation och fortlöpande evaluering.
3. Aktuella områden för framtida utvecklad verksamhet är kurser inom utbildning och FoU.

I kursledningen bör ingå allmänläkare, vid behov i samarbete med specialist, sjukgymnast eller dylikt. Väsentligt i detta sammanhang är att i kursledningen finns expertis inom respektive område och anpassningsförmåga till målgruppens utbildningsbehov. Några distriktsläkare har föreslagit kursledarkurser som en lösning.

Referenser

1. BLOMBERG I, RIIS U, RÅSTAM L 1982: Provinsialläkarfondens kursverksamhet. En enkätundersökning bland deltagarna i fondens kursverksamhet under 1980. Universitetet i Linköping, pedagogiska institutionen.
2. RIIS U, DAHLIN B, RÅSTAM L, SAMUELSSON I-B 1982: Pedagogiskt idéprojekt för allmänläkare. Universitetet i Linköping, pedagogiska institutionen.
3. NLV 1976. Efterutbildningsutredningen. GREIA. Distriktsläkares utbildning och önskemål om efterutbildning. Redovisning av enkät. Hösten 1976.
4. LAT 79. 1979. Läkarens arbetstider och tjänster. Socialstyrelsen, Stockholm.
5. PROVINSIALLÄKARFONDEN 1977. Handledning, AT- och FV-läkare. Distriktsläkarvård. Socialstyrelsen, Stockholm.
6. SPRI 1978. Primärvård - innehåll och utveckling. Stockholm.
7. NLV 1980. Översynsutredningen AgA. Specialistutbildning i allmänmedicin. Förslag från en arbetsgrupp inom översynsutredningen. September 1980. Socialstyrelsen, Stockholm.
8. RIKSDAGENS PROPOSITION 1981/82: 97 Hälso- och sjukvårdslag m.m.
9. MFR 1981. Forskning inom allmänmedicin. Initiativgruppsrapport. Gotab, Stockholm.

Författarpresentation

Iris Blomberg är trebetygsstuderande i pedagogik vid pedagogiska institutionen, universitetet i Linköping.

Ulla Riis är docent och forskare vid pedagogiska institutionen, universitetet i Linköping.*

Lennart Råstam, distriktsläkare i Skara, är fn verksam vid hälsovårdsenheten i Skövde.

Postadress: Universitetet i Linköping, Pedagogiska institutionen, 581 83 Linköping.

UTBILDNING I ALLMÄNMEDICIN - EFTERUTBILDNING

19805770

Vet jag, vad jag behöver veta? Synpunkter på distriktsläkarens efterutbildning.

CARL EDVARD RUDEBECK

Allmänläkarens efterutbildning är till stora delar ytlig och splittrad i förhållande till de kunskapskrav arbetet ställer. Den medicinska kunskapen måste förenas med kunskap om de sammanhang den verkar i och efterutbildningens grundläggande roll bör därför vara att göra allmänläkarens konkreta arbete synligt. Först då kan kunskapsbehoven identifieras och grunden läggas till utvecklingen av ett genuint, allmänmedicinskt kunskapsområde.

Nyckelord: Efterutbildning, allmänmedicin, Balint-grupper debatt.

Synpunkter på distriktsläkarens efterutbildning

Efterutbildningens syfte är, att göra helheten, läkaren och hans kunskap, skickad att ta sig an sina arbetsuppgifter i primärvården. Det finns emellertid mycket slentrian i efterutbildningen. Kursutbudet saknar prioritering utifrån den allmänmedicinska verksamheten och är därför splittrat. Impulserna till kurserna kommer ofta från andra än allmänläkarna själva. Undervisningen har oftast katedral inriktning, där kunskapen vördas från pulpeterna, anteckningsblocken fylls och sätts i bokhyllorna utan att mycket förändras i det praktiska arbetet. Trots försök till förnyelse visar det sig, att det är svårt att definiera de allmänmedicinska kunskapsbehoven. Efterutbildningen tenderar att bli en förlängning av grundutbildningen till form och innehåll. Michael Balints väl underbyggda tes, att läkaren själv med förtjänster och brister, är den viktigaste ingrediensen i behandlingen försummas nästan

systematiskt. Hur har det blivit så? Den grundläggande bristen är sannolikt en oförmåga att knyta an efterutbildningen till allmänläkarens konkreta arbetssituation. Instrumenten för att närgånget belysa denna är ännu bristfälliga. I det här inlägget försöker jag därför fånga några väsentliga aspekter av allmänläkarens arbete och samtidigt ge synpunkter på hur vi, i efterutbildningen kan utveckla våra kunskaper om dem.

Den allmänmedicinska kunskapskärnan

Kärnan i den kunskap som allmänläkare använder rör den direkta kontakten mellan patient och läkare, som den kommer till uttryck i samtal och undersökning. Även om allmänläkaren ägnar en stor del av sin tid till annat än direkt patientarbete, är det patientarbetet som ger plattformen och legitimiteten för hans insatser i hälsovård och i olika organ för samverkan. I grund- och vidareutbildning är det vissa delar av det samlade innehållet i patient-läkarkontakten som starkt betonas, nämligen de strikt biologiska och medicinska. Detta är väl känt, men har varit förvånande svårt att förändra. Om vi accepterar, att mötet mellan läkare och patient innehåller andra komponenter än mötet mellan patientens symtom och läkarens kunskaper, intellektuella och manuella, måste man också acceptera att utfallet av mötet även bestäms av dessa andra komponenter. Om en människa söker för banala övre luftvägssymtom, och läkaren utifrån sin fackkunskap gör allt för att få patienten att förstå, att han kommit i onödan, så får det naturligtvis väsentliga effekter utanför den frågeställning patienten ursprungligen kom med. Många gånger är det dessutom så, att anledningen att söka är betydligt mer omfattande än själva symtomet. Eftersom blotta faktum, att patienten sökt mottagningen för lindriga symtom talar för att han är en person som har benägenhet att somatisera, finns anledning att tro att läkaren i exemplet ovan snarare skärper än avhjälper patientens problem.

Balints slutsatser

Vi måste därför försöka identifiera andra viktiga komponenter i mötet mellan läkare och patient. Balint talar om "läkaren, patienten och sjukdomen". Han beskriver i sin bok en interaktion mellan två människor, där den ena präglas av sina besvär och sitt förhållande till dessa besvär, deras funktion, och där den andra präglas av sina yrkeskunskaper och sitt förhållande till dessa. Utifrån inträngande studier av denna interaktion visar Balint bl a följande:

Symtomen är väsentligt oftare än vi anar uttryck för en konflikt i livssituationen.

Patienter med benägenhet att somatisera psykiska konflikter "prövar" i en inledande fas ofta olika symtom, till dess de får besvar av läkaren, då en psykosomatisk symtomfixering sker. Terapeutisk framgång är lättast under "förslagsfasen".

Läkaren styrs i hög grad i sitt handlande av en ofrihet i förhållande till sin kunskap och de specialiserade företrädarna för denna kunskap.

På samma sätt som symtomen presenteras genom patientens personlighet presenterar läkaren sin yrkeskunskap genom sin personlighet. Läkarens personlighet påverkar i hög grad det diagnostiska och terapautiska arbetet och psykologisk självkänedom är därför en väsentlig professionell tillgång.

Läkaren måste, för att nå framgång i sitt arbete vinna över patienten på sin sida i ett samarbete riktat mot det gemensamma problemet, sjukdomen.

Behovet av psykologiska kunskaper beaktas formellt i nuvarande allmänläkarutbildning som innehåller 6 mån psykiatri som ett erkännande av själens betydelse för människors liv och problem inklusive de medicinska. Men allmänläkarens psykologiska kunskaper kommer oftast in som en motpol till den medicinska kunskapsarsenalen istället för som ett integrerat innehåll.

Läkaren gör trevare ut i psykologin, där han sedan hamnar i beråd, och antingen försöker hänskjuta problemet till psykologisk - psykiatrisk expertis eller snabbt retirerar in i somatiken. Den genom- och övergripande betydelse som psykologisk kunskap har för det allmänmedicinska arbetet tappas i stort sett bort. Därmed förloras också avgörande förutsättningar för en förgjupad kännedom om den mänskliga läkaren står inför och om läkarens egna möjligheter och begränsningar i relationen. Det blir därför svårt att finna nyanser och vägvinande handlingsalternativ. Eftersom förhållandet mellan allmänläkaren och hans patient i väsentliga delar skiljer sig från den gängse psykoterapeutiska situationen, där den psykodynamiska kunskapen till största delen vunnits, saknas ännu mycket av specifik, till allmänläkarens arbete, anpassad psykologisk kunskap. Detta påpekar också Balint och anger

här ett viktigt område för utveckling av ny kunskap. Psykologiska färdigheter har allmänläkarna dessutom i varierande omfattning. Det gäller att skapa ett forum för utbyte av kunskaper och frågeställningar, eventuellt med tillgång till psykologisk specialistkompetens i konsultrollen.

