Färre invånare per allmänläkare

Framtidens allmänmedicin väntas få ökat stöd från samhället

Allmänmedicinen går en ljus och intressant framtid till mötes, med ett större stöd från samhället, menar Jan Sundquist. Antalet invånare per heltidsanställd allmänläkare kommer att ligga runt 1 500, mot dagens rekommenderade 2 000. Morgondagens allmänmedicin kommer att vara forskningsanknuten, i större utsträckning utnyttja patientnära avancerad bilddiagnostik, ny laboratoriediagnostik samt telemedia som stöd i konsultationen.

Trots dagens svårigheter med vakanta tjänster, en ökad arbetsbelastning och otillräckliga resurser står svensk allmänmedicin inför en mycket intressant och spännande utveckling under 2000-talet. I Hälso- och sjukvårdslagen från 1995 slås fast att alla har rätt till en fast läkarkontakt, som skall vara specialist i allmänmedicin, vilket givetvis är bra. Allmänhetens förväntningar har dock vuxit samtidigt som belastningen ökat i väntan på att allmänmedicinen ska uppnå full bemanning. Behovet av allmänmedicinska generalister stiger i takt med övriga specialiteters ökning och nödvändiga subspecialisering de närmaste åren. Den snabba utvecklingen inom hjärta och kärl, endokrinologi, diabetes, genterapi, kirurgi, diagnostik och behandling samt informationsteknologi kommer att förändra den allmänmedicinska vardagen på ett intressant sätt. Hur dessa förändringar påverkar arbetets innehåll, diagnostik samt konsultation kommer att vara en viktig långsiktig uppgift för den allmänmedicinska forskningen under 2000-talet.

Under de närmaste årtiondena kommer den svenska befolkningen att förändras etniskt, kulturellt, demografiskt och socialt, vilket kommer att ha en stor genomslagskraft inte bara på svensk allmänmedicin utan även på svensk sjukvård över huvud taget.

Andelen utlandsfödda ökar i storstäderna

2000-talets multietniska och mångkulturella samhälle kommer att ha sina rötter i gårdagens och morgondagens migration, som är en del av ett globalt mönster med ökande migration. Den europeiska migrationen till Sverige dominerade perioden efter andra världskrigets slut till och med början av 1970-talet och har bestått av flyktinginvandring (Baltikum, Östeuropa) och arbetskraftsinvandring (Sydeuropa, Finland). Under perioden 1973 till 1991 dominerades migrationen till Sverige av den utomeuropeiska flyktinginvandringen från Latinamerika (Chile, Argentina, Uruguay och Centralamerika), Asien (Turkiet, Kurdistan, Iran, Irak, Libanon, Vietnam) och Afrika (Etiopien, Eritrea och Somalia). 1990-talets migration till Sverige har kommit att domineras av den europeiska flyktinginvandringen från krig och etnisk utrensning på Balkan.

De stora grupperna av utlandsfödda är finländare, jugoslaver, latinamerikaner, iranier och bosnier (Tabell I). Samtidigt sker det en ständig ny migration från dessa länder i form av anhöriginvandring, men även en betydande återinvandring till ursprungslandet eller tredje land. Migrationen är alltså inget statiskt förhållande utan ett dynamiskt skeende, en ständig rörelse av folk i båda riktningarna. Det har visat sig att mellan en tredjedel och hälften av alla migranter återvänder till sina hemländer eller till ett tredje land inom en tioårsperiod [1].

Trots att arbetskraftsinvandringen ströps i början av 1970-talet och trots de senaste årens skärpning av bestämmelser för flyktinginvandring så ökar den utlandsfödda befolkningen stadigt, från 6,7 procent 1975 till 11,0 procent 1998, och om den andra generationen inkluderas till 19 procent. Prognoser gjorda 1994 talar för att 1,3 miljoner, 13 procent av Sveriges befolkning, kommer att vara födda utomlands 2010 [2]. I december 1998 var andelen utlandsfödda i storstäderna än större, 22 procent av Malmöborna är födda utomlands, och i Stockholm 18 procent.

Multietniskt samhälle påverkar allmänmedicinen

2000-talets multietniska och multikulturella samhälle kommer att påverka svensk allmänmedicin och svensk sjukvård på ett intressant och stimulerande sätt. Personer med bakgrund i en annan kultur, med andra erfarenheter och ett annat synsätt på hälsa och sjukdom påverkar patient–läkarkonsultationen. Sjukdomar som är vanligare i

Tabell I. De fem vanligaste utlandsfödda grupperna i Sverige, december 1998.

Födelseland	Antal individer
Finland	199 000
Jugoslavien	70 000
Latinamerika	50 000
Iran	49 000
Bosnien	48 000
Norge	42 000
Polen	40 000
Irak	38 000
Danmark	38 000
Tyskland	36 000

Källa: Statistiska Centralbyrån. Befolkningsstatistik, del 3. Befolkningen efter födelseland. Stockholm: SCB, 1999.

FOTO: SCHUSTER/GREATSHOTS

SERIE Vision 2000

Tidigare artiklar i serien är publicerade i nummer 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 48 och 49/99.

