

En internationell konferens om familjemedicin

Claes-Göran Westrin

WONCA, en världsorganisation för allmän- och familjeläkare höll i maj 1983 sin tionde storkonferens i Singapore. Den gav ett helhetsintryck av vitalitet och nytänkande och av att det verkligen finns go i västvärldens allmänmedicin. Det starka intresse för organisations- och utbildningsfrågor (43 % av samtliga bidrag till konferensen) kan dock tolkas som att det trots vitaliteten fortfarande finns en osäkerhet om allmänläkarnas yrkesroll och ansvarsområde.

Claes-Göran Westrin är professor i socialmedicin vid Uppsala universitet.

Följande artikel redovisar intryck från den 10:e WONCA-konferensen som ägde rum 20–24 maj 1983 i Singapore. WONCA är uttytt World Organization of National Colleges, Academies and Academy Associations of General Practitioner/Family physicians. Det är en organisation som avser att samla världens allmänläkare. Den är relativt ung och bildades inte formellt förrän i början av 1970-talet. Den nu aktuella konferensen hade enligt uppgift samlat c:a 1 300 delegater från 35 länder. En studie av deltagarlistan visar att de största delegationerna kom från Canada (c:a 190), Australien (c:a 170), Storbritannien och Sydafrika (c:a 90 vardera). Därefter kom faktiskt i storlek den svenska delegationen med 75 deltagare, fler än värdlandet Singapore (c:a 70) och USA (67!). U-länderna, också i sydostasienregionen var svagt representerade – Indien med 6 deltagare, Indonesien med 8 och Thailand med 5. Av östblocket representerades endast Ungern med 4 deltagare.

Storleken av den svenska delegationen vittnar om att svensk allmänmedicin seglar i medvind. Man

kan här jämföra med styrkan i representationen för svensk epidemiologi och samhällsmedicin vid den stora internationella epidemiologikonferensen i Edinburgh för 2 år sedan, där den svenska delegationen var en av de minsta, klart underlägsen de nordiska grannländerna och även ett land som Kuwait.

Allmänmedicinens profil

Panoramat av föredrag och diskussionsinlägg vid en internationell konferens berättar något om den aktuella intresseinriktningen inom ett visst område. Man kan försöka tydliggöra huvudtendenserna genom att klassificera föredragen i vissa huvudkategorier. Ett sådant förfarande kan snedvridas av olika faktorer: konferensledningens principer för att acceptera föredrag, bias vid klassifikation osv. Min egen klassificering av WONCA-föredragen jämfördes blint med en erfaren allmänläkares klassifikation av samma urval. Det blev faktiskt en ganska god överensstämmelse.

Den sålunda genomförda klassificeringen resulterade i 166 markeringar för 145 föredrag; i flera fall behandlade respektive bidrag flera olika frågeställningar (*tabell 1*).

De flesta bidragen, 71 st (43 %), gällde, inte oväntat, diagnostik, prevention och terapi vid olika sjukdomsgrupper. Därefter kom 44 bidrag (26 %) för området hälso- och sjukvårdsforskning (utveckling och utvärdering av vårdorganisation och medicinsk teknologi etc). Därefter utbildningsfrågor med 29 bidrag (17 %).

Organisationsutveckling och utbildning inom det egna området svarar för nära hälften (43 %) av bidragen. Ett liknande intresse för nämnda ämnesområden har jag tidigare mött vid psykiatriska kongresser (1). Det skulle vara intressant att känna till det genomsnittliga utrymmet för organisations- och utbildningsfrågor vid tex världskongresser i kardio-

Tabell 1 Ämnesområden Vid WONCA-konferensen
Antal föredrag och panelinledningar: 145

	N	(%)
Diagnostik, prevention och terapi vid olika sjukdomstillstånd	71	43
därav - infektionssjukdomar	(12)	
- hjärt- kärlsjukdomar	(11)	
- förlossningsvård, kvinnosjukdomar	(9)	
- psykiska störningar	(8)	
Hälso- och sjukvårdsforskning (utveckling och utvärdering av vårdorganisation, medicinsk teknologi; vårdideologiska analyser etc)	44	26
Utbildningsfrågor	29	17
Epidemiologi	11	7
Hälsovård, hälsouppllysning, hygien	8	5
Omvårdnadsproblem	3	2

logi och kirurgi. Min gissning är att dessa frågor i sådana sammanhang intar en ganska blygsam plats.

