

Hur skall familjeläkaren se ut?

Den kanadensiska familjeläkarorganisationen har presenterat en plan för målsättningen och utbildningen av familjeläkare, som här refereras av Nils-Riber Blume, allmänpraktiserande läkare i Göteborg.

Nils-Riber Blume

The College of Family Physicians of Canada, utarbetade under 1967 en sammanfattning: *Training in Family Medicine*, beskrivande medel och mål i fråga om utbildningen av kompetenta familjeläkare. Den kan rekvireras från The Executive Director, the College of Family Physicians of Canada, 1941 Leslie Street, Don Mills (Toronto) Ontario. Pris 2 dollar (canad.)

Härmed några grundläggande synpunkter från arbetet i fråga, som förtjänar att bli allmänt kända:

Familjeläkarens uppgift och utbildning

På grund av sin träning och sitt på familjen och dess medlemmar koncentrerade intresse bör familjeläkaren:

1) Basera sin behandling av patienten på en bedömning av dennes total miljö. Han bör hela tiden vara medveten om, att bakom symtomen eller besvären ligger en personlighet, bakom personligheten en familj eller andra system av personliga relationer, och bakom alla dessa ett samhälle.

2) Ha en exakt kunskap om samhällets resurser, så att han som komplettering till sin egen förmåga, kunskap och personlighet, kan utvälja från samhällets olika hjälpmedel vad som kan gagna hans patient.

3) Göra ett preciserat bedömande av patientens behov, avgöra hur komplex servis som är nödvändig, d.v.s. i vilken utsträckning åtgärder riktade mot patientens totala miljö är lämpliga. Så

snart en exakt bedömning är gjord, bör läkaren skrida till verket, och där så är lämpligt åtaga sig ansvaret för anpassande av patientens omgivning.

4) Lära känna sina egna resurser och dess begränsningar. Hans egen personlighet har en märkbar medicinsk effekt och han måste inse, att den inte lämpar sig lika bra för alla patienter.

5) Bereda optimal medicinsk vård för ett stort antal patienter. Med detta mål för ögonen måste han organisera sin mottagning effektivt och använda sin förnämsta tillgång, sin tid, effektivt. Detta förutsätter en noggrann planering, medveten utbildning av sköterskor och övrig hjälppersonal, och ett klokt hänvisande till specialistkonsulter och medlemmar av andra hälsovårdande organisationer.

Utbildning i familjevård är ett kontinuum, som börjar under medicinarens första studieår, utsträcker under den kliniska utbildningen och fortsätter under hela hans liv av verksamhet i yrket.

Vid universiteten bör organiseras familjepraktik utbildningsenheter med vissa mål.

1. Mångsidig (allt omfattande vård.)

2. Kontinuitet i vården (7dagar i veckan, dygnet runt).

3. Representativa socioekonomiska grupper, icke artificiella sådana, som t.ex. omfattande endast studenthälsovård.

4. Enheterna bör i första hand baseras på familjevård...

De bästa av dagens allmänläkare har, och väl-

utbildade familjeläkare borde ha vissa specifika karaktäristika:

En välbalanserad, allmän kunskap omfattande alla kliniska discipliner, och en träning i bredd, som kvalificerar honom för en omfattande, mångsidig (fullständig) medicinsk vård. Vad beträffar djupet av familjeläkarens utbildning inom en specifik disciplin, kan den variera, men det är viktigt att han har specialistutbildning inom åtminstone ett fack. Hans speciella kompetens emellertid har varit och bör fortsätta att vara inom psykosocial medicin. På detta speciella sätt gör denna utbildning honom kompetent att sköta den ambulante patienten: den störste konsumenten av medicinsk vård.

Stort verksamhetsområde

Det är inte små anspråk som ställs på den blivande familjeläkaren, här kommer endast en kortfattad uppräknings utan närmare angivande av vad författarna anser böra ingå i resp. område.

1. Bibehållande av gott hälsotillstånd hos patienterna.
2. Igenkännande av sjukdom i dess premorbida stadium
3. Tidig och exakt diagnos
4. Behandling... i fråga om problem på psykosocial bas brukar vanligen tid ägnad åt patienten, möjligheten för pat. att lägga fram sina problem, stöd, psykofarmaka, miljöanpassning vara tillräckligt. Familjeläkaren bör vara beredd på att diagnostisera, behandla eller remittera patienter med interpersonella problem.
5. Lindring av interkurrenta symtom: smärtor, klåda, sömnlöshet, oro, illamående etc.
6. Rehabilitering
7. Långtidsvård, förutom specifik vård personligt stöd symtomatisk behandling etc.
8. Vård i sjukdomens slutskede, likaså personligt stöd, smärtstillande medel, råd till anhöriga.

(Dessutom hälsokontroll för friskintyg, kännedom om forskningsteknik, kännedom om legalt och etiskt ansvar, arbetsorganisation ifråga om den egna mottagningen, vidareutbildning, koordination av hälsovårdslag: para-medicinsk personal, specialistservis etc.)