Balintgrupper

"Balintgrupp" är ett begrepp, som tyvärr ännu är okänt för många allmänläkare, abstrakt för resten utom för ett fåtal, som konkretiserat idén. Om primärvården skall bli en nödvändig kvalitativ, och inte enbart organisatorisk, förstärkning av den svenska sjukvården, brådskar det med att etablera grupper lander över. Det finns ingen annan väg till en granskande närkontakt med det psykologiska innehållet i allmänmedicinsk verksamhet.

Förenklad kunskapssyn

Läkarutbildningen på skilda nivåer förutsätter oftast en mycket förenklad syn på kunskap. Kunskaperna läggs som verktyg av neutral substans i sin låda i läkarnas intellekt, lika välordnade som innehållet i Anton Hafferls topografiska anatomibok. De ersätts och förnyas i takt med kunskapsutvecklingen vid universiteten. Beroende på vilka symtom som presenteras, plockas sedan lämplig kunskap fram. Att vi också står i ett förhållande till våra kunskaper, och att detta förhållande många gånger har större inflytande över bedömningar och beslut än kunskapen själv, försummas alltför ofta. Förhållandet till kunskapen har väsentligen två komponenter; en psykologisk och en vetenskapsteoretisk.

Allmänläkarens kunskapskomplex

Företrädare för medicinsk utbildning tillmäter den specialiserade kunskap de förmedlar en mycket hög vetenskaplig halt. Detta har till effekt, att de själva som företrädare för denna kunskap får stor auktoritet, vilket förstärks av universitetens och klinikerens maktstruktur och en ganska utbredd anda av karriärism. När studenten så förbereder sig för sin tentamen, tillför han sig inte bara den specialiserade kunskapen utan också den medicinska auktoriteten. Denna psykologiska bindning till kunskapen med starka inslag av auktoritetsberoende och rädsla för misstag och underkännande, följer sedan läkaren i yrkesgåringen, låt vara i varierande omfattning, men sällan så liten att den saknar betydelse. Det vanligaste sättet att individuellt komma till rätta med detta problem är att identifiera sig med och försöka efterlikna auktoriteten. Denna utväg är stängd för allmänläkaren som i sitt yrkesval trotsar specialiseringen. Vilket kunskapsområde han än beträdder finns där andra som kan mer. Det är klart, att allmänläkaren inte kan komma ur detta dilemma, genom att hela tiden sträva efter mer medicinsk kunskap. Det skärper istället fången-

skapen och beroendet av de medicinska auktoriteterna, eftersom det blir dessas kunskapsnivå mer än allmänläkarens konkreta yrkessituation, som styr kunskapsinhämtningen. Rådslan för misstag får olyckligt stort inflytande över allmänläkarens arbete och kunskapen riskerar att bli ett hinder istället för ett hjälpmedel.

En granskning av den egna verksamheten och av kollegors, som den framträder i deras enga redogörelser i fall - och principdiskussioner visar, att just läkarens osjälvständiga förhållande till sin kunskap ofta allvarligt hämmar honom i patientarbetet. Istället för att gå på sina uppenbara misstankar om orsakerna till patientens symtom, dröjer läkaren i uteslutningsdiagnostik med medicinsk inriktning. Det man då glömmer, är att patienten själv på samma sätt blir dröjande och splittrad istället för att mobiliseras i en värdering av sin livssituation. Den dag patienten sökte var han kanske öppen och beredd till en förändring, när provsvaren efter några veckor anlänt, kan möjligheten var försuttet. Istället har läkaren fått en patient med bestämda krav på uttömmande medicinsk diagnos och läkaren jagas sedan vidare av sin egen medicinska kunskap. Att det motsatta undviks, nämligen att läkaren fördröjer väsentlig medicinsk behandling med överflödiga psykosomatiska utvikningar är naturligtvis lika viktigt, men inte lika vanligt.

Kunskapskritisk hållning

Allmänläkarens förhållande till tillgänglig medicinsk kunskap är ofta också utifrån praktisk erfarenhet berättigat kritisk. Det han iakttagit i sitt dagliga arbete stämmer inte med hans kunskap; kunskaperna är dåligt tillämpliga. Men just iakttagelsen av dålig överensstämmelse är också kunskap, för mot den regelbundenhet i biologiska och psykologiska reaktionsmönster, som den erkända kunskapen representerar ställes en annan regelbundenhet, den som allmänläkaren anar eller tar för given, men inte systematiserad redovisar.

Denna motstridighet har sin grund i att den medicinska begreppsapparaten, med statistisk signifikans som honnorsord, inte når väsentliga delar av den verklighet som allmänläkaren konfronteras med. Naturligtvis kan en bristande överensstämmelse också bero på, att allmänläkaren har dåliga kunskaper. Det avgörande är, att kunskapsluckan på något sätt blir uppmärksam. Efterutbildningen måste därför ha sin utgångspunkt i daglig praxis eller annorlunda uttryckt: utbildningens grundläggande syfte bör vara, att göra denna praxis synlig!

Med ett kunskapskritiskt - och törstigt förhållningssätt hos den enskilde allmänläkaren läggs grunden till en sådan utbildning. Han ser, intrycken strävar efter medvetenhet. Kan han inte

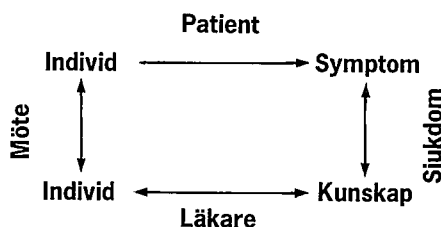
skaffa sig den på egen hand, tar han upp problemet med kollegor och får kanske svar på stående fot. Om inte, är han kanske inne på ett generellt problem, vars utveckling och försök till lösning kan ha stor betydelse även utanför den enda verksamheten. Steget från enskilda till kortakommanden till utveckling och forskning blir kort. Avgörande är också, att det finns en gemensam kunskapsbas, som är öppen och tillgänglig hos ett kollektiv av allmänläkare "Balint-gruppens" idé är tillämplig även i detta avsnitt av efterutbildningen.

Möt denna bas ställes allmänläkarnas erfarenheter, vilket ger impulser och möjligheter till systematisering i form av lokala vårdprogram och forskningsprojekt. Här finns också en självklar plattform för diskussioner med specialister om samarbetsformer och handläggningsrutiner där allmänläkarna står tillräckligt starka för att resultatet skall bli en fruktbar syntes. Till sådana diskussioner hör också en kontinuerlig och kritisk granskning av "vetenskap och beprövad erfarenhet" inom olika områden mot bakgrund av den allmänmedicinska erfarenheten.

Det går inte att dra en skarp gräns mellan den medicinska kunskapen och dess praktiska användning. Man har ingen anledning att vänta sig, att en okritisk kunskapsförmedling, där ytterst specialiserad kunskap jämföras med praktiska grepp i vardagssjukvården, skall balanseras av en kritisk användning av kunskapen av den enskilde läkaren. Den kritiska hållningen måste därför byggas in i själva kunskapen genom att vetenskapsteoretiska moment tillförs utbildningen på samtliga nivåer. Detta är inte minst viktigt i allmänläkarens efterutbildning. Med den kritiska hållningen kommer kunskapen på distans. Den skymmer inte sikten för nya, tidigare inte redovisade samband eller förhållanden. Det som allmänläkaren uppfattar som verklighet och hans kunskap om verkligheten kommer i rimlig balans, vilket är en förutsättning för att kunskapen förnyas av den som i sitt arbete tillhandahåller underlaget. Den vetenskapsteoretiskt underbyggda kritiska hållningen till kunskapen ger också en nödvändig motvikt till den negativa psykologiska bindning som tidigare berörts.

Sammanfattning

Inte förrän efterutbildningen självklart står på sina två fundament, det psykologiska och det kunskapskritiska, är den värd att benämnas allmänmedicinsk efterutbildning. Den viktigaste allmänmedicinska kunskapskällan är själva mötet mellan läkare och patient kring det gemensamma problemet - sjukdomen, där patientens del utgörs av symtomen och läkarens av hans yrkeskunskaper. Konsultationen kan åskådliggöras i nedanstående figur:



Vi ser här de väsentliga ingående delarna:

Ett möte mellan två människor.

Ett möte mellan upplevda kroppsliga obehag, med eller utan iakttagbara kroppsliga förändringar, och den medicinska fakkunskapen, som representeras av en allmänläkare. Den vetenskapsteoretiska utmaningen.

Ett förhållande mellan en människa och hennes symtom, där symtomen räcker ett spektrum från en allvarlig kroppslig åkomma till en allvarlig psykosocial obalans.

Förhållandet mellan läkaren och hans kunskap, mer eller mindre färgat av psykologiska bindningar.

Formen för efterutbildningen, gruppen av allmänläkare som drivs av en gemensam, men troligen olika artikulerad, kvalitetssträvan, erkänner både kunskapen och okunskapen hos medlemmarna. Grunden till en kunskapsutveckling är därmed lagd och stoffet för grund- och vidareutbildning i allmänmedicin synligt.

Referenser:

Michael Balint: Läkaren, patienten och sjukdomen. Natur och Kultur, 1972.

Anton Hafferl: Lehrbuch der topographischen Anatomie. 2:a uppl. Springer Verlag, 1957.

