

TACKET

Föredrag AMI (Allmänmedicin i Göteborg) 2000-10-20

Jag är glad att få vara med idag. Det har livat upp gamla minnen om än med hjälp av mina arkiverade pärmar och skrifter.

”Livet bör begrundas bakåt men levas framåt”/Kirkegaard.

Det är inte ofta som jag har tagit mig tid att se tillbaka, som jag måst göra vid detta tillfälle. Jag har alltid velat se framåt och runt hörnet och med blickar till omvärlden. Förändringsarbete är väl det jag varit intresserad av och bra på. Utbildningsaktiviteter är en viktig del av förändringsarbetet. Någon pedagog har jag dock aldrig lyckats bli.

Det är några saker som särskilt gläder mig med denna utmärkelse (Medicine Hedersdoktor).

- Att uppskattas av kollegor för det man utträttat även om man själv tycker att man inte förtjänat det.
- Att Medicinska fakulteten på detta sätt lyfter fram Allmänmedicin.
- Att man insett att allmänmedicinen är en viktig grund att stå på i läkaryrket. Utvecklingsprocessen inom fakulteten senaste 10-års perioden, inte minst förändringen av grundutbildningen, tror jag har bidragit till det.

Lennart Råstam är jag speciellt glad att se här idag. Vi kämpade i början tillsammans om utbildningsinsatser.

Gert Ljungkvist är också en kämpabroder i alla de projekt vi haft tillsammans i Spri-regi.

Tack för ni tagit er tid att komma hit.

EN LÄNK I ALLMÄNMEICINENS VÄV HAR BRUSTIT GUSTAV HAGLUND.

Gustav gick bort nu i juni 2000. Ni har kanske läst minnesord om honom i Allmänmedicin och Distriktsläkaren. Jag har en känsla av att alltid ha följt i hans fotspår. Han var min och mångas mentor

Han var en av grundarna av SFAM, det kanske viktigaste nätverket vi har.

Han var verkliga allmänmedicinens fader i Sverige

Han blev också allmänmedicinens förste hedersdoktor.

Jag träffade Gustav först i Provinsiälläkarföreningen, där han var verksam i styrelsen på 1960-talet. När han gick 1969 trädde jag till i styrelsen.

Så var det också när jag blev vetenskapligt råd i Socialstyrelsen 1980. Det var efter Gustav Haglund.

Han var en föregångare i utbildningen av allmänläkarna, och inte minst som utformare av allmänmedicinens ideologiskt.

Knuten till Dalby, vår första FoU-enhet förberedde han marken och nätverken för

Forskning och Utveckling och därmed våra allmänmedicinska institutioner men också

Utbildningen av blivande allmänläkare. 1981 förordnades jag också som ledamot i

nämnden för forsknings- och utbildningsverksamhet vid Vårdcentralen i Dalby. Jag var

med i dess omvandling till Allmänmedicinsk institution med Bengt Schersten som förste

professor i ämnet 1982 (?). Allmänmedicin blev egen specialitet 1981 på förslag av AGA

(Arbetsgrupp för översyn av allmänläkarutbildningen – en arbetsgrupp inom ÖSUT, översyn av specialistutbildningen).

Tack Gustav för allt Du gjort för oss.

-ENHETER

Gustav verkade som sagt i Dalby, som var vår första Utvecklingsvårdcentral. Där studerade man hela befolkningen i upptagningsområdet. Många rapporter och seminarier från Dalby spred kunskap om och lade grunden till svensk allmänmedicinsk forskning. Dalby följdes av också av forskningsstationer i Tierp och Vilhelmina.

Tanken på perifera FoU-enheter på vårdcentraler kom från dessa primärvårdens gallions skepp. En av många fick jag möjlighet att bilda i Lerum. För FoU-enheterna skapade vi ett kontaktnät över Sverige. FoU-enheten blev en första plattform för utbildning och FoU i Västsverige, en länk till Allmänmedicininstitutionen här på universitetet. Den länk som gjorde att jag kom åter till min gamla fakultet som yrkeslivsrepresentant i Utbildningsnämnden.

