

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 Distriktsläkarförbundet samt representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Medlemmar i Svenska Distriktsläkarförbundet 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 Provinsialläkarförbundets 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 gehör på 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 snart 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 universitet. 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

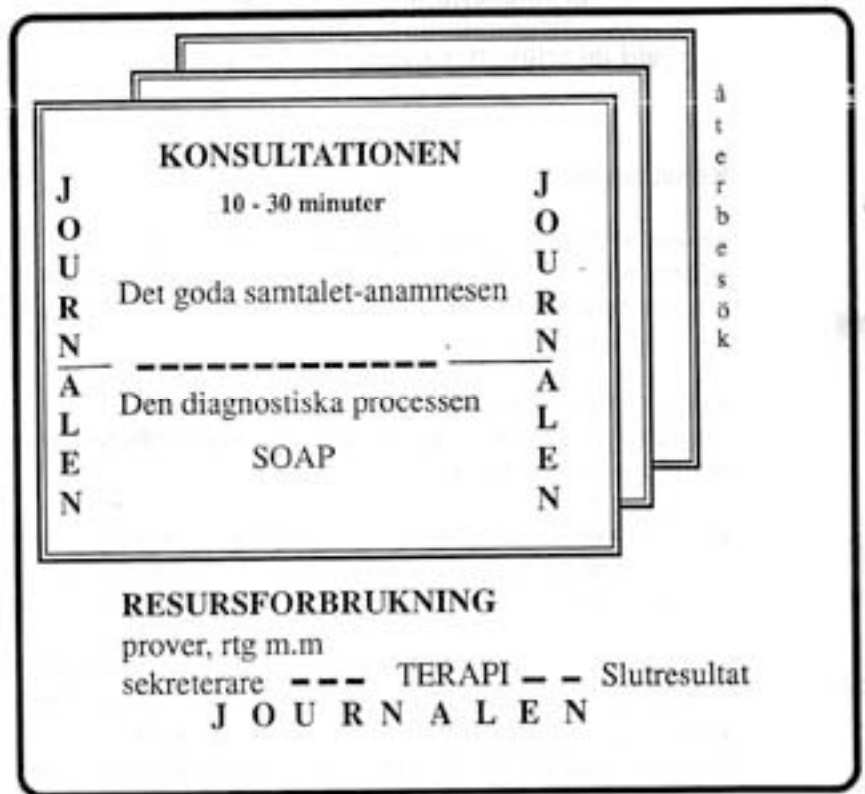
Konsultationen är en central arbetsmetod i läkaryrket. Den omfattar mötet mellan patient och läkare i alla dess aspekter. Hur samtalet mellan läkare och patient skulle föras fick studenterna lära sig en vecka i Åh, då man använde videostödd undervisning.

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.

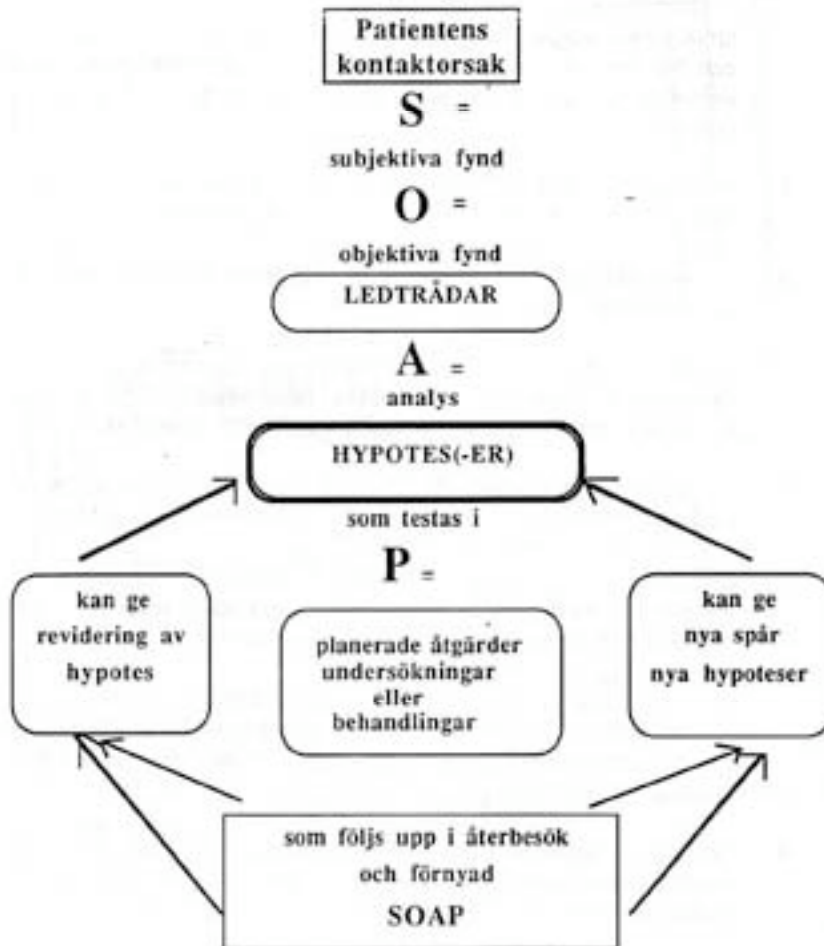
Konsultationen



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 Mittenälvborg 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 lärdoms historia, 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 Institutiooen på Vasa sjukhus till Annedalsklinikerna 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 följst 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 Kärrman 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 Akademien.

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.