Författarpresentation:

Carl Edward Rudebeck*, distriktsläkare i Umeå.

*Postadress: Mariehems vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 37 Umeå.

ERFARENHET AV BALINT-GRUPP I SOLLEFTEÅ:

A limited, though considerable change

LEIF PERSSON · PER FREDERIKSEN · KJELD KNUTHSEN · THOMAS LÖFGREN
ÖRJAN NILSSON · CHRISTIAN VON SCHÉELE · CARL-ERIC THORS

Hösten 1978 inleddes en seminarieverksamhet bland flera allmänläkare samt några invärtesmedicinare och AT-FV-läkare i Sollefteå. Utgångspunkten för verksamheten var de idéer, som den ungerska, sedermera engelska, psykoanalytikern Michael Balint introducerade i slutet av 40-talet och början av 50-talet. Han ansåg att allmänläkarens uppgifter inte inskränkte sig till att samla uppgifter och ställa diagnos; utan förmågan att lyssna och utan strävan efter utvidgad förståelse av den enskilda patienten, är även den mest välutbildade kliniker ej sällan rådlös. Långvarig kännedom om patienten och dennes miljö var andra faktorer som gjorde allmänläkaren speciellt lämpad för Balints arbetsmetoder.

I artikeln redovisas de nu treåriga erfarenheterna av en svensk Balint-grupp i Sollefteå.

Nyckelord: Balint-grupper, efterutbildning.

Michael Balint kom i kontakt med psykoanalysen i Berlin på 1920-talet. Det var en orolig tid; i Weimarrepubliken existerade framtidstro och revolutionära förhoppningar vid sidan av dekadens och uppgivenhet. I Berlin utvecklades psykoanalysen bland annat i en socialt medveten riktning och det är svårt att tro, att inte Balint tog intryck av förhoppningarna att psykoanalysen

hade något att bidra med vid bygandet av ett bättre samhälle i efterkrigs-europa. Men efterkrigs-europa blev förkrigs-europa och psykoanalysen blev aldrig en preventiv samhällsvetenskap. Ändå har förhoppningarna inte raserats helt, utan realiserats i blygsammare och mer realistisk skala och detta är Balints bestående insats, främst formulerad i böckerna *The Doctor His Patient* and *The Illness* samt *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*. Genom sina böcker och sin lärargärning vid Tavistock Clinic har han gjort psykoanalytiska idéer tillgängliga för en bred krets av personer, som i sitt arbete möter psykologiska problem i olika former och förklådnader. Från en mer eller mindre esoterisk lära applicerad på nervösa överklasspatienter, har Balint och medarbetare, utan att överge teorins hörnstenar, utvecklat en teori och en metod tillämpbar på socialbyråer och allmänläkarmottagningar.

Detta hade naturligtvis inte varit möjligt om det inte bland tex läkare funnits en utbredd och ofta återkommande känsla av misslyckande inför talrika enskilda patienter. Trots kunskaper och de bästa föresatser avslutas som bekant många läkarbesök med en ömsesidig känsla av irritation och besvikelse.

Man kan börja med att analysera detta som ett kommunikationsproblem; Varför anammar patienten inte läkarens välvilliga råd? Och: Varför vet läkaren så ofta med sig att hans besked till patienten inte alls givit något svar på dennes ibland uttalade ibland outtalade frågor? Få problem kan emellertid formuleras i samma stund de uppstår. Många individer söker hjälp för sorger och konflikter innan de funnit någon formulering för dem. Det är knappast märkvärdigt att dessa oorganiserade, oformulerade problem i vår tid uttryckes i termer av somatisk sjukdom snarare än en själslig nöd. Det torde också vara klart – men det är det tyvärr inte – att läkarens svar på denna oorganiserade oro genom hävdandet av vad Balint kallar den apostoliska funktionen, är otillfredsställande. Även om allmänläkarens apostoliska övertygelse idag innebär, att han kan

göra anspråk på att utöva preventiv intervention, borde det stå klart, att man inte löser svärmorsproblem med fiberrik kost eller chefskonflikter med motion.

Balint analyserar denna oftast oförlösta spänning mellan å ena sidan patientens somatiskt formulerade problem och å andra sidan läkarens empatiska hållning förenade med rutinmässigt doserade, välvilliga råd – och vad mera är – genom Balints insats har en väg ut ur denna destruktiva konflikt blivit tillgänglig.

Sollefteågruppen – bakgrund

Redan i slutet av 40-talet och början av 50-talet bildade Balint de första grupperna i England, efter att tidigare ha varit verksam i Ungern. Från början initierade han handledda grupper på socialbyråer och något år senare samlade han en grupp allmänläkare omkring sig och Tavistockkliniken. Verksamheten beskrevs för första gången i *Lancet* april 1952. Därefter har Balints tankar och arbetssätt spridit sig över stora delar av världen. Först under senare år har emellertid hans idéer vunnit insteg i Sverige, kanske främst genom Lennart Kaijs insatser.

Balint påvisade och betonade allmänläkarens försteg framför de sjukhusbundna kollegorna vad beträffar den goda kännedomen om patienten och dennes miljö. Han pekade också på det unika i att patienten återkommer till allmänläkaren för andra sjukdomar och krämpor, trots att den psykoterapeutiska kontakten kan ha brutits.

Hösten 1978 inledde vi i Sollefteå en gruppverksamhet av Balinttyp. Deltagare var några av medicinklinikens läkare samt läkarna vid vårdcentralen. AT- och FV-läkare var periodvis deltagit. Gruppens kärna – sju personer – har i övrigt hållits intakt under de dryga tre åren.

Vi har träffats under cirka 2 timmar på kvällstid varannan vecka under terminerna. Psykoterapeutiskt utbildad ledare har saknats. Viss psykologisk kunskap finns dock i gruppen. Denna konstruktion är inte i enighet med Balints rekommendationer. Han ansåg det vara en förutsättning att grupp-

daren hade gedigen psykoanalytisk – helst psykoanalytisk skolning. Senaste året har vi känt behov av en sådan handledare då och då.

En annan faktor, som givit vår verksamhet viss särprägel är det begränsade upptagningsområdet. Vårdcentralen svarar för 15 000 personer och medicinkliniken för cirka 45 000. Detta innebär för oss att den samlade kunskapen om våra patienter är god. Oftast har flera gruppdeltagare aktuell eller tidigare kännedom om en beskriven patient eller dennes närmaste. Vi har till exempel kunnat följa hur ett dödsfall i ett skidspår aggraverade ängesten och självosäkerheten hos den dödes hustru och föranledde sju andra personer relaterade till den avlidne att söka för besvär som yrsel, bröstsmärtor och allmän sjukdomskänsla.

Målsättning - utveckling

Ett första mål för oss var att utvidga vår kunskap om psykodynamiska skeenden. I initialstadiet läste vi därför Balints klassiska bok *The Doctor His Patient and the Illness* och senare *Psychoterapeutic Techniques in Medicine*. Patientdiskussioner har dock normalt upptagit större delen av mötestiden.

Ett andra mål har varit att uppöva vår känslighet för patientens ofta ofullständigt formulerade budskap.

Starkare motsättningar i gruppen har ej uppstått, men vi har ibland haft skildra uppfattningar vad gäller behandlingsstrategier och tolkningsfrågor. En förklaring kan vara att vi först sista året närmare gått in på överföringsskeenden. Vi har troligen undvikit att beröra för gruppens medlemmar emotionellt känsliga material. En annan förklaring är, att allvarliga konflikter skulle vara förödande för det dagliga arbetet med tanke på den nära samarbetsrelation som råder inom gruppen, vad gäller andra medicinska frågor.

Erfarenheter

Ett av de mera kända Balintcitaten lyder "The aim is to establish a limited, though considerable change in the doctor's personality". Flera av oss har upplevt den förändringen. Den känslan är svår att i ord beskriva, men kan delvis illustreras av några exempel. Till patienter, som tidigare allmänt upplevts som "besvärliga" har vi under de första kontakterna avsatt ordentligt med tid. Därefter har vi låtit dem komma med jämna – täta intervaller. Även om vi inte har gjort någon ingående studie, har vi en känsla av att dessa patienter därefter uppvisat färre antal akutbesök. De har kunnat vänta på sin tid och en del har kunnat skötas telefonvägen. Orsaken till detta kan vara den förbättrade patient-läkarrelationen samt att vi på ett annorlunda sätt förstår vad "besvärlig" är och varför en människa kan uppfattas som "besvärlig". Utan gruppens hjälp och stöd hade

det varit svårt för den enskilde läkaren att uppnå den typ och mängd av engagemang som krävs.