Det ligger nära till hans att koppla en stark upptagenhet av organisations- och utbildningsfrågor till en osäkerhet om den egna yrkesrollen och ansvarsområdet. I det fallet finns ju likheter mellan psykiatri och allmänmedicin, inte minst däri att båda dessa discipliner inom sig rymmer påfallande olika vårdideologier.

Det kan därför vara av särskilt intresse att granska hur olika vårdideologiska inriktningar inom allmänmedicin avspeglades på WONCA-konferensen. I svensk debatt finns tre huvudlinjer när det gäller att definiera allmänmedicinen. En linje är att betona det medicinska ansvaret, att se allmänläkaren som expert på de vanligaste sjukdomarna. En annan linje anknyter till det amerikanska begreppet "family medicine" och betonar husläkar- och familjeläkarinriktningen, inte sällan med särskild betoning av psykosomatiska frågeställningar. En tredje linje är att betona allmänläkaren som samhällsarbetare med ansvar för samhällsmedicin och folkhälsoarbete. I praktiken förekommer givetvis inte någon renodling av någon av dessa linjer men olika vårdideologier kan lägga tonviken vid den ena eller den andra inriktningen.

Alla dessa tre inriktningar fanns förvisso avspeglade vid Singaporekonferensen. Det kan vara svårt att kvantitativt uppskatta deras relativa betydelse.

Sammanställningen i tabell 1 visar dock ett visst men ganska begränsat intresse för folkhälsoaspekterna.

De familjemedicinska idealen redovisades ofta och högtidligt i olika ideologiska deklarationer men avspeglades ganska lite i empiriska undersökningar och mer konkreta material. Undantag gjordes dock bla av intressant holländskt utvecklingsarbete (se nedan). Den stora majoriteten av presentationer utgjordes av ganska konventionella beskrivningar och analyser av diagnostik, prevention och terapi vid olika sjukdomar. Det mesta av det arbete som här presenterades skulle för övrigt kunnat redovisas också utifrån en mer specialistinriktad verksamhet.

Så långt ger den redovisade bilden en slags underlag för en principiell och vårdideologisk diagnos av allmänmedicinens tillstånd, som det avspeglades vid WONCA-konferensen. Diagnosen skulle alltså kunna sammanfattas som bilden av en ganska ospecifik verksamhet kombinerad med tecken på osäkerhet beträffande den egna yrkesrollen och ansvarsområdet.

Men diagnosen kan också ställas från en helt annan aspekt, nämligen i vilket avseende föredragen och konferensen har stimulerande och och representerande vitalitet och nytänkande. Man kan tänka sig att acceptera en operationell definition på allmänmedicinen, "allmänmedicin är vad allmänmedicinare sysslar med".

Med den definitionen blir intrycken av WONCA-konferensen att det verkligen finns go i västvärldens allmänmedicin.

Datoriseringen – en revolution inom hälso- och sjukvården?

En rad olika föredrag gällde den utveckling som pågår när det gäller att nyttiggöra datorisering i hälso- och sjukvård. I ett centralt inlägg av P. R. Grob, professor vid The Epidemiology and Health Care Research Unit, The Robens Institute, University of Surrey, Storbritannien, konstaterades att "det mest dramatiska skeende som berör den medicinska professionen under kommande fem år gäller hur den adapterar sig till de möjligheter som den nya informationsteknologin erbjuder".

Efter att ha tagit del av Grobs och andras bidrag är man nästan benägen att ansluta sig till denna

.....
C:a 4 000 brittiska allmänläkare har på kort tid sammanlänkats i ett informationssystem där de via datorer både kan ta emot och sända stora informationsmängder.
.....

profetia.

