

# FORSKNING, UTVECKLING I PRIMÄRVÅRDEN (FoU)

## FoU – en omvärldsbeskrivning

Den medicinska forskningen prioriterades och forskningsresurserna byggdes ut kraftigt vid universitet och högskolor. Regeringspropositionen 1959:105 kallar forskningen ”den mest dynamiska kraften i samhällsutvecklingen”, vilket inte minst gällde den medicinska forskningen. Man motiverade detta dels med den direkta betydelsen av landvinningar för diagnos och terapi, dels att läkare som skolats i vetenskaplig metodik fick god förmåga att tillägna sig nya kunskaper och att omsätta dessa efter kritisk prövning i den dagliga sjukvårdsverksamheten. 1989 var FoU-andelen 2,85% av BNP, vilket gjorde Sverige till fyra i världen efter USA, Västtyskland och Japan. Disputationsandelen vid de medicinska fakulteterna var hög, dock ännu ej inom allmänmedicinen, som fick sina första professurer först i mitten av 1980-talet.

I Sverige startade satsningen på FoU egentligen i Dalby 1968/69 med ”Enheten för forskning inom primärvården och angränsande områden av socialtjänsten”. Initiativtagare och chef var Åke Nordén, som 1972 blev förste innehavaren av en professur i ”medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård”. Huvudman var dåvarande Medicinalstyrelsen, senare Socialstyrelsen. En liknande institution skapades senare i Wilhelmina. En rådgivande församling fanns för verksamheten, Bengt Dahlin (BD) ingick i denna något år innan verksamheten övergick i Lunds universitets regi. Universitetet fick i uppdrag att i Dalby inrätta ”en särskild enhet för forskning inom primärvård och angränsande områden av socialtjänsten”. Bengt Scherstén tillträdde 1 januari 1980 som professor i allmänmedicin, prefekt för institutionen för klinisk samhällsmedicin och föreståndare för enheten i Dalby.

Sjukvårdshuvudmännen uppmärksammade alltmer forskningens betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Också primärvården fick en liten släng av slev, FoU-enheter i primärvården kunde organiseras (se nedan). På 1980-talet blev allmänmedicinen en akademisk disciplin med institutioner och professurer vid universiteten. Dalby, nationell utvecklingsenhet, fick den första professuren (Bengt Scherstén) 1980, som snart följdes av Uppsala (Gösta Tibblin) 1981 och i Göteborg 1984 (Calle Bengtsson tillträdde tjänsten 1985). Primärvården i Mittenälvsborg kom att få nära samverkan med Calle Bengtsson med stöd för FoU-arbetet och utbildningsinsatserna inom FoU.

En vidgad FoU-verksamhet i primärvården i hela landstinget kom till stånd. Landstinget satsade på en central FoU-kommitté i samverkan med vårdskolorna i Borås och Vänersborg (BD var ledamot), vilket gav möjlighet till elementär forskarutbildning och projektanslag för enskilda befattningshavare inom landstinget. I mitten av 1990-talet bildades för Västra Götaland en organisation för beredning av FoU-anslag med utgångspunkt från förslag i rapporten ”Positiv FoU-utveckling i Västsverige”. En arbetsgrupp under Planeringsnämnden i Västsverige och dess FoUU-grupp (det andra U-et står för Utbildning). Gruppen, Ulf Schmith, Ingemar Månsson, Bengt Dahlin och Conny Persson, beredde och gav förslag till organisation av handläggning av FoU-medel i en rapport 1995-05-16. Förslagen var att:

- De FoU-satsningar som då gjordes inom respektive landsting och som administrerades lokalt borde vara kvar i sin befintliga form.
- Centralt skulle avsättas 30-50 miljoner kronor för ansökan från alla intresserade inom huvudmännens organisation.
- Inrätta ett regionalt projektregister innefattande FoU-aktiviteter vid samtliga huvudmannahenheter.

Handläggare inom den så småningom verkande regionala FoUU-organisationen blev Henric Hultin (se hans berättelse nedan).

En första lokal FoU-enhet i landstinget inrättades i Lerums primärvårdsområde 1987. Den blev en enhet för Mittenälvsborg med placering i Alingsås. En liknande byggdes upp i Borås. Senare bildades en gemensam FoU-enhet i Borås för södra Älvsborg.

## FoU-enheter i Sverige

I Spri rapport 101/78 deklarerar fyra tunga centrala organ (Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Spri) att primärvården skulle ha ett ansvar för att studera, analysera och utveckla sin egen verksamhet. Inför landstingsförbundets kongress 1982 presenterades idéskriften "Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. Där rekommenderades att " i varje landstingsområde bör vid minst en vårdcentral finnas särskilda resurser för FoU-arbete sammanhållna inom en utvecklingsenhet". Utveckling var då redan på gång vid Olofströms vårdcentral, "Olofströmsprojektet" med Gustav Haglund som initiativtagare. Det var en avknoppning från Dalbyprojektet. Hälso- och sjukvårdsberedningen (HS 90, 1984) framhöll att med primärvården som bas och en kompletterande länssjukvård bör FoU-arbete (forsknings- och utvecklingsarbete) ske i direkt anslutning till de problem som finns inom vården och det patientarbete som bedrivs där. I socialstyrelsens PM 166/87 föreslogs att "Forsknings- och utvecklingsarbete av betydelse för primärvårdens utveckling bör främjas genom insatser av statliga forskningsorgan m fl. Huvudmännen bör fortsätta satsningen på samhällsmedicinska enheter och särskilda utvecklingsenheter inom den offentliga primärvården för att underlätta utvecklingen av FoU inom primärvården. I "Kreativa FoU-miljöer i länssjukvården" anger landstingsförbundet att FoU-enheter skall ses som delar i ett större nätverk i vilket bl. a universitet och högskolor skulle ingå. FoU-enheterna skulle göra det möjligt för personer med lång och medellång vårdutbildning och forskarexamen att fortsätta att bedriva forskning, vårdarbete och undervisning.

Mot bakgrund av dessa centrala instansers intentioner inrättades i många landsting FoU-enheter. Älvsborgslandstinget svarade i en riksomfattande enkät 1985 om behov av och intresse för att inrätta FoU-enheter eller om sådana redan fanns, att landstinget inte hade någon enhet och att något intresse för inrätta sådan fanns inte. Det var alltså då inte bäddat för Lerum att få en egen FoU-enhet.

Avgränsningen mellan FoU-arbete i primärvården, verksamheten vid de framväxande samhällsmedicinska enheterna och FoU-enheterna vid vårdhögskolorna upplevdes inte som självklar. Detta blev incitament för årliga konferenser för de befintliga utvecklingsenheterna.

*"För dig som vill minnas vad man nationellt gjort tidigare år eller för dig som inte varit med, men ändå är nyfiken, har vi lagt ut information om samtliga träffar som Primärvårdens FoU-enheter har haft, från 1985 till 2000. Klicka på det årtal du vill läsa mer om. Sammanställningen är gjord av FoU-enheten i Sundsvall."*

(<http://www.vastragotaland.net/zv0038/moten.htm#1991%20Lerum>)

Lerum deltog från början i FoU-samlingarna (1985 i Hofors, 1986 i Sollentuna, 1987 i Göteborg, 1988 i Mjölby 1989 i Ronneby, 1990 i Sundsvall) Detta då utvecklingsarbete sedan många år pågått i Lerum och man hade byggt upp ett kontaktnät med likasinnade i andra landsting.

En av de nationella mötena hölls i Lerum 1991.

*"Mötet hölls på vårdcentralen i Gråbo där den alltid så välklädde Bengt Dahlin var värd. Här diskuterades primärvårdens FoU-enheters möjligheter och villkor i framtiden. Dessutom fanns ämnet Vårdvetenskap som en punkt på programmet. Dag två deltog mötesdeltagarna i en seminariedag om "Kvinnors hälsa", där Bi Puranen var en av föredragshållarna. Dag 1 avslutades på Aspenäsgården med middag och underhållning."*



delar i ett större nätverk för FoU-enheter i Sverige. Lerums utvecklingsenhet kom att arbeta nära ihop med utvecklingsenheterna i Mjölby och Örebro (med bl.a. Sirkka Elo, Anders Lindman, Monika Lövgren och Margareta Möller) samt Allmänmedicinska institutionen i Göteborg med Calle Bengtsson.

För alla utvecklingsenheter gemensamt gällde att huvudmannen markerade förväntan och gav resurser att utveckla primärvården mot de mål som angetts i primärvårdsutredningar som t. ex. HS 90. Det innebar också att kunskap om metoder för problemformulering och strukturerat iakttagande fördes ut i vården. Projektarbete var ett medel att stimulera den processen. Man skulle ta sin utgångspunkt i vardagens problem, verksamhetsnära.Handledaruppgiften fick därmed en annorlunda karaktär än inom den akademiska forskningen. De basala metoderna för projektarbete var dock de samma och utvecklingsenheterna kom att ses som ett komplement till de akademiska institutionerna. Speciellt intressanta målgrupper för utvecklingsenheterna var elever vid vårdhögskolor och blivande allmänläkare under FV-skedet (den fortsatta vidareutbildning efter allmäntjänstgöringen (AT)).

### **En FoU-kurs 1984**

En Provinsialläkarfondens FoU-kurs kom till stånd som en följd av en handledarkurs i Hjo 1980 – 81. Kursledning var Lennart Råstam, Bengt Dahlin, professorerna Leif Svanström och Gösta Tibblin. Kursen riktades till en allmänläkare från varje huvudman med intresse för och engagemang i FoU-frågor. När kursen inleddes fanns professurer i allmänmedicin i Lund (Bengt Schersten) och Uppsala (Gösta Tibblin).

Syftet med kursen var nationell, nämligen att:

- I varje landsting upprätta en kanal för kontakter i FoU-frågor
- Inventera befintliga ekonomiska och personell resurser för FoU.
- Upprätta samverkanskanaler mellan FoU-intresserade läkare i primärvården.

Kursen genomfördes i tre steg. Efter en inledande kursvecka och därpå följande hemarbetsperiod återsamlades kursdeltagarna för en tvådagars redovisning av resultat samt planering för framtiden.

Kursen speglade ett stort intresse för FoU inom svensk allmänmedicin. Man saknade dock forskningsklimat. Man hade svårt att särskilja forsknings- och förändringsarbete. Man upplevde problem för FoU i primärvården som

- Förståelse. Attityder hos kollegor
- Hjälpmedel. Timpliga resurser saknades
- Organisatoriska hinder. Oklara chefslinjer.
- Brist på handledare.
- Kunskaper, Brist på erfarenheter.
- Bekvämlighet. Obekvämt att störa mottagningen. Forskningsfientlighet
- Karriärtrappa saknades.
- Brist på självförtroende.

Kursledningen sammanfattade kursen:

Distriktsläkare, även sådana som är aktivt engagerade i utvecklingsfrågor, kände stor isolering. De allmänmedicinska institutionerna kommer säkert framledes att kunna utgöra ett betydande stöd för samordning och kommunikation. Till dess bör nätverk för kontakter bildas för att stödja FoU-intresserade.

I Mittenälvsborg tog vi snabbt kontakt med den nya allmänmedicinprofessorn i Göteborg, Calle Bengtsson, som stödde många FoU-kurser vi anordnade för att sprida kunskap om FoU.

Fem år senare, 1989, publicerades en ny version av kursrapporten med uppföljningskommentarer av kursledningen, som konstaterade följande.

