

Utbildning inom primärvård under läkarutbildningen

Carl-Gunnar Eriksson

Utbildningsfrågan har hög aktualitet för primärvården. Skall den pågående satsningen på hälso- och sjukvård utanför sjukhusen kunna genomföras fordras personal med nödvändiga kunskaper, erfarenheter och attityder. Morgondagens allmänläkare grundutbildas idag, men garanteras ännu ingen praktisk erfarenhet av primärvård förrän de befinner sig där i självständigt arbete under AT-tjänstgöringen. Sverige ligger här långt efter många länder. Carl-Gunnar Eriksson, klin.am. vid socialmedicinska institutionen, Umeå berättar i artikeln om ett försök med primärvårdsundervisning under fjärde studieåret i läkarutbildningen. Det finns mycket positivt att bjuda kandidaterna på genom att låta dem följa distriktssköterskans arbete och hela vårdcentralens sätt att möta människor med hälsoproblem. Dessutom finns utmärkte lärarkrafter dolda bland primärvårdens folk.

De senaste årens sjukvårdspolitik har inneburit en ökad satsning på hälso- och sjukvård utanför sjukhusen. I Förstudien om Primärvård (16) framhålls som huvuduppgift för primärvården att möta hälso- och sjukvårdsbehoven i nära anslutning till och med kunskap om den miljö där människor lever och verkar. Förebyggande av ohälsa framhålls även som en viktig del av verksamheten inom primärvården. Personalen skall dessutom genom information och yrkesmässigt stöd hjälpa människor att på egen hand klara av vardagliga vårdbehov.

För att kunna genomföra dessa viktiga planer så behöver primärvården ändamålsenliga verksamhetsformer och lokaler. Centralt är givetvis även frågan om vilken personal som skall arbeta där och vilken utbildning och vilka erfarenheter som perso-

nalen behöver för att bäst kunna vara till nytta vid lösandet av befolkningens hälsoproblem. Denna artikel skall begränsa sig till utbildningen av läkare trots att utbildningsfrågan är aktuell även för alla andra personalkategorier inom primärvården. Framtidens primärvård är beroende av dagens utbildning. Insatser från hela personalgruppen behövs i förverkligandet av planerna för framtidens primärvård.

Allmänläkarens speciella profil

Den svenska grundutbildningen för läkare har varit helt inriktad på att utbilda blivande specialister. Den har alltid varit lokaliserad till högspecialiserade universitetssjukhus. Allmänläkarens arbetsuppgifter ställer i många avseenden andra krav på dem än vad specialistläkares arbete gör (15). Specialisten har begränsat sin verksamhet med avseende på patienternas ålder, kön, sjukdomsgrupp, sjukt organ, undersökningsmetod eller behandlingsmetod. Allmänläkarrollen är däremot helhetsinriktad. Specialisten begränsar sig ofta till sjukdomen som biologisk företeelse (disease) medan allmänläkare inte kan undgå att beakta den upplevda sjukdomen hos patienten (illness) och sjukdomen som social företeelse (sickness).

Primärvårdsundervisningen internationellt

I Sverige har inte primärvårdens plats inom läkarens grundutbildning diskuterats. AT-tjänstgöringen gör att alla läkare kommer ut en period men handledningsmöjligheterna har varit mycket be-

.....
Framtidens primärvård är beroende av dagens utbildning
.....

gränsade. Vidareutbildningen har bedömts som mest angelägen ur det kortare perspektivet (20). Översynsutredningen (23) har tillsatt en särskild arbetsgrupp, som skall se över allmänläkarutbildningen, men det behövs en samlad översyn där även grundutbildningen behandlas.