Grob redovisade hur nu c:a 4 000 allmänläkare på kort tid sammanlänkats i ett informationssystem där de via datorer både kan ta emot och sända stora informationsmängder. Systemet, Prestel, administreras av det brittiska telefonbolaget och går via det vanliga telefonnätet. "Datorinformationssystemerna" använder sig av enkla inmatningsterminaler och som mottagarterminaler vanliga TV-apparater. Anslutningen betingar den ganska blygsamma kostnaden av 160 pund och väntas falla till 60–80 pund inom en nära framtid!

En rad användningsområden är redan aktuella gällande

- praktisk sjukvård
- administration av vården och vårdorganisation
- undervisning
- forskning och utvecklingsarbete.

I den vanliga sjukvården kan systemet användas för kommunikation mellan allmänläkare-vårdcentraler och sjukhusspecialister för akuta konsultationer. Andra användningsområden är inrapportering och snabb information beträffande biverkningar av mediciner samt information om förgiftningsrisker och förgiftningseffekter. Till den praktiska sjukvården får också räknas uppgiftslämning och information om infektionsläget när det gäller influensa och andra smittsamma sjukdomar etc.

På forskningssidan möjliggör systemet handledning och nära samarbete med olika forskningscentra, litteratursökning och sist men inte minst möjligheter till fortlöpande uppbyggnad av kunskaper om den egna verksamheten, arbetsmetoder, sjukdomspanorama, socialt bakgrundspanorama etc.

När det gäller användning i undervisningen har ett särskilt system, Meshtel, utarbetats, som beskrevs av R. J. Bennison. I en försöksverksamhet har ett antal läkargrupper anslutits till varandra och till ett samordningscentrum. Via terminalen/televisionsap-

paraten presenteras medlemmarna i varje grupp ett problem som man ska försöka lösa. Varje medlem skriver ned sina svar, lämnar originalet till en lokal handledare men behåller sin kopia. Handledaren sprider sedan de olika, anonyma, originalen till andra medlemmar i gruppen. Därpå vidtar en diskussion där gruppen samlas till en gemensam lösning. Denna presenteras sedan för samordningscentrat där de för problemet ansvariga läkarna befinner sig. I den fortsatta processen kan sedan respektive grupper och individer jämföra sina lösningar både med vad som kommit fram som "vanliga" lösningar och med "experternas" rekommendationer.

Metodiken uppges hittills ha gjort succé av flera skäl. Den ger ett utrymme för egen aktivitet men också för de subjektiva moment som finns i all diagnostik och terapi, inte minst i primärvården. Vidare finns ett inslag av lek och tävling i denna försöksverksamhet med möjligheter till en förhöjd självkänsla hos den individ som kan uppleva att han ligger närmast vad som är "det nationella sättet att lösa ett problem".

De här redovisade bidragen var enligt min uppfattning de mest stimulerande och framåtsyftande när det gällt datoriseringen. Därtill kom emellertid en rad intressanta rapporter om användning av datorer för att sammanfatta och aktualisera informationen om enskilda patienter i det löpande sjukvårdsarbetet. En del av denna verksamhet finns redan i Sverige genom att så mycket av tex vår preventivmedicin (kallelser till hälsokontroller etc) finns i centrala datorer i våra landstingskanslier. Möjligen kan en decentralisering av datorerna till enskilda individer och grupper av individer höja kvaliteten på data och flexibiliteten när det gäller att utnyttja den.

Man avvaktar onekligen med spänning datoriseringsutvecklingen. Kanske kan också socialtjänsten ha en del att vinna både när det gäller den individuella klientbehandlingen och när det gäller att följa upp välfärdsnivån i en kommun?

Kan videotekniken göra yrkesrollen klarare?

För den som var på jakt efter utveckling av vetenskapliga och vårdmässiga metoder erbjöd några holländska projekt från forskningsavdelningen vid Hol-

lands institut för allmänläkare i Utrecht, särskilt intresse. Några olika projekt redovisades av ledaren för denna avdelning, psykologen J. Bensing. Studierna har främst gällt olika aspekter på patientens möte med läkaren och det väsentligt nya har varit ett systematiskt användande av videotekniken.