Fallbeskrivning

Följande fallbeskrivning kan användas som illustration. *En 50-årig kvinna sökte för perifer facialisparetes och huvudvärk. Hon intogs för utredning och observation på medicinkliniken. Sedan regress av hennes facialisparetes konstaterats utskrevs hon till hemmet. Någon månad senare återkom hon akut med intensifierad huvudvärk och en kontralateral facialisparetes. Patienten själv, en son och en granne, vilka följde henne till mottagningen yrkade i bestämda, anklagande ordalag på omgående, förnyad sjukhusvård för uteslutande av hjärntumör. Efter samtal med sonen och med patienten, vid vilket deras oro förklarades förstäelig, men ogrundad, återvände patienten hem sedan hon erhållit snar återbesökstid. Vid återbesöket berättade patienten som svar på den inledande, allmänt hållna frågan att hon hade svår, kronisk huvudvärk sedan 20 år. Den hade drabbat henne i anslutning till en trafikolycka, vid vilken hennes man och en av hennes tre söner hade omkommit. Patienten och de två överlevande sönerna hade erhållit svåra skador. Sedan hon tillfrisknat mötte hon från sin bror och sin mor motsstånd mot sina försök att tillsammans med de två barnen etablera en självständig tillvaro. Likväl förmådde hon slutligen bryta upp, flytta och skaffa arbete – men endast till priset av intensifierade samvetskonflikter och ökad huvudvärk. Vid det fjärde samtalet konstaterade hon i förbigående att hennes 20-åriga huvudvärk hade upphört. Vid efterföljande årliga kontakter har patienten därefter visat sig förmå att kompromissa på ett för henne acceptabelt sätt mellan å ena sidan familjens krav och å andra sidan sitt behov av autonomi.*

Denna sjukhistoria är på sätt och vis exceptionell och patientens tillfrisknande är säkerligen i första hand uttryck för hennes emotionella resurser och ovanliga styrka. Kanske blev samtalet förlösande dels därför att sonens vrede accepterades, dels därför att sonens och patientens farhågor inte bekräftades genom en onödig sjukhusvistelse. Inte minst viktig var att empatisk kontakt kunde etableras redan vid det första samtalet; hennes situation och hennes resurser var tydliga redan vid den första kontakten; härigenom möjliggjordes det gåtfulla igenkännandet i en annan individs situation, som i Balint-kretsar kallas "tuning in".

Sammanfattning

En inte ovanlig situation är att vår arbetsglädje avtar efter de första åren som följer sedan specialistkompetens förvärvats. Nyfikenheten mattas, allt fler patienter förefaller besvärliga och

framkallar irritation, arbetet blir rutinbetonat. Att arbeta i Balints anda är ett motgift mot detta "den trötta klinikers syndrom". Det är att tillägna sig ett dubbelt perspektiv; igenkännandets kost är ett motgift mot rutin och leda och ger samtidigt en ibland oväntad spegelbild av den egna personligheten.

Den ökade förståelsen av samspelet mellan läkare och patient, förmågan att bättre urskilja patientens budskap samt viljan att aktivt ingripa har medfört att medvetenheten i vår kliniska vardag har vidgats.

Referenser:

Balint, M: Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund. Studentlitteratur 1978.

Balint, M och Balint, E: *Psychoterapeutic Techniques in Medicine*. London. Tavistock Publication 1961.

Hopkins, P Ed: *The Human Face of Medicine*. Bath. Pitman Medical 1979.

Författarpresentation:

Leif Persson, Per Frederiksen, Kjeld Knuthsen, Thomas Löfgren, Örjan Nilsson, Christian von Schéele, Carl-Eric Thors, vårdcentralen samt medicinska kliniken i Sollefteå.*

*Postadress: Sollefteå sjukhus, Box 4201, 881 04 Sollefteå.

Landstingets samhällsmedicinska enheter, hälsovårdsenheter

Praktiska erfarenheter från Skaraborgs län under ett decennium

BO HAGLUND

Artikeln utgör en bearbetning av ett inledningsanförande vid symposiet Samhällsmedicinska funktioner i utbildning och vård vid Svenska Läkaresällskapets riksstämman 1981.

I artikeln redovisas i ett historiskt perspektiv framväxten av en samhällsmedicinsk funktion i Skaraborgs län. Utgångspunkten för arbetet var ett politiskt beslut i form av en hälsoplan tagen vid landstingsmötet 1971.

Verksamhetens förändringar till innehåll och personal redovisas efter olika omorganisationer under 1970-talet. Det praktiska arbetet har under tidsperioden knutits an fastare till primärvårdsorganisationerna i länet.

Erfarenheterna visar att en central motor på landstingsnivå är nödvändig som partner till primärvårdsorganisationerna för att utveckla en offensiv hälso- och sjukvård.

Nyckelord: Samhällsmedicin, hälsovård, Skaraborg, historia, hälsovårdsenhet, prevention.

Hälsoplanen

Redan 1971 togs i Skaraborgs läns landstingsmöte en hälsoplan där inriktningen för det hälsovårdande arbetet beskrevs som att "det yttersta målet för hälsovården bör vara att göra det möjligt för den enskilde att uppnå och bevara ett gott hälsotillstånd" (1). I hälsoplanen betonades att individens hälsa måste ses i relation till den miljö hon lever i.

Inledningsfas

För att förverkliga hälsoplanen startade man en organisatorisk enhet, benämnd hälsovårdsenheten, 1972 (figur 1). Den var till en början placerad i anslutning till landstingets centrala administration. En hälsovårdschef med pedagogisk utbildning och en hälsoupplysningsledare anställdes.

Under de inledande åren försökte man hitta former för det förebyggande arbetet. Man orienterade sig vad gäller hälsoupplysning mot erfarenheter av bla marknadsföring. Verksamheten inriktades mot områden som kost, motion, alkohol, narkotika och tobak. Den bedrevs framför allt i form av sk ANT-kurser. Kännetecknande var olika kampanjer och framställning av broschyrer.

Allmänna hälsokontroller inleddes också under den här tidsperioden. Värde av hälsokontroller utvärderades av socialstyrelsen flera år senare. Landstingets "interna" företagshälsovård började också formas med en medicinsk och en teknisk del.

Nyorientering

För att få en ökad bredd i hälsovårdsarbetet, diskuterades en anställning av läkare som hälsovårdschef. En förväntan var att man därigenom skulle etablera förebyggande tänkande och arbete, framför allt inom primärvården, men även inom hela hälso- och sjukvården. Hälsovårdsenheten fick en formell blockanknytning till primärvårdsblocket 1974.

En grundläggande ambition i den

nyorientering som skedde var att ett systematiskt utvecklingsarbete inleddes för att tillvarata alla medicinska erfarenheter av prevention (2, 3). Samtidigt påbörjades en utvärdering av all projektverksamhet och detta har sedan dess varit ledstjärna för hälsovårdsenhetens arbete.

Expansion

Under åren 1974 fram till 1977 expanderade verksamheten kraftigt och 1975 pågick 17 projekt vid hälsovårdsenheten (4). Det kanske viktigaste projektet var utbyggnaden av landstingets "externa" företagshälsovård. Den omfattade framför allt anställda inom kommuner samt små och medelstora företag. Redan ett år efter starten 1974, omfattade företagshälsovården ca 8 000 anställda i länet.

Verksamheten under perioden kännetecknades av en rad försöksprojekt inom livsstilsområdet som kost, motion, droger m.m.

Under perioden utvecklades och diskuterades även nya former för utvärdering och kartläggning av människors hälsa. Exempelvis försökte vi utvärdera verksamheten i en kommun under en systemteoretisk utvärderingsansats i projektet hälsovård i Vara (5). Praktiska och ekonomiska skäl begränsade ambitionsnivån.

Resultaten från tidsperioden har dock varit att en ökad kunskap inom det förebyggande området vanns, som senare varit till stor praktisk nytta vid uppbyggandet av det förebyggande arbetet i kommunerna (6-10).

Figur 1.
Hälsovård i Skaraborg — en historisk beskrivning (1)

	Politiska beslut	Verksamhetens innehåll	Personal
1971	Hälsoplanen		
1972		Marknadsföring — Kampanjer — Hälsokontroller — Företagshälsovård	Hälsovårdschef Hälsoupplysningsledare
1973		Nyorientering — Systematiskt utvecklingsarbete — Utvärdering	Hälsovårdsöverläkare
1974		Expansiv fas	Utredare anställdes
1975		17 projekt	

Preventionens tre ansatser

Grundprinciperna för arbetet från 1976 och framåt har varit att försöka kartlägga omfattningen av de viktigaste hälsoproblemen (11–16). Huvudansatsen har också varit att komma åt dessa med i första hand primärpreventiva insatser.

Verksamheten från 1976 och framåt har inriktats mot tre områden (figur 2). För det första mot projekt för förändring av *livsstil* betecknad som individ (17, 18). För det andra mot *miljön* (19, 20) och för det tredje mot förändringar av *hälso- och sjukvårdens arbetssätt* (21, 22). Även om vissa projekt griper över flera områden har det varit praktiskt med denna indelning.

En organisatorisk förändring genomfördes 1977 då utredarna, dvs samhällsvetenskapligt utbildad personal, vid hälsovårdsenheten blockanknöt. Syftet var att tillföra framför allt sluten vården resurser för att intiera och förstärka förebyggande aktiviteter. Förutom utredarnas blockanknytning tillsattes hälsovårdsansvariga läkare inom varje block. Ett hälsoråd bildades också för att samordna de förebyggande aktiviteterna mellan blocken.