Utomlands har däremot utbildning i primärvård livligt diskuterats och flera olika modeller prövats (6,7,9,11–13,22,26). Stora insatser har gjorts i arbetet med utformningen av kursplaner så att dessa motsvarar befolkningens hälsoproblematik och allmänläkarens möjlighet att möta dessa problem (4,5,14,17,27). Viktigt är även att utbildningen anpassas till framtidens behov (24). De pågående undersökningarna av primärvårdens innehåll och funktion kan bli till stor nytta vid arbetet med målbeskrivningen för allmänläkarutbildningen. En sådan målbeskrivning skall precisera nödvändiga kunskaper, färdigheter och attityder som en allmänläkare bör ha (19,25). Avsaknad av målbeskrivning gör det omöjligt att se om programmet är bra, om satsningen adekvat och effektiv (17).

Olika vägar har prövats. Den svenska allmänläkarutbildningen har som helhet kritiserats för att vara sjukhusfixerad, då bara en mycket liten del av utbildningstiden tillbringas inom primärvården (3). I Norge och Finland tex ger man redan inom grundutbildningen studenterna möjlighet att få erfarenhet av hälso- och sjukvård utanför sjukhusen (1,3,10,27). Utbildningen i Tromsø och Kuopio har utformats så att öppenvård och förebyggande medicin fått stort utrymme (1,27).

Den medicinska undervisningens bidrag till primärvården diskuterades vid AMEE:s (Association for Medical Education in Europe) senaste konferens (2). Där framkom enighet om att vissa grundläggande förutsättningar måste gälla för att en effektiv primärvårdsundervisning skall kunna ske:

- Studenterna måste redan under första eller andra studieåret få kontakt med primärvårdens arbete och patienter.
- Primärvårdens synsätt måste bevakas och följas upp under hela studietiden genom återkommande undervisningsmoment.
- Läkare verksamma inom primärvården används som lärare. Detta har nu genom en lagändring

Den svenska allmänläkarutbildningen har som helhet kritiserats för att vara sjukhusfixerad.

blivit möjligt genom att sk KUSK-tjänster nu kan vara placerade på vårdcentraler.

Sverige då?

Från centralt håll tog UKÄ initiativ för ett par år sedan och gav dåvarande utbildningsnämnderna vid medicinska fakulteten i uppdrag att genomföra försöksverksamhet med primärvårdsundervisning under fjärde studieåret i läkarutbildningen. I Umeå genomfördes detta under hösten 1976–våren 1977. Även på andra håll har man arbetat med frågan. Bl a tjänstgör kandidater ifrån Lund återkommande vid vårdcentraler i Skåne medan det på andra håll görs mer punktvisa insatser under de ordinarie medicin- och kirurgikurserna.

Försöksverksamheten i Umeå

Den allmänna målsättningen var att skapa kännedom, förståelse och färdigheter inom olika delar av primärvården och att skapa förutsättningar för AT-läkaren att möta behoven hos de människor som söker inom primärvården. Försöksverksamheten utformades av Gösta Tibblin och författaren efter samråd med distriktsläkare och distriktssköterskor. Ekonomiskt stöd erhöles från medicinska fakulteten och de tre nordligaste landstingen.

Den mer specifika målsättningen var att ge studenterna möjlighet att inom primärvården studera

- sjukdomspanoramat och besvärspanoramat
- patient-läkarrelationen
- speciella färdigheter inom primär diagnostik och behandling (problemidentifikation, informations-samlade, beslutsfattande, åtgärder)
- preventiv medicin och hälsouppllysning
- organisation och administration inom primärvården.

Socialmedicinska institutionen ger redan under 6:e terminen en propedeutisk kurs där 10 timmar ägnas åt primärvård. Dessa timmar ägnas åt att bl a beskriva vardagen för en distriktssköterska och distriktsläkaren och att betrakta familjen som vården-

Distriktssköterskorna upplever ofta att den färdige läkaren sällan känt till deras funktion och att patienter i många fall inte fått den vård och omvårdnad som de skulle ha kunnat få från distriktssköterskorna.

het. Det var därför naturligt att försöksverksamheten administrerades av socialmedicin där intresse för primärvårdsfrågor redan fanns.