Så var bakgrunden till det många talat om på seminariet i dag.

Men FoU är inte ämnet för seminariet. Det är en lång historia för sig där Lennart Råstam och jag hade många kontakter.

ATT UTBILDA LÄKARE – PERSONLIGA ERFARENHETER

HUR DET BÖRjade OCH SLUTADE

Jag skall börja från början. Hela livet är ju utbildning.

Jag är född i Majorna inte långt härifrån. Jag var en snäll och väldigt vanlig elev som tog studenten 1959 på Majornas Högre Allmänna Läroverk.

Jag hamnade förstås aldrig då på vad vi kallade ”straffskolen” som låg på Fjärde Långgatan. Men i samma byggnad hamnade jag 1950. Anatomen och Histologen på den nya Medicinska Högskolan fick sina första lokaler där. Egentligen hade jag tänkt bli biologilärare och läsa i Lund, men att slippa studieskulder genom att bo och läsa i hemmet lockade – och människan hörde ju liksom också till biologin.

I våras firade vi alltså 50-års jubileum – vi som började på medicinska högskolan i Göteborg VT 1950. Vi var Högskolans 2:a kurs.

För 10 år sedan, 1990, återkom jag till medicinska fakulteten, som yrkeslivsrepresentant i Utbildningsnämnden. Då fick jag vara med om att pröva nya former för antagning till Medicinska fakulteten. Att med hjälp av intervjuer få möjlighet att ta in motiverade studenter, som inte hade femmor i alla ämnen, men som troligen ändå skulle bli bra läkare. Det var ett lyft. På tal om intagning till medicinska studier. Betygspoäng var då liksom nu viktigt att ha.

POÄNGEN med POÄNGEN

Att betyg inte alltid har sitt nominella värde kan historien om hur jag kom in på läkarbanan belysa. Om man verkligen vill något så tar man till allt man kan. Jag ville verkligen komma in på medicinska högskolan men saknade kanske något betygspoäng för att säkert komma in. Vad göra?

Betygshistorien om hur ett betyg i tyska kan stiga på en månad från B till a. (Berättas på annan plats).

Av detta kan ni förstå att jag kände mycket för en nyanserad intagning av medicine studerande.

STRATEGI 90

Fakulteten var just igång med att förändra läkarutbildningen 1990 – Strategi 90. Jag upplevde att då, efter 40 år, egentligen hade inget ändrats i utbildningens utformning på 40 år – det var en förlängning av gymnasieutbildningen!

Strategi 90:s idéer var då revolutionerande med bl. a. ett pedagogiskt handlingsprogram i

nära samverkan med pedagoger – ett förändrat synsätt på inlärande. Bo Samuelsson, som ordförande i nämnden, var en motor i detta arbete. Hans idéer och sätt att bedriva förändringsarbete kände jag mycket för.

Och nu är det dags efter 10 år att ta nästa steg i utvecklingen. Jag lyckönskar till det.

Det är också något jag lärt av förändringsarbete:

Det tar 10 år innan en ny idé fått sådant fotfäste i verksamheten att man kan gå vidare.

Så till Dagens ämne:

ATT UTBILDA LÄKARE – PERSONLIGA ERFARENHETER

Läkarutbildningen.

Jag vill, så kort det går, jag ta upp hur det började.

Det var redan på 1970-talet. Det var då jag fick mina erfarenheter av utbildningsplanering och också förändringsarbete.

Jag säger utbildningsplanering och utveckling för pedagogik i ”klassrummet” har jag alltid varit dålig på.

Följande projekt var grunden/starten till en lång process:

- GREIA och ULLA RIIS och BORÅS-försöket med Problemlösningsorienterad och deltagarstyrd utbildning/ Illeris 1976.
- Höör – Kurs i allmänmedicin för kursledare
- Provinsialläkarfonden och HJO-kursen- ”att utbilda de som ska utbilda utbildare”.