Projektverksamheten påbörjades samtidigt och utgjorde betydelsefulla *praktiska bryggor* mot specialistklinikerna. Ett vårdprogram för högt blodtryck (21) har tex utformats och bedrivits i samarbete med medicinkliniken och i ett olycksfallsprojekt i Falköping har medverkan funnits med, framför allt kirurger (19, 20).

Flera projekt har också utformats i samarbete med barnkliniken, där bla en föräldrautbildning kallad "Att umgås med barn" kanske utgjorde det viktigaste projektet under tidsperioden (23).

Erfarenheterna från perioden visar att ett gott resultat kräver satsning och kunskap om nya metoder och att utvärdering är ett nödvändigt instrument för att inte gå in i återvändsgränder. Utvecklingsarbetet blev tungt då kunskaper och erfarenheter inom det förebyggande området var begränsade i vårt land (2, 3).

1977 kom en utredning om kommunbaserad vård, UKOV, som låg till grund för en intensifierad diskussion om decentraliserade primärvårdsorganisationer i länet.

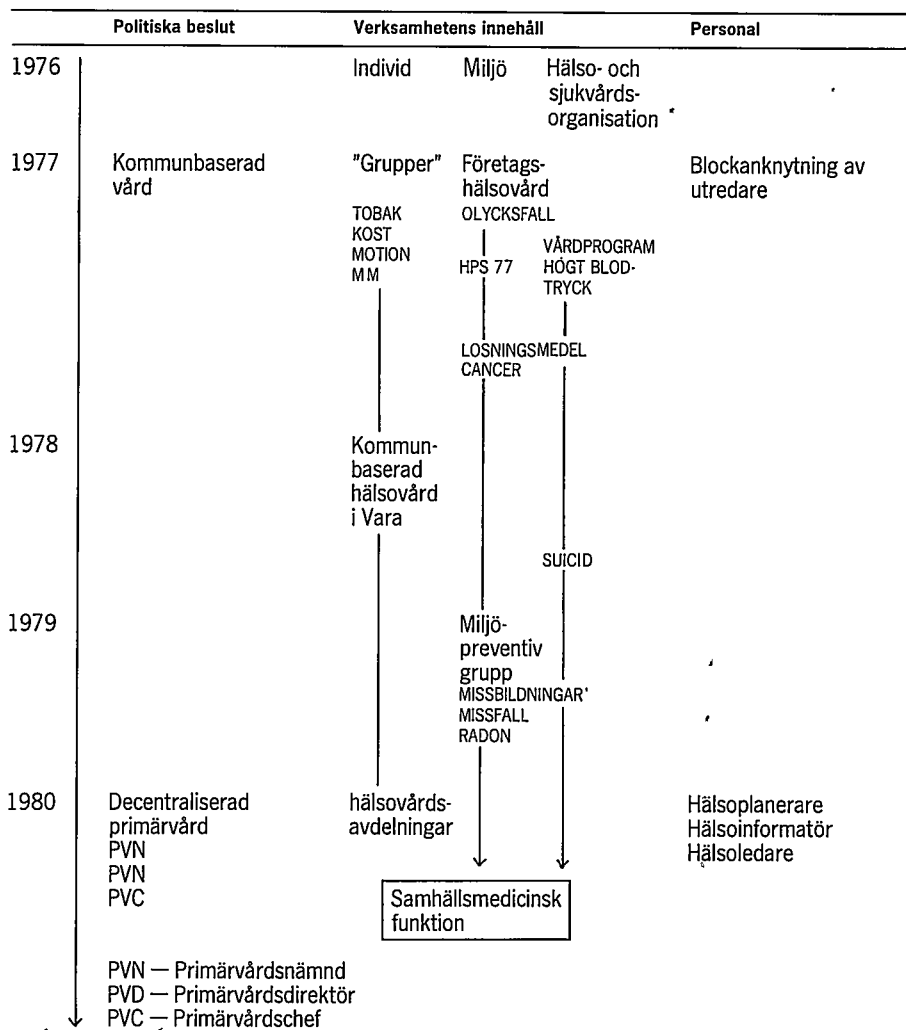
Kommunbaserad hälsovård

1978 utgör en annan milstolpe för hälsovårdsverksamheten. Erfarenheterna som vunnits under experimenterandet tidigare år samlades då inom ramen för en lokal hälsovårdsverksamhet i Vara (18). Livsstilsområden som kost, motion, tobak och avspänning utgjorde till en början hörnstenarna i verksamheten.

Samhällsmedicinens framväxt

Under den här perioden började också verksamheten utvecklas som omfattade när- och samhällsmiljön. Olycks-

Figur 2. Hälsovård i Skaraborg — en historisk beskrivning (2)



fallsprojektet i Falköping var ett sådant exempel, aktiviteter omkring lösningsmedelsproblematik hos barn och vuxna en annan (24–29).

För att utveckla den förebyggande verksamheten inriktad på när- och samhällsmiljö startades en *miljöpreventiv grupp*. I gruppen ingick representanter från hälsovårdsenheten och från landstingets externa företagshälsovård. Arbetsmiljön har varit det viktigaste verksamhetsområdet, där arbete med lösningsmedel, olycksfall utgör några exempel.

Under de sista åren har vi också fått alltmer arbete av omgivningshygienisk karaktär. Bland annat har vi genomfört en undersökning av missbildningar på kommunnivå under en sexårsperiod under 70-talet (30). Vidare har vi försökt arbeta fram, tillsammans med gynekologer i länet, ett användbart missfallsregister (31).

Det kanske viktigaste exemplet utgör problemställningarna kring radon som visar på värdet av en samordnad insats över kommungränserna.

En utbyggd företagshälsovård utgör en viktig förutsättning för praktiskt förebyggande arbete både för olycksfall och lösningsmedelsproblematik (32). Landstingets externa företagshälsovård expanderade kraftigt under 1970-talets sista år och omfattar idag ca 25000 anställda inom länets 16 kommuner.

Den ständiga omorganisationen

En utvecklingsenhet som hälsovårdsenheten, utan förebild, måste med nödvändighet ständigt förändras. Omorganisation av enheten ungefär vartannat år har kännetecknat utvecklingen under hela 1970-talet (33).

1980 genomfördes en radikal förändring av hälso- och sjukvårdsorganisationen (34). Primärvården prioriterades i än högre grad än tidigare. Politiskt innebar det här en förstärkning av decentraliseringssträvandena i landstingsområdet. *Lokala administrativa kanslier* infördes i varje kommun och samtidigt inrättades *lokala politiska organ*, sk primärvårdsnämnder (35).

Särskilda resurser för förebyggande arbete, som det i Vara skulle också inom ramen för den nya organisationen successivt införas i länets övriga kommuner. Nya tjänster på kommunnivå, hälsoplanerare, hälsoinformatörer och hälsoledare inrättades och dessa skulle utgöra motorer i den lokalt förankrade verksamheten (36).

Hälsovårdsenhetens nya roll

Förändringarna medförde också en ny roll för hälsovårdsenhetens verksamhet. Hälsovårdsenhetens viktigaste uppgifter kan sägas vara:

- 1 Att *utbilda personal i hälsofrågor*
- 2 Att *kartlägga och analysera hälsoförhållanden*
- 3 Att *bedriva utvecklingsprojekt*

- 4 Att medverka vid planering av hälsoarbete i primärvård
5 Att informera om och distribuera material.

Utbildningen av olika personalkategorier inom hälso- och sjukvårdssystemet i förebyggande arbete har kommit att bli en allt viktigare arbetsuppgift för hälsovårdsenheten. Att samla in och bearbeta statistik och kartlägga befolkningens hälsotillstånd och analysera sambandet mellan miljö och hälsa utgör en annan viktig arbetsuppgift. Huvuddelen av detta arbete kan ske som *utvecklingsprojekt* i samarbete med primärvårdsorganisationerna. Genom detta samarbete sker då också en naturlig *medverkan vid planeringen av hälsoarbetet* i primärvården. Information om och samordning av erfarenheter av lokalt hälsoarbete i länets olika kommuner kommer också att vara en viktig uppgift, liksom att framställa informationsmaterial, samla referenslitteratur och liknande.

Några av de viktigaste utvecklingsprojekten av länsintresse som hälsovårdsenheten bedriver i samverkan med lokala primärvårdsorganisationer är:

- olycksfall/Falköping
- lösningsmedelsskador/Tibro
- radonproblematik/4-5 kommuner
- hälsokontroll av äldre/Skara
- vårdprogram för högt blodtryck/6 kommuner
- hälsovård i skolan/3 kommuner
- modeller för hälsoarbete inom primärvården/Vara, Tibro
- psykosocial studie/Företagshälsovården i Falköping

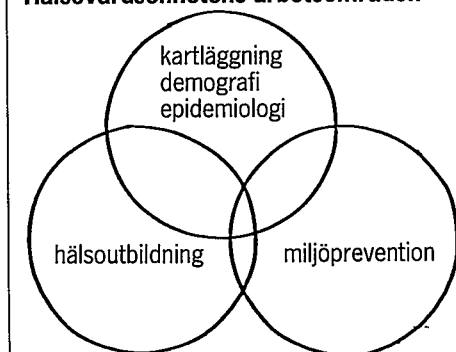
Som framgår är det en bred spridning av samarbetspartner över länet.

