

SFAM-NYTT

Nr 2-3 1980 Nytt från Svensk Förening för Allmän Medicin



Temannummer

LEDARE

5677
FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGS
ARBETE INOM PRIMÄRVÅRDEN,
INITIATIV LOKALT OCH CENTRALT

Forsknings och utvecklingsarbete förhöjer för den enskilde allmänläkaren erfarenhetsmässigt kvaliteten på det dagliga rutinarbetet. Det skärper kritiken av egna funktioner och beslut.

Initiativ till forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården tas idag av en rad instanser både centralt och lokalt.

Centralt har regeringen förklarat att reformverksamheten inom hälso- och sjukvårdens område skall inriktas på förebyggande insatser, utbyggnad av öppen vård och hemsjukvård samt införande av ett system med husläkare och mindre vårdenheter.

Man hävdar vidare att det inom den öppna vården finns ett behov av både ett praktiskt förankrat utvecklingsarbete på kort sikt och av forskning och utbildning i ett längre perspektiv.

"Ett aktivt forsknings- och utvecklingsklimat är angeläget för att förstärka den kvalitativa rekryteringen inom allmänmedicinen. Ett förbättrat vetenskapligt underlag kommer vidare att ge underlag för en avgränsning av allmänläkarverksamheten en mer markerad profil gentemot andra medicinska verksamhetsområden". (Prop. 1979/80:116).

Praktiskt vill regeringen förverkliga sina intentioner genom att tillföra SPRI 7,5 miljoner kornor. Dessa medel skall användas för 10 projekt under en 3-års period. Rubrikerna på projekten är:

- Primärvårdens organisation,
- Primärvårdens samverkan med länsjukvården,
- Primärvårdens inplacering i hälso- och sjukvårdssystemet,
- Samverkan mellan primärvården och parallella vårdssystem i ett första skede privatläkarorganisationen,
- Utveckling av vårdprogram för tunga diagnosgrupper inom primärvården,
- Primärvårdens roll och beredskap,
- Utbildningspaket för patientmottagare,
- Beskrivning och analys av hur kontinuiteten har tillgodosetts inom primärvården,
- Vårdplanering i öppen vård,
- Utveckling av informationssystem för primärvården.

För den enskilde allmänläkaren med forskningsintresse inom någon av rubricerade områden skulle det vara värdefullt om projektmedel kunde ansökas. Modell för projektansökan och projektmedels-

tilldelning finns från t ex arbetarskyddsfondens verksamhet.

Svensk Förening för Allmänmedicin ser som sin uppgift att spegla initiativ till primärvårdsforskning på olika nivåer genom SFAM-nytt. I numret presenteras en modell för systematisering av forskningsområden inom primärvården.

Principiellt är det tre områden som behöver beskrivas vad avser struktur och funktion:

- 1 Folk och samhälle i allmänläkarens ansvarsområde,
- 2 Primärvårdens organisation,
- 3 Samspelet mellan befolkningen och primärvården.

Exempel från de tre områdena ges i artiklarna i numret.

För en ung vetenskap som allmänmedicin är kunskapsamlande i inledningsskedet viktigt. I samarbete med SPRI har vi därför som supplement till numret tagit fram en dokumentation om primärvård. Vi hoppas från SFAM's sida att få återkomma till samarbetet med nya dokumentationer omkring arbetet med primärvård.

Ett viktigt arbetsområde för de allmänmedicinska institutionerna måste under de följande åren vara att systematisera dokumentationen om forsknings- och utvecklingsarbetet i Sverige.

Goda förebilder finns från Danmark där Anders Foldspang gått igenom allt forskningsarbete inom primärvården mellan åren 1950 och 1974. Efter en kritisk värdering har han indexerat 767 arbeten, inte bara efter stickord utan också efter forskningsområden, forskningsteman och forskningstyper.

Foldspangs arbete kan därigenom tjäna som handbok för varje intresserad allmänläkare, som vill göra något inom sitt intresseområde. Några exempel på forskningsområden är befolkningen, hemsjukvården, äldreomsorg, företagshälsovård och jourtjänstgöring.

I numrets artiklar upprepas argument för en decentraliserad forskning inom primärvårdsområdet.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvårdstjänster varierar från kommun till kommun, och kanske än mer mellan landsbygd och tätort.

En decentraliserad forskning inom allmänmedicinen, som bygger på epidemiologisk kunskap och metodik, är därför nödvändig att bygga upp.

Förutsättningen för att kunna utveckla en decentraliserad forskning är att enheter av samhällsmedicinsk karaktär inrättas i fler landstingsområden.

Den samhällsmedicinska karaktären motiveras av att kunskap om folk och samhälle även kräver vetenskaplig kunskap från andra discipliner än den rent medicinska.

En tvärvetenskaplig ansats är därför nödvändig inom många forskningsprojekt om primärvårdens mål skall uppfyllas. Med en decentraliserad forskning skapas goda förutsättningar för den tvärvetenskapliga ansatsen. Framför allt kommer samarbete med samhällsvetenskapliga discipliner att bli viktigt.

Några andra fördelar med samhällsmedicinska forskningsenheter på landstingsnivå är:

För det första kan man genom en decentraliserad placering försäkra sig om att få löpande impulser från vardagens hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, kurativa och rehabiliterande arbete.

Vidare utgör närheten till praktiskt verkssamma tvärfackliga arbetslag, för till exempel omvårdnad och stödjande arbete i lokalsamhället, goda möjligheter till forskningsprojekt olika samverkansmodeller.

Enheterna kan också på sikt bli mycket betydelsefulla led i både för- och efterutbildning av olika personalkategorier inom hälso- och sjukvårdssektorn.

För att garantera kvaliteten på det forsknings- och utvecklingsarbete som samordnas och bedrivs vid samhällsmedicinska enheter är det viktigt med en förankring vid vetenskapliga institutioner. Fler institutioner med forskningsansvar inom primärvårdsområdet behöver inrättas.

Ämnen som berörs är allmänmedicin, socialmedicin och långvårdsmedicin. Stora institutioner med ingredienser från ovan tre ämnen synes kanske mest betydelsefullt att utveckla.

På departemental nivå skall en arbetsgrupp tillsättas för att diskutera inriktningen på primärvårdsforskningen.

Utgångspunkten för gruppens arbete är en utvärdering av erfarenheterna från forskningsstationerna Dalby, Tierp och Wilhelmina.

I diskussionerna om fortsatta forskningsaktiviteter inom primärvårdsområdet är en decentraliserad forskningsmodell som skisserats viktigt att ha i åtanke.

Redaktionen

styrelsenytt från SFAM

Under våren och försommaren har styrelsen diskuterat den kommande allmänmedicinska utbildningen såsom den planeras inom AGA.

I anslutning till detta har vi även påbörjat en diskussion för att få en gemensam syn på allmänmedicin som vetenskap och undervisningsområde.

Föreningen har här ett stort intresse att bevaka ämnets såväl innehåll som avgränsningar. Föreningens tidigare anslutning till den så kallade Leeuwenhorts-deklarationen. Den bör nu kunna följas av en, till nuvarande svenska förhållanden, anpassad utbildningsmålsättning. Arbetet är ännu ej färdigt.

Sedan föregående SFAM-nytt har föreningen avgivit följande remissvar:

- Offentliggörande av klinisk prövning av läkemedel.
- Synundersökning vid fyraårskontroller i grundskolan.
- Handhavande av cellgifter inom sjukvården.
- Förslag till anvisningar angående markering av intollerans och allvarlig

överkänslighet — här har föreningen påpekat att ett bättre informationsflöde behövs mellan primärvården och sjukhusvården.

Remissvar har även skrivits på Stockholms läns landstings plan för den psykiatriska vården. SFAM ställer sig här kritisk mot den psykiatriska vårdens sektorisering och anser att den psykiatriska planen inte tar tillräcklig hänsyn till primärvårdens möjligheter att med helhetstänkande arbeta både förebyggande och kurativt med psykiatriska problem.

I sitt remissvar över betänkandet "i livets slutskede" skriver SFAM att utredningen är väl genomarbetad men att det finns en svaghet i och med att den öppna vården fått en undanskymd plats. Man borde bättre ha behandlat distriktsläkarens, företagsläkarens och praktikerns roll i samband med akuta dödsfall och omhändertagande av anhöriga. Liksom möjligheten att hålla kontinuitet med patient och anhörig för långvarigt sjuka, som i slutfasen tas in på sjukhus.

SFAM anför betänkligheter mot att plötsligt avskaffa ett hundraårigt lagstiftningsarbete och ersätta det med en ramlag på 15 korta punkter.

Vi påpekar de svårigheter som finns för att tolka ramlagen, t ex när det gäller begreppet landstingets totalansvar. Om detta totalansvar innebär en monopolställning att utöva sjukvård inom landstingskommun tar föreningen bestämt avstånd från detta.

Innebär totalansvar att landstinget ålägges en samordnande planering inom landstingskommun ser SFAM det som en förbättring jämfört med nuläge.

SFAM finner det även självklart att det medicinska ledningsansvaret inom sjukvården skall innehas av läkaren och vill också understryka att vårdcentralschefen bör vara läkare. Likaså anser vi att inrättandet av läkartjänster fortfarande bör regleras av socialstyrelsen och inte överförs på landstingskommunerna. Det senare skulle innebära stor risk för att primärvårdens intressen inte skulle bevakas.

Till slut biträder SFAM utredningsförslag att landstingskommunen bör ha ett större ansvar för forsknings- och utvecklingsarbete men anser ej att landstinget skall överta ansvaret för utbildningen, Vi anser här att NLV:s centrala roll måste behållas.

Christer Gunnarsson

redaktionsfakta

När vi nu utkommer med nummer 2-3 av SFAM-nytt är det ett betydligt innehållsrikare nummer än de tidigare. Detta beror på att vi velat ge utrymme åt en tema-del, som behandlar forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården.

Artiklarna är skrivna av personer verkamma inom eller med primärvård. För innehållet i artiklarna står de enskilda författarna själva som ansvariga. Författarna kan om man så önskar nås genom SFAM-nytt.

I och med detta nummer är SFAM-nytt registrerat som periodisk tidskrift. Detta innebär bl a att artiklar publicerade i SFAM-nytt även får viss officiell spridning.

Fortsättningsvis kommer vi också att få en årsvis löpande sidnumrering. Redaktionen kommer också att ombesörja att det går att beställa extraexemplar av tidskriften samt att man kan beställa särtryck av artiklar.

Enligt beslut i SFAM's styrelse är för närvarande följande personer utsedda att ansvara för SFAM-nytt:

Ansvarig utgivare — Ingvar Krakau. Medicinsk redaktör — Bo Haglund. Huvudredaktör — Magnus Eriksson.

Det är vår förhoppning att ni skall finna SFAM-nytt läsvärd. Liksom tidigare vill vi att ni ska inkomma med inlägg, synpunkter och frågor avseende SFAM, styrelsens arbete, SFAM-nytt och artiklar i tidskriften.

Adressen till SFAM-nytt c/o M. Eriksson, Repslagarg. 3A 951 35 Luleå.

Red/ME

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Ledare.....	14
Styrelsenytt från SFAM.....	15
Forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården — B Haglund.....	16
Utvecklingsarbete och försöksverksamheten inom primärvården — en stor uppgift för SPRI av Kjell Hellevig.....	18
Primärvårdsideologi av Ulf Nicolausson.....	20
Lokala befolkningsstudier — instrument vid offensivt hälsoarbete av Bo Haglund.....	21
Läkarbesök — en vårdbeskrivning av Ingvar Krakau och Gösta Tibblin.....	24
Att ansvara för ett område av Gustav Haglund.....	27
Riksstämman 1980.....	30
Debatt. AGA, SFAM och allmänläkarutbildningen.....	31
Debatt. SFAM, sjukvårdsministern och husläkarpropositionen.....	32
Debatt. Primärvårdens framtida utveckling av Sven-Olof Isaksson.....	34
Översyn av grundutbildningen av läkare av Leif Svanström.....	34
Rapport från SIMG-seminariet.....	36
Rapport från Kuopio.....	37
Stipendium.....	38
Diskbräck — en neurokirurgisk åkomma?.....	39

UTBILDNING!!!

I ett kommande nummer av SFAM-nytt avser vi att ta upp utbildningsfrågor med anknytning till allmänmedicin. Om du har ideer, förslag eller erfarenheter av allmänmedicin i grundutbildningen, omkring allmänmedicinsk vidare- och efterutbildning, skriv då gärna till SFAM-nytt.

Red

PRIMÄRVÅRDEN

av Bo Haglund

Forsknings och utvecklingsarbete inom primärvården har hitintills i Sverige varit knuten till enskilda personers intresseområden. För att kunna utveckla primärvården föreligger ett behov av att systematisera olika forskningsområden för att få en större helhet som möjliggör planering och vidareutveckling.

Artikeln utgör en ansats till en systematisering med en beskrivning av olika forskningsområden. Författarna diskuterar mot denna bakgrund arbetsuppgifterna för Svensk förening för allmänmedicin som de anser vara att samla erfarenheter från olika forskningsområden samt att sprida kunskaperna till berörda parter för att utveckla en bättre primärvård.

SFAM-nytt kan i detta perspektiv vara ett viktigt forum för erfarenhetsutbyte. SFAM bör enligt författarna vidare verka för regionala seminarier och symposier omkring olika forskningsområde i samarbete med andra intressenter.

I en följande artikel kommer forskningsmetoder att diskuteras. (Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården, Del II).

Under de sista femtio åren har en samhällsutveckling ägt rum från ett jordbrukssamhälle till industrisamhälle. Kopplat till detta har sjukdomspanoramat ändrat sig. Detta dominerades tidigare av akuta infektionssjukdomar, medan huvudorsaker till ohälsa och död idag är kroniska sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar och cancer.

Utbyggnaden och funktionen av sjuk- och hälsovård har inte på samma sätt förändrats. Den har därför under det senaste decenniet ställts inför allt starkare krav på förändring för att bättre anpassas till de hälsoproblem som betingats av samhällsförändringen. Förändringen har framför allt riktat in sig på primärvården som skall bära huvudbördan i ett totalt hälsoansvar för befolkningen (SOU 1979:78)

Vid ett vidgat hälsoansvar ställs även allmänläkarna inför nya arbetsuppgifter. Själva allmänläkarkontrollen kommer att förändras. Man kommer att i ökande utsträckning samverka i vårdlag med distriktssköterskor, sjukvårdsbiträden, mottagningssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, hemvårdsassistenter, hem-

samariter m fl yrkeskategorier. Uppgifterna kommer att vara både kurativa och förebyggande.

Nya frågeställningar kommer att ställas till allmänläkarna av typen, vilka är de vanligaste sjukdomarna i befolkningen? Vad har dessa för uppkomstmekanismer och hur kan de förebyggas? Hur fungerar den egna primärvården? Arbetsmetodik? samverkan? Inriktning?

Den medicinska forskningen har växt fram på sjukhus och är fortfarande huvudsakligen sjukhusanknuten. Forskning och utvecklingsarbete inom primärvården har däremot hitintills i Sverige framför allt varit knutet till enskilda personers intresseområden. Detta förhållande beror på att vi i Sverige av historisk tradition velat bedriva forskning vid sjukhus och betrakta primärvården som ett praktiskt arbetsfält. Men det väsentliga att förstå är att primärvården har sina egna forskningsproblem. Därför föreligger ett stort behov av att systematisera och utveckla forskningsområden inom primärvården. Detta möjliggör inplacering av enskilda forskningsprojekt i en större helhet och utgör också grunden för planering och vidareutveckling.

Innan vi går över och beskriver forskningsområden och metoder vill vi klargöra vår syn på primärvårdens mål. Vi menar att primärvårdens uppgift är att ta sig an dominerande hälsoproblem i samhället genom hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, kurativa och rehabiliterande åtgärder (Alma-Ata-deklarationen 1973).

Sekundärvården eller sjukhusvården är begränsad till det verksamhetsfält som den hänvisas till av primärvården. Sjukhusvården bör vara välförsedd med resurser för diagnos och behandling av svåra sjukdomar och är därför sjukdomsorienterad och episodisk till sin karaktär.

2. Forskningsområden.

Primärvården och befolkningen tillsammans kan betraktas som ett system, sammansatt av två grupper: institutioner och personal i primärvården å ena sidan och befolkningen å den andra.

Dessa två grupper kan var för sig beskrivas avseende dess *struktur* och *inre funktion*.

Sådana undersökningar är av betydelse för att kunna beskriva det samlade systemet och utgör förutsättningen för att värdera samspelet mellan de två grupperna (Foldspang 1976, Bolin, Svanström 1980).

Ur *strukturell* synpunkt består systemen av personalen i primärvården och befolkningen. Dessa kan var för sig beskrivas ur en rad aspekter såsom ålder, kön, social bakgrund, utbildning osv och naturligtvis hälsoförhållanden.

Karaktäristika för grupper och undergrupper med avseende på social struktur, geografiska förhållanden, fysisk omgivning och tekniska resurser är också av intresse.

Funktionellt kan gruppernas interna funktion och dels samspelet mellan grupper och undergrupper beskrivas. För att få en mer fullständig värdering av primärvårdens funktion måste också andra målgrupper och strukturer dras in i forskningen t ex utbildningssektorn, arbetsmarknadssektorn osv (Foldspang 1976).

Foldspang (1976) har kallat beskrivningar av systemets struktur och funktion för *forskningsteman*.

Beskrivningen kan då vara medicinsk eller socialmedicinsk och utgörs av: hälsa, sjukdom och andra oönskade tillstånd. Dessa förhållanden kan ytterligare behandlas utifrån iakttagelser och beskrivningar av orsaker, klassifikation, förekomst (sjuklighet och dödlighet), diagnostik, behandling och förebyggande.

En annan utgångspunkt är den systemanalytiska där strömningar och kontakter i systemet beskrivs och analyseras. Systemets struktur och funktion har också sociala, psykologiska och ekonomiska aspekter etc.

Varje undersökning har som regel en eller två huvudteman. Valet av forsknings-tema utgör utgångspunkten för använt forskningsmetod eller forskningstyp, som enbart kort skall beröras i den här artikeln.