Under de gångna fem åren hade forskningsaktiviteten i primärvården ökat. Ett flertal distriktsläkare hade disputerat i allmänmedicin eller låg långt framme i sin forskarutbildning. En viktig grund för det var att den akademiska förankringen av allmänmedicinen hade stärkts, men också att intresset för FoU i landstingen ökat på ett sådant sätt som man förutspått under kursen 1984.

Kursdeltagarna, var och en representerande sin huvudman, speglade ett stort FoU-intresse inom svensk allmänmedicin. De blev en betydelsefull resurs i uppbyggnaden av FoU i

allmänmedicin. Fortfarande upplevdes den mest hämmande faktorn brist på forskningsklimat i primärvården. Man upplevde att det saknades gränser mellan utvecklings- och förändringsarbete. Kursen definierade utvecklingsarbete som sådant arbete som syftar till att skapa ny kunskap och nya metoder. Dess avgränsning mot forskning är snarare en fråga om generaliserbarheten i resultaten. Kvaliteten i metoder och diskussion av resultat måste däremot sättas lika högt. Förändringsarbete däremot ägnas åt att förändra reguljär verksamhet med hjälp av redan etablerad kunskap.

## **Lerum en forsknings- och utvecklingsvårdcentral – en FoU-enhet i Mittenälvsborg**

I januari 1988 startades, efter beslut av Primärvårdsnämnden i Lerum, en FoU-enhet, som fick status som en sådan enligt kriterierna för en officiell FoU-enhet. Syftet med enheten:

”Utvecklingsenheten i Lerum skall vara en samlad kunskapsbank för utvecklingsarbete i primärvården, en länk mellan betjäningsområdena och institutioner/verksamheter med forsknings- och utvecklings- och utbildningsinriktning samt en bas för enskilda befattningshavare i primärvården att bedriva FoU-arbete.”



Förhistorien var lång. Som vi beskrivit på andra ställen i denna skrift var utvecklingsklimatet positivt i Lerums primärvårdsområde. Många väsentliga projekt hade genomförts vid både Floda, Gråbo och Lerums vårdcentraler långt innan FoU-enheten fått officiellt status. Resurser hade hämtats från den vardagliga verksamheten eller från Spri.

Samtliga medlemmar i enheten hade vida kontaktnät inom olika områden, vilket gjorde att enheten fick ett stort kontaktnät allt enligt syftet med enheten

Utvecklingsenhetens kompetens var 1989 samlad i följande befattningshavare:

- en distriktsläkare med utvecklingsarbete som halvtidstjänst (Bengt Dahlin)
- hälsoplanerare (Anita Harling - Glantz)
- primärvårdsföreståndare (Solweig Kärrman)
- distriktsöverandläkare (Carl-Henrik Bratt)
- assistent (Anita Adolfsson)

Senare tillkom från Folk tandvården Christer Edeland.

En viktig ”motor” för igångsättande och uppehållande av FoU-arbetet i landstingen kan nämnas nämligen en genom Provinsialläkarfonden anordnad kurs våren 1984 ”Forsknings- och utvecklingsarbete i allmänmedicin. Kursledare var Lennart Råstam och Bengt Dahlin. En deltagare kom från varje landsting i Sverige. Från Älvsborgslandstinget kom Hans Lundgren (söder) och Bertil Marklund (norr).

Syftet med kursen var att

- I varje landsting upprätta en kanal för kontakter i FoU-frågor.
- Upprätta samverkanskanaler mellan FoU-intresserade läkare i primärvården.

Som exempel på verksamheter ges här några utdrag ur Årskrönika 1989.

Verksamheten bedrevs under huvudrubrikerna:

- hälsoprojekt
- primärvård i närsamhället
- kunskapsutvecklande organisation

- verksamhetsutveckling, hälsoekonomi
- informationssystem

FoU-enheten upprättade en rapportserie för genomförda projekt. Den omfattade 1989 13 rapporter samt tre i administrationen diarieförda utredningar och 25 ytterligare arbeten på gång.

Utvecklingsenhetens medarbetare fortsatte att samarbeta med Spri. Bengt Dahlin i ett flertal projekt som rörde Informationsteknik, Datorstödd journalföring och Standardiseringssträvanden inom IT – se referenslistan.

Christer Edeland specialiserade sig inom sektorn patientklassificering, verksamhetsuppföljning och prestationsersättning, 1990 med en rapport ”Resursutvärdering av sjukdomsdiagnoser – en ansats till öppenvårds-DRG och 1993 som deltagare i Spri-rapporten Räkna med öppenvården.

En viktig del i utvecklingsenhetens verksamhet var fortbildning. Genom utvecklingsenhetens medlemmar deltog enheten i planering av efterutbildning för läkare och sjuksköterskor. Även i grund- och vidareutbildningen på vårdskolan i Borås deltog medlemmar från enheten. Solweig Kärrman var ledamot i linjenämnden för högskoleutbildningar i Älvsborg.

FoU-enheten initierade och administrerade fortbildningen för distriktsläkare i Lerums och Alingsås primärvårdsdistrikt. Utbildningen hölls var tredje vecka i seminarieform. Följande ämnen ventilerades hösten 1989:

- Demenssyndromet
- ADB-stöd vid vårdcentral
- Nya smittskyddslagen
- Alternativmedicin
- Aktuella problem i munhålan

Tillsammans med allmänmedicinska institutionen i Göteborg (professor Calle Bengtsson) genomfördes 1988-89 den första FoU-kurs för södra Älvsborg. Övriga i kursledningen var: Lennart Råstam, klinisk lärare sedermera professor i klinisk samhällsmedicin vid Lunds universitet, Malmö, Hans Boström, apotekare, Hässle läkemedel, Leif Lapidus docent, klinisk lärare Allmänmedicinsk centrum, Göteborg, Harriet Scott bibliotekarie Borås.

Kursen dokumenterades i skriften ”Nio FoU-projekt från Södra Älvsborg 1988 – 1989”. Flera liknande kurser genomfördes de följande åren.

De nio ämnesområdena som avhandlades och presenterades i en skrift var:

- Riskfaktorer och prevention vid akut hjärtinfarkt i Svenljunga 1983 – 1987. Ingemar Andersson, Svenljunga.
- Sollebrunnsprojektet. Weine Eriksson, Sollebrunn.
- Förekomst av diabetes mellitus i ett landsbygdsområde. Annika Hagman, Ulricehamn.
- Måste vi skärpa vår gynekologiska diagnostik på vårdcentralen? Eva de Fine Licht, Kerstin Holmberg, Alingsås.
- Söker patienter i onödan på jourcentralen. Per Häggblad, Sätilla.
- Rökvanor hos flickor i årskurs 5 – 9 inom ett rektorsområde. Agneta Iveslätt-Bohman, Borås.
- Självmord i Svenljunga kommun i ett historiskt perspektiv. Martin Lindman, Svenljunga.
- Attityder till datorer hos personalen vid vårdcentral. Bengt Pettersson, Borås.
- Thyreoideaprover – bruk eller missbruk? Monika E Widell, Borås.

Flera av projekten genomfördes av FV-läkare, som en del i deras specialistutbildning.

Parallellt pågick en FoU-kurs i Norra Älvsborg. Kursavslutning för bägge kurserna förlades tillsammans under en av dagarna i landstingets Idébytarvecka i Vårgårda med presentation av projekten på pooster.

### **Primärvårdsdistrikt år 2000**

Lerums utvecklingsenhet hade ett övergripande projekt ”Primärvårdsdistrikt år 2000”.

Rubriken sammanfattade ett flertal projekt som planerades och drevs i den 1987 nyinrättade FoU-enheten i Lerum. Många genomfördes, andra fanns inte resurser att påbörja eller att avsluta. Projekten kopplades till WHO:s 38 mål för år 2000, "Hälsa för alla år 2000". Huvudteman var:

- Jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor
- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete
- Aktivt engagemang hos medborgarna
- Tvärsektorieellt samarbete
- Hälsö- och sjukvård med inriktning mot primärvård
- Internationellt samarbete

I målen fanns också satsning på informationsteknik. Att utvärdera VAS-projektet (datorstödet) vid Gråbo vårdcentral blev det första och stora projektet. Det rapporterades i 8 delrapporter och ett flertal övriga skrifter – se referenserna. Det innefattade också "Den kunskapsutvecklande organisationen", "Interaktion människa/dator", "Införandemodell – spridning av datorstödd vårdinformation", "Verksamhetsutveckling", "Hälsöekonomi". Många av dessa moment ingick i olika SPRI-projekt som "FoU-arbetarna" i Lerum var medagerande i. Christer Edeland specialiserade sig inom hälsöekonomisektorn, Bengt Dahlin inom datorjournalutvecklingen. Under rubriken "Förebyggande vård", som handledes av Solweig Kärrman och Anita Glanz engagerades Gråbo vårdcentral. Det omfattade samverkan mellan distriktsvård, mödrahälsovård och skolan och förskolans. Att utveckla en modell för äldrehälsovård och hemsjukvård vad gällde hälsovårdsinsatser var ett annat tema. Scenario Lerum år 2000 – ett framtidssamhälle byggt på solidaritet diskuterades också även om man aldrig kom till rapport.

## Andra FoU-projekt i Lerum

Hans Lundgren, Floda Vårdcentral bidrog med ett flertal projekt till det positiva FoU-klimatet i Lerum. Han redogör själv för dem:

*"Min första studie handlade om **utvärdering av urindispensären i Lerum**. Enligt den rådande hypotesen kunde bakturi, både symtomatisk och asymtomatisk, ge upphov till kronisk pyelonefrit och därmed skada njurfunktionen. I Lerum hade man därför efter behandling av urinvägsinfektion ett kontrollprogram med urintest med diplslide efter 1,5 och 9 veckor. Frågan var nu hur detta kontrollprogram fungerade. Eftersom alla kontrollerna fanns i ett kartotek hos laboratorieassistenten som ansvarade för dispensären var det rätt lätt. Jag valde året 1975 som testår. 274 patienter fanns registrerade. 33 hade utslag för bakturi. Jag konstaterade att de flesta ej fullföljde alla kontrollerna speciellt kvinnor i åldersgruppen 20-30 år kom sällan på någon kontroll. Detta var mitt första steg på min vetenskapliga bana som 14 år senare blev till en disputation i ämnet riskfaktorer för typ2 diabetes. Min studie skulle kunna beskrivas som en kvalitetsstudie. Någon publicering blev det inte men väl en kollegial diskussion och som jag kommer ihåg det en viss förändring av rutinerna*

***Produktionsstudien** har refererats under rubriken Floda vårdcentral. Tilläggas kan att jag redovisade denna på läkarstämmans allmänmedicinska sektion. Jag kommer inte ihåg säkert men jag tror det var 1977.*

*Även **hypertonidispensären vid Floda vårdcentral** är redovisad tidigare. Min förebild under denna tid var den engelske G.P:n John Fry som uppmuntrade sina kollegor att inte bara intressera sig för den enskilde patienten utan även ta reda på hur vården fungerade för skilda patientgrupper. Kartlägningsstudier blev på modet. Vår studie publicerades i Hälsöinformation nr 9 1979 s.9-16.*