Under *medicinterminen* lades undervisningen upp så att kandidaterna i grupper om 2–3 under en vecka var inriktade på primärvården. På måndag hölls en timmas introduktion, tisdag–torsdag auskultation ute i primärvården och fredag avrapportering och utvärdering av erfarenheterna under någon timma. De tre dagarna i primärvården bestod av två dagar med distriktssköterska och en dag med distriktsläkare. Många olika primärvårdsmottagningar inom Umeå sjukvårdsdistrikt, Skellefteå och Örnsköldsvik tog välvilligt emot kandidaterna.

Kandidaternas värdering av auskultationen inom primärvården var genomgående positiva. Somliga var helt överväldigade över framförallt distriktssköterskornas insatser. Behållningen var både medicinsk och social. Drygt hälften önskade att mer tid hade ägnats åt primärvården. Bredden på uppgifterna inom primärvården gjorde intryck, och flera av kandidaterna upplevde att behandlingen av patienterna utmärktes av en socialmedicinsk helhetssyn på patienten och dennes familj.

Distriktssköterskorna var mycket positiva till att kandidaterna kom och följde deras arbete eftersom distriktssköterskorna ofta upplevt att den färdige läkaren sällan känt till deras funktion och att patienter i många fall inte fått den vård och omvårdnad som de skulle ha kunnat få från distriktssköterskan. De önskade längre tid för att bättre kunna ge kännedom om distriktssköterskans många uppgifter. På flera mottagningar fick kandidaterna följa flera olika distriktssköterskor just för att ge kandidaterna större erfarenhet. Kandidaternas omdöme om distriktssköterskornas insatser var mycket positiva. Man var imponerad av den sociala omvårdnad som patienterna fick.

Distriktsläkarnas inställning till auskultationen var övervägande positiv. Några hade inte så stor möjlighet att ge den handledning de önskade pga stor arbetsbelastning orsakad av vakanser och dålig dimensionering av läkartjänster. Flera kandidater betonade skillnaden mellan regionssjukvården vid Umeå lasarett och den breda insats och det stora område av medicinsk sakkunskap som distriktsläkaren måste behärska. Men trots detta upplevde kandidaterna att det var mycket få patienter som måste remitteras vidare till andra vårdnivåer. Några kandidater undrar hur man klarade sig med de resurser som distriktsläkarna förfogade över. Detta antyder hur ett universitetssjukhus påverkar studenterna till att önska trygghet i form av lab.svar osv, något som i många situationer inte enbart är positivt och nödvändigt för handläggandet av hälso-problemet.

Under *kirurgterminen* (8:e terminen) disponerades en hel vecka för primärvårdsundervisningen. Kandidaterna tjänstgjorde ute på vårdcentralen, som valts ut så att sjukvård i glesbygd belystes. Av familjesociala skäl fick några kandidater tjänstgöra vid mer närbelägna primärvårdsenheter. Under veckan skulle minst en dag tillbringas tillsammans med distriktssköterska. I övrigt bestämdes aktiviteterna av distriktsläkaren i samråd med kandidaterna. Dessutom fick kandidaterna i uppgift att besvara ett arbetsmaterial som utarbetats för att hjälpa kandidaterna att tränga djupare in i primärvårdens struktur och funktion.

Kandidaternas värdering av primärvårdsveckan under kirurgterminen var mycket positiv även om tidpunkten inte var den bästa. En veckas tjänstgöring inom primärvården borde vara förlagt till slutet av utbildningen så att nödvändiga medicinska kunskaper och färdigheter inhämtats under de kliniska kurserna. Då skulle det inte behöva vara första gången de tittade en patient i örat t ex.

I primärvården får man alltså en helhetsbild av patienten och man kan på ett helt annat sätt binda samman patientens sociala situation med sjukdomsbilden.

Hembesöken med distriktsköterskan fick den mest positiva värderingen. Att få möjlighet att ta del av patienters hem- och familjesituation var en stor upplevelse för många kandidater. De som hann se BVC, MVC, företagshälsovård och sjukhem upplevde det som givande och mycket intressant.