Väsentliga forskningsområden utifrån primärvårdens uppgifter är att se på befolkningens problem och sjukvårdens samt analysera:

- I Förhållanden ibland befolkningen
- II Primärvårdens arbetssätt
- III Hur primärvården tillgodoser befolkningens behov.

I. Undersökningar om befolkningens förhållanden.

a) Kartläggningar av bakgrundbefolkningens och kontaktbefolkningens hälsoförhållanden.

Kunskapsområdet om befolkningens förhållanden måste inriktas på att få kunskaper som är relevant för lokalsamhället dvs kommundiagnoser. Erfarenheter från den här typen av arbete finns bl a från Skaraborgs län (Haglund 1980). För att fördjupa kunskapen om förhållandet i samhället bör det vara naturligt att arbeta tvärvetenskapligt. Exempelvis tillsammans med samhällsvetenskapliga discipliner.

Kunskapen om befolkningens hälsoläge kan beskrivas på flera sätt inte enbart med utgångspunkt från intervjuundersökningar. En fullständig kommundiagnos kräver också en bedömning av olika typer av registeruppgifter, som tex dödsorsaksmönster, vårdnyttjande inom öppen och slutenvård, cancerförekomst, missbildningsförekomst, läkemedelsutnyttjande i den lokala kommunen.

SPRI-rapporten 14/1979 ger utmärkt bakgrundsmaterial för denna diskussion. Inom det här området finns mycket återstående arbete.

b Klassifikationsstudier.

Klassifikation av sjukdomar och andra oönskade tillstånd är fortfarande otillräckligt för arbete i primärvården. Det gäller framför allt en mängd odefinierade tillstånd som är de vanligaste inom primärvården..

c. Kartläggning av orsaksförhållanden till vanliga sjukdomar och oönskade tillstånd.

II. Primärvårdens organisation

Olika personalkategoriernas funktioner i primärvården behöver beskrivas tex sjuksköterskornas, distriktsköterskornas, allmänläkarnas, tandläkarnas, farmaceuternas osv.

Hur är kommunikationerna emellan olika personalkategorier? Hur sker samarbetet? Vårdlagens funktion behöver beskrivas i relation till barn, äldre arbetsmiljö osv.

Primärvårdens samarbete med andra sektorer såsom socialvård, arbetsvård m m behöver också beskrivas (III:e).

III. Samspelet befolkning - primärvård.

Beskrivningen av verksamheten vid vårdcentralen är en viktig uppgift för den allmänmedicinska forskningen. Det är viktigt att beskriva vad som görs vid vårdcentraler. Studier från bl a Örnköldsvik, Tierp och Vilhelmina har visat att vad som sker vid läkarbesöken kan registreras med hjälp av ett frågeformulär som fylls i av läkare.

Detta innehåller ofta uppgifter om typ av besök, insatta åtgärder, läkemedelsordination och diagnoser.

För den som arbetar inom primärvården är det väsentligt att ha en uppfattning av sjukdomspanoramats som möter personalen vid de egna vårdcentralerna. Olika typerna mellan de studerade platserna är så stora att det inte går att anta att vad som är sant i Tierp också skulle vara sant för vårdcentraler på andra håll i landet.

Forskningsuppgifter vad avser samspelet mellan befolkningen och primärvården är därför:

a. Befolkningens hälsonormer och dess hälso- och sjukdomsbeteenden.

Dessa faktorer påverkar egenvård, sjukvårdsbehov, sjukvårds efterfrågan och sjukvårdsutnyttjande. Området är ur svensk synpunkt lite utforskat.

b. Befolkningens kontakt och utnyttjande av primärvård.

Hur är förhållandet mellan befolkningens reella behov och vårdsystemets utbud? Vilka söker och vilka får sjukvård?

Utvecklingen av Lerumsmodellen har betytt mycket för att förbättra patientomhändertagandet vid vårdcentral. *Vårdplaneringen* kan sannolikt förbättras tex vad gäller patientinformation, arbetsfördelning inom vårdlag m m. Erfarenheter finns från flera håll i landet, Matteus vårdcentral, Sollentuna, Sundsvall, Sjöbo, Vännäs.

c. Forskning och försök med hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter.

Detta kan karaktäriseras som hälsoarbete och är specifikt för primärvården. Hälsoarbetet som är praktiskt förebyggande medicinskt arbete kan principiellt delas i två faser som utgöres av:

1. Kunskapsområde, dvs en kartläggning (se under I)

2. Kunskapspridning som är ett offensivt hälsoarbete. Kunskapspridningen utgör den praktiska tillämpningen av kommundiagnosen. Den är en komplicerad process som har sin egen strategi och metod med en ökad hälsomedvetenhet, som skapas via en utbildningsprocess i lokalsamhället eller kommunen, vilken gradvis förändrar kunskapsnivå, attityder och förhoppningsvis också beteenden hos befolkningsmajoriteten.

Vid miljömedicinskt förebyggande arbete kommer hälsoskyddet och företagshälsovård att utgöra viktiga samarbetsparter för allmänläkaren.

I HSU-utredningen stryker man under vikten av samplanering och god samverkan mellan offentlig hälso- och sjukvård och företagshälsovård.

Hur gör man detta i praktiken? Vilka erfarenheter finns från olika håll i landet?

I HSU-utredningen poängteras också det demokratiska inflytandet inom hälsoarbetet. Vilka politiskt- och organisatoriska

lösningar tjänar bäst ett utvecklat offensivt hälsoarbete?

d. Behandlingseffekt framför allt med kvalitativ utvärdering.

Undersökningar av behandlingseffekter och olika använda diagnostiska metoder har en lång tradition i den medicinska vetenskapen.

Det är emellertid osäkert om alla erfarenheter som erhållits från forskning på sjukhus utan vidare kan överföras till primärvård. En rad sjukdomar och framförallt tidigstadiet av sjukdomar som behandlas i primärvården är dessutom okända inom sjukvården.

Följande tabell illustrerar förhållandet.

Patienter med "magkatarr" hos allmänläkare och invärtesspecialisten

Magkatarr	Hos allmänläkare	Hos specialisten	
Gasfrit	97 %	10	%
Magsår	2,5 %	80	%
Cancer	0,5 %	10 %	

Efter Backer 1979)

Till detta skall också läggas att undersökning och behandlingsvillkor skiljer sig emellan sjukhusvårdens och primärvårdens. Det här utgör bakgrunden till framväxten av *vårdprogram* för olika vanliga sjukdomar.

Av socialstyrelsens vårdprogram har utarbetats underlag till vårdprogram för diabetes 1977, högt blodtryck 1979, knöler i bröstet 1979. Under utarbetande är underlag för urinvägsinfektioner, astma hos barn, självmord och bråck.

På planeringsstadiet finns vårdprogram för huvudvärk, ryggvärk m m. Dessa underlag innehåller diagnostik, epidemiologi, terapi, behov av forsknings- och utvecklingsarbete, förslag till organisationsmodeller etc. Regionalt och lokalt finns också vårdprogram mer eller mindre detaljerat utformade vid kliniker och vårdcentraler.

e. Samspelet mellan primärvård och andra sektorer: systemanalytiska och ekonomiska aspekter.

Samspelet gentemot andra sektorer utanför primärvården måste utgå från en god kunskap om vårdlagens funktion/möjligheter. Syftet med samverkan mellan sektorer är att konsekvent kunna arbeta utifrån *helhetssynen* på individen. Detta medför att relevanta åtgärder kan vidtas för den enskilde.

Samverkansmodeller mellan vårdcentralen och tex socialassistenter, försäkringskassa, privatläkarvård, företagsläkarvård, skolhälsovård och slutenvård behöver beskrivas.

En sammanställning av ideerna inom området kommer att presenteras av socialstyrelsens vårdprogramnämnd, 1980 (socialt innehåll i sjukvården).

En viktig frågeställning är äldrehälsovård och hemsjukvård.

Företagshälsovård för små och medelstora lärotag är ett annat exempel (Statens laegevidenskabelige forskningsråd 1979).

En öppen vård fördelar sig regionalt mycket olika. I storstadsområdena är utbudet av öppenvård mycket omfattande. Det finns allmänläkare, sjukhusspecialister, privatpraktiserande läkare, företagsläkare, skolläkare, läkare anställda inom bl a socialvården. I andra delar av landet svarar allmänläkarna för hela utbudet av öppenvården.

Frågeställningar är: Hur är informationen om varandras roller i den öppna vården? I vilken utsträckning samverkar man i vården? Fördelas arbetsuppgifterna med hänsyn till kompetens och inriktning vad gäller behandling av barn och äldre och personer med psykiska sjukdomar?

3. Forskningstyper eller forskningsmetoder.

Forskningen inom primärvården utgörs av två huvudtyper: biomedicinsk forskning och övrig forskning, där den sistnämnda utgörs av en rad typer och metoder från olika områden. Dessa skall endast kort beröras och utvecklas istället mer i en senare artikel.

Den bio-medicinska forskningen kan indelas i klinisk och epidemiologisk forskning.

Den kliniska forskningen utgår från den enskilda individen och hans hälsotillstånd, där delar har stora förutsättningar att utvecklas inom primärvården.

Den epidemiologiska forskningen beskriver befolkningsgrupper. Med epidemiologi menas en vetenskap som för det första ger en föreställning om sjukdomarnas uppträdande och utbredning bland människorna i olika tider och på olika delar av jorden, och för det andra gör det möjligt att förstå sambandet mellan sjukdomar och de yttre förhållanden som omger individen och bestämmer hans levnadsvanor.

För båda typerna, den kliniska så väl som den epidemiologiska forskningen, gäller att de kan vara beskrivande respektive analytiska eller experimentella (Foldspang 1976).

Bland icke bio-medicinsk forskning användbar i primärvården kan nämnas sociologi, psykologi, pedagogi, ekonomi och systemanalys. Uppräkningen tjänar som exempel på nödvändigheten av tvärvetenskaplig forskning.

4. SFAM:s uppgifter

Uppgiften för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) bör vara att samla erfarenheter av forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården i Sverige och utomlands, samt att sprida dessa uppgifter.

Kunskapsområdet bör ske systematiserat och artikeln utgör en ansats till ett system. Även för kunskapspridningen behövs en strategi.

För utbyte av erfarenheter behövs ett forum. SFAM-nytt bör enligt vår mening utgöra detta forum. SFAM bör också verka för regionala seminarier och symposier omkring olika forskningsområden eller forskningstyper. Detta kan göras i samarbete med allmänmedicinska/socialmedicinska institutioner, landstingen eller SPRI.

Referenser:

1. Backer P: *Almen medicin som laegevidenskabeligt fag. Månedsskrift for praktisk laegegerning.* 1979.
2. Bolin A, Svanström L: *Begränsningar och utvecklingsmöjligheter inom epidemiologin. LT 77, 1938-1940, 1980.*
3. Foldspang A: *Dansk forskningsarbejde i den primaere sundhetstjeneste 1950-1974. En annoterad bibliografi undarbejdet til en arbejdsgruppe under Statens Laegevidenskabelige Forskningsråd, Århus 1976, ISBN 87-503-1934-5.*
4. Haglund B: *Lokala befolkningsstudier som instrument vid offensivt hälsoarbete. Några erfarenheter från Hälsoprofil Skaraborg 1977. SFAM-nytt nr 2. 1980.*
5. Haglund B, Krakau I: *Idepromemoria till SFAM:s styrelse om forsknings- och utvecklingsarbetet i primärvården. April 1980, stencil.*
6. SOU 1979:78 *Hälso- och sjukvårdens mål och medel. HSU 1979.*
7. *Statens Laegevidenskabelige forskningsråd: Forskning og forsøgsvirksomhed i den primaere sundhetstjeneste. Statens trykningskontor, København. 1976. ISBN 87-503-1933-7.*

EN STOR UPPGIFT FÖR SPRI

UTVECKLINGSBETE OCH FÖRSÖKSVERKSAMHETER INOM PRIMÄRVÅRDEN

av Kjell Hellevig/SPRI

Spris utvecklingsarbete har sedan 1976 till stora delar varit inriktat på att ta fram underlag för sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av primärvården.

Sälunda har Spri tillsammans med de båda kommunförbunden och socialstyrelsen genomfört ett utvecklingsarbete, det s k samverkansprojektet, som 1978 presenterades i nedanstående sex rapporter om primärvård – äldreomsorger.

- Primärvård – innehåll och utveckling
- Boende, service och vård för äldre
- Sjukvård i hemmet – social hemtjänst
- Omhändertagande av åldersdementa
- Långtidssjukvård i samverkan
- Dagsjukvård inom primärvården

Detta utvecklingsarbete har bl a legat till grund för en omfattande konferensserie riktad till ledande politiker och tjänstemän inom samtliga landsting och primärkommuner.

I Lerum och Vännäs har Spri sedan några år tillbaka genomfört lokalt utvecklingsarbete om hur det löpande vårdarbetet skall organiseras på vårdcentraler. Från detta utvecklingsarbete har hittills bl a publicerats "Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum".

Spris arbete med vårdprogram har i ökande utsträckning inriktats på sjukdomar där betydande delar av diagnostik, be-

handling och uppföljning sker inom primärvården. Exempel på sådana program som redan publicerats är "Vårdprogram för högt blodtryck" och "Vårdprogram för höftfrakturer för äldre".

Tillsammans med bl a Göteborgs sjukvårdsförvaltning har Spri vid vårdcentralen i Tynnerd studerat former för samverkan mellan sjukvård och socialvård samt sjukvårdskonsumtion inom vårdcentralens upptagningsområde.

Av övriga Spri-rapporter med anknytning till primärvården kan nämnas "Lokala sjukhem" (beskrivning av verksamhet, arbetsorganisation och lokaler) samt "Laboratorieservice i primärvården".

Med detta utvecklingsarbete till grund samt de kontakter Spri i övrigt har med landstingen i dessa frågor har Spri, efter hemställan från regeringen, föreslagit ett antal utvecklingsprojekt inom primärvårdssområdet.

I socialutskottets betänkande (SOU 1979/80:35), taget i riksdagen i juni 1980, föreslås bl a att Spri skall erhålla särskilt ekonomiskt stöd från staten (ca 7,5 miljoner kronor) för att verksamt kunna bidra till utvecklingen av en lätt-tillgänglig primärvård.

Gemensamt för dessa projekt är att de syftar till att stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården samt främja kontinuiteten i vården.

Projekten har till vissa delar redan påbörjats och avses pågå in i perioden 1981-1983. I samtliga projekt skall utvecklings- och försöksverksamheten ske i nära samarbete med intresserade sjukhuvudvårdsmän.

Sammanfattningsvis kan projekten delas upp i några grupper.

En grupp omfattar organisationsfrågor, såväl på det övergripande planet som på "verksatadsgolvet". Exempel på frågeställningar som kommer att behandlas:

- Primärvårdens ledningsorganisation, både på tjänstemannasidan och för-troendemannasidan
- Arbetsorganisationen på vårdcentraler
- Primärvårdens organisation i storstäderna

Inom dessa områden finns hos landstingen stora problem och ett uttalat intresse att finna lämpliga lösningar. Enligt vår uppfattning är dessa frågor mycket väsentliga för den fortsatta utbyggnaden av primärvården.

En annan grupp projekt syftar till att kartlägga primärvårdens samverkansfrågor med i första hand

- länssjukvården
- primärkommunala verksamheter
- primärläkarorganisationen

En ytterligare grupp projekt behandlar utvecklingen av planerings- och informationssystem för primärvården. Spris arbete med vårdplanering i öppen vård har i de sk Lerums- och Vännesprojekten gett underlag för åtgärder bl a för att förbättra kontinuiteten.

Mycket återstår emellertid att göra för att nå en kontinuitetsnivå som kan upplevas som tillfredsställande. Projekten innebär en ökad satsning på planerings- och informationssystem för primärvården.

Det har i ovan nämnda sammanhang ofta påpekats att en patientmottagarfunktion har en nyckelroll vid vårdcentraler.

Den skall svara för den första kontakten med patienten och ansvara för att kontinuitet och väntetider beaktas vid inbokning av patienter.

Syftet med det fortsatta projektet är bl a att ta fram kursmaterial och utbilda handledare så att huvudmännen sedan själva skall kunna genomföra nödvändig utbildning.

Som framgått ovan har Spri i direkt samarbete med sjukhuvudvårdsmän utarbetat vårdprogram som har betydelse för primärvårdens patienter och som kan utgöra underlag för ställningstagande rörande patientens behandling på olika vårdnivåer.

Hittillsvarande erfarenheter visar att dessa vårdprogram utgör en god grund för diskussioner om samverkan och samarbete mellan allmänläkare och specialister.

Nu aktuella projekt innebär en avsevärd satsning på för primärvården tunga diagnosgrupper. Ett vårdprogramarbete upplagt på detta sätt kommer att tillföra primärvården en grund för eget utvecklingsarbete.

En viktig fråga som måste lösas om primärvården skall fylla högt ställda krav på tillgänglighet och kontinuitet är hur jour och beredskap skall organiseras. Spri kommer därför att gå in i försöksverksamheter och utvecklingsprojekt på detta område.

Frågan om hur primärvården skall kunna ta ett ökat ansvar för vården av långtidssjuka behandlas i ett särskilt projekt.

Utvecklingsarbete kommer att genomföras av såväl Spri-anställd personal som personal av olika kategorier hos sjukvårdshuvudmännen. Syftet är bl a att ta till vara och bygga vidare på det engagemang som finns på ett stort antal enheter inom sjukvården. Kontakt kommer även att hållas med berörda centrala organ.

De fältaktiviteter som ingår i projekten kommer att bestå av vissa försöksverksamheter, stöd vid pågående utbyggnad av primärvården samt insatser för att stimulera huvudmän att genomföra förändringar av skilda slag i verksamheten.

Spris insatser kommer främst att bestå i att initiera och stimulera verksamheter samt att svara för rådgivande och samordnande funktion.

I Spris uppgifter ingår självfallet även att sprida information mellan huvudmännen samt att ta fram generella underlag.

Närmare upplysningar om dessa projekt kan fås av Kjell Hellewig och Bernt Wallström, Spri, telefon 08/63 05 60.