***Väntrumprojektet** var ett samverkansprojekt mellan Vårdcentralerna i Floda, Torpa i Vänersborg och Tranemo. Socialstyrelsens H-nämnd var värd. Frågan som ställdes var om väntrummet kunde utnyttjas för hälsöupplysning. För att kunna svara på detta behövde vi basfakta om väntetider och test på hur våra patienter tillgodogjorde sig information i olika former. Vi inriktade oss på tre kategorier: Egenvård, Hälsöupplysning och administrativ information. För mig var detta första gången jag deltog i en multicenterstudie. H-nämnden tryckte upp en idéskrift med titeln: Aktivare väntrum. På Läkarstämman 1981 presenterades en modell av detta väntrum. (Om jag minns rätt var ett reklamföretag inblandat här?) Jag höll också ett föredrag om detta.*

Som skolläkare kom jag i kontakt med min norske kollega Atle Worm som på Torslandaskolan i Göteborg hade utvecklat begreppet Friskvård. Ett nytt begrepp som väckte nyfikenhet och sura kommentarer av somliga: Inte kan man vårda det som är friskt. Men den dåvarande socialministern blev intresserad och gjorde studiebesök och rätt snart pratade alla om friskvård. Någon definition fanns nog inte men formerna utvecklades allt eftersom Atle kom att göra flera besök hos oss och vi var nog de första utanför Göteborg som började med Friskvård inom skolschemat. I förslaget till Friskvårdens organisation i Lerums kommun 1981 äskade vi hos Kommunstyrelsen och landstinget om resurser dels i form av läkar- underskötersketimmar om 5 tim i veckan, dels skulle vi ha en arbetsgrupp med en representant från vardera, skol-, social-, Fritids- och Miljö- Hälsokontor. Detta var starten på ett treårigt projekt arbetade med olika förvaltningar och ideella föreningar. Nedan följer några exempel:

- **Motion för överviktiga** - Fritidskontor och Friluftsförande.
- **Ryggskola** – Primärvården tillsammans med TBV ( Studiecirkel )
- **Rökavvänjning** Läkarestation – distriktsmottagning.
- **Matlag för äldre med enmanshushåll** – Primärvård – pensionärsförening.
- **Pedagogisk lunch** – skolan
- **Specialgymnastik för överviktiga elever.**
- **Skolläkare- skolsyster i skolans undervisning**
- Resultatet av dessa delprojekt redovisades i en slutrapport till Kommunen och Landstinget 1984.

En händelse som jag gärna vill nämna är **Giardia epidemin i Tollerred 1985** .16 fall inom kort tid i det lilla brukssamhället Tollerred. Frågan var hur denna uppstod och hur smittvägarna såg ut. Samarbetet med Miljö-Hälso- och skyddskontoret fungerade utmärkt och genom provtagning, 163 analyser, kunde vi snabbt ringa in fallen till fyra fastigheter och daghemmet på orten. En erfarenhet som jag retsamt fick erfaras var min kontakt med kvällspressen. Ryktet gick snabbt att en epidemi hade seglat upp. En av Göteborgstidningens reportrar ringde upp mig strax innan jag skulle avsluta mitt arbete på mottagningen. Vi pratade om smittvägar som kunde tänkas vara vattenledningsnätet. Jag refererade till sjukdomens andra namn Leninggradsjukan. På kvällen hamnade jag på tidningens löpsedel med rubriken. Läkare anser att ett helt vattenledningsnät måste bytas ut. Innehållet i artikeln var sedan lite mer balanserat hållen. För min del blev det en artikel i tidningen Allmänmedicin nr 2, 1987.

I samband med att jag gick första huvudkursen till Master of Public Health på Nordiska hälsovårdshögskolan gjorde jag en undersökning av **Dödsbevisens validitet**. Egentligen var det en journalstudie där jag jämförde de kliniska data som var kända med angiven dödsorsak och ev. bidragande orsak till döden. Det blev ingen artikel men väl en uppsats som fick försvaras. Denna kurs som leddes av skolans rektor Lennart Köhler inspirerade till mitt kommande forskningsarbete.. Eleverna var från de Nordiska länderna och representerade olika yrken. I denna smältdegel uppstod intressanta frågor och diskussioner.

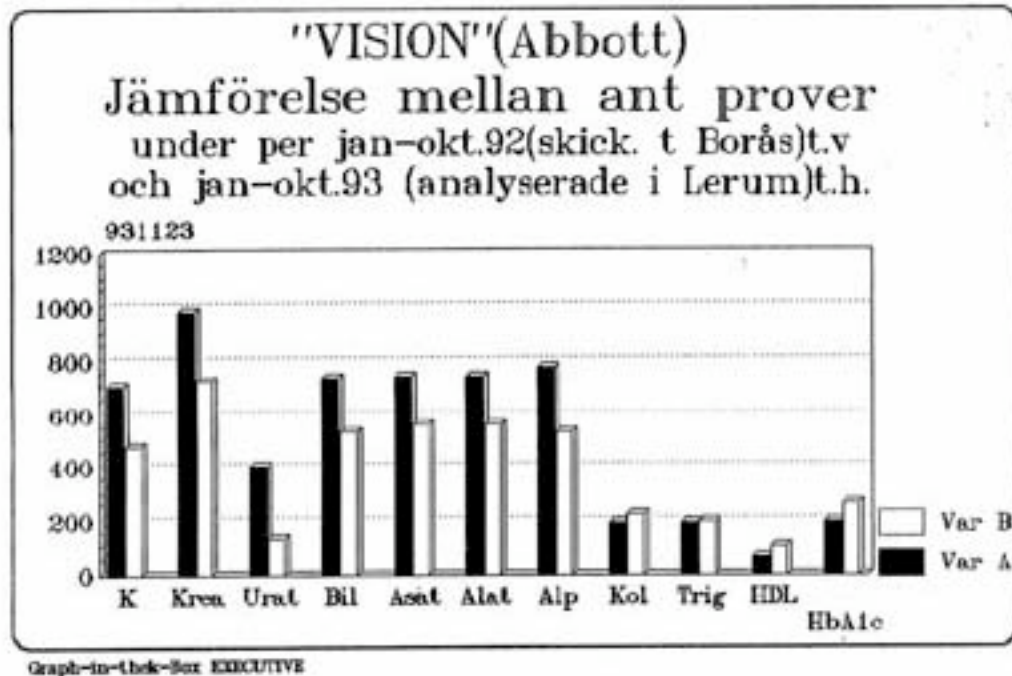
Diabetes intresset för min del måste ses mot belysning av mitt intresse för miljöns och inflytande på olika sjukdomsprocesser. Diabetes var en sjukdom under ökande. Orsakerna till denna ökning var inte kända. I början av 80 talet kom rapporter att inte bara övervikt utan även fettfördelningen hade en avgörande betydelse för risken att få hjärtsjukdom. Men som vanligt var förhållandet bara visat för män. En unik undersökning startade 1968-69 för en väl definierad grupp kvinnor som skulle följas genom kommande år avseende risk att utveckla olika sjukdomar relaterat till kända riskfaktorer vid starten. Det var således enormt spännande att 1984 få möjlighet att få vara med i denna undersökning 12-årsuppföljning Tillsammans med den nytillträdde professorn i allmänmedicin Calle Bengtsson la vi upp riktlinjerna för ett doktorsarbete med utgångspunkten riskfaktorer för typ 2 diabetes”

Hans Lundgrens doktorsavhandling om Diabetes typ 2 blev den första som spikades på allmänmedicininstitutionen vid Göteborgs universitet, 1989.



### Laboratorieprojektet i Alingsås – Lerum, 1992 – 1993

Projektansvariga Kerstin Engholm och Ulla Sandvall. Syftet med studien var att öka kvaliteten och service till patienter, läkare och övrig personal och att finna modell för decentraliserad laborieverksamhet samt former för kvalitetssäkring och effektivisering i en decentraliserad laboratorieorganisation.



Resultatet av studien visade att decentraliserad klinisk kemisk verksamhet medförde en väsentlig kvalitetsökning av arbetet för samtliga vårdgivare på vårdcentralen. Patienterna uppskattade den snabba servicen från laboratoriet. Man slapp vänta på provsvar som kunde vara en källa till oro och ångslan.

En cost/benefitanalys visade att effektivare handläggning och omhändertagande av patienterna uppvägs kostnaderna.

En utbyggd analysverksamhet på vårdcentraler som sköts av utbildad laboratorieassistent gör sjukhuslaboratoriet kan effektiviseras mot det egna sjukhuset. Frigjorda resurser kan ge primärvården stöd till kvalitetsutveckling.

### Ett alkoholförebyggande projekt i Lerum, 1991 - 1994

Per Blank, Lerums ungdomsmottagning, ledde ett drogförebyggande projekt 1990- 1995. En modell för högstadiet som utarbetats i samverkan mellan vårdcentral, lärare och elever vid högstadieskolor i Lerum och Gråbo, alkoholordgivare och fältassistent i Lerums kommun och allmänheten – föräldrar. ”Man får tänka efter själv – ett exempel på drogförebyggande arbete på högstadiet”. Målen för projektet var att

- Öka kunskaperna hos personalen om alkoholens effekter,
- Därigenom skapa en beredskap för att genomföra alkoholanamnes, hälsotest och livsstilssamtal.
- Därefter öka deltagandet i samhället genom specifika kunskaper om sambandet hälsa, sjukdom och alkoholkonsumtion.

Projektet började med en kartläggningsfas 1990 om hur man arbetade förebyggande med alkoholfrågor i kommunen. Det fortsatte 1991 med att ta fram en arbetsmodell och att utbilda personalen på vårdcentralerna. Under 1992 började undervisning på skolorna av lärare och elever. På vårdcentralerna tillämpade man principerna i patientarbetet. Ett informationsblad producerades. Projektet presenterades på ”Lerumsdagarna”, en årlig konferensdag för personal och intresserad allmänhet. 1993 konsoliderades arbetet och 1994 utbildas personal på fritidsgårdar. Man utarbetar och sprider en fickversion av ”Testaren” som sprids via

Systembolaget, apoteken, herrfrisörer och socialkontor. Arbetet följs upp i vårdlagen med metoden ”med all respekt”. Man genomför på nytt temaundervisning på högstadieskolor i Lerum och Gråbo. Projektet dokumenteras efter utvärdering. Det avslutas med en studiedag för lärare och elevvårdspersonal. Ett 40-tal personer medverkade.

### **Vad tycker Lerumsborna om primärvården, 1993?**

En telefonintervjustudie våren 1993. Per Blank och Christer Edeland bearbetade materialet. Den övergripande frågeställningen var: vart vänder man sig när man är sjuk och varför? Hur är servicenivån? Vilka besöker vårdcentralen respektive folktandvården i Lerum?

Sammanfattningsvis:

- Vårdcentralerna i Lerum var ett förstahandsval för befolkningen.
- Befolkningen i Lerum har till övervägande delen positiva attityder till både vårdcentralernas och folktandvårdens verksamhet.
- Geografisk närhet och att man var bekant med verksamheten var viktiga faktorer vid valet.
- Vårdcentralen besöktes av alla åldersgrupper men de äldre över 65 år utnyttjade vårdcentralens resurser mest.
- Det var bland de unga som folktandvården hade den största andelen patienter.