Konklusion

De praktiska erfarenheterna av hälsovårdsarbetet under 1970-talet har visat att det *behövs en central motor på länsnivå* som i dialogen med primärvårdsorganisationerna kan driva fram en offensiv hälso- och sjukvård. För att kunna genomföra detta krävs kunskaper inom de tre områden som illustreras i figur 3. Drivkrafterna i utvecklingen under 1970-talet har framför allt varit *kunskaper* som hämtats från *socialmedicin, epidemiologi* och *preventiv medicin*.

God kunskap har också funnits i form av samhällsvetenskapligt utbild-

Figur 3.
Hälsovårdsenhetens arbetsområden



dade utredare för att bedriva utbildningsverksamhet. Däremot har vi haft *brist på yrkesmedicinsk och omgivningshygienisk kunskap*, vilket många gånger upplevts som besvärande i arbetet inom den miljöpreventiva gruppen.

Referenser

- 1 Skaraborgs läns landsting: Hälsoplanen. Skaraborgs läns landsting, Mariestad 1970.
- 2 Isacsson S-O, Svanström L: Att förebygga. Socialmedicinsk Tidskrift 1976 53:489-497.
- 3 Isacsson S-O: Förebyggande medicin - Erfarenheter från de första försöksåren i Skaraborgs län. Läkartidningen 1977, 74:232-235.
- 4 Kontakt-R nr 4, 1975, sid 2-13.
- 5 Bolin A: Hälsovård i vara. Utvärderingsmodell. Stencil. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 6 Ljungkvist H, Isacsson S-O: Program för tobaksinformation i Skaraborg. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs länslandsting, Skövde, 1977.
- 7 Isacsson S-O: Att arbeta med tobaksfrågan inom ett landsting. Socialmedicinsk Tidskrift 1980, 57:223-226.
- 8 Pellmer-Wramner K oa: Rökfri MVC-BVC. Psykosocial delstudie. Projekt-rapport. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1977.
- 9 Bolin A oa: Rökfri sjuk- och hälsovård - kampanjens uppläggning och resultat. Projekt-rapport. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1976.
- 10 Isacsson S-O oa: Kan soffliggare aktiveras? Socialmedicinsk Tidskrift 1976. 54:276.
- 11 Haglund B, Isacsson S-O: Hälsoprofil Skaraborg 1977. Projekt-rapportering. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1980.
- 12 Eriksson C-G, Haglund B: Vad är en kommundiagnos? Socialmedicinsk Tidskrift 1981. 58:220-225.
- 13 Bolin A, Haglund B, Isacsson S-O: Behovsanalys i lokalsamhället. Några erfarenheter utifrån Hälsoprofil i Skaraborg 1977. Socialmedicinsk Tidskrift 1981. 58:226-230.
- 14 Haglund B, Isacsson S-O (red): Kommundiagnostik. En utgångspunkt för offensivt hälsoarbete. Erfarenheter från tvärsnittsundersökningen. Hälsoprofil Skaraborg 1977 (HPS 77). SPRI rapport 84, Stockholm 1982.
- 15 Haglund B: Community Diagnosis - A theoretical model for prevention in primary health care. To be published in Scand J of Primary Health Care.
- 16 Heap A, Isacsson S-O, Janzon L, Svanström L: Cancerincidensen i Skaraborgs län 1964-1972. Läkartidningen 1980. 77:4141-4144.
- 17 Bolin A: Projekt integrerad hälsovård 1978 - det första året. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1980.
- 18 Bolin A, Haglund B JA: Inför satsningen på förebyggande arbete i primärvården. Erfarenheter och synpunkter. Socialmedicinsk Tidskrift 1981. 58:302-307.
- 19 Schelp L, Svanström K, Svanström L: Olycksfall i Falköpings kommun år

1978. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1979.
- 20 Haglund B, Bolin A, Schelp L: Samhällsmedicinsk verksamhet i Skaraborgs län - erfarenhet från ett decennium. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting. Under publicering.
- 21 Berglund G, Isacsson S-O, Rydén L: Vårdprogram för högt blodtryck i Skaraborgs län. Spri spec publ S52, Stockholm 1977.
- 22 Andrén A, Beskow J: Självmoordsförebyggande verksamhet i Skaraborgs län. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 23 Pettersson M, Svanström L, Tode K: Att umgås med barn. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1978.
- 24 Haglund B, Kjellman B: Behov av miljöanamnes vid leukemi och missbildning hos barn. Läkartidningen 1978 75:3436.
- 25 Haglund B, Heap A: Plastmodellbygge - är det farligt? Läkartidningen 1978 75:3536-3537.
- 26 Haglund B, Heap A, Berg P, oa: Projekt modellbyggare. Sambandet mellan psykisk och fysisk ohälsa och lösningsmedelsexposition vid plastmodellbygge hos skolungdom, en matchad kohort-studie. Resultat. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1979.
- 27 Haglund B: Lösningssmedel - en förklädnadskonstnär på mottagningen. Läkartidningen 1979 76:4003.
- 28 Haglund B, Jansson B, Eriksson R, oa: Arbetsmodell för lösningsmedelsskador. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 29 Haglund B, Jansson B, Eriksson R, oa: Utredning av psykiska och neurologiska symptom på lösningsmedelsskador. Ett försök till en socialmedicinsk arbetsmodell. Nordisk medicin 1982; 97:85-88.
- 30 Haglund B, Jansson B: Missbildningar i Skaraborgs län under tidsperioden 1972-1978. Stencil. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 31 Gunnervik K, Haglund B, Jansson B, oa: Missfallsregister i Skaraborgs län. Projektplan. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 32 Svanström L: Kan företagshälsovård integreras i den offentliga hälso- och sjukvården? Nordisk Medicin 1979; 94: 74-78.
- 33 Haglund B: Hälsovård under ett decennium. Hälsovårdsenheten, Skaraborgs läns landsting, Skövde 1981.
- 34 Skaraborgs läns landsting: Primärvårdsnämnder. Ledningsorgan på kommunnivå. Skaraborgs läns landsting, Mariestad 1980.
- 35 Berg L, Lundstedt L: Primärvårdsnämnd och kansli - erfarenheter från Skaraborg. SFAM-nytt 1981 2:144-145.
- 36 Bolin A, Haglund B: Nu har vi möjlighet att förbättra skaraborgarnas hälsa. Kontakt-R nr 4, 1981.

Författarpresentation

Bo Haglund, distriktsläkare*. Tidigare hälsovårdsöverläkare i Skaraborgs län.

*Postadress: Socialmedicinska institutionen, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Vad är en vetenskaplig artikel?

BO HAGLUND

Det kan ibland kännas som att det är enklare att genomföra en stor undersökning än att skriva en liten artikel där resultaten presenteras, så att så många som möjligt förstår vad som menas. Presentationen av resultatet från forskning och utvecklingsarbete i allmänmedicin utgör grunden för ämnets utveckling.

Syftet med denna artikel är att diskutera riktlinjer för författare av vetenskapliga artiklar. Först definieras vad en vetenskaplig artikel är, därefter ges en översiktlig redovisning av uppbyggnaden.

Utgångspunkten för artikeln är Robert A. Days bok: *How to Write and Publish a Scientific Paper*.

Nyckelord: Forskningspresentation.

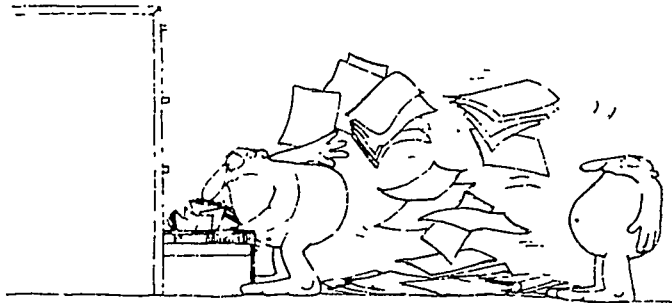
"Jag tackar Dig för hjälpen vid uppläggningsredovisningen av förstlingsförsöket med primärvårdsforskning. Det förefaller ju som denna redovisning snarast överträffar i svårighetsgrad utförandet av själva screeningen." Citatet bifogades en artikel till SFAM-nytt. Det är kanske så.

Allmänmedicin som vetenskapligt ämne är i sin linda i Sverige och det krävs utbyte mellan allmänmedicinare för att utveckla det. En vetenskaplig artikel är det förnämsta instrumentet för utbytet. För att artiklarna skall bli lätttolkade krävs en logisk uppbyggnad som är igenkännbar.

Syftet med den här artikeln är att utifrån Robert A. Day (1) diskutera riktlinjer för författande av vetenskapliga alster. Först skall jag därför definiera vad en vetenskaplig artikel är för att därefter översiktligt redovisa uppbyggnaden.