I detta sammanhang bör också nämnas att Spri genom beslut av Riksdagen beretts möjlighet att arbeta med vissa mera

långsiktiga FoU-frågor som komplement till det mera praktiskt inriktade utredningsarbetet.

För budgetåret 80/81 har sålunda för FoU-arbete inom främst primärvården anvisats 500 000 kronor.

Regeringen har förordnat S. Åke Lindgren att biträda Spri vid planering och genomförande av detta arbete. Förslag om inriktning och uppläggning av verksamheten kommer att kartläggas under hösten -80.

Utöver dessa projekt, finansierade av staten, driver Spri ett flertal projekt med anknytning till primärvården. Som exempel kan följande nämnas:

I projektet "Hälsoproblem i ett lands-ting" utvecklar Spri planeringsunderlag för att mäta och beskriva befolkningens hälsoförhållanden. (Kontaktman Måns Rosen).

I projektet "Planeringssamverkan - äldreomsorger" utvecklar Spri former för samverkan mellan kommuner och lands-ting. Inom projektet studeras också olika sätt att utvärdera effekterna av förändringar inom såväl landstingens som kommunernas äldreomsorger. (Kontaktman Göran Andersson).

Projektet "Mottagningslokaler inom primärvården" syftar till att ta fram underlag som kan användas vid planering av vårdcentraler. (Kontaktman Olle Sutinen).

En grupp projekt är till stora delar inriktade på att kartlägga problemställningar inom långtidssjukvården och aktuella även för primärvården.

- "Omvårdnad - utveckling och stöd till sjukvården (Lisbeth Rohdin)
- "Arbets- och vårdmiljö inom sjukvården (Allan Sjöqvist)
- "Gruppvård" (Margareta Hedström)

Utöver eget utvecklingsarbete ingår i Spris arbetsuppgifter att insamla och sprida uppgifter om utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Spris aktiviteter i detta sammanhang beskrivs närmare i ett till denna tidskrift bifogat supplement "Spri litteraturtjänst - primärvård" som även omfattar en sammansättning av materialet från Spris bibliotek och utredningsbank speciellt inriktat på primärvårdsfrågor.



Primärvårdsideologi

Av Ulf Nicolausson

Primärvården är för närvarande under stark utbyggnad. Författaren tar i artikeln upp vissa delar som han anser som viktiga för utvecklingen av Primärvården. Han påpekar också vikten av att det förs en ideologisk diskussion bland de som arbetar och de som ansvarar för utvecklingsarbetet inom primärvården.

Risken är annars att ideerna bakom Primärvårdens mål och uppgifter förvandlas till tomma ord.

Författaren Ulf Nicolausson är Medicinalråd vid Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens policy när det gäller medverkan i utformningen av den framtida primärvården bygger på de ideer som 1978 utarbetades gemensamt av de bägge kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri.

Rapporten "Primärvård - innehåll och utveckling" utgör en av sex skrifter (Spri S 101-106) som nu ingående debatteras inom landsting och primärkommuner i alla sjukvårdsområden.

En bred enighet råder om huvudprinciperna för den fortsatta utvecklingen och även riksdagen har uttalat att primärvårdsrapporten skall utgöra ett av underlagen för huvudmännens planering.

Primärvårdens huvuduppgift är att möta hälso- och sjukvårdsbehoven i nära anslutning till och med kunskap om den miljö där människor lever och verkar. Aktiva förebyggande insatser är viktiga inslag i verksamheten. Primärvårdsrapporten angav följande mål eller huvudprinciper.

- o helhetssyn
- o primärt ansvar
- o närhet / tillgänglighet
- o kontinuitet
- o kvalitet och säkerhet
- o samverkan

Hur skall vi nu kunna förverkliga de här ideerna som ibland, främst kanske av motståndare till primärvårdssatsningen, avfärdas som "honnörsord" eller "tomma fraser"?

Det behövs en ideologisk diskussion bland dem som ansvarar för utvecklingsarbetet och inte minst dem som arbetar inom nuvarande primärvård eller skall arbeta där under 80-talet.

Många hinder finns på vägen mot ett förverkligande av primärvårdsideerna. För

det första gäller det att få det organisatoriska primärvårdsbegreppet accepterat i vidare kretsar.

Inom sjukhusvärlden finns många som är kritiska mot strävandena att omfördela resurser till en primärvård som ges betydligt ökade uppgifter och det primära svaret för människors hälsa.

I det begränsade resursläget måste det nämligen bli fråga om omfördelningar!

Svårigheter finns också att få företrädare för utbildningssystemet, främst universitetet, att acceptera primärvårdens nya roll och anpassa utbildningarna för vårdpersonalen till primärvårdens behov.

Den viktigaste grundprincipen är enligt min mening att resurserna för primärvårde hålls samman i en organisatorisk enhet med primärkommunen som bas. Organisationen måste ges en slagkraftig ledning som aktivt kan motarbeta eventuella tendenser till splittring eller isolering på vårdcentralnivå eller inom sektorer.

Primärvårdsorganisationen innebär att man bryter den sektorisering av olika vårdområden som finns idag. Klinikernas strävan att styra sektorer som långvård, hemsjukvård, barnhälsovård, mödrahälsovård, psykiatri osv kan endast motverkas om primärvården ges tillräckliga resurser för att upprätthålla god vårdkvalitet inom alla de verksamheter som skall ingå.

Verksamheter inom primärvården

- o hälsouppläsning
- o mödra- och barnhälsovård
- o mottagningsverksamhet
- o sjukvård i hemmet
- o dagsjukvård
- o sjukhemsvård
- o hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunen.

Det behövs utrustning, lokaler etc men framförallt personal med differentierad kompetens, som kompletterar varandra i geografiskt baserade vårdlag.

En annan grundprincip är att primärkommunen skall tillhandahålla social kompetens medan landstinget har den medicinska kompetensen. Den framtida socialtjänsten skall inte bara ge individriktad socialhjälp utan främst service och information. Genom generella åtgärder skall socialtjänsten också medverka i samhällsplaneringen.

Primärvårdens personal borde, som jag ser det, ha större förutsättningar att inse

behovet av samverka med andra samhällssektorer än läns- och regionsjukvårdens personal som ofta arbetar i välavgränsade och relativt självförsörjande institutioner.

Den konventionella medicinska forskningen måste i primärvården kompletteras med utveckling av miljömedicin, epidemiologi och beteendevetenskaper. Jag tror det är dömt att misslyckas om primärvårdens läkare genom att endast tillämpa sedvanlig medicinsk forskningsteknik försöker konkurrera med de specialiserade klinikerna ifråga om utveckling av diagnostik och terapi vid olika sjukdomstillstånd.

Det bör framhållas att primärvårdens institutioner inte skall utvecklas till små "lokalsjukhus" som tar över länssjukvårdens uppgifter. Primärvården måste i stället utveckla sin egen metodik, anpassad till förutsättningar och behov.

Det gäller att utnyttja de unika möjligheter som ligger i närheten till människornas vardag och sociala miljö.

Gränsområdet mellan hälsa och ohälsa ligger väl till för primärvården och den preventiva medicinen är därför en av primärvårdens viktigaste uppgifter.

Helhetssynen ställer krav på förändring av personalens attityder och vilja till samverkan. Viktigt är att man enas om gemensamt utformade mål för verksamheten.

De som arbetar inom primärvården bör inte dölja sig enbart med att organisera en service för de människor som efterfrågar hälso- och sjukvård. Jag menar att aktiva åtgärder för att uppspara riskgrupper och riskmiljöer också är av största betydelse.

Varningssignaler från statistiska redovisningar som sjuklighets- och dödsorsaksstatistik, redovisningar av läkemedelskonsumtion, försäkringskassornas information om sociala och ekonomiska förhållanden m m kan utnyttjas.

Frågorna kring olika statistikällors betydelse för hälso- och sjukvårdsplanering har tagits upp i Spri Rapport 14/79.

Utbildningsfrågorna har avgörande betydelse för vårdkvaliteten och för rekrytering till primärvården. Utbildningen för alla personalgrupper måste anpassas till primärvårdens behov och speciella förutsättningar.

En viss del av grundutbildningen bör ligga i primärvården så att man får en balans mot den sjukhusbaserade undervisningen.

Allmänmedicin bör utgöra en egen specialitet. Huvudutbildningen inom denna bör ligga i primärvården.

Socialstyrelsen har i NLV:s arbetsgrupp, AgA, stött förslaget att två år av allmänläkarnas 4,5 år bör förläggas till primärvården.

Endast härigenom anser jag att vi kan bryta den föråldrade inställningen att

"allmän praktik" är en verksamhet som man bäst utbildar sig till genom att samla ihop så många sjukhusår som möjligt inom så många specialiteter som möjligt.

Arbetet med att tillskapa professurer och andra lärartjänster i allmänmedicin, knutna till vårdcentraler vid varje universitetsort måste drivas på i den takt ekonomiska

och personella resurser medger.

Socialmedicinen har nära anknytning till den primärvård som här beskrivits.

Ätminstone under de närmaste 10-20 årens uppbyggnadsarbete finns det enligt socialstyrelsens mening skäl att anta att gemensamma institutioner för allmänmedicin och socialmedicin verkar befruktande på bägge ämnesområdenas utveckling.

5674

LOKALA BEFOLKNINGSTUDIER

- instrument vid offensivt hälsoarbete

av Bo Haglund

I artikeln diskuteras hälsoarbete såsom det bedrivs i Skaraborgslän utifrån Hälsovårdsenheten. Utgångspunkten för ett offensivt hälsoarbete är kommundiagnosen. Innehållet i kommundiagnosen med en samhällsprofil och en hälsoprofil redovisas.

Artikeln avslutas med ett exempel på en kommundiagnos och en modell för åtgärdsprogram gentemot hälsoproblem i vårdcentralens ansvarsområde.

Lokala befolkningsstudier som instrument vid offensivt hälsoarbete. Några erfarenheter från Hälsoprofil Skaraborg, 1977.

I Alma Ata-deklarationen, som även Sverige ställt sig bakom, poängteras att primärvårdens uppgift är att ta sig an dominerande hälsoproblem i kommunerna genom hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, kurativa och rehabiliterande verksamheter (Kairo 1979).

Den traditionella sjukvården har expanderat kraftigt under de senaste decennierna. Trots detta har vi inte fått någon förbättrad folkhälsa utan snarare är det så att i vissa åldersgrupper har t om hälso- läget försämrats.

Detta gäller kanske framför allt medelålders män, som idag har färre återstående levnadsår än man hade för 10-15 år sedan (Carlsson o a 1979).

I diskussioner de senaste åren har nya vårdformer pockat på uppmärksamhet och resurser och en perspektivförskjutning för mål och medel för hälso- och sjukvården har ägt rum mot ett hälsopolitiskt synsätt (Haglund 1979, 1980).

Målen för detta är att landstingen skall bevaka, säkerställa, bevara och förbättra befolkningens hälsotillstånd (Landstingsförbundet 1974, 1979, Tibblin 1980).

Dessa intentioner framförs även i förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag (SOU 1979:78).

Redan 1971 togs i Skaraborgs län 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".

I Hälsoplanen betonades också att individens hälsa måste ses i relation till den miljö hon lever i.

Hälsovårdsenheten

För att kunna genomföra de intentioner som fördes fram i hälsoplanen inrättades en organisatorisk enhet av samhällsmedicinsk karaktär 1973, med uppgiften att samordna hälsoarbetet på länsnivå i Skaraborg.

Arbetsuppgifterna för en samhällsmedicinsk enhet som Hälsovårdsenheten är bl a:

- att samla in och bearbeta statistik,
- att analysera samband mellan miljö och hälsa,
- att ta fram informationsmaterial,
- att delta i det lokala vårdprogramarbetet,
- att utvärdera arbetsmetoder i det offensiva hälsoarbetet.

I de två faser som karaktäriserar hälsoarbetet är vi fortfarande huvudsakligen inne i den första fasen med kunskaps-samlande eller kartläggning. Den andra fasen, handlar om att integrera Hälsovårdsenhetens aktiviteter på det primärkommunala planet.

I diskussionerna om befolkningens hälsoläge i vårdcentralernas upptagningsområde där områdesansvar utgör ett nyckelord, är följande några av de frågor vi diskuterat med distriktsläkarna på vårdcentralerna i länet:

- 1- Vilka är de vanligaste besvären och sjukdomarna i min befolkning?
- 2- Vilka är uppkomstmekanismerna?
- 3- Hur kan de förebyggas?
- 4- Vilka typer av hälsoarbete behövs i det förebyggande arbetet?
- 5- Vilken utbildning skall hälsoarbetarna ha?

På Hälsovårdsenheten arbetar läkare, utredare eller sociologer, sjuksköterskor och sekreterare för att genomföra och utvärdera förebyggande hälsoinsatser. Organisatoriskt finns Hälsovårdsenheten inom primärvårdsblocket, men samarbete sker även med specialistblock (Isacsson 1978).

Rent praktiskt har diskussionerna om vad som är det vanligaste vad gäller ohälsa, sjukdom och död lett fram till olika förebyggande hälsoinsatser.

Några exempel är:

Vårdprogram för högt blodtryck, som utgör en del av bakgrunden till undersökningen Hälsoprofil i Skaraborg. Målet för vårdprogrammet är att se om man kan effektivisera omhändertagande och därmed minska på en av de allvarligaste riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdomar (Berglund o a 1977).

Tobaksprogrammet startade 1977 och har som målsättning att göra Skaraborgs län röknegativt och helst rökfritt under en 10-års period (Ljungkvist, Isacsson 1977, Isacsson 1980).

Förebyggande arbete hos den äldre befolkningen. Detta arbete koncentreras för närvarande framför allt vid Skara vårdcentral.

Förebyggande av olycksfall pågår som försöksprojekt i Falköping. Här har vi kartlagt dels omfattningen av olycksfall och dels var i kommunen det finns en överrepresentation av olycksfall. Mot denna kunskapsbakgrund har vi inlett in-

Några definitioner:

Med egenvård menar vi aktiviteter som individen gör för att bota småkrämpor och sjukdomar. Det kan vara magnecyl eller örtmedicin användning.

Med friskvård menar vi egna aktiviteter som individen tar för att hålla sig så frisk som möjligt. Framför allt genom sunda levnadsvanor.

Med hälsovård menas förebyggande aktiviteter som erbjuds individen av sam-

hället. Klassiska exempel är aktiviteter på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler.

Med sjukvård menas medicinsk vård som erbjuds av samhället.

terventionsprogram där vi på olika sätt försöker minska olycksfallsfrekvensen. (Schelp o a 1980).

Andra arbetsområden är av miljömedicinsk karaktär. Exempel här är kartläggning av förekomst av missbildningar i länet.

Vi försöker hitta orsaker till missbildningar som kan förebyggas. Andra exempel är aktiviteter inom riskområdena lösningsmedel, olycksfall i arbetslivet samt cancer (Haglund, Jansson 1980)

Kommundiagnos

För att kunna överklaga de nya arbetsuppgifterna som diskuteras för landstingen med ett totalansvar behöver en utveckling av nya metoder för att kartlägga behovet av olika insatser. Viktigt blir att utveckla en metodik för kommunanalys eller kommundiagnostik.

Med kommundiagnos menas: "Sjukdomsmönstret i ett samhälle (kommun) beskrivet i termer av mest betydande faktorer som påverkar mönstret" (Kling 1966).

Beslut om behandling av en enskild patient kräver en analys av sjukhistoria, klinisk undersökning och speciella utredningar, vilket sammanfattas i en diagnos.

Behandlingen av ohälsa i lokalsamhället kräver en kommundiagnos, som baseras på epidemiologisk information (Barker och Rose 1979).

(Utrymme för figur 1: Diagnosprocess i lokalsamhället).

För den enskilde patienten följs behandlingen upp för att bedöma dess effektivitet. Även här tins paralleller till behandlingen av ett sjukt samhälle (Morely (1975). Kommundiagnosen innehåller en samhällsprofil och en hälsoprofil.

Samhällsprofilen innehåller uppgifter om sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden, som är speciella för kommunen. I samhällsprofilen ingår också en kartläggning av miljön, den fysiska såväl som arbets-, bostads- och fritidsmiljö. Den sociala miljön är också viktig att beskriva, framför allt kunskapen om de sociala nätverk som finns i lokalsamhället.

Vidare ingår i samhällsprofilen basala demografiska förhållanden såsom ålder och könsfördelning, civilståndsfördelning, familjestruktur, näringslivsstruktur med arbetslöshetsituationen och utbildningssituationen i kommunen.

Hälsoprofilen omfattar en kartläggning av ohälsa både vad det gäller biologiska, psykologiska och sociala aspekter. Det räcker inte med att studera enbart dödlighet utan även sjuklighet mätt med andra typer av hälsostatistik. Detta har utvecklats ingående i SPRI-rapport 14/79.

Vid den fördjupade kommundiagnostiska analysen är det viktigt att se hur mönstret av ohälsa i lokalsamhället betingas av faktorer i samhället på olika nivåer. (Svanström 1979).

(Utrymme för figur 2: Kunskapsfält för förståelse av människans ohälsa. Ett systemteoretiskt betraktelsesätt).

Man har beskrivit dessa i en belysande figur, där dessutom kunskapsfälten för några medicinska vetenskapsgrenar finns med (Anderson, Svanström 1980).

Genom den kommundiagnostiska processen hoppas vi kunna ge svar på några av de frågor som distriktsläkarna ställer på vårdcentralerna när de skall utöva sitt områdesansvar.

Hälsoprofil Skaraborg 1977

Materialet i undersökningen bestod av ett urval på ungefär 8 000 individer av länets 260 000. Urvalet var gjort så att jämförelse kunde göras mellan länets 16 kommuner, som varierar i storlek mellan 4 000 och 45 000 invånare. Åldersgrupperna var 25-75 år.