Försöksverksamheten var som helhet mycket uppskattad, vilket framgick av de många positiva upplevelser som kandidaterna redovisade i arbetsmaterialet från kirurgveckan. Nedan följer några direkta citat ur det materialet:

”Bra att få ta del av denna del av sjukvården, där inte någon sortering har skett. På det stora sjukhuset, dit patienten remitteras, befinner sig specialisten som endast tar hand om några av patientens många symtom. I primärvården får man alltså en helhetsbild av patienten och man kan på ett helt annat sätt binda samman patientens sociala situation med sjukdomsbilden”.

”Det fantastiska med jobbet är ju att personalen känner 'allt och alla'. De bor på platsen, har jobbat länge och har möjlighet att så att säga 'se' patienten i sin naturliga sysselsättning”.

”Tryggt att vistas på en så liten arbetsplats att man känner igen *all* personal och hinner lära sig namnen på bara en vecka”.

”Deprimerande. Det måste vara en hopplös uppgift när man är en läkare på 16 000 om man vill förnya greppen så att säga. Den stora uppgiften blir då att fungera som sorteringsanstalt”.

”Öppen vård är tilltalande. Visst brottas man med problem – det tar tid att få svar på prover, röntgen finns i begränsad omfattning, långt till lasarett – men detta sporrar nog till en vettigare diagnostik. Man inriktar sig mer på patienten och hans symtom än på provsvar och röntgenbilder. Dessutom fördelar i form av omväxling, variation och närbildkontakt med hela samhället”.

Vad hände sedan?

Med dessa positiva erfarenheter i bagaget togs frågan upp om verksamheten skulle fortsätta. Vissa resurser krävs för att en tidsödande planering och förberedelse skall kunna genomföras. Linjenämnden kunde inte avsätta medel för mer än en kurs. Vi

~~~~~  
*Bland primärvårdens folk finns många bra lärarkrafter som skulle kunna bidra till att förbättra den medicinska utbildningen.*  
~~~~~

har därför inte fortsatt med försöksverksamheten i denna form.

Det som verkar realistiskt och genomförbart är att under de första tre åren introducera primärvård som vårdform. Under de kliniska kurserna bör primärvårdens del av sjukdomars behandling och diagnostik utförligt tas upp, gärna med föreläsare från distriktsläkarkåren. I viss mån pågår detta redan. Dessutom bör alla blivande läkare redan under grundutbildning få praktisk erfarenhet av tjänstgöring under handledning inom primärvården. Detta kan med fördel ske såväl under medicinterminen som under en vecka i anknytning till huvudkursen i socialmedicin. Ur undervisningssynpunkt skulle detta både berika denna kurs och ge möjlighet till uppföljning av upplevelser och erfarenheter från primärvården.

Alla blivande läkare måste ges chansen att möta AT- månaderna inom primärvården med något mer än den sjukhusdominerade utbildningens bilder. Det är just nu viktigt att ett samlat grepp tas då de lokala linjenämnderna har fått möjlighet att lokalt kunna bestämma om läkarutbildningens utformning.

En av de viktigaste erfarenheterna från försöksverksamheten var upptäckten att det bland primärvårdens folk finns många bra lärarkrafter som skulle kunna bidra till att förbättra den medicinska utbildningen. Det gäller bara att skapa sådana möjligheter. Ge därför allmänmedicinen förankring inom landets samtliga medicinska fakulteter!

En förankring av allmänmedicin och primärvård inom universitetsvärlden skulle också kunna utgöra centra för vidareutbildningen och forskarutbildning åt hugade distriktsläkare.