Definition

En vetenskaplig artikel är en skriven och publicerad rapport som beskriver



originalresultat från ett forskningsarbete. Det finns normer för hur en vetenskaplig artikel skall utformas och publiceras. Dessa normer har utvecklats ur traditioner, redaktörernas handläggningsrutiner, rådande vetenskaplig etik och samspelet mellan trycknings- och publiceringsprocedurer.

Nyckelbegreppet när man närmare skärskådar den vetenskapliga artikeln är *tillförlitlig publicering* (engelska *valid publication*). Abstracts, konferensrapporter och liknande uppfyller inte kravet på tillförlig publicering. Vidare, även om ett manuskript klarar alla prövningar på tillförlitlighet men är publicerad på fel ställe, uppfyller den inte kravet på tillförlitlig publicering. Officiella publikationer som textens offentliga utredningar skSOU-rapporter, konferensrapporter och "husorgan" som tex läkartidningen, socialmedicinsk tidskrift och SFAM-nytt, uppfyller inte heller kravet på att vara primär litteratur där publicering bör ske.

Många har försökt definiera vad som menas med tillförlitlig publicering och Day utgår från följande definition (2):

"An acceptable primary scientific publication must be the first disclosure containing sufficient information to enable peers (1) to assess observations, (2) to repeat experiments, and (3) to evaluate intellectual processes; moreover, it must be susceptible to sensory perception, essentially permanent, available to the scientific community without restriction, and available for regular screening by one or more of the major recognized secondary services (e.g., currently, Biological Abstracts, Chemical Abstracts, Index Medicus, Excerpta Medica, Bibliography of Agriculture, etc., in the United States and similar facilities in other countries)."

Vid ett första påseende kan den här definitionen tyckas mångordig men när ni skall skriva er artikel märker ni att varje ord är genomtänkt. Vi skall därför diskutera de olika delarna i definitionen.

Nyckelbegreppet i den första meningen är "första presentationen". Huvuddelen av vetenskapliga resultat presenteras i dag muntligen vid kongresser och konferenser. Men detta är inte en första presentation i vetenskaplig mening. En utvärdering av vetenskapliga granskare måste vara möjlig för att kriteriet "första presentation" skall vara uppfyllt. Tillräcklig information måste således presenteras så att potentiella utnyttjare av uppgifterna, kan för det första värdera observationerna och för det andra upprepa experimenten och för det tredje utvärdera den intellektuella processen. Man skall således kunna bedöma om författarens slutsatser är bestyrkta av presenterade resultat.

Med "susceptible to sensory perception" menas i flertalet fall enbart en skriftlig publicering av en artikel, men i en framtid kanske andra media såsom videokassetter eller till och med databaser kan utgöra den första presentationen, därför finns meningen med.

Utöver formen för publicering är det viktigt att artikeln är tillgänglig för vetenskapssamfundet utan restriktioner i existerande söksystem. Exempel som är mest näraliggande för allmänläkare är Index Medicus, Excerpta Medica och Famli. Publikationer som dagstidningar, "husorgan" är värdefulla för att framföra nyheter och liknande, men dessa kan inte tjäna som underlag för vetenskaplig kunskapsutveckling.

Skälen till att utveckla definitionerna är för det första att en rad spännande forskningsresultat i dag grävs ned i sammanfattningar från kongresser, konferensrapporter, officiella publikationer eller i böcker och tidskrifter med mycket begränsad läsekrets.

2/15 0 3 7 197

Andra arbeten presenteras i samma eller lätt förändrade former i flera tidskrifter. Ibland är det förorsakat av dålig etik hos författarna, men oftare är det resultatet av en begreppsförvirring om vad som är en vetenskaplig artikel.

För det *andra*, en vetenskaplig artikel är ett särskilt dokument som innehåller en specificerad information. Presentationen av en vetenskaplig artikel kräver därför samma kvalitet på tänkandet som övrigt vetenskapligt arbete, det vill säga logik, klarhet och precision.

Uppbyggnad av en vetenskaplig artikel

Författandet av en vetenskaplig artikel är i första hand en övning i att organisera data under klart formulerade enhetliga rubriker. Varje artikel bör därför i tur och ordning innehålla introduktion, material och metoder, resultat och diskussion. Varje avvikelse vållar förvirring för läsaren. En god organisationsförmåga är oftast nyckeln till ett bra författarskap.

Redovisningsformen ovan presenterades som mall för amerikanska författare 1972 (3) och den har blivit allt mer accepterad även av övriga tidskrifter. Uppbyggnaden är logisk och besvarar i tur och ordning fyra frågeställningar:

1. *Vad är problemet?* Svaret utgörs av *introduktionen*.
2. *Hur studerade du problemet?* Svaret ges i beskrivningen av *material och metoder*.
3. *Vad fann du?* Svaret här utgörs av *resultaten*.
4. *Vad betyder fynden?* Svaret formuleras i *diskussionen*.

Huvudorsaken till de strikta formerna för publicering är nödvändigheten av att göra innehållet lättillgängligt i den allt stridare strömmen av vetenskaplig litteratur. För det här krävs ett system för beskrivning av uppgifter (data) som är enhetligt, koncist och lättförståeligt.

I några kommande artiklar skall jag mera i detalj diskutera innehållet i en vetenskaplig artikel.

Litteraturreferenser

1. Day R.A.: How to Write and Publish a Scientific Paper ISI Press Philadelphia 1979,
2. Council of Biology Editors. 1968. Proposed definition of primary publication. Newsletter, Council of Biology Editors, November 1968, p. 1-2.
3. American National Standard Institute, Inc. 1972. American national standard for the preparation of scientific papers for written or oral presentation. ANSI Z39.16-1972. American National Institute, Inc., New York.

Författarpresentation:

*Bo Haglund** distriktsläkare vid hälsövsårdsenheten Stockholms läns landsting.

*Postadress: Hälsovårdsenheten Vårdcentralen Krokan, 172 83 Stockholm.

Recensioner

**Recension Henrik R Wulff
"Rationel Klinik"
Munksgaard, København, 1981
ISBN 87-16-08900-6**

Praktik och teori

Henrik R Wulff, specialist i invärtes medicin, har nu utkommit med en starkt reviderad utgåva av "Rationel Klinik", första gången publicerad 1976, översatt till engelska, serbokroatiska, italienska och holländska.

Utgångspunkten för boken är praktikerns kliniska verksamhet och verklighet såsom den yppat sig för H Wulff i kontakt med studenter på Medicinkliniken, Gentofte, Köpenhamn, och sernare som överläkare vid Herlevs sjukhus, Köpenhamn. Författaren visar sig också besitta kunskaper om allmänpraktikern, allmänmedicinarens arbetsområde och har i Danmark blivit mycket anlitad tillsammans med Bjørn Andersen, överläkare i kirurgi, som kursgivare i DadL's kurser i klinisk forskningsmetodologi. Jag har själv haft förmånen att i London, hos Royal College of General Practitioners, deltaga i en tredagarskurs med dessa två som kursgivare. Ämnet var just statistik och rationell klinik för allmänläkare.

Så ett smakprov på den nya utgåvan. På 250 sidor möts teori och praktik. Den kunskapslucka som författaren med sin bok vill fylla är klinisk beslutsteori eller klinisk metodlära. De kliniska besluten beskrivs i flödesschema, den diagnostiska processen med insamlade och användande av olika data diskuteras ur både klinisk och statistisk synpunkt, måttskalor, symptomets pålitlighet liksom pålitligheten i kliniska fynd belyses. Normalbegrepp, vetenskapsteori och etik berörs, mängdlära (den "nya" matematiken) som redskap vid analys av kliniska problem diskuteras (Venndiagram, Boole's algebra), Bayes teorem och sannolikheter relateras till diagnostik och klinisk erfarenhet.

Centralt för mig har varit de närmast provocerande kapitlen om sjukdomar och deras klassifikation, diagnoser som förkläden för våra bristande kunskaper (syndromdiagnostik), deduktiv diagnostik, diagnostisk strategi samt "terapi genom tiderna". Ett annat väsentligt kapitel har rubriken "Det kontrollerade behandlingsförsöket", där H Wulff uppmanar till kritisk läsning av facktidsskrifter. Dessutom kan man lära sig mycket om randomisering, val av kontrollbehandling, blindprinciper, sekvensanalyser och statistisk analys av kontrollerade försök.

Sista kapitlet är en "första hjälp i statistik". Det fordrar inga speciella mate-

matiska förkunskaper utan är en briljant introduktion till basalstatistik.

Genom hela boken finns återknytning till praktiken. Detta gör boken lättläst och stimulerande för en allmänläkare. Den som önskar fördjupa sig i de teoretiska aspekterna som författaren tar upp rekommenderas Alvan R Feinsteins redan klassiska bok Clinical Judgement. Själv tror jag att denna Rationel Klinik blir minst lika klassisk. Den borde läsas av varje praktiker som önskar sätta sin ofta rutinerade dagliga gärning in i ett större sammanhang. Den stimulerar till självkritik, till utvärdering (detta utnötta ord) av den egna verksamheten.

När får vi allmänläkare i Sverige en chans till grundläggande kurser i forskningsmetodologi med föreläsare som besitter kunskaper om både teori och praktik? Tag detta som ett uppslag, Svensk förening för allmänmedicin!