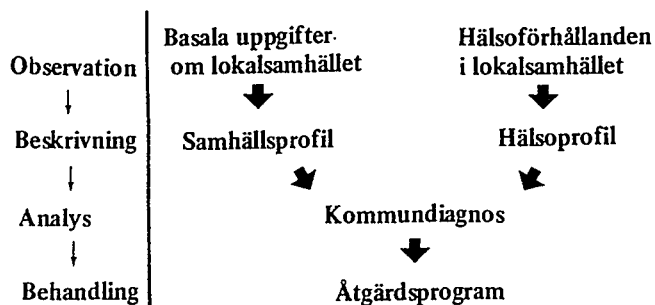
Undersökningen genomfördes under en 4-månaders period 1977, då två arbetslag bestående av en sjuksköterska och ett sjukvårdsbiträde reste runt i länets kommuner och samlade in frågeformulär samt genomförde en hälsokontroll (Haglund o a 1980).

Genom frågorna i frågeformuläret försökte vi få en beskrivning av samhällsprofilen samt hälsoprofilen i de olika kommunerna.

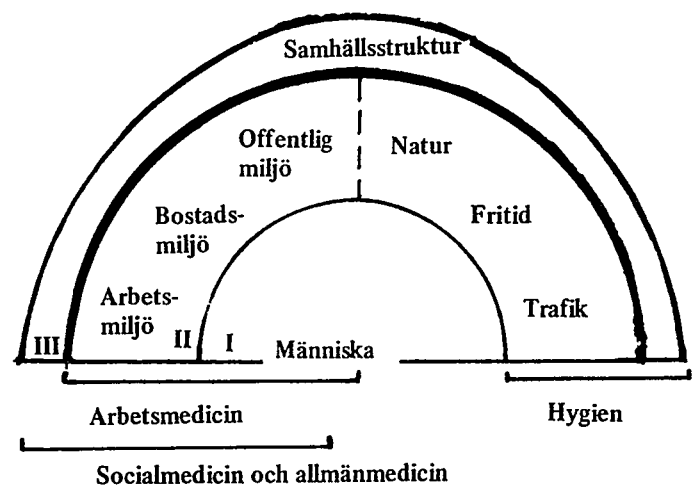
Frågorna omfattade en kartläggning av dels en allmän social beskrivning samt dessutom motions- och rökvanor, olika sjukdomar och besvär, ärftliga förhållanden, vård- och läkemedelskonsumtion och alternativa vårdformer.



Diagnosprocess i lokalsamhället, till höger om den streckade linjen, jämfört med diagnosprocessen i det enskilda patientfallet, till vänster.



Kunskapsfält för förståelse av människans ohälsa
Ett systemteoretiskt betraktelsesätt



Kommundiagnos. Vara ett exempel

Bred pil uppåt betyder signifikant fler, nedåt signifikant färre (p<0,05). Smal pil uppåt resp nedåt tendenser (0,05<p<0,1) till fler resp färre i kommunen.

Profil	Variabel	Män	Kvinnor
Soc ekonom förhållanden	Ogift	↑	-
	Utbildning	↓	↓
	Hemmafruar	-	↑
	Jordbrukare	↑	↑
Arbetsförhållanden	Kroppsligt ansträngande	↑	↑
	Viktindex	↑	↑
Hälsokontrollvariabler	Systoliskt blodtryck	-	-
	Diastoliskt blodtryck	↑	-
	Rökning	↓	-
Beteendevariabler	Motion	↓	↓
	Allmän trötthet	↓	-
Hälsvariabler	Yrsel	-	↑
	Hemorroider	-	↑
	Besökt läkare	↓	-
Värdutnyttjande och läkemedelskonsumtion	Besökt distriktsköterska	-	↑
	Sökt läkare p g a olycksfall	↑	↓
	Smärtstillande medicin	↑	-
	Järnmedicin	-	↑
	Kiropraktikerbesök	↑	↑

Resultat, ett exempel på kommundiagnos

Med utgångspunkt från resultaten i undersökningen har några variabler valts ut för att försöka ge en beskrivning av en kommundiagnos av Vara kommun. (Figur 3).

Samhällsprofilen i Vara karakteriseras av att man har en hög andel sysselsatta inom jordbruk. Åldersstrukturen kan karakteriseras av en hög andel i äldre åldrar och en relativt sett lägre andel i yrkesverksam ålder. Man har vidare en låg förvärvsverksamhet bland kvinnor.

För både män och kvinnor gäller att de har hårda arbetsvillkor. För både män och kvinnor gäller också att man har en lägre utbildningsnivå och för män gäller dessutom att de i högre grad är ungar.

Om vi ser till hälsoprofilen framkommer för män att dessa har övervikt i högre grad än för övriga män i länet. De har vidare också ett förhöjt diastoliskt blodtryck. Männerna har sökt läkare p g a olycksfall under de sista året i högre grad än män i andra kommuner i länet.

Både den högre andelen olycksfall och också en högre andel läkemedelskonsumtion av smärtstillande medel kan sannolikt tillskrivas arbetsvillkoren med hårt kroppsarbete och förslitningssymptom i led- och muskelapparat. Denna förklaring

är också sannolik till att män söker kiropraktiker i högre grad än i länet för övrigt. Vi vet genom undersökningen att jordbrukare söker kiropraktiker i högre grad än andra yrkeskategorier (Haglund, Isacson 1980).

Vi vet också att sjukdomar och besvär från led- och muskelapparat utgör en stor andel av våra patienter inte minst akutfall.

De flesta av oss är dåligt skolade i ortopedisk medicin med förbättrade möjligheter till både diagnostik och behandling. Mot den bakgrunden är det inte underligt att de lidande söker sig till andra behandlingsformer.

Män i Vara har lägre sjukskrivningsfrekvens, mindre psykisk ohälsa och framför allt röker de mindre än länsgenomsnittet

Den kvinnliga delen av befolkningen i Vara uppvisar ett annat mönster. De arbetar som männen kroppsligen hårt. De har mer hemorrojder. De har mer yrselbesvär. Ingen avvikelse föreligger jämfört med länsgenomsnittet vad gäller kvinnors rökvanor.

Åtgärder som bör diskuteras mot den här bakgrunden är förhållanden som leder till övervikt och förhöjt blodtryck hos männen i Vara.

Vidare bör ett förebyggande program för att minska olycksfall också vara angeläget i kommunen. Vi vet att olycksfall är kraftigt överrepresenterat hos jordbrukare jämfört med andra yrkeskategorier. Det bör också vara viktigt att undersöka närmare vilka beteenden som den yngre generationen i Vara valt vad gäller

rökvanor. Röker de i liten utsträckning som fäderna eller röker de som mödrarna?

Vi har även undersökt rökvanorna i 6:e och 9:e klasser i länet och där framkommer att tyvärr har ungdomarna valt mödrarnas rökvanemönster i Vara.

Med tanke på den låga rökfrekvensen hos männen bör det dock vara lättare att genomföra generella restriktioner mot tobaksbruket i t ex offentliga lokaler i en kommun som Vara.

En kommundiagnos som exemplet Vara antyder kan utgöra utgångspunkt för inriktningen av ett hälsoarbete i lokalsamhället.

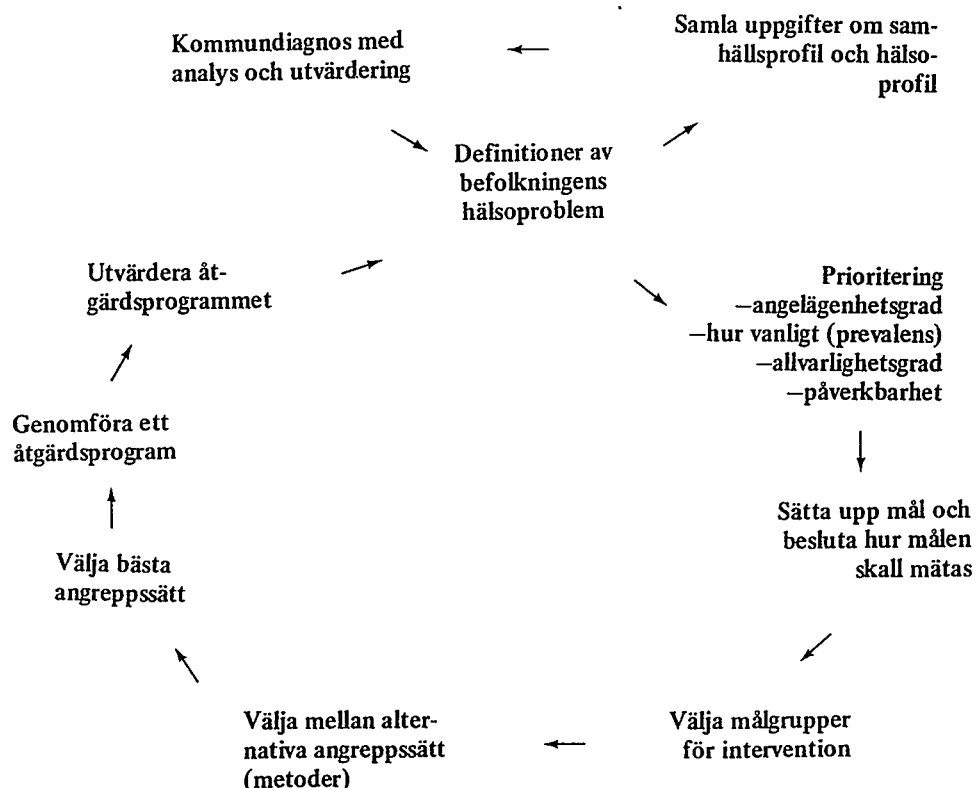
Vid sidan av diskussionen om hälsoproblemens uppkomst som förts i anslutning till kommundiagnosen behövs en strategi för att fatta beslut och genomföra åtgärdsprogrammen. Den illustreras i figur 4.

Central vid prioriteringsdiskussionen är att de definierade hälsoproblemen upplevs som angelägna i lokalsamhället. Det här betyder att kunskap, attityder och känsla av att det är betydelsefullt med förändring föreligger hos befolkningen.

Det är vidare viktigt att det är vanliga problem, som är allvarliga i den mening att de är destruktiva både för individen och samhället. Tobak och alkohol kan tas som exempel.

Slutligen måste hälsoproblemen vara påverkbara genom tillgängliga metoder, vilka dessutom med rimliga resursinsatser skall kunna genomföras.

Problemlösningscykler tillämpbara vid handläggning av hälsoproblem



Referenslista

Andersson R, Svanström L: Olycksfall i arbetet – analys och åtgärder. Almqvist & Wiksell förlag AB, Stockholm, 1980.
Barke D J P, Rose G: Epidemiology in Medical practice. Second edition. Churchill Livingstone, London, 1979.
Berglund G, Isacson S-O, Ryden L: Vårdprogram för högt blodtryck. Skaraborgs läns landsting. SPRI-rapport S 52, 1977.
Carlsson G, Arvidsson O, Bygren L O, Werkö L: Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Kontenta Libers förlag, Stockholm, 1979.
Haglund B: Allmänläkaren som hälsoarbetare i ett hälsopolitiskt perspektiv. Papper skrivet för Svensk Förening för Allmän Medicin. Vetenskapligt möte i Skövde 28-29 sept 1979. Hälsovårdsheten, Skövde 1979.
Haglund B: Allmänläkaren som hälsoarbetare. Läkartidningen 77: 2113-2115, 1980.

Haglund B, Jansson B: Miljömedicin – förebyggande av miljörelaterad ohälsa i en kommun. Landstingets hälsovård. Skaraborgs läns landsting 1980.
Haglund B (red): Hälsoprofil i Skaraborg 1977. En utgångspunkt för kommundiagnoser. Basen för förebyggande medicinskt arbete. Under publicering.
Haglund B, Isacson S-O: Alternativ vård. Accepterad Socialmedicinsk tidskrift. Under publicering.
Isacson S-O: Förebyggande inom primärvården – Skaraborgs läns landsting. Socialmedicinsk tidskrift 55:393-398, 1978.
Isacson S-O: Att arbeta med tobaksfrågan inom ett landsting. Socialmedicinsk tidskrift 57:223-226, 1980.
Kaprio L A: Primary Health Care in Europe. EURO reports and studies, 14, WHO, Köpenhamn, 1979.
King M: Medical care in developing countries, A symposium from Makerere, Oxford university press, Nairobi 1966.

Ljungkvist H, Isacson S-O: Program för tobaksinformation i Skaraborg. Landstingets hälsovård, Skövde, 1977.
Morely D: Paediatric priorities in the developing world. Butterworths, London 1976.
Schelp L, Svanström K, Svanström L: Olycksfall i Falköpings kommun år 1978: Landstingets hälsovård 1980.
Svanström L: Arbetsmedicin ur Allmänläkaren boken. Studentlitteratur, Lund, 1979.
Tibblin G: En bok om vård. Askild och Känekull, Stockholm 1980.
Landstingsförbundet: Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik, 1974.
Landstingsförbundet: Hälsopolitik i praktiken – förutsättningar och krav, 1979.
SPRI-rapport 14/79: Hälsoproblem i ett landsting, 1979.
SOU 1979:78: Mål och medel för hälso- och sjukvården. HSU 1979.

* * *

LÄKARBESÖK – en vårdbeskrivning

av Ingvar Krakau och Gösta Tibblin

5675

En väsentlig uppgift för den allmänmedicinska forskningen är att beskriva primärvårdens innehåll. Studier från bl a Örnsköldsvik, Tierp och Vilhelmina har visat att vad som sker vid läkarbesök kan registreras med hjälp av ett frågeformulär som fylls i av läkarna.

Detta innehåller ofta uppgifter om typ av besök, insatta åtgärder, läkemedelsordinationer och diagnoser.

Längst har man kommit i Tierp, där man insamlat ett stort antal fall under lång tid och analyserat en rad samband. För de som arbetar inom primärvården är det väsentligt att få en uppfattning om sjukdomspanoramata som möter personalen vid den egna vårdcentralen.

Olikheterna mellan de studerade platserna är så stora att det inte går att anta att vad som är sant i Tierp, också skulle vara sant för exempelvis Sollentuna.

Frageställning.

Sollentuna vårdcentral betjänar en kommun del som för sin slutna vård har att lita huvudsakligen till Löwenströmska sjukhuset och Karolinska sjukhuset.

Här arbetar fyra ordinarie, och ett stort antal vikarierande läkare. I denna uppsats frågar vi oss:

hur arbetar dessa läkare?

vart går remisserna?

finns det någon skillnad mellan ordinarie läkare och övriga?

Material och metod.

För att beskriva vården vid besök hos allmänläkare har vi utarbetat en särskild vårdbeskrivningsblankett.

Den övre delen användes för den löp-

ande vårdplaneringen på samma sätt som den registrerings- och planeringsblankett som beskrivs i SPRI-rapport 3/1977. Den undre delen ifylles av behandlande läkare vid alla besök.

Blanketterna insamlas efter läkarbesöken av en sekreterare. Härvid kontrolleras att alla blanketter finns med och är fullständigt ifyllda. Vid behov kompletteras blanketterna med uppgifter som saknas.

Från den övre delen kodas följande uppgifter för databehandling: kön, ålder, besöksdags, inbokad läkartid, behandlade läkare samt hur besöket prioriteras vid tidsbokningen (brådskegrad).

Fyra brådskegrader förekommer: 1) läkartid samma dag. 2) läkartid inom en vecka. 3) läkartid inom tre veckor. 4) läkartid längre fram än tre veckor (oftast avtalade återbesök).

Från den nedre delen av blanketten kodas de angivna 20 variablerna. Inkodade uppgifter kan ej personidentifieras.

Till och med december 1979 databehandlas blanketterna för de patienter som var födda dagar jämt delbara med tre. Detta gav ett stickprov på 1/3 av de insamlade vårdbeskrivningsblanketterna.

Från och med 1980 bearbetas endast blanketterna för de patienter som är födda dag tre, femton och tjugosju i varje månad (10 % av de insamlade blanketterna).

Alla nya läkare för en muntlig information om hur blanketten skall användas när de börjar på vårdcentralen. På varje läkar-expedition finns Socialstyrelsens kodföreteckning för registrering av diagnoser i öppen vård med blankettmanualen inklistrad.

De resultat som presenteras i denna undersökning kan påverkas av under-rapportering. Läkarna kan ha glömt att

fylla i åtgärder som gjorts. Storleken av detta feö har inte beräknats.

Till och med december 1979 fick varje läkare med 1-2 veckors fördröjning en veckosammanställning av de variabler som inmatats. Från och med januari 1980 har vi nöjt oss med att på motsvarande vis ge månadssammanställningar.

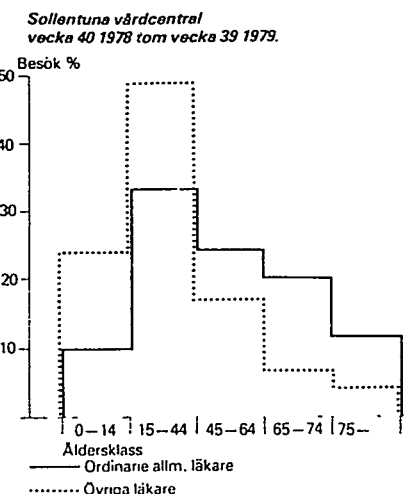
I denna studie redovisas resultaten för det första verksamhetsåret (vecka 40 1978 till vecka 39 1979) för några av de registrerade variablerna.