Bensing konstaterade att den hittills vanliga metodiken för att studera läkares och patienters attityder och beteenden har varit intervju- och enkätmetodik. En viss kunskap kan förvisso samlas in på detta sätt men problemet är att läkare, liksom andra människor, inte alltid gör vad de säger att de gör. Observationstekniken erbjuder här alltså säkrare förutsättningar. I ett tidigare skede var den emellertid alltför klumpig och störande. En allt smidigare och diskretare videoteknik har här skapat nya möjligheter. Man kan bedöma snart sagt alla verbala och icke verbala reaktioner hos både patient och läkare. Tillförlitligheten i bedömningarna kan studeras genom att jämföra olika bedömares klassificering. Vidare kan materialet arkiveras och användas på nytt för nya frågeställningar; konsultationsförloppet är ju bevarat i sin helhet och utan de urvalsprinciper som journaler, olika typer av frågeformulär etc ohjälpligen innebär.

Några stora problem föreligger givetvis, främst integritetsfrågor och kostnadsaspekter. Beträffande integritet kräver förfarandet givetvis ett OK från såväl patienter som läkare. I Holland har man också löst arkiveringsproblemet så att endast den begränsade gruppen av medarbetare vid forskningsinstitutet har tillgång till videoprogrammen. Dessa får heller aldrig användas för undervisningsändamål eller liknande. Självfallet kan de också förstöras när någon av aktörerna så begär.

Varje videogram kostar åtskilligt med pengar. Man har därför systematiskt använt videotekniken för ett antal små undersökningar, bekostade från olika håll. På så sätt har man fått ett videotek som nu omfattar 3 000 konsultationer och som man kan gå in i för olika speciella frågor.

Några undersökningar som på så sätt genomförs presenterades av Bensing.

En studie var en del av ett utvecklingsarbete beträffande ett nytt internationellt klassifikationssystem, Reason-for-Encounter Classification, utarbe-

tat av WHO och avsett att användas i primärvården där den traditionella sjukdomsklassifikationen är tillämplig på sin höjd beträffande hälften av de sökande. Användbarheten, tillförlitligheten, och relevansen i systemet har studerats med videoteknik genom att jämföra olika bedömares sätt att tillämpa klassifikationen. Resultatet var uppmuntrande i den mån man nöjde sig med mycket grova klassificeringsprinciper, tex huruvida en konsultation gällde problem från det ena eller det andra organsystemet (mag-tarm-kanalen, problem från ögat, cirkulations-systemet etc) eller psykologiska eller sociala problem. Analysen kunde också med något så när tillförlitlighet vidgas till att omfatta huruvida konsultationen gällt symptom eller besvär, screeningprocedur, administrativa problem etc. Studien kunde också påvisa att doktors sociala situation och personlighet påverkade bedömningen. En kvinnlig doktor kan i vissa sammanhang (särskilt i vissa länder!) missa alla de psyko-sociala problem som männen egentligen vill söka för.

Andra studier har gällt förloppet av en konsultation och de faktorer som kan påverka densamma. Man har studerat doktorers intresse för att ta upp psykologiska och sociala problem som patienterna aktualiserar. Utifrån undersökarnas egen referensram befinns detta intresse ofta vara i det svagaste laget. En observation var att många doktorer tycks ha lättare att uppmärksamma psyko-sociala problem om patienten tar upp dem i början av konsultationen än om de dröjer till slutet av densamma, då doktorn redan ångar vidare på det somatiska spåret.

Bensing påpekade att tekniken öppnar möjligheter för att studera en rad olika frågeställningar tex

- hur ofta en patient får ett recept, en remiss etc på egen begäran jämfört med att de beordras av doktorn
- i vad mån doktorer kommunicerar olika med män och kvinnor, äldre och yngre, små och större barn etc
- relationen mellan längden på konsultationen och karaktäristika hos en patient och hans klagomål osv

Tekniken ger också möjligheter att få ny kunskap om den stora variansen mellan olika doktorer när det gällt klassifikationen av besvär och sjukdomar.