### **En barnmottagning i tiden, 1994**

Ragnar Bergström, barndistriktsläkare i Lerum gjorde 1994 en beskrivning och analys av barnläkarverksamheten i Lerum. ”En barnmottagning i tiden – En studie om de dynamiska krafterna som styr barnsjukvården i Lerum”. En del ur studien har hämtats för beskrivningen av barnläkarverksamheten på annan plats i detta dokument. Ragnar Bergströms beskriver i sin studie med grafer barnmottagningens klientel och många av de kroniska sjukdomarnas förekomst under åren 1978 – 1993.

## **Älvsborgslandstingets FoU-policy och organisation**

Redan i mitten på 1980-talet skapades i Landstinget i Älvsborg en central FoU-kommitté och tre FoU-arbetsgrupper. Den centrala kommittén hade att vara en motor i den fortsatta uppbyggnaden av FoU i landstinget samt fördela avsatta medel för FoU, upprätta en FoU-katalog och genomföra seminarieverksamhet.

Tre arenor för FoU-utveckling utkristalliserades i början av 1990-talet.

Den första var den lokala exempelvis FoU-enheten i primärvård. Den andra var de två FoU-centrum som skapades i norr och söder. Den tredje var den centrala FoU-kommittén.

1992 inrättades två FoU-centrum, ett i södra Älvsborg i Borås och ett i norra Älvsborg i Vänersborg. De kopplades till respektive vårdhögskola men var organisatoriskt fristående. Deras administration finansierades genom tillskott från flera förvaltningar och i styrelserna ingick representanter från finansiärerna. Uppgiften var att ge stöd till och samverka med alla som arbetade med FoU inom landstinget. De hade också landstingsstyrelsens uppdrag att fördela medel till projektansökningar och doktorandstipendier. Administrationen sköttes av vårdhögskolan. En liten grupp med rektor som ordförande och ledamöter från primärvård (Bengt Dahlin) och länssjukvård fördelade anvisade medel till olika projekt, som ansökt om FoU-bidrag.

I september 1994 antog landstinget ett FoU-program som lade fast att:

*Syftet med landstingets FoU-verksamhet är ytterst att utveckla högre kvalitet i landstingets olika verksamheter och därigenom förbättra servicen till invånarna.*

- *Det är angeläget att FoU-arbetet är verksamhetsanpassat och siktar till en medveten och långsiktig kunskapsuppbyggnad.*
- *Landstingets stöd för FoU är ett komplement till den etablerade forskningen inom vård och omsorg. Personalkategorier som traditionellt ej bedriver forskning skall beredas tillfälle till stöd i FoU-arbete.*

Programmet kompletterades genom beslut i landstingsstyrelsen i april 1996 (LTS § 54/96). Kompletteringen var en anpassning till ”Nya Älvsborg” och innebar en bredare inriktning än tidigare:

*Landstingets mål med FoU är att skapa*

- *Konkurrenskraftig hälso- och sjukvård*
- *Kraftfulla regionala högskolor*
- *Effektivitet i samhällsuppdraget*
- *Stöd till genomförande av landstingets regionala program*

Två vägar användes för att stödja och stimulera FoU-arbetet

- att avsätta särskilda medel som kan sökas av anställda för att genomföra FoU-projekt eller doktorandstudier
- att stärka högskolornas möjligheter att bedriva och delta i forskning

Efter omorganisation i landstinget, då man fick Central Uppdragsnämnd och driftsnämnder inom primärvård och sjukhusvård, fick även FoU-organisationen ses över. FoU-centrum i norr och söder ombildades och integrerades helt med vårdhögskolan i Borås respektive Hälsohögskolan Väst Vänersborg. Utbildningsutskottet i landstinget tog över ansvaret för finansieringen av verksamheten. Verksamheten skulle ledas av forskningsledare underställda rektorerna vid högskolorna.. Särskilda FoU-råd inrättades med ledamöter utsedda av utbildningsutskottet. FoU-centrum fick två uppdrag dels att ingå i högskolans verksamhet och stärka dess forskningskompetens dels att ta initiativ till, stimulera och stödja FoU-verksamheten inom landstinget. Kopplat till uppdraget låg att som tidigare behandla och besluta om ansökningar om medel ur landstingets anslag för FoU-projekt för hälsa, vård, habilitering, rehabilitering och omsorg i respektive del av landstingsområdet. Allt detta skedde åren 1997 – 1998. I 1997 års budget hade landstinget avsatt 5 mkr att fördela genom FoU-centrumen.

FoU-centrum i söder genomförde flera metodkurser i FoU i samverkan med Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Förutom föreläsningar fick man själv pröva på att driva ett utvecklingsprojekt i dess olika faser.

### **Fortsatt utveckling av FoUU i regionen**

Den i de västsvenska länen skapade Planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter tillsatte 1994 en Regional FoUU-grupp för att lägga fram förslag till ”åtgärder för att inom ramen för det västsvenska sjukvårdssamarbetet säkra en fortsatt positiv utveckling av den medicinska FoUU-verksamheten (forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet).” FoUU-gruppen hade representanter från samtliga västsvenska landsting och Göteborgs universitet. Från Planeringsnämnden fanns dess chef Jan-Erik Spek och sekreterare var Conny Persson, chef för FoUU-enheten i Göteborgs sjukvård. Älvsborg representerades av Lars Fredén, rektor vid Vårdhögskolan Vänersborg-Uddevalla, Bo Ivarsson, FoU-läkare psykiatri Borås och Bengt Dahlin, primärvårdsläkare landstinget i Älvsborg.

Med utgångspunkt från förslag i en rapport ”Positiv FoU-utveckling i Västsverige” gav FoUU-gruppen en mindre arbetsgrupp i uppdrag att arbeta fram ett förslag till organisation och rutiner fört beredning av FoU-anslag inom ett framtida gemensamt landstingskommunalt förbund. Målet var att säkra en fortsatt positiv utveckling av den medicinska FoUU-verksamheten, värna om dess kvalitet, sprida generell FoU-kunskap i regionen samt stärka samband mellan vårdhögskolor och universitet. Arbetsgruppen bestod av Ulf Smith, Ingemar Månsson, Bengt Dahlin och Conny Persson. Gruppen föreslog i maj 1995

- Inrättande av ett regionalt projektregister innefattande FoU-aktiviteter vid samtliga huvudmannaheter innehållande information om projekttyp, deltagare, finansiering och resultat
- Central avsättning av FoU-resurser motsvarande 30 – 50 Mkr genom ”del av skattecrona”. Medlen skulle vara tillgängliga för ansökan från alla intresserade inom huvudmännens organisation.
- De FoU-satsningar som fanns/gjordes inom respektive landsting och som administrerades lokalt borde vara kvar i denna form.

### **Henric Hultin berättar mer om FoUU i regionen**

De ovan beskrivna aktiviteterna inom den västsvenska regionen för att utforma aktivt stöd för FoUU kan ses som en illustration till en generell process inom den svenska landstingsvärlden. Under 80-talet började det växa fram en allmän uppfattning att landstingen

som huvudmän för landets sjukvård aktivt borde engagera sig i patientnära sjukvårds- och omvårdnads-FoUU. Utvecklingen av kunskap och metoder för att allt bättre förstå och hantera de praktiskt kliniska problem som läkare och sjuksköterskor brottas med i vardagsarbetet på kliniker och vårdcentraler borde naturligen vara intressant och viktigt att stödja för verksamhetens huvudmän.

Detta kan idag låta som en självklarhet, men det bör understrykas att allt som kallas forskning i sjukvården dittills ansetts vara en statlig angelägenhet. Om man vill belysa det i mer formella termer kan man säga att den gällande lagstiftningen inte tillät landstingen att använda sina skattemedel till forskning.

Efter gemensamt förarbete mellan staten och landstingsvärlden infördes 1996 en tilläggsparagraf i Hälso- och sjukvårdslagen med innehåll att sjukvårdshuvudmännen ”skall medverka i finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete.” Där anges också att landstingen ”skall i dessa frågor i den omfattning om behövs samverka varandra samt med berörda universitet och högskolor.”

Som led i förberedelserna för bildande av Västra Götalandsregionen hade landstingen i Bohuslän, Skaraborg och Älvsborg samt Göteborgs kommun beslutat bilda ett gemensamt kommunalförbund för de regionala sjukvårdsfrågorna i väst-Sverige. Detta kommunalförbund beslöt 1996 att anvisa en summa om 20 milj. kronor för regiongemensam patientnära FoU. Denna ekonomiska ram höjdes 1999 till 25 milj. kronor. Det bör kanske betonas att detta då var ungefär hälften av regionens totala budgetram för hälso- och sjukvårds-FoU. De dominerande andelarna av den andra hälften av totalramen är medel för lokala FoU-enheter, som beskrivs mer i det följande, och bidrag till Skaraborgsinstitutet.

### **Inriktning och erfarenheter under första åren med regiongemensam FoU**

Huvudsyftena med den regiongemensamma angavs vid starten vara dels kollektiv kunskaps tillväxt och kompetenshöjning inom regionens hälso- och sjukvård och dels att befrämja samverkan mellan regionens olika sjukhus och vårdenheter över existerande landstingsgränser. Vardera av dessa syften förväntades på sikt kunna bidra till förhöjd vårdkvalitet. Dessutom var naturligtvis ett övergripande syfte att bidra till att uppmuntra och underlätta utbredningen av en kunskapssökande attityd bland alla medarbetare i ett sådant ”kunskaps-företag”, som sjukvården är. Inriktning och bedömningsgrunder, när det gällde att utnyttja dessa FoU-medel för FoU-projekt, angavs med följande huvudkrav:

- frågeställning med närhet till vården och praktiskt/kliniskt intressant för västsvensk vård
- vetenskapligt bra upplagt ifråga om tydlig frågeställning, metod och kompetens/stöd
- samarbetsbefrämjande över vårdens inre gränser ifråga om geografi, organisation m. m

Tidigare har berörts att såväl i de västsvenska förberedelserna som i det nya FoU-avsnittet i Hälso- och sjukvårdslagen, så är det naturligt med ett nära samarbete mellan sjukvårdshuvudman och berörda universitet och högskolor inom detta område. I väst-Sverige har både den medicinska fakulteten vid Göteborgs Universitet och de berörda regionala högskolorna varit mycket aktiva och viktiga samarbetspartners till sjukvårdshuvudmännen i både utvecklingsarbetet och genomförandet.

I en publikation (*FoU i Västra Götalandsregionen, Vol 1 2001: Erfarenheter av regional stöd för FoU i hälso- och sjukvården 1996-2000*) redovisas ett antal viktiga belysningar ur en utvärdering av de första fem årens regionala FoU-stöd. Här återges komprimerade sammanfattningar på resultaten inom några av frågeområdena:

#### **– vetenskapliga publikationer som resultat av det regionala FoU-stödet:**

de ca 30 projekt, som fått stöd under 3 år, hade helt eller delvis genererat ett 10-tal doktorsavhandlingar och ca 75 artiklar i vetenskapliga tidskrifter

#### **– inte ”bara” medicinsk FoU:**

av de 85 projekt, som under perioden fått ekonomiskt stöd, hade 36 projekt omvårdnads- och/eller livskvalitetfokus, och de allra flesta av dem aktivt deltagande av sjuksköterska och/eller annan ”medellångt utbildad yrkeskategori”

– **vetenskaplig samverkan över sjukvårdens inre gränser:**

denna önskade form av gränsöverskridande samverkan ökade successivt över de studerade åren. För de 33 nya projekt, som beviljades stöd år 2000, gällde att i varje projekt deltog medarbetare från minst två av de större landsortssjukhusen och i hälften av dem deltog medarbetare från Primärvården (tandvård inräknat). I nästan samtliga fanns någon deltagare från SU.