Men först en sammanfattning av lärdomarna av dessa projekt:

SAMMANFATTNING AV ERFARENHETER

Det här kan verka vara axiom för er men det är mina sammanfattande lärdomar:

Förändringsarbete

- Omvärldsanalys. Det är viktigt att alltid se och lära av vad grannen gör.
- Skapa kontaktnät, nära och fjärran, kring olika intresseområden. SFAMs organisation är ju nu uppbyggd på kontaktnät (Det är förunderligt vad allting pågår samtidigt i Sverige, när något är på gång. Troligen är orsaken att vi vävt en väv av kontakter och omedvetet tar intryck av varann på gott och ont. Sällan vill vi göra exakt vad grannen gjort men ändock gör vi det – nästan.)
- Skapa nya revir. Gemensamma för att överbygga gamla.
- Deltagarstyrning både i förändringsarbete och i utbildning
- ”Ringar på vatten” effekten. (Förändringen/utbildningen skall vara som ett virus – spridas från mun till mun. När man kommer hem från en utbildning måste man sprida sina kunskaper till kollegor och arbetskamrater, gärna i seminarieform.)
-

Utbildningsplanering

- Använd någon väl beprövad modell för utbildningsplanering. (Vi använde Illeris och Lundgrens., jag återkommer till det). Dvs definiera:
- Målen, ramarna och regelverken innan ni gör schemaplaneringen – ofta känner man för att börja.
- Utvärdering av utbildning skall pågå från planering till kursavslutning.
- Grupparbete och seminarier tar fram kunskap och förenar.
- Projektarbetsformen är utmärkt både för planering och genomförande av utbildning
- Problembaserad inläring är effektiv.
- Försök att ge kursdeltagare AHA-upplevelser, då stannar kunskapen kvar.
- Tyst kunskap eller Förtrogenhetskunskap får man genom praktisk träning. Den är viktig. Vi kallar det kanske läkekonst eller intuition. Det är vad man har med sig utan egentligen kunna definiera och utvärdera det.

(Håll tiden. En sak till jag har lärt mig under åren – korta hellre av en framställning än överskrid den tid Du fått. Det gäller i alla sammanhang. Man bör alltså kunna sluta sin framställning var som helst. Mina erfarenheter har jag ju nu sammanfattat, varför jag skulle kunna sluta nu.)

NÅGRA FÖR ALLMÄNLÄKARUTBILDNINGEN VIKTIGA ÅRTAL

Under 1960-talet var provinsialläkarens status lågt. Vi var också få - 650 när jag var Registrator i provinsialläkarföreningen i slutet på 1960-talet. Vi hade också mycket varierande utbildningsbakgrund. Fortbildning saknades helt.

Det var några viktiga reformer på 1960-talet och början av 70-talet som påverkade möjligheterna att förbättra vår utbildning och därmed höja allmänläkarens status. Följande gav oss RAMAR och REGLER i utbildningsplaneringen

1. Ändrat huvudmannskap 1963 - vi blev alla landstingsanställda. Tidigare var provinsialläkaren statsanställd med kunglig fullmakt. Nu kunde vi få del av landstingens resurser och utbyggnad av hälso- och sjukvården.
2. 1970 genomfördes den s. k. 7-kronorsreformen. Det innebar för patienten att ett läkarbesök skulle högst kosta 7 kronor. För läkarna var det än mer revolutionerande vi fick reglerad arbetstid och en totallön. Inom dessa ramar kunde vi också lägga in tid för efterutbildning även om patienttrycket då som nu var en hämsko.
3. Läkarutbildningen ändrades 1969. Vi fick AT- och FV-utbildning - för allmänläkare gavs möjlighet till en utbildningsmässigt definierad Allmänläkarkompetens - Allmänläkarblocken kom 1975.

NLV bildades för att utreda och stötta efter- och fortbildning av läkare.

UTBILDNINGSBEHOV

GREIA

(Grupp för Efterutbildning Inom Allmänläkarvård), en ledningsgrupp under NLV, som började att jobba med utbildningsproblematiken 1976. Man utsåg fyra försöks-/utvecklingsområden för fortbildning.

Försöken planerades och genomfördes helt av projektgrupperna själva.

ULLA RIIS, en pedagog från Linköping, åtog sig att utvärdera försöken. (Ulla, Lennart Råstam och jag kom att ha en hel del med varann att göra.)