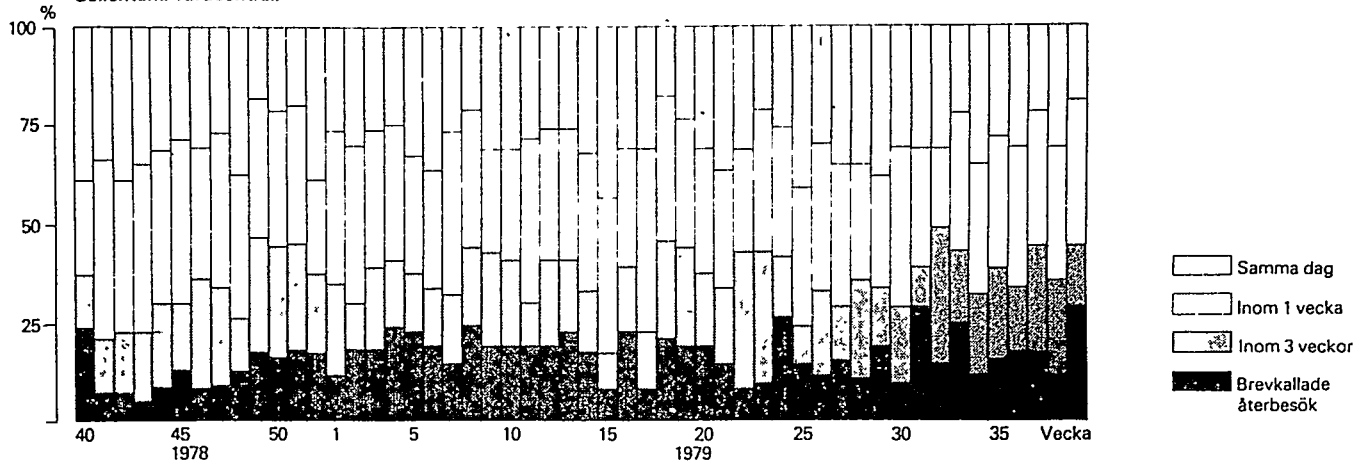
Under denna tid tjänstgjorde 21 olika läkare vid mottagningen varav fyra var ordinarie. Övriga läkare var AT-läkare (7 st.) och vikarierande distriktsläkare (10 st.)

Resultat

Under den studerade ettårsperioden insamlades formulär från 12.543 besök. 4.046 av dessa har databehandlats. De fyra ordinarie läkarna hade 37 % av besöken. Resten fördelade sig bland de övriga 17 läkarna.

Figur 3 visar en fördelning av besöken på åldersklasser. Vid 18 % av besöken var





patienterna 14 år eller yngre. En lika stor andel av besöken gällde patienter som var 65 år eller äldre.

De ordinarie läkarna såg färre unga patienter än de övriga läkarna. De hade endast 10 % barn upp till 14 år, mot 24 % för de övriga läkarna. De ordinarie läkarna hade däremot ett betydligt större inslag av äldre patienter.

32 % av besöken hos ordinarie läkarna gällde patienter som var 65 år eller äldre mot 10 % för de övriga läkarna.

Figur 4 visar fördelningen av brådskegraderna för de 52 veckorna. Det föreligger inte några nämnvärda förändringar i fördelningen av de olika brådskegraderna under det studerade året.

I 29 % av alla besök hade patienterna fått tid samma dag. Vid 34 % av besöken hade de fått tid inom en vecka och vid 20 % inom tre veckor. 17 % hade bokats in på längre sikt än tre veckor.

Av figur 5 framgår att de ordinarie läkarna hade en betydligt lägre andel akuta besök (19 %) än de övriga läkarna (35 %). Däremot hade de mycket fler besök med brådskegrad 4 (30 %) än de övriga läkarna (8 %).

Vårdbeskrivningsblanketten har utrymme för tre diagnoser. I medeltal ställdes 1,3 diagnoser per besök. De ordinarie läkarna ställde fler diagnoser (1,5) än de övriga läkarna (1,1).

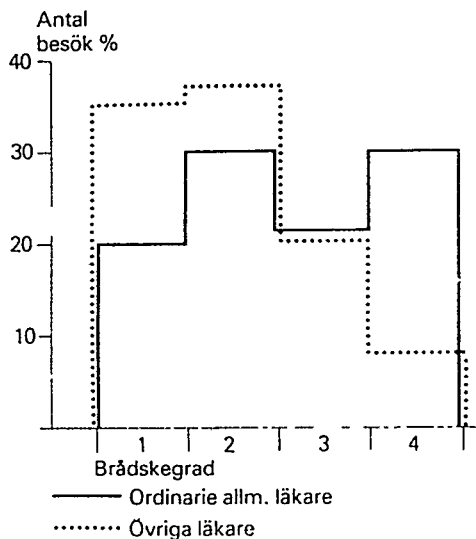


Fig. 6 visar de tio vanligaste diagnoserna vid mottagningen. Främst bland dessa kom övre luftvägsinfektioner, hypertoni och akut otit med 86, 74 respektive 54 fall per 1000 besök.

Det förelåg stora skillnader i diagnosättning mellan de två läkarkategorierna. För de ordinarie läkarna var hypertoni tre gånger så vanligt (127 fall per 1000 besök) som för de övriga läkarna. Även psykoneuros med 77 fall per 1000 besök var tre gånger så vanligt för de ordinarie läkarna som för de övriga.

Diabets, symtomatisk hjärtsjukdom, artros och funktionella tarmbesvär, som alla fanns med bland de ordinarie läkarnas tio vanligaste diagnoser saknades på motsvarande lista för de övriga läkarna.

De vanligaste diagnoserna för dessa läkare var övre luftvägsinfektioner och akut otit. De ställde dessa diagnoser dubbelt respektive tre gånger så ofta som de ordinarie läkarna.

Otosalpingit, tonsillit, gastrit och extern

otit, som också var bland de tio vanligaste diagnoserna för dessa läkare var inte så vanliga bland de ordinarie läkarna.

Diagnoser som tillhörde respirationsorganens sjukdomar var vanligast med 214 fall per 1000 besök. Därefter följde sjukdomar i muskler och leder, cirkulationsorganen och öronsjukdomar med 173, 166 respektive 128 fall per 1000 besök.

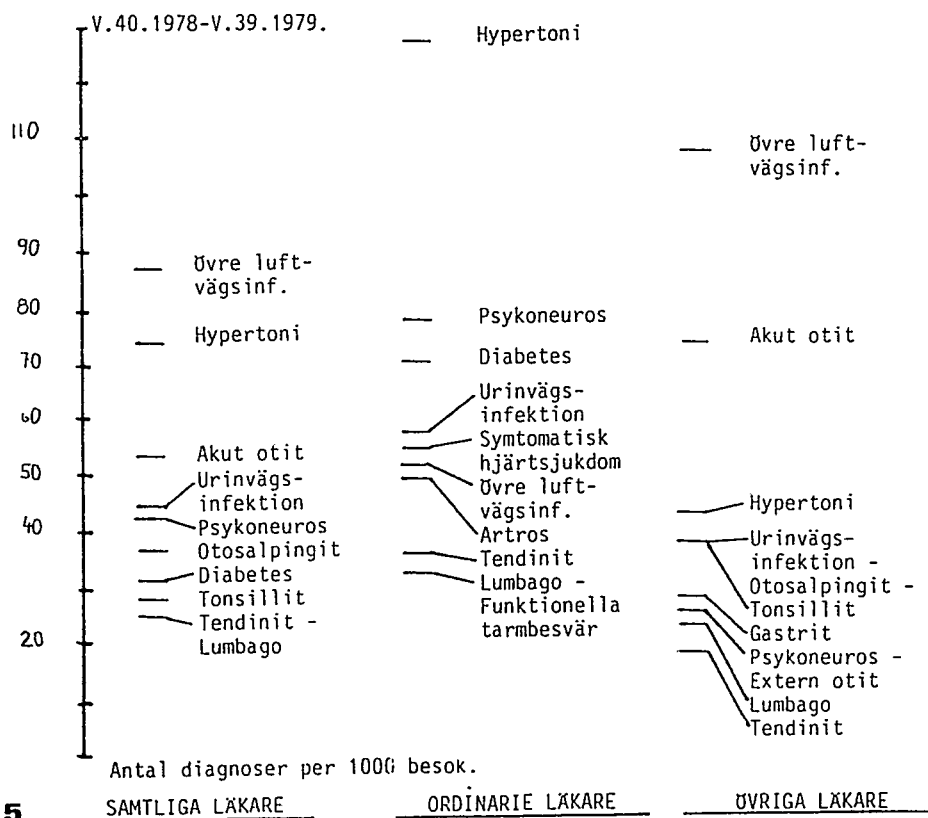
Tumörer, ögonsjukdomar, blodsjukdomar och Y-nummer var minst vanliga. Alla med färre än 20 per 1000 besök.

Även bland diagnosgrupperna fanns det stora skillnader mellan ordinarie

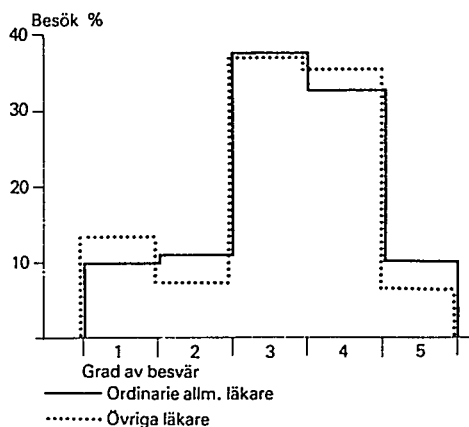
och övriga läkare. De icke ordinarie läkarna registrerade 1,5 gånger så mycket sjukdomar i respirationsorganen och drygt dubbelt så många öronsjukdomar som de ordinarie läkarna.

Man fann endast hälften så mycket sjukdomar i muskler och leder och 1/3 så mycket sjukdomar i cirkulationsorganen som sina ordinarie kollegor.

DE 10 VANLIGASTE DIAGNOSERNA VID ALLMÄNLÄKARMOTT. SOLLENTUNA VÄRDC.



Sollentuna vårdcentral
vecka 40 1978 tom
vecka 39 1979.



Figur 8 visar hur läkarnas skattning av aktuella besvär hos patienterna utföll. Ordinarie läkare och övriga läkare fann patienterna vara i stort sett lika sjuka. % bedömde att patienterna vare sig hade några besvär eller någon medicinsk behandling — friska patienter.

I 9 % av besöken bedömdes patienterna vara besvärsfria men hade någon medicinsk behandling.

Vid 71 % av besöken bedömdes att patienterna hade besvär med eller utan måttlig inskränkning av för åldern normala aktiviteter.

Endast vid 7 % av besöken ansågs besvären vara svåra.

I 1 % av fallen kunde behandlande läkare ej bedöma de aktuella besvären.

Läkarna hade utfärdat akut remiss till specialistläkare eller sjukhusmottagning vid 1 % av besöken. De ordinarie hade utfärdat akut remiss vid knappt 2 % av besöken och de övriga läkarna vid drygt 1 % av besöken.

Vid 5,2 % av besöken hade patienterna fått icke akut remiss till dessa instanser. Här skilde sig de ordinarie läkarna och de övriga läkarna föga åt.

Totalt utfärdades 195 remisser per 1000 besök. De ordinarie läkarna hade, när alla typer av remisser som ingick i undersökningen medräknats, en betydligt högre remitteringsfrekvens (267 remisser per 1000 besök) än de övriga läkarna (146 remisser per 1000 besök).

Remisser för enbart provtagning har ej medräknats.

Vanligast är remisser till röntgenundersökningar (samttaget 62 undersökningar per 1000 besök), remisser till sjukgymnastik (26 per 1000 besök) och EKG vid den egna mottagningen (19 per 1000 besök).

Till kirurgmottagningen utfärdades 17 och till öronmottagning 17 remisser per 1000 besök. Till alla övriga specialist-

läkare var remitteringsfrekvensen lägre än 5 remisser per 1000 besök.

Även när det gällde remisser fanns det stora skillnader mellan ordinarie allmänläkare och övriga läkare.

Remiss till sjukgymnastik var fyra gånger så vanligt bland ordinarie läkare som bland övriga. EKG tre gånger så vanligt. Röntgenundersökningar dubbelt så vanligt.

De ordinarie läkarna remitterade något oftare till kirurgmottagning men inte fullt så ofta till öronmottagning som de övriga läkarna.

För övriga remissinstanser var skillnaderna små mellan läkarkategorierna.

Sammanfattande diskussion.

En allmän erfarenhet är att det är svårt att få läkare att fylla i formulär som den vårdbeskrivningsblankett vi använder. I denna undersökning har motståndet mot blanketten varit ringa.

Endast ett litet antal av besöken passerade utan registrering (2,7 %). Ett av skälen till detta goda resultat tror vi är att läkarna snabbt fick reda på resultaten av sin verksamhet.

Av stor betydelse var också sekreterarens uppgift att komplettera bristfälligt ifyllda formulär.

Hur speglar nu vårdbeskrivningsblanketten verkligheten?

Vad som sker vid ett läkarbesök är svårt att skildra. Detta möte mellan två personer, där upplysningar växlas, förtroende byggs upp eller raseras. Diagnoser ställs och behandlingsråd ges inte fångas in i sina detaljer med ett frågeformulär.

Diagnoserna inom primärvården är ofta preliminära och ställs utan att kriterierna anges. Vad vi har kunnat skildra är endast konturerna av besöken. Vi vet vilka läkarna var, de åtgärder som vidtogs och de diagnoser som ställdes.

2/3 av besöken sköttes av icke ordinarie läkare. Jämför man de två läkargruppernas verksamhet skiljer de sig åt i flera avseenden. De ordinarie läkarna hade äldre patienter med kroniska sjukdomar. De övriga läkarna såg framför allt yngre patienter med akuta sjukdomar.

De ordinarie läkarna använde betydligt oftare sjukgymnastik, EKG och röntgenundersökningar. De övriga läkarna remitterade inte oftare till specialistläkare än sina ordinarie kollegor.

I denna studie finns det alltså inte belegg för den utbredda åsikten att icke ordinarie läkare skulle remittera mer än ordinarie.

Vilka fall som remitteras av läkare är

framför allt avhängigt av sjukdomens svårighetsgrad. Det har inte varit möjligt att här närmare studera eventuella onödiga remitteringar hos de olika läkargrupperna.

Resultaten talar för att de icke ordinarie läkarna ser endast en del av primärvårdens vardag. De ordinarie läkarna ser huvudsakligen en annan del.

I planeringen av vården är det viktigt att ta hänsyn till hur akuta och kroniska fall fördelas mellan läkargrupperna. Läkarnas bedömning av patientbesvärens storleksanordning varierade inte mellan läkargrupperna.

I vår undersökning dominerade de lätta till måttliga besvären. Lindriga och mycket svåra fall var i minoritet.

En bedömning av patientbesvärens svårighetsgrad kan tjänstgöra som mätare på att en vårdcentral tar hand om de fall den är ägnad att sköta — inte för svårt sjuka men heller inte alldeles friska patienter.

Som önskvärt domineras verksamheten vid vårdcentralen av de akuta och halv-akuta fallen, dvs de fall som fått tid inom en vecka. Detta tyder också på att vårdplaneringen fungerat i syfte att bereda befolkningen en någorlunda lättillgänglig vård.

* * *



Att ansvara för ett område

av Gustav Haglund

5676

Att ansvara för ett område. Small is beautiful, — Schumacher. Stora ambitioner avseende primärvårdens utbyggnad kan ibland leda till "allt-för-stora" vårdcentraler.

Distriktsläkare Gustav Haglund, primärvårdschef i Olofström, pekar på vissa nackdelar med dessa flerläkarstationer. Utifrån bl.a. det tidigare provinsialläkarsystemet visar han på möjligheter till utveckling och förbättring av dagens primärvård, hur vi bättre ska kunna svara mot allmänhetens krav på närhet, kontinuitet.

Utbyggnaden av vårdcentraler har mött svårigheter. Även om man bortser från de ekonomiska restriktioner, som oundvikligen påverkat utbyggnadstakten, liksom från de föreseningar, som troligen blev följderna av felbedömningar i början, då man ännu trodde på de mycket stora institutionernas fördelar, kvarstår intrycket att det varit svårt att hos allmänheten finna gehör för iden med vårdcentraler och därmed få stöd för en snabbare utbyggnad.

Det är inte osannolikt att 1-läkarstationens provinsialläkare som såg fram emot att åter få komma in i samarbete med flera kolleger, att få ordning i jourbördan, att få assistans av mer välutbildad personal, glömde att taga med sig 1-läkarstationens fördelar: närhet, tillgänglighet, personkänedom, kontinuitet.

Det är också möjligt att vi inte var medvetna om att dessa kännetecken inte envar betydelsefulla för behandlingen. Numera har man kunnat dokumentera detta i olika studier.

Det visade sig också vara svårt att organisera vårdcentralen och arbetsuppgifterna på ett sätt som utnyttjade kunskaper och erfarenheter hos personalen. Det förblev fortfarande så, att doktorn skulle vara där för smått och stort, och den övriga personalens medverkan reducerades till "paramedicinska" eller administrativa funktioner. Det var ju inte bra för någon.

Allmänheten upplevde krångel och distans, svårighet att komma fram och få besked. Man upplevde på många håll en otyglighet i organisationen som inte kunde eller ville ta hänsyn till individuella önskemål och behov.

Personalen i "rådgivningsfunktionen" hade ofta en olidlig arbetssituation. Den blev utsatt för allmänhetens missnöje och kritik och skulle samtidigt fullföra den ansvarsfulla medicinska prioriteringen. I sin lojalitet mot läkarna ville man förbygga "onödiga" akutmottagningar och

drabbades av tanklös kritik när det inte alltid lyckades.

Läkarna fick ingen översikt över sitt arbete. De kunde inte skaffa sig personalkänedom eftersom patienterna anmäldes från hela distriktets befolkning, 15 000 - 20 000 människor.

Distriktssköterskornas omfattande arbetsinsatser skedde mer eller mindre isolerat från vårdcentralen, och med föga utvecklat samarbete med dess personal.

Kunde något göras åt detta?

I Olofström diskuterade man sig fram till följande lösning, och landstinget beviljar efter hand de förstärkningar som är nödvändiga.

Distriktet = Kommunen (16 000 invånare) delades upp i sju områden, motsvarande kommunens statistikområden och med en så jämn fördelning som möjligt med hänsyn till åldersprofil, kön, vägförbindelser etc. För varje område finns en vårdlag med distriktssköterska, undersköterska på vårdcentralen och distriktsläkare. Senare kommer också distriktssköterskorna att kunna få undersköterska på mottagningen, framför allt för hemsjukvården. Där förstärks också vårdlaget av kommunens hemsamariter som också kommer att arbeta områdesvis i hemsjukvården.

Detta innebär att varje vårdlag har ansvaret för 2.000 - 2.500 invånare, och att distriktssköterskorna alltid vet vilken läkare de kan vända sig till.