REFERENSER

1. Andersen, T.: De samfunnsmedisinske fag ved det medisinske fagområde i Tromsø. Nord. Med.: 91:9–11, 1976.

2. Berg, B.: Primärvårdsundervisning: Läkaren måste ha en helhetsbild av patienten. Socialnytt, nr 2: 32–34, 1977.
3. Borchgrevink, C. F.: Kan man laere almenpraksis på sykehus? Ideologiske motsetninger i Norden bak forskjeller i praksisutdannelsen? Nord. Med., 92: 242–244, 1977.
4. Bouchard, R. E., & Tufo, H. M.: A dynamic primary care curriculum based on the problem-oriented system. J. Med. Educ.: 508–513.
5. Froom, J., Treat, D. F., Farley, E. S., & Heuck, S. H. Curriculum for family medicine. N. Y. State J. Med., 74: 1551–1553, 1974.
6. Goroll, A. H., Stoeckle, J. D., Goldfinger, S. R., O'Malley, T., May, L., Woo, B., Follayttar, S., & Sweet, R.: Residency training in primary care internal medicine. Ann. Intern. Med., 83: 872–877, 1975.
7. Haggerty, R. J.: The university and primary medical care. New Engl. J. Med., 281: 416–422, 1969.
8. Haglund, G.: Sjukhusdominansen i den svenska praxisutbildningen delvis avsiktlig. Nord. Med., 92: 244–245, 1977.
9. Hamerman, D.: Primary care and the department of medicine. Am. J. Med., 60: 464–470, 1976.
10. Harjunemi, P.: Undervisning i folkhälsovetenskap vid medicinska fakulteten i Tammerfors. Nord. Med., 91: 13–15, 1976.
11. Hudson, J. I., & Giacalone, J. J.: Current issues in primary care education: Review and commentary. J. Med. Educ., 50(12) Part 2: 211–233, 1975.
12. Hudson, J. I., & Nourse, E. S.: (utg) Perspectives in Primary Care Education. J. Med. Educ. 50(12) Part 2: 1–255, 1975.
13. Hurst, J. W.: The training of primary care internists and primary care subspecialists at Emory University School of Medicine. Am. J. Med., 60: 603–613, 1976.
14. Irwin, W. G., Bamber, J. H., & Henneman, J.: Constructing a new course for undergraduate teaching of general practice. Med. Educ., 10: 302–308, 1976.
15. Isokoski, M.: Var går gränsen mellan allmänläkare och specialister? Nord. Med. 92: 19–20, 1977.
16. Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen & SPRI: Primärvård, Äldreomsorger, Samverkan. Stockholm: SPRI S 43, 1977.
17. Lanning, J. A.: Are medical education dollars buying what they should? J. A. M. A., 238: 1153–1157, 1977.
18. Mc Kegney, F. P.: Psychosomatic medicine and primary care medicine: Can there be a meeting? Psychosom. Med., 36: 373–376, 1974.
19. Mårtensson, D.: Kan en ny utbildning hjälpa? Om inlärn timer och medicinska studieplaner. Lund: Studentlitteratur, 1977.
20. Nicolausson, U.: Primärvårdens innehåll och ansvar bör ändras successivt. Specialister behövs – men re-virtänkande måste undvikas. Nord. Med., 92: 101–104, 1977.
21. Paedagogik inden for almen medicin. Nord. Med. 90: 174–176, 1975.
22. Perlman, L. V., Kennedy, B. W., Kaufman, J., Selbergleit, I. – L., Zeller, J. R., & Vennhuis, P.: Training for primary care. Use of the general medical clinic as a site for training medical residents. Arch. Intern. Med., 133: 448–451, 1974.
23. Specialist- och allmänläkarutbildningen reformeras. Nya bestämmelser för FV klara 1979? Läkartidningen, 75: 1125–1127, 1978.
24. Svanström, L.: Samutbildning i framtidens hälsovård. Nord. Med., 89: 154–156, 1974.
25. Thalén, B.: Griftetal över den svenska medicinarutbildningen. Läkartidningen, 74: 1563–1566, 1977.
26. Vitek, G.: Primary care and medical education. Mount Sinai J. Med. 43: 316–317, 1976.
27. Vuori, H., Harni, A. - L.: Hälsocentralundervisning i Kuopio. Nord. Med 91: 116–118, 1976.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningar. Tel 0587/604 00.

Postadress: 713 00 NORA