Liksom datoriseringen tycks videotekniken vara på segertåg över världen. En i viss mån likartad studie hade genomförts av A. L. A. Reid ifrån University of New Castle, New South Wales i Australien. I detta fall försökte man studera sambandet mellan å ena sidan kontakten mellan läkare och patient å andra sidan patientens tillfredsställelse med konsultationen samt hans compliance, dvs benägenhet att följa givna rekommendationer. Studien gav, så vitt jag kunde förstå, inga entydiga svar på den uppställda frågeställningen utan fick mer ses som en metodstudie. Ett resultat var att ytterligare metodutveckling måste ske när det gäller att beskriva förloppet vid en konsultation.

Socialmedicin i Singapore

Singaporeresan var arrangerad som en gruppresan med bestämt ankomst- och avresedatum. Tiden medgav också möjlighet att följa arbetet vid den socialmedicinska institutionen vid Singapores universitet. Dess ledare, professor W. O. Phoon är en central figur i den sydöstasiatiska samhälls- och miljömedicinen.

Institutionens inriktning omfattar dels vad som i Sverige åligger institutionen för hygien och yrkesmedicin, dels stora delar av den svenska socialmedicinen, med undantag egentligen bara för patientinriktat arbete, då sådant förekommer i Sverige. Man sysselsätter åtskilliga akademiska lärare, varav ett flertal professorer, har gästforskare från hela världen osv. Institutionens ansvar gäller i första hand medicinarundervisningen liksom forskarutbildning vartill kommer fri forskning och uppdragsforskning främst för olika nationella och internationella organisationer.

Undervisningen i socialmedicin och hygien löper som en tråd genom hela medicinarutbildningen. Därtill finns 4 veckor helt reserverade för projektarbeten. Vid vårt besök redovisades ett sådant projekt som gällde hälsoarbete i ett lokalsamhälle i Singapore. De frågeställningar som togs upp, de analyser som genomfördes korresponderade på ett förbluffande gott sätt med vad som aktualiserats i den svenska diskussionen (2).

Projektredovisningen var bländande. Man skulle önska att man i Sverige hade möjlighet att på samma sätt helt disponera studenter för en motsvarande

period. Men det skulle också krävas en utbildad stab av Singaporeinstitutionens storlek – möjligen också något mer motiverade studenter än vad vi har i vårt land.

De forskningsprojekt vi kunde ta del av vid vårt besök täckte ett brett spektrum, bl a

- problem med urbaniseringen (enorma inom Singaporeregionen)
- konsekvenser för hälsan av förändrad livsstil (tex rök- och alkoholvanor, attityd till amning)
- olika epidemiologiska frågeställningar (cancer-epidemiologi, cardioavascular epidemiologi, tuberculos, könssjukdomar)
- nya aspekter på hälso- och sjukvårdsorganisationen tex betydelsen av den traditionella medicinen i Singapore; de äldres hälsoproblem i samhället (ökar också i Singapore!); bristande uppföljning av sjukdomstillstånd; försummelse att söka för diagnos och behandling; ovilja att utnyttja medicinska resurser.

Ett exempel i sista avseendet var en traditionell kinesisk läkare som gick och drog med en aktiv lungtuberkulos. Ett annat exempel en gammal dam med cancer i livmoderhalsen som vägrade behandling därför att hon ansåg att man inte skulle ingripa mot sitt "öde".

- teknik för hälsoupplýsning
- sociala förändringars betydelse för medicinska problem (bl a självmordsproblemen)
- yrkesmedicin

Den höga intensiteten och anknytningen till nya problem underströks av uppgifter om en av våra medbesökare. Han representerade ett stort amerikanskt företag som specialiserat sig på informationsteknik. Han kunde nu erbjuda möjligheter att direkt överföra resultatet av tex EKG, EEG etc till framstående specialister i USA för omedelbar tolkning.

Denna slutvinjett från besöket på den samhällsmedicinska institutionen i Singapore blev på så sätt en tydlig illustration till vad som i varje fall jag själv uppfattade som huvudtemat vid WONCA, teknikens alltmer omfattande utmaningar.

Och dert är kanske just i utvecklingen av denna teknik, och inte i någon gröna våg-romantik, som primärvårdens, och därmed allmänmedicinens, stora möjlighet att finna.