– **FoU-medel trots sparbetning i vården ?**

Fråga om de särskilda FoU-medlen bedöms medverka till höjd vårdkvalitet, trots att de tas från otillräckliga ramar för vården, ställdes i en enkät till ett stort antal medverkande i stödda FoU-projekt och till ca 180 medlemmar i de regionala medicinska råden. Att den helt dominerande andelen av den första gruppen svarade positivt är kanske ganska förväntat, men samma svarsbild redovisade också sektorsrådets medlemmar, som till ca 70 % kommer från länssjukhus och primärvård.

**Vetenskaplig konkurrens och skilda möjligheter att få del av regiongemensamma medel**

De krav, som sattes upp för det regiongemensamma ekonomiska stödet till patientnära FoU, medför naturligen att tillgången till vetenskapligt högkvalificerad projektledare/handledare och erfarenhet av uppläggning och metodval i FoU-projekt, spelade stor roll för möjligheten att få del av dessa medel. Projekt och aktiviteter, vars huvudsyfte var att locka nyfikna medarbetare att ”lukta på FoU” och att ge handledning för de första stegen in av vetenskapliga ansatser i arbetet med förändringsuppdrag i sjukvården, hade inte lätt att hävda sig i konkurrensen om de regiongemensamma FoU-medlen. Det var därför viktigt att man, parallellt med det ovan beskrivna FoU-stödet, gav utnyttjandet av de redan tidigare existerande ”lokala” FoU-medlen andra villkor och inriktning.

## UTBILDNING

### Återblick

I mitten av 1700-talet, genom Nils Rosén von Rosensteins och Linnés gemensamma utbildningsinsatser i Uppsala flerdubblades antalet välutbildade läkare i Sverige flera av dem blev akademiska lärare i Stockholms första undervisningssjukhus – Serafimerlasarettet, som öppnades 30 november 1752. Resultatet blev en radikalt ny typ av medicinsk utbildning, där klinisk undervisning och s. k. bedside teaching (vid sjuksängen) ingick.

Nils Rosén ansåg att läkarens viktigaste instrument är palpation, att med sina händer känna på kroppen, upptäcka ömmande inre organ och sjukliga avvikelser. Han tog med sig sina elever ut på sjukbesök i staden och den omgivande landsbygden. Dessutom fanns ett embryo till Akademiska sjukhuset i Uppsala kallat Nosocomium med åtta sängplatser. Det hade öppnats av professor Roberg 1708.

Som exempel på provinsialläkarens utbildning i mitten på 1850-talet kan vi ta vår ständige sagesman Gustav Varenius; Alingsås:

*Genomgick skola och gymnasium i Gtbg. Blef Stud. i Upsala 1827 4/10, Med. Fil. Kand. 1830 17/3, Med. Kand. 1835 22/4 och disp. s. år p. g. m. (Om Dysenteri, III. Praes. Hwasser). Blef Med. Lic. 1836 1/6, Kir. Mag. 1837 26/1, Med. D:r s. år och aflade emb.profvat S. år 31/12.*

Konstateras kan att man för att kunna tjänstgöra som provinsialläkare dels hade en gedigen utbildning dels måste genomgå ett prov ”embetsprovet,

I mitten på 1900-talet var kraven mindre: Med.lic. examen samt 9 månaders tjänstgöring vid sjukhus. Först i början av 1970-talet infördes strängare regler för behörighet till yrket (allmänläkarbehörighet) och 1981 en specialöistutbildning likvärdig med andra specialistutbildningar.

### Provinsialläkarfonden

Hösten 1961 beslutade riksdagen att det statliga provinsialläkarväsendet från och med juli månad 1963 skulle övergå i landstingskommunalt huvudmannaskap. Samtidigt fastställdes en ny tjänsteläkartaxa som skulle tillämpas under tiden fram till övergången. I denna taxa föreskrevs att för varje patientbesök som inte bara avsåg förnyelse av recept, skulle provinsialläkaren så länge han eller hon var statligt anställd betala in 1,50 kronor till en särskild fond, *Provinsialläkarfonden*. Fondens uppgift skulle vara att genom bidrag på olika sätt verka för "provinsialläkarnas förkovran i yrket". För några år sedan omvandlades fonden till en stiftelse, *Provinsialläkarstiftelsen*. Stiftelsen arrangerar två gånger per år 6-8 kurser med varierande innehåll. I stiftelsens styrelse ingår fyra distriktsläkare som representerar Sveriges läkarförbund och Svenska Distriktsläkarföreningen samt representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Medlemmar i Svenska Distriktsläkarföreningen är behörig att söka kurser och får automatiskt en personlig ansökan till kurserna.

Flera kurser arrangerades med Bengt Dahlin som en av kursledarna (se nedan)

Huvudmännen började också, på läkarnas initiativ, att satsa fortlöpande efterutbildning av primärvårdsläkarna genom regelbundna lokala träffar och kursverksamhet bl. a. med hjälp av Provinsialläkarfondens medel. Några av dessa kurser anordnades i samverkan med primärvården i Lerum.

### Det nya utbildningssystemet

Under 1960-talet var behörighetskraven för provinsialläkartjänst oförändrade sedan 1917 och omfattade endast 8 månaders sjukhustjänstgöring. År 1969 infördes en särskild utbildning för allmän praktik, senare kallad ”allmänläkarcompetens”. Den omfattade tre års tjänstgöring vid olika sjukhuskliniker. Detta ledde till en märkbar förbättring av dåvarande allmänläkares kunskaper. Till detta bidrog också ett ökat utbud av kurser och annan efterutbildning. Kurser var bl.a. betalda av Provinsialläkarfonden, som bildades i samband med provinsialläkarnas övergång i landstingsregi 1963.

Ur Provinsialläkarföreningens cirkulär 1967 hämtas:

I februari 1968 framlade Universitetskanslersämbetet och Socialstyrelsen ett gemensamt förslag till ny läkarutbildning grundat på ett betänkande från 1967 av Specialist- och läkarutbildningssakkunniga (SLUS). Förslaget innebar att alla läkare skulle ha en obligatorisk tjänstgöring på 3 månader i öppen vård och systematisk undervisning i vidareutbildning och efterutbildning. Detta var en del av ett mycket gammalt önskemål från den öppna vårdens läkare. Provinsialläkarföreningen skriver. *”Det kan inte nog understrykas betydelsen av att de läkare som blir uttagna till handledare för en sådan tjänstgöring lägger ned möda på sin egen förkovran för uppgiften och är medvetna om sitt ansvar”*. Tyvärr har ämbetsverken inte ansett sig kunna godtaga behörighetskrav som ställer allmänläkaren, ”allmänmedicinarens” utbildning i tidsmässig paritet med specialisternas.

Den nya utbildningsplanen började tillämpas från den 1 juli 1969. Då infördes allmäntjänstgöring för läkare under utbildning (AT) i 18 månader varav 6 månader vid vårdcentral.

### **Att få allmänmedicinkompetens**

1981 infördes en särskild specialistutbildning i allmänmedicin. Specialistutbildningen på 4 – 5 år gjordes i specificerade block vid olika kliniker och i primärvård. Vidareutbildningen omfattade 24 månader tjänstgöring inom allmänmedicin, 12 månader internmedicin, sex månader psykiatri, vardera fyra månader långvårdsmedicin, pediatrik inklusive BVC och gynekologi inklusive MVC. Krav fanns på sex s.k. NLV-kurser varav en obligatorisk i allmänmedicin. Den allmänmedicinska specialistutbildningen blev därmed jämbördig med övriga specialistutbildningar

Fyra allmänmedicinkurser anordnades i primärvården i Lerum med Bengt Dahlin och Olle Lyngstam som kursledare. I kursledningen fanns också distriktsläkare Ingmarie Skoglund, Borås. Många primärvårdens och socialvårdens företrädare i Lerum var resurspersoner i kurserna.

Under 1990-talet ersattes utbildningens detaljstyrning av målformuleringar, som innebar att vissa kunskaper och färdigheter skall ha inhämtats inom berörda områden under minst fem års handledd vidareutbildning.

Under 1990-talet kom primärvården att få en plats även i grundutbildningen av läkare vid Göteborgs universitet genom den s.k. Konsultationskursen. Kursens planering styrdes av en ledningsgrupp med Cecilia Björkelund, Annika Skott och Bengt Dahlin. Mittenälvsborgs läkare blev starkt engagerade som handledare i kursen.

### **Lokal efterutbildning**

NLV (nämnden för Läkares Vidareutbildning) tillsatte 1975 en ledningsgrupp och en arbetsgrupp (GREIA) för att utforma efterutbildning inom allmänläkarvården. Fyra försöksdistrikt initierades i Sverige varav en kom att förläggas till Södra Älvsborg och Borås. Försöket leddes av en pedagog, Ulla Riis, från Universitetet i Linköping. Arbetsgruppen i Boråsförsöket var Bengt Dahlin, projektledare, Inga-Britt Borén, blockföreståndare, Göran Hermansson, utredningssekreterare, Börje Wallheden och Bertil von der Burg, distriktsöverläkare.

Man konstaterade bl.a. att

- det fanns ett stort generellt behov av planerad utbildning.
- allmänläkarna då allmänt hade problem med sin yrkesidentitet.
- det fanns behov av att avgränsa den egna specialiteten gentemot kliniks specialiteter.
- önskemålen beträffande undervisningsmetoder var påfallande traditionella (katederföreläsningar).
- det fanns behov av kontakter mellan specialister och allmänläkare.
- genomförande av efterutbildning skall vara en gemensam angelägenhet för allmänläkarna.

Den utbildningsmodell som presenterades var av generell natur. Innebörden i problemorientering är att man undersöker problem som föreligger här och nu, oberoende av de

traditionella gränser som existerar men det skall var meningsfullt och allmänt accepterat. En karaktäristisk egenskap hos allmänmedicinen är sannolikt problemorientering och därmed sammanhängande förmåga till och strävan efter att se helheten bakom en, oftast, medicinsk symtombild. Om man accepterade problemorientering som lämplig princip att bygga upp allmänläkarnas efterutbildning kring så är det naturligt, lämpligt och t.o.m. nödvändigt med deltagarstyrning av efterutbildningen.

Modellen för efterutbildning av allmänläkare:

- Ge kunskaper i medicinska ämnen
- Ge kunskaper i icke-medicinska ämnen
- Ge tillfälle till bearbetning av yrkesrollen och attityder till denna.

Följande skall bl.a. tillgodoses:

- Regelbundna efterutbildningstillfällen.
- Helt inom arbetstid.
- Planerade av allmänläkarna själva.
- Medverkan av i främsta hand lokala krafter, i första hand allmänläkarna själva.
- Såväl medicinskt som icke-medicinskt innehåll.
- Stor del av tiden skall ägnas åt diskussioner och grupparbeten.
- Ha en strimma, ett tema som löper över en viss tid.
- Beslut om innehållet skall ligga hos kursdeltagarna.

Sedan primärvårdsblocket delats i fyra administrativa enheter med decentraliserad personaladministration, lokala primärvårdsföreståndare och distriktsöverläkare decentraliserades också efterutbildningen av läkare enligt den modell som utvecklats i Boråsförsöket.