Utvärderingen genomfördes dels som en kontinuerlig processtudie dels en studie av effekterna efter ett år. Utvärdering ska börja redan när ett projekt planeras En behovsinventering visade DÅ bl. a. att

- ett stort behov av efterutbildning förelåg
 - allmänläkaren då hade problem med yrkesidentiteten
 - behov fanns att avgränsa den egna specialiteten
 - man hade en påfallande traditionell syn på utbildning
- Har vi täckt behoven NU?

BORÅS-FÖRSÖKET.

Ett av GREIAs försöksområden blev alltså Borås med södra Älvsborg med mig som projektledare. Jag var blockchef för Allmänläkarblocket då.

Vårt försök 1976/77 var grundat på en ”problemorienterad och deltagarstyrd undervisningsmetodik”. Det var en metod som bedrevs och beskrevs redan 1974 av *Knud Illeris vid Roskilde Universitetesentrum*.

Den metoden kom att följa som en röd tråd i alla utbildningsaktiviteter jag och Lennart blev inblandade i.

Ni förstår av detta att de idéer som jag fick möjlighet att följa upp i Konsultationskursen då hade 15 år på nacken. Vi försökte introducera dem i Konsultationskursen bl. a. med hjälp av *Knud Aspegren*, som då var studieledare för kirurgkursen i Malmö. Numera är han den förste och ende professorn i Medicinsk pedagogik i Köpenhamn. Jag går inte in på metoden. Den är allmänt känd numera inte minst genom att den togs upp senare i läkarutbildningen i Linköping.

Ulla Riis introducerade för oss också begreppet ”Projektarbete”. Något som vi också tog fasta på i konsultationskursen.

Vi måste ha hittat rätt eftersom modellen för efterutbildning som vi kom fram till som i princip fortfarande tillämpas i södra Älvsborg.

EN MODELL FÖR EFTERUTBILDNING

Den innebär bl. a. målsättningen att efterutbildningen ska:

- ge kunskaper i medicinska ämnen
- ge kunskaper även i icke medicinska ämnen
- ge tillfälle till bearbetning av yrkesrollen och attityder till denna

De medel som används för att nå målen var många men då ganska revolutionerande, nu kanske de känns helt naturliga:

- återkomma med regelbundna tillfällen
- ligga helt inom arbetstid
- planeras av allmänläkarna själva
- medverkan av i främsta hand lokala, inte externa krafter.
- D. v. s. allmänläkarna själva, samarbetspartner (specialister, sjuksköt etc)
- ha ett både medicinsk som icke medicinskt innehåll
- ägnas inte bara åt föreläsningar utan till en större del åt diskussioner, grupparbeten.
- ha en strimma som löper under längre tid.
- beslut om innehållet skall till största del ligga hos kursdeltagarna.

Ni känner säkert igen dessa medel som är ganska självklara nu förtiden inom allmänmedicinen.

HÖÖR – KURS I ALLMÄNMEICIN FÖR KURSLEDARE

Vi hade konstaterat på 1970-talet att allmänläkarens identitet och yrkesroll var diffus, att allmänläkarna kände sig underlägsna sina sjukhuskollegor. Hur skulle man greppa dessa problem? Jo genom att utbilda nyckelpersoner som sedan kunde utbilda kurshandledare som i sin tur i ett tredje steg samla våra FV-, ST-läkare i ”Allmänläkarkurser” som var attitydpåverkande.

Gustav Haglund startade processen Han samlade 20 intresserade distriktsläkare från hela riket till en kursledarkurs på Frostavallen i Höör i januari 1981. Det var ett nytt grepp på hur man kan sprida en idé, ett budskap genom ringar på vattnet effekt, som vi senare använde i flera sammanhang.

ETT NÄTVERK

Några av de som gick den första kursen i Höör och som var del i det nätverk jag talade om. Alla tog vi del i den fortsatta utvecklingen av Allmänmedicin:

Lennart Råstam Skara, Olle Lyngstam Skövde, Christer Gunnarsson Örnköldsvik, Gösta Brydolf Sundsvall, Göran Sjönell Stockholm, P-G Svartling Tierp, Göran Westman Vännäs, Ulf Måwe Luleå, Carl-Edvard Rudebeck Luleå, Per-Olof Bitzen Dalby, Lars Lindholm Dalby.