*Britt-Gerd Malmberg**
distriktsläkare, Tumba
Postadress: Tumba vårdcentral,
Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba

Böcker inkomna för recension

Det har kommit en del böcker till SFAM-nytt's redaktion för recension. Vi önskar på redaktionen att intresserade distriktsläkare hör av sig. Nedanstående böcker väntar för närvarande på recensenter.

Rahm, Håkan: Författningshandbok för sjuksköterskor och annan personal inom hälso- och sjukvården 1981, ISBN 91-40-11307-8, Esselte, Nacka 1981.

Dahlström, Hans: Psykofarmaka - effekter och användning. ISBN 91-20-06178-1, Almqvist & Wiksell Förlag AB, Stockholm 1979.

Andersson, R., Melin, E, och Melin I: Social service inom hemtjänst och äldreomsorg. ISBN 91-27-50023-3, Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm 1981.

Hilden, Johanne: Övergångsaaldern. ISBN 87-16-08881-6, 1981, Munksgaard, København.

Buus Jensen, Søren: Alkoholisme. ISBN 87-16-02355-2, Munksgaard, København.

Fryklund, Birgitta: grundläggande mikrobiologi och sjukvårdshygien. ISBN 27-50012-8. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm, 1981.

Jonsson, K., Olofsson, S, och Palmkvist-Berg, M.: Grundläggande farmakologi för vårdutbildningar. ISBN 91-27-50027-6. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm, 1981.

Ut med forskningen! En debattbok om forskningsinformation

Hjort B., Kjällerström, B. och Nycop, C.-A. (red.)

Liber Utbildningsförlaget, 1981. (Capris 37:50 + moms)

"Ut med forskningen" heter en debattbok om forskningsinformation av Christer Hjort, Bengt Kjällerström, Carl Adam Nycop m.fl. UHÅ och Liber har givit ut boken och universitetskansler Carl-Gustaf Andrén uttrycker i förordet sin förhoppning att boken skall bidra till att fördjupa diskussionen inom universitetet och högskolor om mål och medel för en bättre forskningsinformation.

Kjällerström, Hjort och Nycop utgör redaktionsgruppen för boken och inleder var sitt kapitel i vilket de representerar var sin roll inom forskningsinformationen. Kjällerström representerar forskaren, Hjort informatören (från universitetens och högskolornas informationsavdelningar) och Nycop den vetenskaplige journalisten.

Största utrymmet i boken upptas av en rad gästskribenter, som i var sitt kapitel ger sina personliga synpunkter på forskningsinformation, dess problem, möjligheter och målsättningar. Bland dessa gästskribenter finns också forskare, informatörer och journalister.

Först uppträder emellertid en anonym mottagarröst, dvs den vanlige TV-tittaren eller tidningsläsaren, som tänker till och vill veta mer om den rapport eller bok som nyhetsinslaget bygger på. Vart vänder hon/han sig då? Ja, naturligt är förstås att man vänder sig till biblioteket där man bor, till bokhandeln eller till studieförbunden. Alla tycks dock vara lika handikappade när det gäller att hjälpa till att skaffa fram forskningsinformation. Biblioteken får som rutin inte information om de avhandlingar och rapporter som förvaras på universitetsbiblioteken. Det mesta som skrivs om forskningsresultat och vetenskapliga arbeten ges inte ut förlagsvägen och kommer därför inte med i Svensk Bokförteckning eller Svensk Bokhandelstidning, vilka är bokhandelns informationskällor. Man brukar istället hänvisa till biblioteken(!).

Studieförbunden har heller ingen kontakt med forskarvärlden. Man berättar att tidigare försök till samarbete har stupat på antingen bristande pedagogisk förmåga hos experten eller olikheter i utvärderingar.

De övriga gästskribenterna är också tämligen eniga om att forskningsinfor-

mationen behöver förbättras och utökas. Man har dock litet olika sätt att föreslå.

Lars Olof Björn, professor i botanik, och författare till flera populärvetenskapliga böcker, föreslår tex att man skall ge universitetsinstitutionerna ett ekonomiskt påslag och låta forskare som har kvalifikationer fullgöra en del av sin undervisningsskyldighet i form av utåtriktad informationsverksamhet. Vidare tycker han, att man skall sänka priset på svensk populärvetenskaplig litteratur, att man skall använda de nya SIA-aktiviteterna bla för att stimulera och utveckla ungdomarnas intresse för forskning.

Katrin Hallman, journalist, föreslår att forskningsanslag också används att informera om forskningen, att forskarna och journalisterna måste tänka på att presentera sitt material bättre. Hon talar om de lyckade arrangemangen med "Öppet hus", men frågar också varför man måste låta folket komma till forskarna. Varför inte tvärtom? Hon föreslår obligatorisk "gästföreläsning" för skolbarn, näringsforskarna kan tex ordna en vandringsutställning för innerstaden i våra köpcentra, kriminologerna kan ställa ut sina resultat i fängelserna och trafikforskarna på motellen etc. De flesta skribenter i boken trycker också på att det behövs en utökad utbildning för såväl forskare som journalister i kommunikationsteori och språkanvändning. Dessutom behövs en utökad kontaktmöjlighet mellan forskare och journalister.

Flera journalister, David Finer, Katrin Hallman och Sven Linderoth, varnar för risken att journalister identifierar sig så med forskarna att de förlorar sin kritiska syn på forskningen och informerar helt på forskarnas villkor och inte utifrån läsekretsens intressen.

En annan sak många skribenter tar upp är att forskningsinformation ofta sker i form av att enstaka resultat rapporteras utan sammanhang.

Bo Teglund, medicinsk reporter samt informatör vid Lunds universitet, beskriver två typer av forskare, som tyvärr är alltför vanliga inom forskningskretsar. Den ene är popforskaren (av Teglund kallad Popén), som alla läst om i tidningen och som uttalar sig om det mesta antingen det rör hans område eller inte. Han har lätt att uttrycka sig, använder meningar som ofta blir citerade och avvisar aldrig en journalist. Han uppträder i TV-debatter, tillsammans med politiker etc. Den andre är grundforskaren (av Teglund kallad Grundtlig), som isolerar sig från världen och inte är känd av någon utanför Medicinska forskningsrådet och sitt forskningsfält. Han anser att de flesta doktorsavhandlingar är undermåliga och att grundforskning är det enda som borde stödjas etc.

Boken är bitvis mycket underhållande och de som arbetat med forskning eller vetenskaplig journalistik känner nog igen de situationer som beskrivs i vissa kapitler.

Boken handlar alltså i huvudsak om hur forskningsinformationen bättre skall nå ut till allmänheten.

Så gott som samtliga skribenter är eniga om att det fordras en bättre kunskap om kommunikationsprocessen hos forskarna. Stort avseende läggs vid språket. Många föreslår att forskarna till sina avhandlingar och rapporter lägger en sammanfattning också för lekmän.

En bättre kontakt mellan forskare och journalister/informatörer pläderar många för.

Att forskningsresultat inte skall presenteras lösryckta utan alltid sättas in i ett sammanhang, vad kan de användas till, vad kan de vara bra för etc är också en vanlig synpunkt.

Boken handlar dock så gott som enbart om medicinsk och naturvetenskaplig forskning. De enskilda bidragen är sinsemellan ganska osammanhängande och täcker delvis över varandra. Många inslag handlar tex om språkanvändningen. Istället kunde man kanske ha diskuterat frågor om vem som behöver forskningsinformation och varför, vem som styr forskningsinformationen idag etc...

I stort sett är det dock en tankeväckande bok och man kan hoppas att den kan påverka forskare och journalister i positiv riktning. *Boken är kanske extra viktig för allmänmedicinare som fn håller på att skapa sig en forskningstradition.*

MARGARETA LUNDBERG
Forskningsassistent, Socialmedicinska institutionen,
Sundbyberg

Recension John GR Howie (1979),
Research in General Practice Croom
Held Ltd, ISBN 0-85664-506-0

Forskning i allmänmedicin

I min bokhylla står sedan två år tillbaka en liten bok med den något pretentiösa titeln "Research in General Practice". Författare är John GR Howie, Senior Lecturer in General Practic vid Aberdeens universitet.

Boken är, upptäcker jag vid en om-läsning, en liten guldgruva, fylld av små praktiska påpekanden, mycket användbara för den som avser ägna lite möda åt forskning i primärvård. Författaren tar med utgångspunkt från sex idéer (-projekt) upp forskningsprocesser, som de kan te sig i primärvården; allt ifrån idé till planering, genomförande, analys och inte minst presentation av forskningsresultat. Tonen är mycket brittisk och ligger väl i linje med allmänläkartraditionen i England och dess "småklurighet". Trevligt är också att få ta del av både "successes and disappointments".

Rekommenderas till läsning.

*Britt-Gerd Malmberg**,
distriktsläkare, Tumba.

Postadress: Tumba vårdcentral,
Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba.

OBS!

**SFAM-nytt kan man
prenumerera på
100 kr för år 1982 till
postgiro 37 5440-5.**

**Ange prenumerationsavgift
vid betalningen.**

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
11486 Stockholm