### **Nääsmötena**

Bengt Dahlin som blev distriktsöverläkare i Mittenälvsborg initierade till en regelbunden efterutbildning av områdets distriktsläkare en gång i månaden med lokalisering på Nääs fabriksområde i Floda. En viktig förutsättning för utbildningseftermiddagarna var, som Boråsförsöket angett, att utbildningen skulle vara Deltagarstyrd, på allmänläkarnas villkor. Specialistläkare skulle bara inkallas som resurspersoner. En liten grupp planerade terminsvis programmet efter att ha hört deltagarna om deras önskemål (Problemorienterat). Ofta var önskemålen som i Boråsförsöket traditionella med önskan om medicinska specialiteter. Gruppen styrde dock så att det blev en avvägning mellan medicinska ämnen, administrativa, legala och sociala teman, att många olika yrkeskategorier var representerade i utbildningen och att det blev ett tema för terminen (Helhetssyn och Strimma i utbildningen), Det fanns också möjlighet att upp lokala fackliga frågor om något var på gång (Identiteten). Till en början engagerades också läkemedelsföretag för information men detta slopades på allmän begäran. Det kändes som en otillbörlig påverkan i sammanhanget eftersom de då stod för förtäringen. Konstateras kan att del politiker irriterades över efterutbildningstillfällena. Efterutbildningen utvecklades till en "institution". Den var viktig inte minst som ett forum för att träffa kollegor i Mittenälvsborg. Utvärdering skedde varje gång och efter läsåret. Utbildningen var uppskattad och ansågs angelägen.

Vid sekelskiftet var man fortfarande igång med den lokala efterutbildningen för läkare i Mittenälvsborg. Den nytillträdde allmänmedicinprofessorn i Göteborg, Bengt Mattsson presenterade sig och allmänmedicinen som forskningsområde. Här programmet:

### **Måndagsklubben i Lerum**

Under en period på 1970-talet samlades läkarna i Lerumsdistriktet någon måndagkväll i månaden för att utbyta erfarenheter och förkovra sig. Ofta inbjöds en läkemedelsfirma för information. Man tog också upp intressanta eller knepiga fall för diskussion. Ur måndagsklubben kom ett initiativ att anordna balintgrupp i Lerum ledd av Olof Wik.



## **Balintgrupp**

När Michael Balint [4] införde grupparbete med handledare för läkarstuderande och allmänmedicinare fann man att erfarenhetsutbytet kolleger emellan inom en »peer group» kan bidra till mognad och utveckling av yrkesrollen.

Arbete i en Balintgrupp kan, något fritt citerat från Lennart Kaij och Michael Balint, bidra till en tryggare yrkesidentitet som kommer från egen mognad, inte enbart från kunskap om sjukdom och identifiering med äldre kolleger. Man har större förutsättningar för att kunna vara självständig gentemot konventioner, rutiner och människosyn i vården om man har förmåga till kritisk granskning och reflektion. Man ökar sina möjligheter att kunna utnyttja ett varierat och flexibelt system av egna nödvändiga försvarsmekanismer. Man kan träna sin förmåga att kombinera inlevelse och distans. Man kan finna en realistisk men likväl optimistisk syn på arbetsuppgiften och sätta en rimlig målsättning för sitt åtagande.

Olof Wik om Balintarbetet i Lerum:

## **Västsvenska allmänläkarklubben**

För att stimulera till och samla kring FoU-verksamhet bildades 1984 en västsvensk allmänläkarklubb på initiativ av Lennart Råstam och Bengt Dahlin. Mottot var ”Ensam är inte stark”. Liknande klubbar hade dykt upp på flera ställen i Sverige. De hade som förebild Mälardalens distriktsläkarklubb, som bildades 1978.

Första mötet hölls i Alingsås hösten 1984. Calle Bengtsson, vår tillträdande allmänmedicinprofessor i Göteborg, var särskilt inbjuden. Under de följande femton mötena (ett eller två per år) var kontakten med Allmänmedicininstitutionen i Göteborg en röd tråd. Klubbens möten hölls under en lördag till följande söndagsförmiddag med deltagande också av ”ledsagare”. Tanken med detta var att familjen skulle få veta vad man sysslade med i FoU, som inte sällan tog en hel del av fritiden. Klubben sponsrades av Hässle läkemedel. På programmet fanns alltid intressanta föredrag i medicinska ämnen. Dessutom presenterades allmänmedicinen i väster fortlöpande.

Ur Bengt Dahlins tacktal till vårdarna vid första mötet med Västsvenska allmänläkarklubben den 23 november 1985 i Alingsås:

”Avsikten med denna typ av klubbar är att befrämja forskning och utvecklingsarbete inom allmänmedicinen. Vi vet alla att FoU-arbete kräver mer tid än vi har till förfogande under ordinarie arbetstid. Det kräver engagemang och våndor långt utöver vad man kan tänka sig innan man ger sig in på området. De som vill syssla med FoU-arbete är litet allmänt tokiga, inte sällan arbetsnarkomaner...”

Men det var inte bara utvecklingen av FoU som var viktigt. Det var också samvaron mellan kollegor och kontakten mellan läkare och ledsagarna (sambos av olika dignitet). Klubben verkade till 1995 med 14 möten innan den lades ned bl.a. p.g.a. tveksamheter om sponsorsverksamhet till läkaraktiviteter av detta slag.

## **Handledarkursen i Hjo – en pedagogisk idékurs**

Inom ramen för NLV:s efterutbildningsutredning genomförde en särskild arbetsgrupp (GREIA) under åren 1976 – 78 en serie försök med decentraliserad efterutbildning för allmänläkare (se nedan om detta i Mittenälvsborg). I februari 1980 beviljade provinsiälläkarfonden medel för planering, genomförande och utvärdering av en pedagogisk idékurs för allmänläkare. Kursledning var två pedagoger (en var Ulla Riis) och två allmänläkare (Lennart Råstam och Bengt Dahlin).

Kursen var deltagarstyrd och problemorienterad – något helt nytt för deltagarna man kan som handledare aldrig förutse hur en deltagarstyrd kurs skall komma att utformas. Under planeringsarbetet fungerade de båda pedagogerna som lärare och de två distriktsläkarna som fick vara kursdeltagare. En något chockande och ovanlig upplevelse för kursdeltagarna, som sedan skulle överföras till deltagarna i Hjo-kursen.

Kursdeltagarna i Hjo-kursen utsågs av de lokala distriktsläkarföreningarna. Gustav Haglund deltog som representant för den kommande kursgivarkursen i Frostavallen.

Kursen inleddes med en paneldiskussion med representanter för landstingsförbundet, socialstyrelsen, NLV och Läkarförbundet med avsikt att presentera de ramar som gällde för framtida efter- och vidareutbildning. Kursens vidare arbete styrdes mycket av den veckan före kursen offentliggjorda AGA-rapporten. Speciellt uppfattade kursdeltagarna ett krav på att självständigt och lokalt genomföra handledarutbildning som svårt. Detta innebar en god grund för en problemorienterad pedagogisk metodik. Efterhand som deltagarna började finna att inom kursen fanns de resurser som behövs för att finna lösningar på de gemensamma stora problemen lättade den under tredje dagen dystra stämningen och man fann många konstruktiva lösningar i det avslutande grupparbetet. Lösningarna var

- Ett underlag för hur man lägger upp planeringen av en handledarkurs.
- En strukturerad modell för handledning av FV-läkare.
- Ett program för efterutbildning lokalt för distriktsläkare i allmänmedicin.

Slutresultatet blev fyra mycket högvärdiga och pedagogiskt väl genomarbetade produkter.

### **Handledarkurser för allmänläkare i Älvsborgs läns landsting**

I en skrivelse i april 1981 från landstingskansliet undertecknad Henric Hultin, sjukvårdschef sägs.

Efter överläggningar med SÖV-gruppen har gemensamt gjorts följande bedömning.

Ett första skede med utbildning av handledare för de kommande handledarna bör snarast komma till stånd. I samverkan med Värmlandsläns landsting.

Antalet deltagare i planerade kurser i skede 1 blir 10 distriktsläkare förutom kursledarna.

En modifierad handledarutbildning har övervägts.

I nästa skede (1982), då den förändrade vidareutbildningen för allmänläkare kommer att vara i kraft, krävs betydande ökning av löneanslagen inom primärvårdsblocken med hänsyn till den utvidgade tjänstgöringen inom primärvården kommer att ske parallellt med motsvarande kortare utbildningstjänstgöring för nu påbörjade FV-block.

Sjukvårdsstyrelsen föreslås att besluta att medge förberedelser för förändrad vidareutbildning för allmänläkare med handledarkurser enligt givna förutsättningar och att begära ökade löneanslag och omkostnader för genomförandet.

### **Allmänmedicinkurser**

#### **Kurs i allmänmedicin för kursgivare**

Gustav Haglund anordnade i NLV:s regi (Nämnden för läkares vidareutbildning) i januari 1981 i Frostavallen i Höör en kurs i allmänmedicin för allmänläkare. Där diskuterades

- Primärvårdens ansvar, innehåll och avgränsning
- Vårdlaget
- Kontinuitet
- Primärvårdens kvalitet
- Vårdprogram

Man ansåg att en obligatorisk kurs i allmänmedicin bör ingå i läkarnas fortsatta vidareutbildningen (FV). Den skulle

- Presentera allmänmedicinens ansvarsområde
- Vad som är specifikt för allmänläkarens arbete
- Hur allmänmedicinaren ska utöka sina kunskaper för hälsoansvaret

Kursen resulterade i att Bengt Dahlin och Olle Lyngstam anordnade fyra NLV-kurser i Lerum i allmänmedicin med de tema som Frostavallskursens deltagare antog.

#### **NLV-kurser i allmänmedicin i Lerum**

I Lerum anordnades första kursen 1983, som följdes av ytterligare tre kurser. Huvudman var NLV. Kursledning var Bengt Dahlin och Lennart Råstam. Kurserna hade 25 deltagare, de flesta FV-läkare. Kursen syftade inte till att ge traditionell medicinsk kunskap utan att ge insikt i allmänmedicinens dåvarande ansvarsområden, innehåll och arbetsformer. Målet för kursledningen var att stärka kursdeltagarnas allmänmedicinska identitet, som på den tiden var

ganska obefintlig. Det var en ideologikurs. Mottot var. Not how to do things right but how to do the right things. Som studieobjekt hade vi Lerums primärvårdsområde och dess befattningshavare. Flera grupparbeten byggde på intervjuer och studier på vårdcentralerna. Före kursstart fick kursdeltagarna skriva en liten ”uppsats” om hur de upplevde primärvårdens arbetsuppgifter och möjligheter, vilket gav bra insikt om blivande allmänläkares syn på verkligheten. Kursen omfattade moment som relaterade till primärvårdens mål. Den avslutades med att deltagarna fick lista i angelägenhetsgrad allmänmedicinens kvalitetsfaktorer. Prioriteringen varierade något för de olika kurserna men i stort sett var de lika. Här första kursens lista.

1. Bra utbildning – kunskap.
2. Kontinuitet.
3. Helhetssyn.
4. Lättillgänglighet.
5. Samverkan.
6. Psykologiskt omhändertagande.
7. God organisation.
8. Lokalkännedom.
9. Kostnadsmedvetande.
10. Närhet.
11. Tid.
12. Goda resurser.
13. Egenvård.
14. Möjlighet till prevention.