Referenter var bl. a. Leif Svanström Sundbyberg, Sven-Olof Isacson Skövde, Bengt Schersten Dalby.

På Frostavallskursen representerade jag Älvsborg och Lennart Råstam och Olle Lyngstam Skaraborg. Olle Lyngstam, jag och Ingmarie Skoglund gjorde tre ”steg tre-kurser” i Lerum, som internatkurser och med Lerums kommun och vårdcentraler som exempel.

ALLMÄNLÄKARKURSER FÖR FV-LÄKARE I VÄSTSVERIGE/STEG 3

Kurserna syftade till att ”tända” eleverna för allmänläkarrollen, att ge insikt om kvalitetsfaktorer i allmänläkararbetet, att visa på vikten av samverkan i arbetet (1/1, 1/10, 1/100, 1/1000) och att nå primärvårdens mål. Kursmålet var att ”omvandla” en då förmodat sjukhuscentrerad attityd till en samhällsorienterad allmänläkarinställning med prevention som inriktning och vårdprogramarbete som ett naturligt arbetsinstrument.

Det lyckades väldigt bra att elda upp kursdeltagarna till nästan andlig extas över allmänläkarrollen. Tyvärr lurade vi väl de blivande allmänläkarna med en idealbild av yrket. När de kom ut i den hårda verkligheten så var det många hinder för genomförandet av idealbilden. Som exempel på vad man i slutgrupparbetet kom fram till som väsentliga kvalitetsfaktorer i allmänläkarrollen och som de väl styrts till i kursprocessen (i prioritetsordning):

Tillgänglighet, Medicinsk kunskap, Kontinuitet, Helhetsbedömning, Allmänkunskap, Primär prevention.

Dessa faktorer visar litet av hur man diskuterade allmänläkarrollen i slutet på 70-talet. Jag gjorde då ”en trappa” som ville visa vilken bemanning som fordrades för att klara av allmänläkarrollens olika delar. Den är en av de få OH jag valt ut av de 1000-tals jag tidigare gjort under åren.

Förutsättningar för service i ett primärvårdsområde.

INNEVÄN/ ALLMÄN+ LÄKARTJÄNST	2.300	1,75 BESÖK/INNEV/ÅR	Friskvård m.m.
	2.600	1,50	- Åtager sig sjukvårds- ansvaret - Hög kontinuitet
	3.200	1,25	- Behöver hänvisa vissa patientgrupper - God kontinuitet
	4.000	1,00	- Måste hänvisa många patientgrupp. - Kontinuitet i utvalda sjdgrupper
	5.300	0,75	- Hög prioritering av egna patient- grupper + återbesök för egna pat. - Prioriterade pat. får god kontinuitet.
	8.000	0,50	Klarar akutfall + återbesök efter dessa. Praktisk taget ingen kontinuitet
Vårdcentralens absoluta ansvar	LÄTTILLGÄNGLIHET + RÄDGIVNING + HÄNVISNING		

PROVINSIALLÄKARFONDEN OCH HJO-KURSEN

- "att utbilda de som ska utbilda utbildare"