Vidare att läkarna relativt snabbt börjar lära sig patienterna i laget (se tabell.) Men det mest radikala i detta arbetssätt är undersköterskornas nya roll. Hon svarade för tidbokning, för rådgivning, läkarassistans och telefontjänster. I stället för en "tidsbeställning" med irriterande telefonblockad kan växeln nu fördela samtal från respektive område till 7 anknytningsar. Där talar patienten med en undersköterska man känner och man kommer överens om lämplig åtgärd och tid.

Till en början har undersköterskan delat läkarens expedition beroende på lokal-förhållanden. Men det har haft oväntade fördelar. Läkarna får en uppfattning om undersköterskans kompetens och om-döme. Undersköterskan får tillfälle att fråga och lära direkt i anslutning till aktuella problem.

Den diskretion som vissa samtal med patienten kräver har det aldrig varit svårt att uppnå. Några av distriktsläkarna har funnit detta nära samarbete så värdefullt att man velat fortsätta. Av praktiska skäl är detta emellertid knappast möjligt.

Områdesindelningen av distrikt innebär ingen tvångsdiregering av patienterna, till ett visst vårdlag. Det samarbete som tidigare etablerats mellan en del patienter och läkare eller distriktssköterskor fortsätter som tidigare.

Begreppet tidsbeställning och telefontid har avskaffats. Från varje område kommer endast 10 - 15 (20) telefonsamtal per dag, och få då karaktären av en konsultation om lämpligaste sättet att lösa ett problem. Redan denna första kontakt har en terapeutisk betydelse som inte bör försummas.

Indelningen i områden ger dessutom möjligheter att genom ganska enkel bearbetning analysera likheter i sjukdomspanorama, läkemedelsförbrukning, sjuk-skrivningstider, kontinuitet till vårdlaget, missbruksförhållanden och mycket annat av betydelse för vårdcentralens kunskap om hälsotillståndet i distriktet.

Den viktigaste interna vinsten är vårdlagets gemensamma ansvar för områdets patienter, fördelning av arbetsuppgifter efter kompetens, en fortlöpande efterut-bildning och känsla av samhörighet och lojalitet.

* * *

Patientfördelning vid Olofströms vårdcentral v 27 1980

Läkare från område nr	Patienter från område nr								Summa pat. resp. läk.
	1	2	3	4	5	6	7	Ext.	
1	17	-	-	1	2	-	3	3	26
2	-	13	3	2	-	-	1	-	19
3	-	1	22	2	-	-	-	-	25
4,6	3	2	3	28	3	7	1	2	49
5,7	1	2	1	3	12	1	22	1	43
Summa pat. från resp. område	21	18	29	36	17	8	27	6	162
Resp. områdes-kontinuitet %	81%	72%	76%	78%	71%	88%	81%		

Av 162 st läkarbesök var 56 st akutbesök.

Dagens Astra läkemedel är bara den ena sidan...



...forskningen är den andra!

Under många år har vinsterna från försäljningen av Astras läkemedel plöjts ned i forskning. Bara i år satsar Astra-koncernen ca 310 miljoner kronor på läkemedelsforskning. Tillsammans arbetar över 800 personer med forskning och utveckling vid Astra Läkemedel, Draco och Hässle.

Resultatet av denna målmedvetna satsning som sträcker sig över flera decennier, är att Astra-koncernens tre forskande enheter inom olika områden kunnat utveckla nya läkemedel av yppersta världsklass, t ex Xylocain® från Astra Läkemedel, Bricanyl® från Draco, Aptin® och Seloken® från Hässle.

Neurofarmaka från Astra Läkemedel

Astra Läkemedel i Södertälje har sedan ett tiotal år satsat stora resurser på utvecklingen av läkemedel mot depressioner och schizofreni. Målsättningen med Astra Läkemedels neurofarmakaprojekt har varit att finna medel med selektiva effekter på vissa neuron i hjärnan. Vägen till säkrare och mer effektiva neurofarmaka har därför för Astra Läkemedel gått via grundläggande utforskning av basala funktioner i hjärnan.

Under 80-talet kommer flera neurofarmaka från Astra Läkemedel att introduceras i Sverige och i andra länder. Närmast i tur står ett nytt antidepressivum som genom en selektiv effekt på serotoninssystemet ger upphov till avsevärt mindre biverkningar än existerande terapi. Det nya medlet har redan studerats i mer än 50 kliniska prövningar. Registreringsansökan har inlämnats till ett flertal länder. Flera andra neurofarmaka undergår för närvarande preklinisk eller klinisk utvärdering i Astra Läkemedels regi.

Läkemedel mot virus

Virusforskningen är ett annat område där Astra Läkemedel idag finns med i frontlinjen. Kliniska prövningar pågår redan med ett medel som visat aktivitet mot herpesvirus.

Ett livsvillkor

Framgångsrik forskning är ett livsvillkor för läkemedelsindustrin. Möjligheterna för svenska företag att leva vidare och utvecklas på 80- och 90-talet kommer i hög grad att vara beroende av deras förmåga att utveckla nya originalläkemedel.

Utvecklingen av morgondagens läkemedel kommer att kräva allt större resurser. Resurser som skapas genom försäljningen av dagens Astra-läkemedel.

RIKSSTÄMMA 1980

ALLMÄNMEDICINSEKTIONEN, FRIA FÖREDRAG, LÖRDAGEN DEN 6 DECEMBER

Om vi ser till föredrag av allmänmedicinskt intresse under de senaste fem åren framgår antalet av bifogad tabell.

Majoriteten av föredragen inom socialmedicin och åldringsforskning handlar om primärvårdsproblem. Allmänmedicinen är som synes ung i Sverige. Mot den här bakgrunden är 30 preliminäransmällda föredrag plus en poster glädjande.

Om vi tillsammans skall utforma framtidens primärvård behövs mycket utvecklingsarbete om olika organistoriska erfarenheter. Detta har även märkts på bidragen.

Beskrivningar och diskussioner av förändringsarbete på vårdcentraler kommer att dominera årets riksstämma i sektionen. Ett minisymposium med tre bidrag om vårdlagsarbete blir förhoppningsvis stimulerande.

Slutsatser som kan dras av arbetet med Riksstämman hitintills är att flera allmänläkare har dålig disiplin, fortfarande i juli kom preliminäransmälningar som skulle ha varit inne 15 maj. Att mycket förändringsarbete pågår på vårdcentraler runt om i Sverige och att många är villiga att dela med sig av erfarenheter. Att vi behöver mer tid för allmänmedicinsektionen för 1981 års Riksstämma.

Tyvärr har vi snällt om tid för föredrag varför en hård gallring genomförts. En-

bart 11 föredrag har kunnat beredas plats. Några av er som ej kunnat få plats vid Riksstämman kommer i stället att erbjudas tid vid SFAM-mötet i Malmö i september.

Alla övriga är välkomna med era bidrag som artiklar till SFAM-nytt.

Hälsningar
Bo Haglund

Hälsovårdsenheten
Kärnsjukhuset
541 85 Skövde

* * *

År	Allmänmedicin Antal föredrag	Socialmedicin Antal föredrag	Aldringsforskning Antal föredrag
1975	0	0	12
1976	10	0	15
1977	12	9	10
1978	11	16	15
1979	12	23	18

LB00770

ALLMÄNLÄKARNAS VIDAREUTBILDNING

- AGA

Arbetet med den kommande allmänläkarutbildningen kommer att leda till ett utbildningsförslag som läggs på NLV:s bord i Oktober 1980.

Mellan läkarrepresentanterna Christer Gunnarsson, Per Svartling, Margareta Troeng och socialstyrelsens och landstingsförbundets representanter har in i det sista meningsskiljaktigheter förelegat, framför allt när det gäller sammansättningen av den fyra och halvtåriga utbildningen, men även i viss mån när det gäller definitionen av ämnet allmänmedicin, dess innehåll och avgränsningar.

Redan i förra SFAM-nytt redovisades AGA-arbetet och sedan har, i såväl distriktsläkarföreningens årsredogörelse som i läkartidningen, de olika utbildningsförslagen presenterats.

I läkartidningen har sedan kommentarerna och debatten varit livlig.

Läkarrepresentanterna i olika organ, AGA, översynsutredningens ledningsgrupp och NLV:s styrelse har blivit nedröstade då de hävdade att 18 månaders allmänmedicinsk utbildning vid vårdcentral är den maximala tid som vi kan ge utbildningen ett kvalitativt fullgott innehåll.

Det allmänmedicinska kunskapsområdet behöver systematiseras via allmänmedicinska institutioner, lärarkrafter utbildas och utbildningen organiseras. En process som vi anser tar lång tid.

Maximeringen av utbildningstiden till 18 månader på vårdcentral får även ses mot den bakgrund att vi inte vill förlora vår nuvarande möjlighet till utbildning inom t ex kirurgi, ortopedi och ÖNH samt att vi vill ta vara på de utbildningsresurser som dock finns på sjukhusen.

Tillsammans med läkarsällskapet och läkarförbundet skriver nu läkarrepresentanterna en kraftig reservation till AGA:s slutrapport.

Beträffande meningsskiljaktigheterna inom SFAM och AGA-arbetet se särskild artikel.

Christer Gunnarsson



AGA, SFAM OCH ALLMÄNLÄKARUTBILDNINGEN!

I det förra numret av SFAM-nytt presenterades vissa tankegångar och förslag kring den framtida allmänläkarutbildningen. Den arbetsgrupp inom NLV som handlagt denna fråga AGA lägger nu i dagarna fram sitt förslag.

Detta förslag innebär bland annat att det kommer att ingå 24 månad-

ers allmänmedicinsk utbildning. Mot detta har Läkarförbundet invänt och hävdade att 18 månader är mer adekvat. Läkarförbundet presenterade sina synpunkter i Läkartidningen under rubriken - Enighet inom Läkarförbundet.

Mot denna artikel gick tre av SFAM's styrelsemedlemmar i gen-

mäle genom att i Läkartidningen presentera en artikel där man ställde sig bakom 24-månaders alternativet.

Denna artikel har i sin tur föranlett att några av SFAM's medlemmar inkommit med följande insändare, som kommenteras av SFAM's styrelse:

LB00771

OENIGHET I ALLMÄNLÄKARKÅREN ?

SFAM är en ung förening men får därför ej agera utmanande omoget. Det är oklart om insändaren i Läkartidningen 24/80 är ett uttryck för enskilda styrelseledamöters åsikter, och i så fall bör de överväga om de skall kvarstå i föreningens styrelse. Vi hoppas dock att det inte är föreningens officiella linje.

Det framgår ju främst av Anders Miltons välgörande genmäle att SFAM varit fullt tillfredsställande representerat i AGA.

Att vissa styrelsemedlemmar sedan ej tyckt om resultatet av AGA-gruppens arbete får ju inte leda till att man utan något försök till förankring uttalar sig på allmänläkarnas vägnar. Framför allt inte när man genom andra kanaler (distriktsläkarföreningens enkät till lokalavd., fullmäktigemöten 1979 och 1980, sekr. mötet 1980 m.m.) känner till att en klar majoritet av allmänläkarna stöder läkarförbundets förslag i utbildningsfrågan.

Det är ett klart missbruk av styrelseledamotfunktionen, som borde leda till självrensningen och konsekvenstagande.

Visserligen är SFAM en ung förening med ännu bara begynnande förankring i distriktsläkarkåren men nyttan av densamma är obestridlig och föreningens fortsatta framgång får inte äventyras av provokativa och/eller omogna utspel av enskilda styrelsemedlemmar.

August Schneider Alexander Bakall
Margareta Strand-Jonsson Åke Edlund
Medlemmar i SFAM

LB00774

Styrelsen svarar

Genom insändare i Läkartidningen och i SFAM-nytt har uppenbarats dels oklarheter om SFAM's formella möjligheter att påverka AGA-arbetet, dels att åsiktsskillnader finns inom SFAM's styrelse i denna fråga.

Vi anser det därför viktigt att få redovisa följande fakta:

- 1 Den framtida allmänläkarutbildningens innehåll har i flera år varit föremål för diskussioner inom SFAM. Tidigare SFAM-styrelse har därvid önskat, dels en tidsmässig förstärkning av det allmänmedicinska avsnittet samt även ett tillskott av en obligatorisk kirurgisk tjänstgöringsbit.
- 2 Som en av läkarrepresentanterna i AGA utsedd av Läkarförbundet och Läkarsällskapet tillsammans, sitter Christer Gunnarsson, tillika ordföran-

de i SFAM. SFAM har dock som del-förening i sällskapet inte direktrepresentation i AGA.

Läkarrepresentanterna är spräkrör för sina huvudföreningars åsikter.

- 3 Eftersom olika uppfattningar fanns mellan läkarrepresentanterna och myndighetsrepresentanterna inom AGA-arbetet fann vi det lämpligt att presentera de olika utbildningsförslagen vid SFAM's årsmöte i december 1979.

På dagordningen stod ej att fatta något beslut i utbildningsfrågan, men presentationen utlöste en livlig diskussion bland mötesdeltagarna, varvid de flesta som yttrade sig förordade "24-månaders alternativet".

- 4 Vid årsmötet valdes dessutom en ny styrelse. I den nya styrelsen förordade en majoritet (i opposition mot Christer Gunnarssons och läkarförbundets

förslag) en annan inriktning av utbildningen än den SFAM's tidigare styrelse förordade. Den nya styrelsen förordade "24-månaders utbildningen".

- 5 Diskussionerna i styrelsen har huvudsakligen gällt möjligheterna av att åstadkomma ändamålsenlig utbildning inom detta 24-månaders alternativ. Styrelse avser att återkomma till utbildningens innehåll och organisation i ett senare nummer av SFAM-nytt.
- 6 Det är beklagligt att SFAM inte har något lokalt representantskap som svar för representativiteten i styrelsens ställningstagande. Olika medlemmar i styrelsen måste därför göra personliga bedömningar av sakläge och stämningens läge ute i landet och får sedan på årsmöte och vid styrelseval stå till svars för sina bedömningar och handlingar.

Stockholm den 27/8-80
SFAM's styrelse

HUSLÄKARPROPOSITIONEN

I det förra numret av SFAM-nytt nr 1/80 presenterades en artikel under rubriken, "Omskolning av Allmänläkarna?". Denna artikel var skriven av SFAM's facklige sekreterare Göran Sjönell med anledning av den då aktuella propositionen om "husläkare", kontinuitetsutredningen.

Denna artikel har föranlett reaktioner från såväl regeringens Hälso- o Sjukvårdsminister E Holm, B Tibell sakkunnig hos sjukvårdsministern samt från distriktsläkarföreningens fullmäktigemöte.

Vid Distriktsläkarnas årsmöte gick

sjukvårdsministern i ett anförande till skarpt angrepp mot denna artikel. Att, som det stod i artikeln propositionen skulle vara ett hån mot de gamla och svaga, ställde sig sjukvårdsministern helt avvisande till. Specialisternas medverkan inom primärvårdsorganisationen avser i första hand pediatrik och gynekologi. Att specialisterna skulle ta ifrån allmänläkarna en rad intressanta uppgifter är en rejäl överdrift enligt E Holm.

Efter att Sjukvårdsministern hållit sitt anförande fanns ej tid för replik. Detta ansågs dock så viktigt

att frågan togs upp som en extra punkt vid det följande fullmäktigemötet för distriktsläkarföreningen.

Där beslöts att tillsända Sjukvårdsministern ett brev som avslutas med följande mening: Fullmäktigemötet ställer sig bakom artikelns principuttalande att en ökad specialisering inom primärvården motverkar primärvårdens förutsättningar att klara sina uppgifter.

Vi presenterar nedan ett inlägg från B Tibell med kommentar och svar av Göran Sjönell, facklig sekreterare i SFAM.

LÄS PROPOSITIONEN!

Replik till artikel i SFAM-nytt Nr 1 1980 betitlad: Omskolning av allmänläkarna? Angående sjukvårdsminister Elisabet Holms proposition om husläkare.

I nr 1 1980 av SFAM-nytt skriver Magnus Eriksson om de viktiga frågor för allmänmedicinens utveckling som nu är aktuella och pekar främst på "Husläkarutredningen - kontinuitetsutredningen".

Han uppmanar "alla allmänläkare engagera sig för att informera om erfarenheterna av allmänmedicinsk sjuk- och hälsovård, och om de möjligheter och fördelar som samhället kan få genom en fortsatt satsning på allmänmedicin."

Sådan information är viktig gentemot intressenterna: patienter, huvudmän och andra beslutsfattare samt kollegerna - men endast under förutsättning att informationen är korrekt!

Så är tyvärr icke förhållandet i den artikel med titeln "Omskolning av allmänläkarna? Angående sjukvårdsminister Elisabet Holms proposition Om husläkare", som den facklige sekreteraren Göran Sjönell författat.

Göran Sjönell inleder med: "Propositionens förslag till husläkare är ett hån mot de svaga och de gamla i samhället" varefter han motiverar sitt påstående med att dessa människor skall skötas av allmänläkare.

Som genmäle vill jag ur "Regeringens proposition 1979/80:116 om åtgärder för

att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m.m." citera sid 10:

Enligt min (Elisabet Holms) uppfattning är behovet av att få möta samma vårdgivare vid varje besök under en sjukdomsperiod störst vid långvarig sjukdom.

När det gäller den långsiktiga kontinuiteten torde behovet av att vid olika sjukdomstillfällen skötas om av samma vårdgivare vara störst för äldre människor. För dem är det besvärligare än för yngre att etablera kontakt med ständigt nya vårdgivare.

Behovet av samordning av behandling som ges inom olika vårdformer och på olika vårdnivåer är störst för patienter med flera skador, sjukdomar eller handikapp. Även patienter med psykiska och psykosociala problem har stort behov av kontinuitet i vården."

Och vem skall sköta dessa patienter? I propositionens sid 10:

Även det förhållandet att allmänläkare och distriktssköterskor torde komma att utgöra basen i primärvårdens organisation innebär ökade förutsättningar att etablera personliga relationer mellan patient och vårdgivare, vilka kan bibehållas under en längre tidsrymd."

Göran Sjönell: "Ett system med specialister som husläkare på vårdcentralerna baddar för fortsatt splittring av läkarkontakt och sjukvård."

Replik: Vi kommer att ha brist på allmänläkare ännu under många år trots betydande utbildningsinsatser. De gamla och svaga har störst behov av och bör där-

för i första hand tillgodoses med allmänläkarens medicinskt och socialt bredare kunskaper.