Kursledningen gav förväntningar om framtiden som aldrig kunde infrias, som vi sett i denna historiebrevning. ”Gamla kursdeltagare” har vittnat om det. Verkligheten och vardagens grottekvarn dränkte många av deras ambitioner och framtidsdrömmar om sitt blivande yrke.

## **Kontakter med universitetet**

### **Calle Bengtsson**

Den 1 juli 1983 inrättades en professur i allmänmedicin vid universitetet i Göteborg. Den förenades med en tjänst som distriktsläkare vid Olskrokens vårdcentral. Dess förste innehavare blev Calle Bengtsson.

*Om Calle Bengtsson: Född 1934, utnämnd till professor i allmänmedicin 1985. 1968 startade han den s.k. Kvinnoundersökningen, en populationsundersökning av kvinnor i Göteborg. Under årens lopp, baserade på undersökningen, har 24 avhandlingar presenterats och mer än 300 vetenskapliga artiklar. 2005 promoverades Calle Bengtsson till medicine hedersdoktor vid Tammerfors universitet i Finland. Motiveringen var bl. a. "är en banbrytare inom området kvinnohälsovård". Sedan 1999 är Calle Bengtsson professor emeritus.*

Calle Bengtsson kom att bli en länk mellan vårdcentralerna i regionen och universitetet. Han engagerade sig i det FoU-arbete som pågick vid de FoU-enheter som etablerats i regionen inte minst den i Lerum. Hans kontakt med allmänläkarna etablerades också i Västsvenska allmänläkarklubben. Dessa positiva kontakter gjorde det möjligt att rekrytera entusiastiska handledare till de utbildningsinsatser i allmänmedicin som växte fram under Calle Bengtssons tid som professor i Göteborg.

### **Strategi 90**

Medicinska fakultetens vid Göteborgs universitet undervisningsplanering handlades från 1990 av en Grundutbildningsnämnd (GUN). Bengt Dahlin (BD) var ledamot som yrkeslivsrepresentant. Nämnden ordförande Bo Samuelsson (senare rektor för universitetet) hade ambitioner att positivt förändra pedagogiken i den grundläggande läkarutbildningen. BD fann snart att utbildningens uppläggning i stort inte förändrats sedan han fick sin grundutbildning 40 år tidigare vid dåvarande Medicinska Högskolan i Göteborg.

Fakulteten hade antagit en "Strategi 90", som bland mycket annat också innebar en längre sammanhängande praktisk tjänstgöring och ökad öppenvårdskontakt. För att genomföra strategin utarbetades ett "pedagogiskt handlingsprogram", som antogs 1991. Detta innebar att undervisningen skall styras in på mer självaktiverande, problemorienterade former. Gruppundervisning skall prioriteras framför föreläsningar. M.m.

Programmet kändes igen från BDs kontakter med Ulla Riis och den problemorienterade undervisning för allmänläkare hon propagerat för. Men viktigare var att ta till var tanken på närmare kontakt med öppenvården. Studenterna hade sedan länge en vecka i primärvården men först under termin 10. Den organiserades av Allmänmedicininstitutionen. Det var bra men alltför sent. Studenterna var då helt präglade av slutenvårdstjänstgöringarna.

GUN beslöt att 1991-03-05 tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att utreda förutsättningarna för ett samarbete mellan institutionen för geriatrik och långvårdsmedicin, som haft kursen i klinisk propedeutik och allmänmedicinska institutionen samt kursen i Medicinsk psykologi. Arbetsgruppens (ledd av Bengt Dahlin, Cecilia Björkerud och Annika Skott) strategi var att skapa ett nytt "gemensamt revir" för de ingående intressenterna och detta skulle manifesteras i en gemensam målbeskrivning. Det blev en helt ny kurs, "Kurs i konsultationskunskap", som blev inledning till den kliniska utbildningen på termin 5. I kursen ingick de tidigare momenten klinisk undersökningsmetodik och medicinsk psykologi med tillägg av två nya moment (som BD drev på för) primärvård/allmänmedicin och medicinsk informatik. En vecka av den sex veckor långa kursen skulle göras ute på vårdcentralerna i regionen. Distriktsläkarna blev handledare i grundutbildningen och studenterna kunde tidigt "präglas" av allmänläkarens arbetssätt.

### **Kursen i Konsultationskunskap**

Konsultationen är en central arbetsmetod i läkaryrket. Den omfattar mötet mellan patient och läkare i alla dess aspekter. Hur samtalet mellan läkare och patient skulle föras fick studenterna lära sig en vecka i Åh, då man använde videostödd undervisning.

Konsultationens kärna är för läkaren den diagnostiska processen. Som metod liknar den ett problem- och hypotestestande vetenskapligt arbetssätt, vilket också var inskrivet som en grund i

Strategi 90. Först definierar man problemet mot bakgrund av patientens beskrivning av sina symtom och övriga anamnestiska data. Därur får man en eller flera hypoteser/preliminära diagnoser, som testas med t.ex. laboratorie- och röntgen undersökningar. Man gör en bedömning som leder till behandling/ar av olika slag. Processen, som läsaren känner igen från den problemorienterade journalen, POMR, kan sammanfattas i bokstäverna SOAP – Subjektivt (patientens beskrivning), Objektivt (olika undersökningsfynd), Analys (läkarens bedömning av S och O) samt Planering (läkarens fortsatta handläggning som kan vara behandling av olika slag eller fortsatt utredning av problemet/en).

Det hela skall beskrivas i patientjournalen och är grundläggande för journalens uppbyggnad, där den problemorienterade journalen (POMR) kan vara en form av journaluppbyggnad (se tidigare om POMR). I kursen undervisades också om datorstöd i journalföringen. Sahlgrenska hade börjat använda Melior som journalprogram.

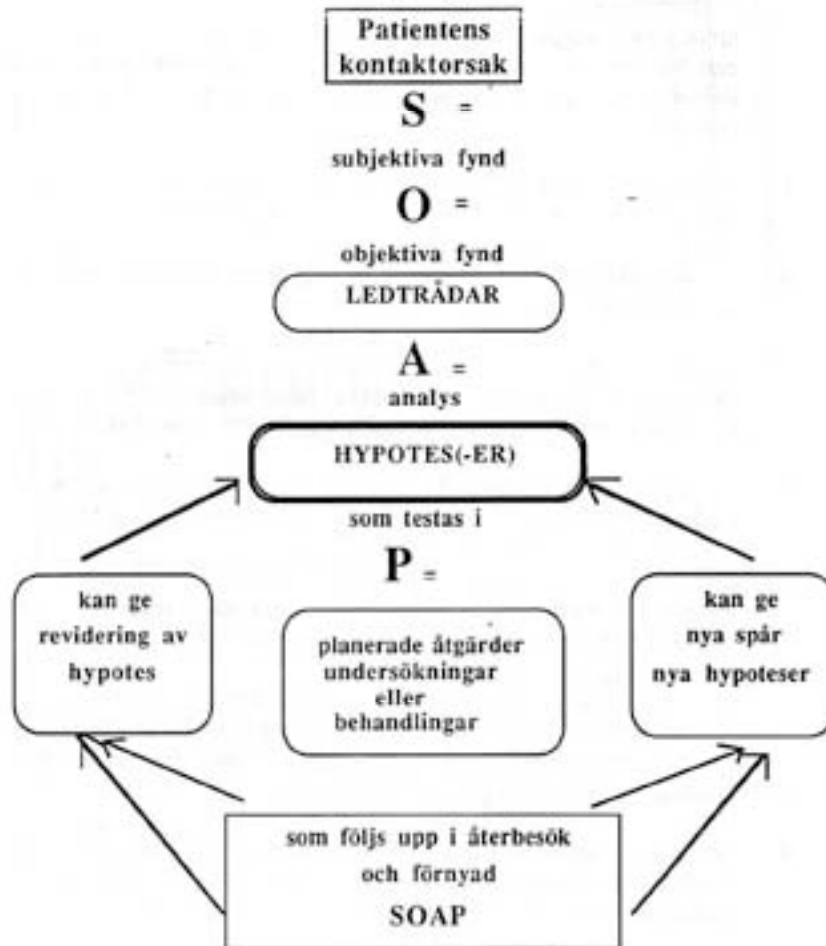
### Konsultationen



## Den diagnostiska processen

### Den diagnostiska processen

#### – ett vetenskapligt arbetssätt –



### Primärvården och Konsultationskursen

De distriktsläkare som åtog sig att ha studenter på sin mottagning fick särskild handledarutbildning inte minst i samtalsmetodiken och videohandledning som ingick i pedagogiken. I Mittenälvsborg var Lerums och Noltorps vårdcentraler och deras läkare engagerade i utbildningen, speciellt kan nämnas Olof Wik och Kerstin Holmberg.

En students upplevelse av kursen i konsultationskunskap (Anna-Karin Forsell)

*" Mycket sker i kursen - och det sker annorlunda.*

*Att så mycket kan ske inom loppet av tio veckor är fascinerande, att få möjlighet att växa starkare både i rollen som blivande läkare och som individ är unikt. För oss studenter är kursen ovärderlig och till stor hjälp för både oss själva och de människor vi möter.*

*Det är inte en lätt kurs, den är så olik alla andra kurser i läkarutbildningen. Därför blev det en ganska omtumlande start, ingen av oss var riktigt säker på hur vi skulle förhålla oss till den humanism som präglade kursen.*

*När jag frågat mina kurskamrater om intrycken av de första dagarna detta, har jag fått svar som alla beskriver en viss frustration under föreläsningarna.*

*Där satt vi en skock studenter som, för att klara tentamen på bästa sätt, var vana vid att anteckna allt för att sedan lära oss föreläsarens ord exakt utantill. Nu stod någon framme vid katedern och sa till oss att inte glömma bort vad livet i övrigt har att erbjuda, att läsa*

skönlitteratur eller gå på teater, då det är människor vi ska möta och inte bara en kropp med krämpor.

Vad skulle man ta för anteckningar på det?

Gruppundervisning

Så blev det dags för första gruppundervisningen. Handledaren bad oss göra en kort presentation av oss själva och samtidigt berätta vad vi hade för förväntningar på kursen.

När det blev min tur så kunde jag inte hålla tillbaka »jag är så rädd!, varvid ett befriande och förlösande skratt steg upp i rummet.

Naturligtvis var det inte bara jag som var rädd, alla var rädda. Ingen kände sig redo för detta. Här hade vi för en vecka sedan tenterat i patologi och nu skulle vi plötsligt ut och möta verkligheten. Och tyvärr, får jag väl tillägga, är det en verklighet som inte varit den medicinstuderandes under de första två åren av utbildningen.

Ett privilegium

När den första skrällen hade lagt sig så insåg man vilket privilegium det är att få möta människor under livets alla skeden. Det fantastiska att en människas behov av att få tala med någon är så stort och att den vita rocken, om än hängandes över en kandidats axlar, inger förtroende till öppenhet. Att varje människa är unik och att det inte går att dra alla över samma kam är något som står klarare och klarare för varje dag.

På gruppundervisningarna fick alla funderingar flöda fritt i rummet. Det fanns verkligen ett behov av att få diskutera vad som hänt på vårdcentralen eller på avdelningen.

Efter hand insåg vi att det inte var så skrämmande att prata med patienter, det gick ju faktiskt riktigt bra, och inte blev de arga heller ifall man sa något alldeles galet enligt »mallen« för en konsultation.