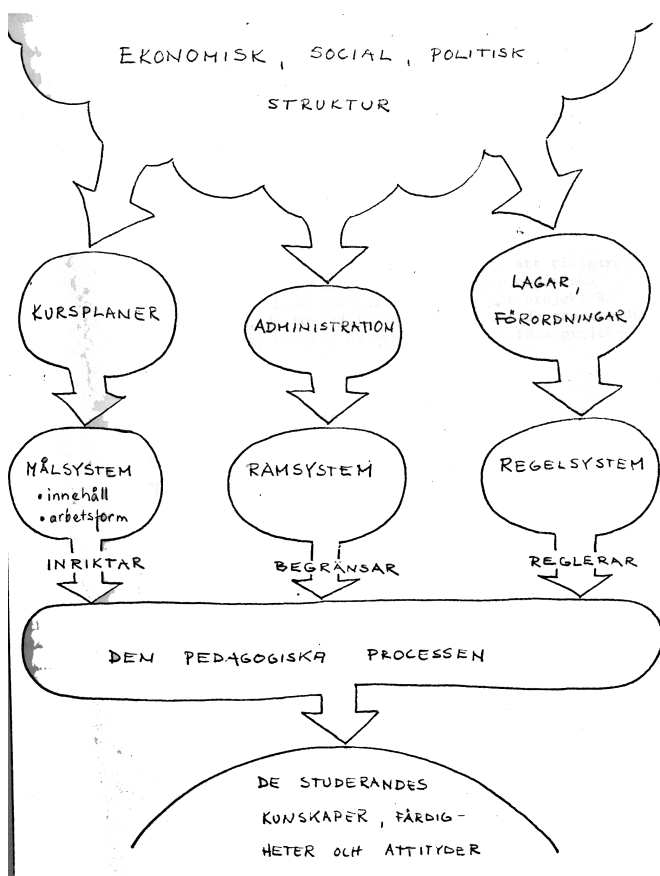
Provinsiälläkarfonden skapades av patientarvoden, medel som betalades tillbaka av provinsiälläkarna i samband med en taxeändring på 60-talet. Den hade som syfte att stödja efterutbildningen av Distriktsläkare. Den finns fortfarande med samma syfte.

En fortsättning på GREIA-försöken var Hjo-kursen 1980. Det var Ulla Riis, Lennart Råstam och jag samt en av Ulla medhjälpare Ing-Britt Samuelsson som fick medel ur Provisiälläkarfonden för vad vi kallade "Pedagogiskt idéprojekt för allmänläkare".

Syftet var att de läkare som skulle bli utbildare och leda utbildning måste lära sig pedagogik – om än så litet. Samma tankar hade vi ju i Strategi 90 arbetet. Det innebar egentligen steg två efter Höör-kursen och många av deltagarna i Höör var också med i Hjo-kursen.

Tanken var också med denna kurs "Ringar på vatten effekt".

Det var under Hjo-kursen jag lärde mig en modell för planering av utbildning – efter Lundgren, 1977.



Själva idén/syftet med Idé-kursen var att deltagarna skulle se problem i en omstrukturerad form och därmed hitta dess lösning. Idén ska leva vidare i form av ett budskap som kan överföras till andra. Idén ger på så sätt upphov till utveckling, utveckling till ny kunskap och nya handlingsmönster. Målet var alltså att kursen skulle åstadkomma en fortgående utvecklingsrörelse – och det kom den att göra hos många kursdeltagare till gagn för allmänmedicinen.

CHOCKMETODEN

Ulla Riis hade en för mig och Lennart väldigt chockande metodik. Den byggde på problemorientering och deltagarstyrning. Eleverna skulle de sista dagarna i veckokursen själva ta över kursen men innan dess skulle KAOS skapas som sedan skulle samlas ihop till en syntes – en AHA-upplevelse.

Fastän Lennart och jag varit försökskaniner/elever i en minikurs ledd av Ulla innan den riktiga kursen och visste ungefär vad som skulle hända så blev vi skakade dag tre när vi trodde att de flesta deltagarna skulle bryta kursen och ge sig av hem. Ulla var kall som en filbunke och det gick som hon sagt.

Deltagarna fick sin AHA-upplevelse och i kursutvärderingen (som gjordes varje dag med ATU-skala) visades tydligt hela processen. De som gick Hjo-kursen tala om den än.

Jag är inte säker på att Lennart och inte heller jag har vågat oss på något liknande försök på egen hand. Men lärorikt var det och det gav en viss trygghet om att man kan flyta i land även det som känns som MAYDAY i kursledarsammanhang

NÅGRA VIKTIGA PERSONER I PROCESSEN KRING KONSULTATIONSKURSENS SKAPANDE

ATT MINNAS BO SAMUELSSON, BJÖRN JÄRBUR, ANNIKA SKOTT OCH CECILIA BJÖRKELUND, KNUT ASPEGREN OCH INGELA JOSEFSSON..