Yngre människor med enstaka sjukdomar av kort eller lång duration kan då ha större behov av att behandlas av specialist, som tjänstgör viss tid av veckan på vårdcentralen varvid denna tillförs en ökad kompetens och rent av fler än 90 % av alla sjukdomar kan skötas på vårdcentralen!

Göran Sjönell: "Sned utbildning."

Replik: Citat ur proposition sid 10: "Alla möjligheter att öka utbildningen av allmänläkare och distriktssköterskor så att personalbehoven tillgodoses bör därför tas till vara".

Hur facklig sekreterare som Göran Sjönell kan komma till den tolkningen av propositionen om kontinuitet i vården som han redovisar är förunderligt!

Antingen utgöres basmaterialet av tidningsreferat och hörsägen eller också förelåg behov av att med bred penselföring måla en viss potentat på väggen för att elda till facklig kamp mot något okänt.

Propositionen kan han emellertid ej ha läst varför ett exemplar bifogas och anbefalles till studium inför den korrekta information han bör lämna sina kollegor!

Socialdepartementet 800530

Överläkare Björn Tibell
Sakkunnig hos hälsovårdsminister
Elisabet Holm

SE VERKLIGHETEN!

Kommentar till Överläkare Björn Tibell, sakkunnig hos hälsovårdsministern Elisabet Holm. Ang sjukvårdsminister Elisabet Holms proposition till husläkare.

Som sekreterare flera år i Svensk Förening för Allmän Medicin, gläder det mig mycket att notera att tidningen SFAM-nytt läses med stort intresse inom socialdepartementet och då främst inom hälso- och sjukvårdsminister Elisabeth Holms kansli.

Björn Tibells replik till min artikel, bär de sedvanliga specialisläkareattityderna. Den lite farbroderliga, vänliga klappen på axeln om att jag inte har läst propositionen, som en förklaring till mina förunderliga kommentarer, är en välkänd attityd.

Vidare specialistläkarens stora omsorg om de gamla och de svaga, som de med varm hand överlåter åt allmänläkarna att sköta om, är också traditionell argumentering, utan alltför stark förankring i verkligheten.

Måhända läser jag Elisabeth Holms proposition såsom "Djävulen läser bibeln" men perspektivet underifrån kan ibland vara mycket givande.

Vad innebär de hälso- och sjukvårdsminister Elisabet Holms proposition om husläkare jo, exempelvis följande.

Vid en framtida vårdcentral med fem läkartjänster, med upptagningsområde på ca 12-13000, skulle enligt förslagen lämpligen en distriktsläkare i gynekologi, en distriktsläkare i pediatrik och tre allmänläkare sitta, serverade av klinikens

långa armar inom området medicin, kirurgi, ögon, öron och psykiatri, (möjligen med sektoriserade psykiatriteam i omgivningen).

Förvårdcentralens och allmänläkarens del innebär detta att gynekologen tar hand om de fertila kvinnorna, barnläkarna om barnen, alltså dom mer attraktiva åldrarna ur medicinsk-somatisk synvinkel, inom upptagningsområdet.

Kvar blir alltså framförallt den äldre befolkningen som allmänläkarna ska ta hand om.

Dock innebär det på denna vårdcentral att tre läkare istället för fem får ta hand om jouten, eftersom specialisläkarna nekar att delta i denna.

Dessutom ska allmänläkarna under jourtid ta hand om de sjuka barnen och de sjuka fertila kvinnorna, som de icke jourarbetande, specialistkollegorna, lämnar åt sitt öde nattetid och helger och oftast under semestertider.

Mot detta ska ställas, det många gånger framförda förslaget om allmänläkare, distriktsläkare som basen i primärvården, en vårdcentral med fem distriktsläkare som gemensamt tar befolkningsansvar, jouransvar.

På Björn Tibells fem-läkarstation med två specialister kommer få allmänläkare att vilja arbeta i en framtid, detta är min övertygelse, efter åtskilliga år i primärvården.

Jag känner arbetets innehåll, jag känner med kollegorna, det gör inte Björn Tibell.

På den fem-läkarstation som enligt Björn Tibell är till för att öka kontinuiteten och ge husläkare åt alla, kommer alltså en barnläkare, en gynekolog och tre

vakanta allmänläkartjänster, om det vill sig riktigt illa, att bli vårdgivare för framförallt de äldre och de socialt utslagna.

Denna framtidsvision kan inte annat än betecknas som ett hån mot de gamla och de svaga.

Misslyckandena inom den sjukhusbundna långtidsvården de sista 15 åren borde förskräcka socialdepartementet.

Om man inte kan engagera och rekrytera läkare för sjukhusunden långtidsvård, tror man då att man ska kunna engagera och rekrytera en yngre allmänläkarkår för icke sjukhusunden långtidsvård.

Nej Björn Tibell, det handlar inte om att inte ha läst propositionen, jag har läst den flera gånger, t o m innan den lades i Riksdagen.

Att Du läst min artikel har jag ju ingen anledning att betvivla, men jag tror inte att det är läskunnigheten som är det centrala i detta sammanhang, det är förmågan att tillgodogöra sig det som står i texten som till sist är det väsentliga.

Så läs gärna min artikel en gång till, också lite ur verklighetens vardagsprimärvårdsbok.

Låt befolkningens behov av hälso- och sjukvård styra utvecklingen av primärvården, och inte tillgången på överskottsutbildade sjukhusspecialister.

Göran Sjönell
Distr läkare
Matteus vårdcentral
Surbrunnsg 66
113 27 STOCKHOLM



Primärvårdens framtida UTVECKLING

Primärvårdens uppgift är att förebygga, lindra, trösta och bota vid sjukdom och olycksfall så nära den enskilde som möjligt, såväl geografiskt som tidsmässigt. Helhetssynen på individen och miljön skall vara primärvårdensläkarens signum till skillnad från sjukhusspecialisten.

Detta ställer stora krav på primärvårdens företrädare då det inte räcker med enbart traditionella, medicinska kunskaper utan även kunskaper om lokalbefolkningen och närmiljön för att optimalt utnyttja primärvårdsresurserna.

Såväl specialister, knutna till primärvården på dess villkor, som distrikts-sköterskorna kommer här in utgående från en annan infallsvinkel än den traditionella — nämligen anpassningen av arbetet efter lokalbefolkningens krav och behov. Sjukhusen får en annan roll i detta system, som bör syfta till kvalitativt hög standard, men där volymen av verksamheten liksom innehållet på sikt påtagligt förändras.

För att primärvården snabbt skall kunna utvecklas i denna riktning krävs givetvis resurser. Den viktigaste resursen i detta sammanhang är att primärvårdens företrädare i takt med ökad personaltillgång får tid avsatt för att systematiskt utveckla primärvårdstanken. Stora insatser krävs för att vårdcentralsteamerna skall fungera med hänsyn till lokalbefolkningens grundbehov.

Grundutbildning, vidareutbildning och forskning måste inriktas på att om möjligt ännu snabbare än man beslutat förstärka primärvårdsinstanserna.

Nuvarande föreslagna utbyggnadstakt kommer under decennier framåt att inne-

bära ett svårt underläge för primärvården. Varje resurstillskott bör diskuteras med hänsyn till hur det bäst bör utnyttjas på sikt — exempelvis kan en ny distriktsläkartjänst till 25 procent avdelas för utvecklingsarbete, och kanske bör en stor vårdcentral ha en resurs för att bevaka befolkningens hälsoläge. Detta kräver gemensamma diskussioner med alla personalkategorier om målsättningen med vårdcentralarbetet.

Kan vårdpersonalen delta i arbetsgrupper för förverkligande av ett gemensamt mål som för alla känns meningsfullt och definierat är förutsättningarna utomordentligt goda för en positiv utveckling av primärvårdensid.

I detta framtida system kommer primärvårdsläkarens — allmänläkaren att som främsta uppgift ha individuella konsultationer som förut, men blir också den som har unika kunskaper om lokalbefolkningen, pedagogiska uppgifter (internt och externt) en organisation av god och nära hälso- och sjukvård som når ut till den enskilde på rätt nivå.

Redan nu borde man börja bygga upp utbildnings- och utvecklingsenheter på olika nivåer, inte minst på länsnivå vid större vårdcentraler för att få igång debatt, målformuleringsdiskussioner, skapa erfarenheter etc.

Huvudutbildningen i allmänmedicin borde få en betydligt mera allmänläkarinriktad utformning än idag med betydligt större utrymme för specialistmedverkan i utbildningen ute i primärvårdssystemet.

Sammanfattningsvis bör följande krav så snabbt som möjligt försöka tillgodo-

ses för att hälso- och sjukvården skall utvecklas på ett ur lokalbefolkningen gynnsamt sätt:

1. Kvalitativt bra allmänläkare, som nav i primärvårdshjulet. Siktet bör vara inställt på detta redan på grundutbildningsnivå.
2. Förbättrade kunskaper om hur en medelstor och större vårdcentral optimalt skall utnyttjas med hänsyn till primärvårdsbehoven. Här skall hänsyn tagas till hälso- och sjukvårdens direkta behov, hälsopedagogiskt utvecklingsarbete, jourverksamhet etc. Hela vårdpersonalens engagemang i ett långsiktigt förverkligande av en bra primärvård måste beaktas.
3. Specialisternas uppgift inom primärvården — utbildningen och som konsult måste definieras.
4. Utvecklingsarbete vid någon eller några enheter inom ett län med uppgift att studera lokala problem. Epidemiologiskt arbete intar här en nyckelposition. Försök med systematiserad undervisning, där även specialistmedverkan utifrån lokalbefolkningens problem beaktas. Exempelvis bör en sådan fråga som diabetesvården belysas ur lokalbefolkningens synpunkt och icke enbart ur sjukhusspecialistens.

Sven-Olof Isacson
Hälsovårdsenheten
Skaraborgs läns landsting
primärvårdsblocket

översyn av

AB 00 817

GRUNDUTBILDNINGEN

av läkare

Sedan fler år tillbaka har krav framförts från såväl hälso- och sjukvårdshuvudmännen och socialstyrelsen som läkarförbundet, de medicinska fakulteterna och SFS att grundutbildningen för läkare bör bli föremål för samlad och genomgripande översyn.

En sådan översyn har inte skett sedan 1954.

Grundutbildningen av läkare fick då samma utformning som den har idag. I utredningsdirektiven har framhållits att faktorer av betydelse för läkarutbildningen och läkarrollen är den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område:

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

Utredningen skall var klar med sitt uppdrag inom 2 år.

Utredningen som påbörjade sitt arbete under våren 1980 består av en ledningsgrupp och en expertgrupp. Utredningen står under ordförandeskap av landstingsrådet Rut Känek.

I ledningsgruppen ingår representanter för UHÄ och ett par läkarlinjenämnder men även från socialstyrelsen, landstingsförbundet, SFS, SACO-SR, SHSTF och LO.

I expertgruppen ingår utöver representanter för de lokala läkarlinjenämnderna vid universitetet också fem "fristående" experter.

Utöver en pedagogisk konsult en representant för långvårdsmedicin, en för

yrkesmedicin, en för socialt arbete och som representant för allmänmedicin undertecknad.

Första halva årets arbet har ägnats en diskussion och jämförelse mellan hur långt de respektive linjenämnderna kommit i genomförande och planering mot en mer samhällsmedicinskt orienterad läkarutbildning, och detta har ställts mot de synpunkter som huvudmännen, experterna och studerande representanterna har på utbildningen.

Utredningen har hittills ägnat sig åt att pentrera innehållet i begreppen samhällsmedicin och däri ingående ämnen som allmänmedicin, socialmedicin, "socialt innehåll i sjukvården", yrkesmedicin, långvårdsmedicin etc.

De medicinestuderandena har genom sin samarbetsorganisation i Sverige, MEDOSS, framfört behovet av att läkarstuderandena tidigt får kontakt med allmänläkarvårdens arbetsfält och att denna kontakt upprätthålls under hela utbildningen. Dessutom framför man önskemål

om en kurs i allmänläkarvård förlagd till utbildningen slutskede.

Studenterna har ett önskemål om en utlokalisering av den kliniska undervisningen så att delar av undervisningen flyttas från universitetssjukhusen till länssjukhus och mindre enheter.

För detta krävs:

- vårdcentraler med skolade och intresserade handledare och fungerande öppenvårdsteam.
- Fördelning av studerandena på många vårdcentraler i små grupper för att göra studiebesök, auskultera och tjänstgöra.
- En allmänmedicinsk lärostol - institution - som fungerar som koordinator, och leverantörer av teoretisk undervisning, som bedriver forskning och därigenom direkt kan tillhandahålla undervisningsmaterial.
- Nära samarbete med övriga samhällsmedicinska ämnesrepresentanter.

Under det fortsatta utredningsarbetet kommer dels de lokala lärosätena att presentera sin fortsättning av planering inom bl a det allmänmedicinska området, dels har undertecknad som uppgift att lägga fram ett framtida program för utbildningen inom allmänmedicin i grundutbildningen.

Jag vänder mig därför till SFAM-nytt:s läsare, som har intresse av att påverka inriktningen av läkarnas grundutbildning. Alla synpunkter och förslag till utbildningens innehåll och utformning emottages tacksamt.

Allmänmedicin har ett starkt stöd för närvarande och vi bör göra allt för att konkretisera våra önskemål.

Skriv gärna till mig om Ni vill ha de promemorior om allmänmedicin etc som hittills varit aktuella inom utredningen.

Leif Svanström
Distriktsläkare
Vårdcentralen
275 00 Sjöbo



Rapport från SIMG - seminariet

Europeiska erfarenheter av efterutbildningen för allmänläkare.

Intryck från SIMG-seminariet "Methods of continuing education" Leeuwenhorts Congress Centre Noordwijkerhout, Holland, 17 - 18 april 1980.

Hur skall det bli med utbildningen i allmänmedicin här i landet egentligen?

På universitetsorterna finns funderingar på, och på något håll försök med att införa allmänmedicin i grundutbildningen för läkare.

Innehållet i den nya allmänläkarutbildningen skall som bekant förändras. Mer plats åt allmänmedicin. Även allmänläkarnas efterutbildning är på tapeten. Omfattning? Obligatorium? Men vilka skall undervisa och hur skall undervisningen ske? Kan man överhuvudtaget komma någonstans innan det finns akademiska institutioner med lärare i ämnet?

För att samla intryck om hur läget är på undervisningsfronten på andra håll i Europa for jag i våras, som ende svensk på SIMG:s seminarium i Holland om efterutbildning för allmänläkare.

SIMG som är uttytt "Societas Internationalis Medicinæ Generalis" är i likhet med det här kända WONCA, en internationell allmänläkarsammanslutning. Till skillnad från WONCA, som har en mer global utbredning (dock ej öststaterna) är det endast europeiska länders allmänläkarorganisationer som anslutit sig till SIMG (Sverige är f n ej medlem).

Omkring 80 allmänläkare var med på mötet. De kom från Österrike, Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Öst- och Västtyskland, Holland, Norge, Schweiz och Storbritannien. Flertalet anmälda öststatsdelegater hade "fått förhinder".

Leeuwenhorts-deklarationerna.

En arbetsgrupp med representanter från ett flertal europeiska länder har för några år sedan utarbetat en serie gemensamma riktlinjer, som gäller allmänläkarverksamhet (s k Leeuwenhorts-deklarationerna).

I dessa beskrives rätt utförligt allmänläkarverksamhetens innehåll.

Man säger att det är allmänläkarna själva som bör ha huvudansvaret när det gäller ämnesval, planläggning och genomförande av efterutbildningen. Som mål för utbildningen anges att allmänläkarna skall lära sig "How and when to intervene through thought treatment, prevention and education to promote the health of his patients and their families. He will recognize that he also has a professional responsibility to the community"

Några exempel på hur man praktiskt försökt lösa sina utbildningsfrågor följer här.

Ett allmänt intryck var att de länder, främst England, Holland och Danmark, där undervisningen kunde få stöd från väletablerade akademiska institutioners allmänmedicin, fungerade klart bäst. Annars blev det gärna så att det hängde på enskilda undervisningsentusiastens personliga insatser av tid och pengar, ifall det skulle bli någon ordnad undervisning av.

Scanticon-kurserna i Danmark.

K.B. Rasmussen från Köpenhamn redogjorde för en mycket intressant dansk undervisningsmodell som tillämpats av det danska allmänläkarsällskapet, som med stöd av Danmarks läkarförbund, har anordnat dessa kurser under c:a 10 år. Sex vecko-kurser ges för närvarande per år med c:a 100 deltagare per kurs. Omkring 15 % av Danmarks allmänläkare följer årligen någon av dessa kurser. Vid dessa kurser är allmänläkare själva både kursgivare och lärare med olika specialister som resurspersoner. Deltagarna arbetar i smågrupper som står i kontakt med kursledare och resurspersoner via intern-TV.

Först presenteras ett allmänmedicinskt problem som sedan diskuteras i gruppen, varefter anlitad specialist bidrar med information som sedan ytterligare diskuteras, både i smågrupper och med hela kursen samlad.

De didaktiskt intressanta momenten videofilmas för att sedan kunna användas i en större krets, tex ute på vårdcentralerna, som undervisningsmaterial. Mycket arbete läggs ned från kursledningen på att bland kollegorna få fram relevanta ämnesområden och frågeställningar som man vill ha belyst under kursen.

Warffum-modellen.

I Holland har man c:a 10 års erfarenhet av efterutbildningsveckor på internat. En kommitte av allmänläkare samlar in förslag till kursämnen, som man väljer bland. Bland allmänläkare och specialister väljer man ut lämpliga lärare för varje gång. Undervisningen läggs upp som deltagarstyrda seminarier i smågrupper, växlande med koncentrerad faktaframställning.

GP-TV.

Paul Grob, engelsk allmänläkarprofessor, demonstrerade en förnämlig serie TV-program för allmänläkare som tagits fram av Londonuniversitetets TV-avdelning under hans ledning. Över 80 program har hitintills producerats, alltifrån mer di-

daktiska presentationer av allmänmedicinska fall, till program som kräver aktiv medverkan från tittarna.