Internatvecka höjdpunkten

Alla studenter är helt överens om att höjdpunkten på kursen utgörs av internatveckan på Åh stiftsgård.

I mindre grupper fick vi öva att lyssna och agera i ett samtal. Det hela spelades in på video och efteråt gick vi igenom samtalet med vägledning av en handledare.

Hur snabbt kan inte ett samtal ändra fikning beroende på vilket gensvar lyssnaren ger!

Att på video få se hur tydligt ens kroppsspråk är och få följa hur ett samtal svänger upp och ned i »djuphetsgrad« är otroligt lärorikt. En reaktion jag trodde att jag inte visade lyste glasklart igenom.

Dessa timmar gav så otroligt mycket så man inte förstod det själv när man var mitt upp i det. Det krävdes ganska mycket tid efteråt för att smälta alla nya intryck.

Vad man lägger in får man ut

Kursen i konsultationskunskap är inte skapad efter en mall på hur kandidater fungerar. Den ger individen utrymme att utvecklas. Alla startar från olika nivåer och hur framgångsrikt det blir beror på varje persons ork till eftertanke om sig själv.

Detta är konsultationskunskapens stora styrka, men likaså dess stora svaghet. Vad man som student lägger in får man också ut.

Hur man reagerar och vad det betyder

Om jag nu tänker tillbaka på våren så börjar jag undra vad vi gjorde egentligen. Inte var det föreläsningar hela dagarna, inte var det så många obligatoriska moment så att man inte hann med något annat.

Hur kommer det sig då att det första som slår en är att man var så otroligt trött varje dag?

Jag tror alla i min kurs har sagt samma sak, att när man kom hem efter en dag på vårdcentral eller avdelning så var alla krafter slut. På sin höjd halvsov man framför TV:n innan man gick till sängs och sov som en stock tills klockan ringde nästa morgon.

Varför denna trötthet frågar man sig då? Ja, reflektion kräver både utrymme och tid. Och det måste det få göra! Insikt och utveckling kommer inte över en natt. Kanske först nu efteråt inser man att dessa to veckor är en mycket viktig länk mellan preklinisk och klinisk:

Att få pröva och öva. Lite trevande få finna sitt eget sätt, sin egen väg att följa.

För det är ju så att konsultationskunskapen är en kurs som inte slutar efter en halv termin, den utgör en grund för fortsatt utveckling på egen hand.”

## Tidig yrkeskontakt

Redan när konsultationskursen planerades diskuterades möjligheten av att studenterna skulle få kontakt med primärvården redan från utbildningsstarten. Man kom då inte längre än till att

nämna primärvården i introduktionsveckan. Men man fortsatte ansträngningarna att föra in primärvården tidigt i läkarutbildningen. Man hämtade in kunskap från både Sverige och utomlands. Redan 1986 introducerade Hälsouniversitetet i Linköping en kurs, "Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst. Därefter kom Umeå med "Tillämpad medicin", Lund med "Tidig patientkontakt", Uppsala med "Patient-läkarrelationen" och Karolinska institutet med "Doktorsskolan". Avd. för Allmänmedicin i Göteborg fick uppdraget att skapa en ny kurs som delvis tog innehållet från kursen i Konsultationskunskap.

Höstterminen 2001 startade så en 4-poängs kurs, Kursen i tidigyrkeskunskap (TYK) vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. TYK gav första terminen en inblick i läkarrollen. Under andra terminen betonades övriga personalgruppers arbete. Tredje och fjärde terminen innehöll träning i att göra patientintervjuer, lättare kliniska undersökningar och att skriva kortare journaltexter. Teraturens betydelse för läkare, relationer och samarbete med fokus på genusperspektivet, medicinsk idé- och lärdomshistoria, läkarrollen förr och nu samt mångkulturell vård.

Handledarna rekryterades från frivilligt anmälda, vars arbetsplatser fick ekonomisk ersättning för utbildningsinsatsen.

Utvärderingar av kurserna Ett flertal utvärderingar har gjorts av de enskilda kurserna och av lärar-/handledarinsatsen vid kurserna.. Här några citat ur dessa:

Allmänmedicin, nummer 3, 2006. Studien visade att "positiva" handledare anger en blandning av personliga och strukturella villkor som avgörande för hur den egna inställningen är till handledarskapet och hur väl undervisningen faller ut.

*"Undervisningen i primärvården ger studenterna en positiv uppfattning av allmänmedicin och många kanddataer växer, både personligt och intellektuellt, under en tid på vårdcentral."*

*"Om man vill påverka något för framtiden så är undervisning ett fantastiskt instrument."*

Läkartidningen nr 36, 2006.

*"Göteborgs läkarstudenter har efter tjänstgöring på vårdcentral frekvent och eftertryckligt uttryckt önskemål om "mer tid på vårdcentral". Tjänstgöringen uppfattas som relevant, lärorik och personlig. Allmänläkarna får genomgående mycket goda omdömen som handledare."*

### **Bengt Mattsson**

Bengt Mattsson efterträdde 1999 Calle Bengtsson som professor i allmänmedicin. Man hade nu flyttat från Institutet på Vasa sjukhus till Anedalsklinikerna strax intill Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Bengt Mattsson började sin bana med allmänmedicin men blev intresserad av psykiatri på vägen och slutade utbildningen som leg. Specialist i psykiatri. 1970 – 1978 jobbade han som psykiater och blev intresserad av den neurologiska sjukdomen "chorea, Huntingtons sjukdom" – s. k. danssjuka. Han skrev 1974 en avhandling om denna sjukdom. Han flyttade till Umeå och fanns på plats när den första universitetstjänsten i allmänmedicin annonserades ut och som han fick på halvtid samtidigt arbetade han som allmänläkare i Robertsfors. Även som professor i Göteborg fortsatte han som distriktsläkare i Hjällbo en dag i veckan.

Bengt Mattsson har fortsatt i Calle Bengtssons spår med nära och god kontakt med allmänläkarna i regionen. Många doktorander har tillförts avdelningen och Bengt Mattssons inriktning på psykosomatik har vidareutvecklat fokuseringen på mötet patient/läkare i allmänmedicin.

### **Cecilia Björkelund**

Ytterligare en professor i tillfördes allmänmedicin i Göteborg efter Calle Bengtssons avgång. Cecilia Björkelund, övertog ansvaret för populationsstudien Kvinnoundersökningen men också institutionschefskapet.

Första 10 åren som allmänläkarspecialist arbetade hon som distriktsläkare i Strömstad. Där blev hon intresserad av förebyggande hälsoarbete och skrev en avhandling om detta



,”Strömstadsprojektet”, som fokuserade på problemet med högr hjärt- kärlsjukdomsfrekvens hos kvinnor i orra Bohuslän.. Projektet föll väl ut och har följt av flera nya.

Eftersom cecilia Björkelund är ”genuin” allmänläkare bleväven hon viktig för kontakten allmänläkare i regionen och universitetet. Hon var an av de som planerade och genomförde kursen i Konsultationskunskap.

## Distriktssköterskans utbildning

Distriktssköterskans utbildning kom under 1970-talet att förändras från att ha varit en påbyggnadskurs på 3 1/2 år till sjuksköterskeutbildningen med en tilläggskurs i Stockholm till att bli knuten till högskoleutbildningen 1977 (Vård-77). Solweig Kärman fanns som lärare på vårdhögskolan under denna omvälvande utvecklingsfas. Man beslutade bl.a. att utbilda de blivande distriktssköterskorna med en 40-poängskurs (2 terminer). 20 poäng knöts till barnhälsovård och 20 poäng till socialmedicin. Utbildningen skulle vara forskningsanknuten och ha en vetenskaplig grund. Målsättning var att de flesta lärarna skulle vara disputerade. Den nya utbildningen kom att få stor betydelse för distriktssköterskornas framtida arbete som blivit allt mer självständigt med stark inriktning mot socialmedicin. Distriktssköterskorna kunde börja forska genom att utbildningen senare knöts till universitetet. 1982 kom man igång med en utbildning på 80-poäng, vilken byggde på att studenterna hade en undersköterske- alt. Mentalutbildning som grund. Åter ändrades utbildningen mot omvårdnad knuten till institution för vårdvetenskap 1998. Grundutbildningen omfattade 120 poäng. För att bli distriktssköterske fick man gå en tilläggsutbildning på 50 poäng. Under början av 2000-talet förbereder man ännu en omorganisation av utbildningen i Göteborg med anknytning till Sahlgrenska Akademin.

Ingegerd Eriksson var under 1970-talet rektor för sjuksköterskeutbildningen i Göteborg fram till 1980. Under hennes ledning lades grunden för ett vetenskapligt förhållningssätt i utbildningen och utifrån omvårdnad och pedagogik formades disciplinen vårdpedagogik. Hennes insatser för att högre tjänster skulle inrättas och forskning skulle knytas till institutionen resulterade 1987 i att hon fick medaljen Pro Arte et Scientia och år 2000 blev medicine hedersdoktor vid Göteborgs universitet.

## Pumphuset ger sjuksköterskor i Mittenälvsborg fortbildning

Ulla Wessman berättade i Vårdsidor nr. 2 år 2001.

Ett gammalt pumphus vid Alingsås Energi hade iordninggjorts till föreläsningssal. Där startade sjuksköterskorna sina fortbildningar, därav namnet Pumphusutbildningar.

*"Det var sjuksköterskorna själva som tog initiativet att begära regelbundna fortbildningsdagar av primärvårdsledningen, som var positiv och tyckte detta var viktigt.*

*Rangordning av ämnesområden*

*Uptakten blev två utbildningstillfällen i VIPS, som är en nationell modell för omvårdnadsdokumentation. Modellen infördes i den datoriserade omvårdnadsjournalen.*

*Rose-Marie Harrysson, som då ansvarade för vårdutvecklingen för sjuksköterskorna i området, berättar att det därefter genomfördes en inventering för att se vilka fortbildningsbehov som fanns. Det kom in en mängd olika ämnesområden och bland dessa gjordes en prioritering.*

*- Vi har haft föreläsare vid varje tillfälle, förutom när våra egna sjuksköterskor inom området berättade om vad de arbetade med. Många har ju specialiserat sig inom t ex diabetes, astma, inkontinens och det var mycket intressant att kunna delge varandra sina specifika kunskaper.*

*Under förra året har föreläsningar skett i telefonrådgivningens anda, då denna arbetsuppgift är av stor betydelse för befolkningen och en tung och ansvarsfull arbetsuppgift för våra sjuksköterskor.*

*Stor respons och uppskattning*

*Efter första året genomfördes en utvärdering som alltigenom blev mycket positiv.*

*- Alla utbildningstillfällen har varit välbesökta och sjuksköterskorna har vid upprepade tillfällen visat uppskattning för våra utbildningseftermiddagar, säger Rose-Marie. Av utvärderingen framkom att det vore önskvärt att få en större lokal, då Pumphuset var mer än välfyllt. Man hade också synpunkter på att få en dubblering av föreläsningarna, så att alla kunde få ta del av all utbildning.*

*En dubblering skedde under februari månad, då sjukhusprästen Daniel Brattgård talade om "Etik och moral- "*

*- Föreläsningarna är jättebra oc det är positivt att vi själva får välja ämnen och att man dubblerar föreläsningarna. Det är trevligt och nyttigt att träffa kollegor från de andra vårdcentralerna i Mittenälvsborg", säger distriktssköterskan Ulla Blomberg, Lerum.*