Familjeläkarutbildningens grundstenar

Grundstenar i familjeläkarens utbildning:

Inväntesmedicin, är den principiella basen för familjevården, under förutsättning att läkaren ser sin patient som en medlem i en sociologisk enhet.

Pediatric, viktigt med hänsyn till de ofta förekommande luftvägs- och mag/tarminfektionerna, förebyggande vård, barnets psykiska anpassning till hem, skola och samhälle. Mindre intresse bör ägnas ovanliga kliniska problem, vilka bör remitteras till specialist.

Psykiatri. En stor procent av de sjukdomar, som möter familjeläkaren är, helt eller delvis, baserade på eller komplicerade av emotionella störningar.

Obstetrik och gynekologi kunskaper om förebyggande moderskapsvård, både somatisk och psykisk alltid värdefulla. Omfattningen av den tekniska utbildningen beroende på verksamhetens geografiska belägenhet.

Traumatologi och kirurgi. Trauma en dominerande orsak till ohälsa hos de unga. Kompetent behandling av småskador är familjeläkarens ansvar.

Forskning (hos oss ännu inte aktuellt, men bör bli kan man hoppas).

"Samhällsmedicin". Hälsovård, epidemiologi, immunologi, immunisationsprogram, förebyggande medicin.

Rehabilitering. All sjukvård bör innehålla moment av rehabilitering, familjeläkaren bör taga initiativ till sådan så snart som möjligt. För detta fordras kännedom om anställningens möjligheter, arbetsförhållanden, om olika yrken och deras krav i fysiskt, intellektuellt, och emotionellt avseende.

Familjeläkarcertifikat

I Canada fordras att kandidaten skall utgå från erkänd medicinsk högskola. För diplom kräves ett minimum av tre års utbildning efter examen.

För att bli godkänd som familjeläkare måste kandidaten undergå kontinuerlig kontroll under sin utbildning, varvid avseende skall fästas vid så väl attityder och motivation, som till akademiska betyg.

Först när kandidaten godkänts får han certifikat på sin kompetens och kan inväljas i the College. För godkännande fordras emellertid att han prövas av en särskild nämnd.

Programmets sammanfattning

För att hälsovård av hög kvalitet skall bli tillgänglig för det kanadensiska folket fordras en stor kår av familjeläkare, omsorgsfullt förberedda. För

detta ändamål bör den nuvarande utbildningen modifieras speciellt med bildande av familjevårds- undervisningsenheter. Det fordras en träning på bred bas för att göra läkaren redo för familjemedicin, djupet av hans utbildning bör variera efter hans personliga läggning och intressen, samt behovet i det samhälle, där han avser att förlägga sin verksamhet.

Sjukvårdskonsumtionen i Sverige och USA

Genomsnittliga antalet läkarbesök per person och år är 5 i USA men mindre än 3 i Sverige. Beror detta på skillnader i amerikanarnas och svenskarnas sätt att uppleva och reagera på sjukdomssymtom? För att få svar på denna fråga har dr Björn Smedby, Socialmedicinska institutionen, Uppsala, samt professor Odin W. Anderson och dr Ron Andersen (båda medicinska sociologer i Chicago) genomfört en intervjuundersökning av representativa befolkningsurval i de båda länderna.

En lista på 15 tämligen vanliga symtom presenterades och intervjupersonerna tillfrågades om de haft något av symtomen föregående år och om de i så fall sökt läkare. Resultaten — som refererades av dr Smedby på medicinska riksstämman i Stockholm 30 november och nu tryckts i en artikel av de tre utredarna i *Medical Care's* januari-februarinumner i år — visade att svenskarna rapporterade fler symtom än amerikanarna. I Sverige fann man också större benägenhet att söka läkare.

Både i Sverige och USA gäller att kvinnor både uppger fler symtom och är mer benägna att söka läkare för dem än män. Detsamma gäller för personer i högre ålder jämfört med yngre.

Antalet rapporterade symtom minskar med stigande inkomst, högre socialgrupp och bättre utbildning i båda länderna, men i USA tenderar benägenheten att söka läkare att öka i takt med dessa socio-ekonomiska mått. En sådan klar skillnad har inte kunnat visas i Sverige, där personer i jordbrukarfamiljer dock visar minst benägenhet att gå till läkare.

I diskussionen av resultaten framhålls att reaktionen på symtom och benägenheten att söka läkare betyder mest för att få till stånd den första läkarkontakten. Läkaren avgör till stor del de fortsatta besökens antal. Dessa beror också på sjukvårdssystemets uppbyggnad och sätt att fungera. Orsaken till att socialgrupp och inkomst betydde mer för benägenheten att söka läkare i USA än i Sverige torde vara dels att den svenska befolkningen är mer homogen, dels att det svenska sjukvårdssystemet inte lägger så många ekonomiska hinder i vägen.

Undersökningen är ett led i en jämförande studie av sjukvårdskonsumtionen i Sverige och USA. Den följs av ett större projekt — nämligen en undersökning som avser att mer ingående belysa de sjukvårdsorganisatoriska skillnadernas inflytande på sjukvårdskonsumtionen.

Y. K.