Kompletterade undervisningsmaterial har också tagits fram för en del av dessa TV-program, som ligger på kassetter, vilka uthyres eller säljes.

Seminarier gav många exempel på mycket goda efterutbildningsaktiviteter. Dessa var genomgående planerade och ledda av allmänläkare själva.

Alla ville bort från den katedrala undervisningen till förmån för deltagarstyrda seminarier i smågrupper. Det här seminarier var inriktat uteslutande på postgraduateundervisning. Det trycktes hårt på att allmänläkarna själva måste vara aktiva här, både som kursgivare och lärare.

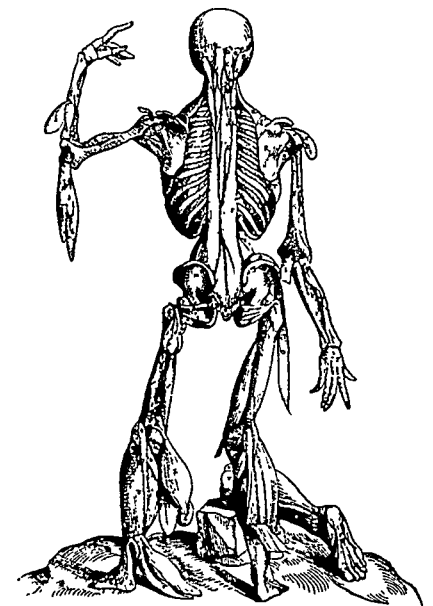
Danskarna räknade med att det behövs att 5 % av allmänläkarna kan ställa upp som lärare och 5 promille behövs för att göra pionjärjobb som kursgivare och lärare för lärarna.

Det är utan tvekan sant även för oss att vår egna aktiva medverkan är nödvändig för att få en efterutbildning som fungerar tillfredsställande. Men våra problem är som bekant mer brännande än så. I första hand står en förändrad allmänläkarutbildning för dörren och för att klara den behövs en betydligt större grupp allmänläkare engageras i undervisning och handledning.

Skall den förnyade allmänläkarutbildningen bli annat än en flopp, räcker det inte till att lita till våra egna krafter, vi måste både få ett helhjärtat stöd ifrån huvudmännen, det gäller tjänster, tid och lokaler och kanske framför allt - utan draghjälp av en akademisk allmänmedicin blir det svårt eller omöjligt att klara den kommande utbildningen både på pre- och postgraduatnivå.

Ingvar Krakau
Sollentuna.

* * *



KURS I PRIMÄRVÅRDSFORSKNING, KUOPIO, 19-28 MAJ 1980

**INTERNATIONAL COURSE
ON RESEARCH
IN PRIMARY CARE**
MAY 19-28, 1980
KUOPIO, FINLAND

LECTURERS:
BORGENHAMMAR/SCANDINAVIAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH,
GOTHENBURG

ISO/KOSKI/TAMPERE, FINLAND
MORRELL/ST. THOMAS'S, LONDON
SMEDBY/UPPSALA, SWEDEN
VUORI/KUOPIO, FINLAND

FOR INFORMATION WRITE TO:
DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH
UNIVERSITY OF KUOPIO
P.O. BOX 110
70101 KUOPIO 10

Kursen var avsedd för forskare, planerare och administratörer arbetande i primärvård. Majoriteten av deltagarna var från de Nordiska länderna.

Några platser var reserverade för utomnordiska länder via WHO, däribland Holland, Västtyskland, Portugal, Bulgarien, Storbritannien och Schweiz.

Från Sverige deltog: Göran Eilertson, Dalby, Elizabeth Hyden, Stockholm, Eggon Johansson, Stockholm, Sven Larsson, Örebro, Bengt Lindström, Umeå, Britt-Gerd Malmberg, Tumba, Bengt Mattson, Umeå, Göran Westman, Umeå, Måns Rosen, Stockholm, Göran Sjönell, Stockholm och Britt Wiberg, Umeå.

Kursledare var Hannu Vouri från WHO:s Europakontor i Köpenhamn och kurssekreterare Reijo Salmela från Kuopio.

Kursens uppläggning

Kursen var till sin uppläggning tvärvetenskaplig. I de olika undervisningsmomenten behandlades frågor som primärvårdens funktioner och organisationsformer, epidemiologiska och organisatoriska forskningsmetoder, planeringsmetoder, informationssystem och utvärdering.

Speciell tonvikt lades på forskningsplanering. Den tio dagar långa kursen var i princip uppdelad på katedrala föreläsningar på förmiddagarna, gruppdiskussioner och grupparbeten på eftermiddagarna.

Problemställningar presenterade i föreläsningar och diskuterades sedan i efterföljande grupparbeten. Tider var avsatta för konsultationer hos läsarna där kursdeltagarnas egna forskningsproblem kunde avhandlas.

De flesta av lärarna var nämligen närvarande under större delen av kurs tiden.

Vad fick man ut av kursen?

Vi bad de svenska deltagarna säga något om kursens uppläggning och utbytet av den.

Goda erfarenheter

- Betydelsen av att informellt träffa och diskutera med andra personer sysselsatta med samma problem inom primärvårdsforskning kan nog inte understrykas
- Personliga kontakter med forskare och möjligheterna till konsultationer var värdefulla
- Kunskap om pågående primärvårdsforskning

Många tyckte också att diskussionerna blev särskilt givande därför att vi deltagare hade så olika bakgrunder (läkare, statistiker, sociologer, psykologer, planerare och administratörer).

Vad saknades i kursen?

En del av deltagarna hade nog hoppats få en bredare och ibland mer fördjupad redogörelse för olika forskningsmetoder.

Exempel: hantera "mjukdata"? Metodproblem vid intervju- och enkätundersökningar.

De flesta var också överens om att kursen var lite för lång och att föreläsarna totalt sett kunde haft en något bredare bakgrund.

Vidare saknade många en samlad uppföljning av gruppdiskussionerna, där man fick hör hur diskussionerna gått i de andra grupperna.

Kommentarer

Forsknings och utvecklingsarbete inom primärvården i Sverige är idag spridd på många ställen. Aktiviteterna är ofta knutna till någon eller några få personer. Ibland står och faller dessa aktiviteter med personernas intresse och fritid. Intresset är dock stort, många problemställningar förefaller gemensamma.

Det finns en uppenbar risk att man för närvarande inte utnyttjar varandras erfarenheter.

De svenska deltagarna var överens om att någon form av uppföljning i Sverige kändes angelägen. I Örebro planeras t ex en sådan lokal kursuppföljning i landstingets regi.

Vi tror det vore angeläget om man kunde få igång regionala träffar eller en mer central träff för forskning och utvecklingsarbete inom primärvården.

Vid ett första möte kan rubriken vara mycket bred, för att fånga upp det forskningsintresse som finns i primärvården. Som en följd av ett första möte skulle olika intressegrupper kunna bildas med mindre avgränsade problem såsom: Vårdutnyttjande, vårdplanering, kontinuitet, förändringsarbete, hälsoarbete, utvärdering, vårdprogram, patient-läkarrelation, eller något annat. På detta sätt skulle arbetet starta inom en gemensam ram och nödvändiga kontakter etableras. -

Primärvården har inte råd att förlora alla goda initiativ på grund av en bristande samordning.

Göran Westman
Distriktsläkare
Vännäs

Måns Rosen
Utredare
Spri



Samtliga lärare och kursdeltagare

STIPENDIUM FÖR ALLMÄNMEDICINSK FORSKNING!

Från SIMG (International society of general practice) har det kommit ett erbjudande om att delta i ansökan om "SIMG-JANSSEN PRICE 1980". Bakgrunden, villkor och ansökningsförfarande till detta stipendium framgår av nedanstående brev från SIMG.

OBS! ADRESSEN DIT ANSÖKAN SKALL SKICKAS ÄR: SIMG, Generalsekretariat, A-9020 Klagenfurt, ÖSTERRIKE Märk kuveret: SIMG-JANSSEN PRICE

The SIMG-JANSSEN PRICE met a large response: 10 applications came in from the following countries: Austria, France, Germany, Hungary and Tsjechoslovakia.

The various projects explore the broad spectrum of general practice. The following titles illustrate this: organic reactions to psychis strain, ECG computer interpretation, beta-blockers action on the psyche, genetics, hypertension and computer, a childhood pyuria screening method, long term observation, classification of migraine, hypoglycemia, personality and metabolism.

The winner of the 1979 Price is Dr. F. M. HULL. Dr. HULL is Clarkson Clinical Tutor att the University of Birmingham, where hi is involved in teaching General Practice since 1975.

He got the opportunity of travelling over Europe and the States. In this way he collected a lot of material on the functioning of family psycians in different countries.

His critical remarks were written down in a series of articles.

Of even importance are his publications on different topics, spread out from polycystic kidney diseases to primaty care. At the same time he is going trough a number of reserach projects.

In SIMG Dr HULL is well-known. Since 1976 he is an active member of the EGPRW (European General Praticse Reserach Workshop) and recently he joined the editorial board of our Journal A.M.I.

His project, awarded by the Jury will study the use of doctor's time. How much of his time does the mean doctor spend on consulting, visiting, administrative tasks, continuing education? How much spare time is left?

A first inquiry held in the U.K. revealed interesting aspects, with enormous variations between groups of doctors.

Dr. HULL intends to compare this results with those to be obtained from other european countries.

Me wish his good fortune in this work.

Dr J.C. MURDOCH from Aberdeen, whom was awarded the 1977 Price, will present his results att the next Congress att Klagenfurt. He screened the value of systematic home-visiting of elderly people.

At the mean time, the Medical Group of RANSART (B) is testing out the use of antibiotics in sore throat.

From this moment on applications for the SIMG-JANSSEN PRICE can be made.

European researchers, interested in certin aspects of general practice, and willing to do research in this field, can be helped by the Price.

For that purpose, they have to send a short protocol of their project, mentioning their aims and methods. This protocol can be written in english, german or french. It has to be sent to the SIMG Secretary Klagenfurt, with the mention: SIMG-JANSSEN PRICE. Closing date för applications is 30.11.1980.

An international jury will judge the applications.

Preference will be given to projects that can be repeated on an international level.

The winner has to complete his work within two years and he has to present his results att an SIMG Congress.

The work will be published in A.M.I. The amount of the Price is 650 pound, 400 pound of wich are granted att the awarding, the other 250 pound at the end of the project.

General Practitioners-Researchers this is the moment.

o o o

Prevention – en läkaruppgift?

Tisdagen den 28 oktober 1980 kl 19.00 anordnar Svenska Läkar-sällskapet ett symposium med ovan tema. Moderator är Sven Olof Isacson.

Lokal Klara Östra Kyrkogata 10. Om du bor i Stockholm eller är i Stockholm den kvällen missa inte symposiet.

SFAM-NYTT

SFAM-nytt, periodisk tidskrift för allmänmedicin, utgiven av Svensk Förening för Allmän Medicin. Ansv. utgivare I. Krakau, Medicinsk red. Bo Haglund, Huvudredaktör M Eriksson. Adress: SFAM-nytt c/o Eriksson, Repslagargatan 3A, 951 35 Luleå. Tel 0920/158 56. Grafisk form: Bo Gruselius. Tryck: Bild & Tryckarverkstan.

Internationellt

Världskongressen i allm medicin, WONCA:s kongress i New Orleans, den 5-9 oktober 1980, har väckt ett mycket stort intresse bland framförallt svenska läkare.

Sammanlagt kommer närmare 350 skandinaver att resa till New Orleans, varav c:a 220 svenska läkare.

Detta intresse för WONCA:s världskongress är mycket glädjande för SFAM som arbetat inom Wonca:s organisation endast i fyra år.

Programmet för kongressen är intressant och möjligheterna till ett varierat utbud är rika, då WONCA denna gång samarrangerat sin kongress med den årliga amerikanska kongressen för American association of family pratice.

Ny Nordisk allm läkarkonferens. Läkarförbunden i Norden håller den 5-7 september sedvanlig allm läkarkonferens i år i KolleKolle i Danmark. Svensk förening för allm medicin kommer att vara representerad i konferensen med ett par deltagare.

Konferensen kommer framförallt att ta upp internordisk arbetsmarknadsproblematik, efterutbildning och gemensamma nordiska kurser.

Nordisk kongress i allm medicin kommer att hållas i Bergen i Norge i början av juni 1981. Närmare information om program, anmälningar e t c kommer i nästa nummer av SFAM-nytt.

Göran Sjönell
Distr läk

Matteus vårdcentral
Surbrunnsgat 66
113 27 STOCKHOLM

Hälsa åt folket genom folket

Bokrecension

Gösta Tibblin: En bok om vård
(Askild & Kärnekull, Stockholm
1980 ISBN 91 70089752).
1980-06-28 Bo Haglund

Det behövs visioner. Dessa kan utgöra underlag för målbeskrivningar av verksamheter. Gösta Tibblins bok "En bok om vård" är en vision av primärvårdens framtida funktion och möjligheter. Han tecknar en bild av en ny handlingsteori för hälso- och sjukvården, som beskrivs som en treklang med egenvård, friskvård och primärvård med ett komplement i en omformad sjukhusvård.

Tibblins utgångspunkter är Marc Lalondes resonemang om vilka faktorer som påverkar hälsoläget hos befolkningen. Lalonde anger fyra huvudfaktorer:

- . humanbiologi
- . omgivningen
- . livsstilen
- . sjukvårdens organisation

Tibblins ansats är att analysera vad sjukvårdsapparaten betyder för befolkningens hälsoläge. Praktiska analysinstrument som kan användas är olika kvalitetsmått på hälso- och sjukvård och dödstal. Genom dessa instrument kan bristen i det nuvarande systemet avslöjas. Tibblin menar att detta skulle tvinga fram ett nytt ansvar inom vårdapparaten för både vård av sjukdomar och förebyggande vård. Det skulle också tvinga fram ett samarbete mellan slutenvård och primärvård och viktigast, det skulle ge den förebyggande medicinen en chans. Samarbetet förutsätter kunskap om specialisternas respektive generalisternas (allmänläkarnas) kunskapsfält, vilket diskuteras i boken.

Hotbilderna inför framtiden diskuteras i ett avsnitt om sjukvårdens huvudintressenter, sjukvårdsindustrin, läkarna, politikerna, administratörerna, och sjukvårdens fackliga organisationer.

Motbilderna hämtas från erfarenheter i tredje världen och Alma-Atakonferensen 1978 om "hälsa åt alla år 2000".

I punkt IV i deklARATIONEN skrev man "Folket har rätt och skyldighet att delta individuellt och kollektivt i planeringen och genomförandet av sin hälso- och sjukvård".

Bokens höjdpunkt utgör en svensk vision av hälsa åt folket genom folket. Den kallas "Järvamoprojektet" och är enligt Tibblin en fiktion som i alla sina detaljer är förankrad i verkligheten.

* * * *

5681

DISKBRÅCK

-en neurokirurgisk åkomma?

På 1930-talet introducerades den kirurgiska behandlingen av lumbala diskbräck. Framgången i behandlingen var ofta anmärkningsvärd god och ledde till stort intresse hos kirurger. Operationstekniken utvecklades inom ortopedin med kompletterande ortopediska ingrepp som exempelvis fusionsoperationer.

Så småningom fick man dock tyvärr erfarenhet av komplikationer vid dessa operationer. Understundom utvecklade sig något eller några år efter operationen synnerligen intensiva och svårbehandlade smärttillstånd till följd av bl a ärrbildningar och skrupningar i operationsområdet. Det var då naturligt att många ortopeder började visa stor återhållsamhet med diskbräckoperationer.

Under 60-talet svängde inställningen så kraftigt att diskbräckoperationer blev mycket ovanliga och endast utfördes på synnerligen stränga indikationer. Detta förhållande råder alltjämt.

Från allmänmedicinens perspektiv kan man ibland ifrågasätta om inte restriktiviteten blivit så uttalad att patienter får onödigt långvariga och svåra sjukdomstillstånd och att diskbräckoperationer ibland även i ett längre perspektiv skulle kunna förbättra dessa patienters tillstånd.

Om man betraktar diskbräck som en neurologisk sjukdom kan det falla sig naturligt att överväga neurokirurgisk behandling. I vissa länder är det vanligt.

På ett fåtal ställen i landet förekommer det att neurokirurger opererar lumbala diskbräck. Vid komplicerade mediala diskbräck är det praktiskt taget alltid faller.

Helt allmänt synes neurokirurgerna inte ha fullt så stränga indikationer för diskbräckoperationer som ortopeder. Även om det inte finns jämförande studier kan man fråga sig om neurokirurgernas större benägenhet att utföra diskbräckoperationer är ett uttryck för att man med neurokirurgisk teknik får mindre komplikationer. Förhållandet att neurokirurgin utför de komplicerade diskbräckoperationerna torde väl även göra honom väl skickad för att utföra laterala sådana.

De väsentliga insatser som ortopeder har gjort i samband med diskbräckoperationer synes ha medfört att ortopeder helt allmänt uppfattats som specialister beträffande ryggdiagnostik och behandling. Inte minst under 70-talet har ortopeder själva vid många tillfällen dock deklarerat att de har mycket lite att ge patienter med allmänna ryggsmärtor.

En följd av detta blir att de så vanliga ryggsjukdomarna inte hör hemma i någon klinisk specialitet. (Enstaka kliniker med verksamhet inom området för fysikalisk medicin utgör undantag). Allmänläkaren tvingas därför ofta ta ett fördjupat totalansvar för den ryggsjuke patienten ifråga om diagnostik och behandling. Remiss till rätt vårdinstans med specifika frågeställningar blir därvid en viktig åtgärd.

Slentrianmässig remiss till ortoped för allmän ryggkonsultation utan specifik frågeställning förefaller i många fall leda till långvarig väntan samt belastning på ortopedisk klinik till förfång för patienter med renodlade ortopediska åkommor.

Med synsättet att lumbal diskbräck är en neurologisk sjukdom kan ifrågasättas om inte allmänläkarens remiss till neurokirurg är den rätta åtgärden vid klara diskbräckssymptom med lancinerande smärtor, vilka ej restituerat inom 6-8 veckor.

Bengt Johansson

* * *