Den sista nämndas teser vill jag också kommentera till sist kopplat till en bok jag läst i sommar.

Färdighetsträning/Förtroghetskunskap/Ingela Josefsson och Gruppens betydelse för utbildningens effektivitet.

Ingela Josefsson forskare från Arbetslivscentrum anlitate vi för att belysa vad kanskap kan vara.

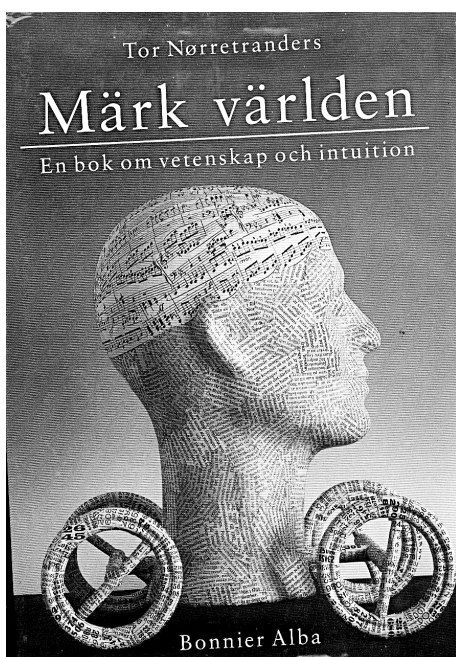
Ingela Josefsson talade om Tyst Kunskap eller Förtroghetskunskap . Något som finns, som man har med sig men som inte går att mäta. Vad vi ibland kallar läkekonst eller kanske intuition.

Det handlar om inläring av mänskliga färdigheter.

Jag har läst en bok i sommar, som gett mig en del Aha-upplevelser.

Det där med Aha-upplevelser är väldigt viktigt i utbildningen. Får man en sådan så stannar kunskapen kvar.

Bokens titel är ”Märk världen – en bok om vetenskap och intuition” .



Den är skriven av den danske journalisten Tor Nørretranders.

Budskapet är att de flesta mänskliga färdigheterna – från dans och fotbollsspel till tänkande och samtalande – utövas bäst om du inte är medveten om vad du gör.

Som fysikern *Clark Maxwell* uttryckte det på sin dödsbädd år 1879:

”Det som görs av det som kallas jag, görs troligen av någonting i mig som är större än jag.”

Vad vill jag komma till? Jo, en erfarenhet, som jag och troligen många med mig har, är att speciellt i arbete i grupp, så dyker det upp tankar och idéer, som man inte alls trott sig ha, inte varit medveten om. Att arbeta i grupp ger en associationer, som plockar fram erfarenheter och synpunkter ur det egna omedvetna. Det är inte utan orsak som utbildare och forskare har av erfarenhet lärt sig att seminarieformen är mycket användbar för att komma vidare i en problemlösning.

Mer ur boken ”Märk världen”:

- ”Vägen till komplexitet är enkel men lång.
- Det handlar om att upprepa enkla operationer många gånger, så att man får stor erfarenhet.
- Det handlar inte om att skraddarsy några enkla regler, som ska kunna tillämpas i alla sammanhang.
- Det handlar inte om att veta allt i förväg.
- Det handlar om att lära av erfarenhet.”

Man försöker likna hjärnan med de nya dataprogrammen, som databearbetar analytiskt – ett automatiskt sökande efter dolda mönster i stora datamängder (OLAP – on line analytical processing). När enkla regler tillåts att verka tillräckligt många gånger på tillräckligt många element, så framträder helt nya egenskaper: de emergerar, dyker upp, byter form, kommer plötsligt till synes.

Det uppstår kollektiva effekter, gruppegenskaper.

Emergensfenomenet har alltid funnits i biologiska system. Det är kanske de som gjort att människan utvecklat kunskap i stigande tempo.

Tesen att ”helheten (gruppen) är mer än summan av dess delar är sann för varje strukturerat system, oavsett om det är levande eller dött.