Författare

JAN SUNDQUIST
distriktsläkare, professor, Karolinska institutet, Allmänmedicin Stockholm, Novum, Huddinge.

andra kulturer kommer att bli vanligare här. Bland olika utländska folkslag och släkter finns även förekomst av sjukdomar som inte förekommer i den svenska populationen. Dessa sjukdomar är vanligen ärftliga. Sicklecellanemi, talassemi (medelhavsanemi), brist på glukos-6-fosfatdehydrogenas samt laktosintolerans är exempel på vanliga och ovanliga sjukdomstillstånd bland distinkta etniska grupper. Sjukdomsprevalens och incidens färgas av de etniska grupper som migrerat till Sverige. Sicklecellanemin kan vara ett exempel på detta. I Sverige finns några tusen anlagsbärare, men bara ett fåtal med sjukdomen (homozygota). Hemoglobin S förekommer i befolkningen i Centralafrika, och cirka 8–10 procent av de svarta i USA har sicklecellanemi. Homozygoter har symtom som ökad blodviskositet, som infarkter i mjälte, i CNS, i skelett samt infektioner. I Storbritannien är sicklecellanemi en av de vanligaste ärftliga sjukdomarna, vilket avspeglar invandringen från Centralafrika. Invandringen från medelhavsländerna, Latinamerika (medelhavsursprung) och Sydostasien har medfört en kraftig ökning av anlaget för talassemi i den svenska befolkningen.

Ökat resande påverkar infektionspanoramat

Den ökade globaliseringen, det vill säga det ökade resandet mellan exilen i Sverige och de gamla hemländerna, samt den framtida flyktinginvandringen kan komma att påverka infektionspanoramat. Vi kommer att få se en allt större tidsbegränsad migration till Sverige av besökande släktingar som kan stanna maximalt sex månader. Övre luftvägsinfektioner orsakade av multiresistenta bakterier i länder där man är frikostig med antibiotikabehandling är ett allvarligt problem. Även andra infektionssjukdomar som tyfoid, lepra och HIV uppträder endemiskt i till exempel Afrika och delar av Asien och Latinamerika.

Tuberkulos, polio, difteri, besvärliga streptokockinfektioner, tarmpatogener och hepatit A kan man möta hos flyktingar från våra närområden. Resistent tuberkulos ökar kraftigt i Ryssland och Baltikum. Den ökade risken för tuberkulos kvarstår livet ut, men diagnostiseras oftast några år efter ankomsten hit. I Sverige finns det dokumenterat en högre incidens av tuberkulos bland utlandsfödda [3]. Incidensen, antalet nyinsjuknanden, för tuberkulos är 5,2/100 000 invånare under 1997, med fördelningen 2,0/100 000 svenskfödda och 31,8/ 100 000 utlandsfödda. Migranter födda i Afrika, och särskilt då Somalia, har de högsta incidenserna, 276 respektive 853 per 100 000 invånare. Den högre incidensen speglar troligen smitta i hemlandet. En annan inte så vanlig sjukdom i Sverige är malaria. Antalet malariafall brukar öka markant i krigsområden, och återinsjuknande kan ske i Sverige.

Min erfarenhet är att det sker ett stort utbyte genom resande till hemländer, där ingen föregående kontakt tas med infektionsklinikernas vaccinationsmottagningar av olika skäl. Vaccinationsmottagningar vid vårdcentraler, framför allt i invandrartäta bostadsområden, kommer att bli vanligare. Där kommer allmänmedicinaren att kunna få stöd i konsultationen.

Migration, integration och hälsa

Vissa grupper av utlandsfödda har en sämre hälsa på grund av migration, men även genom svårigheter i exilen, som bristande ackulturation, det vill säga att inte vara integrerad/adapterad till majoritetskulturen, eller andra sociala förhållanden som att stå utanför arbetskraften eller att möta diskriminering i sitt vardagsliv [4]. Studier av mexikanska invandrare i USA har visat att andra generationens mexikanska invandrare, som inte är ackulturerade till det amerikanska samhället, har ökad risk för hjärtsjukdom, högre systoliskt blodtryck, högre prevalens av diabetes och större risk för fetma än de som är ackulturerade till den amerikanska kulturen [5].

En svensk studie av 1980 immigranter födda i Iran, Chile, Polen, Turkiet och Kurdistan visar att låg »kasam» (känsla av sammanhang), ingen ackulturation (endast män), liten kontroll och ekonomiska svårigheter under exilen tycks vara starkare riskfaktorer för psykisk ohälsa än att ha varit utsatt för våld före migrationen [6].

Allt äldre men friskare befolkning

Under 2000 talet kommer vi allmänmedicinare att möta en äldre och friskare befolkning. Hur kommer sjukdomsmönstret att se ut hos dessa? Framinghamstudien har nyligen rapporterat att 32 procent av friska 40-åriga kvinnor och 49 procent av friska 40-åriga män kommer att utveckla koronar hjärtsjukdom under sin livstid [7]. Vid 70 års ålder minskade risken, men den var fortfarande hög, 24 procent för

FOTO: JAN COLLSIÖÖ/PRESSENS BILD

2000-talets multietniska och multikulturella samhälle påverkar dagens och morgondagens allmänmedicin.

kvinnor och 35 procent för män. Flera longitudinella studier har visat att samma prediktorer för hjärtsjukdom som hos yngre finns bland äldre [8-10]. Dessa studier på äldre män och kvinnor har visat att högt blodsocker, fetma, högt systoliskt blodtryck, rökning och högt kolesterol predicerar hjärtsjukdom. Prevention högt upp i åldrarna minskar både lidande för den enskilde och kostnaderna för samhället. Motion bland äldre har till exempel visat sig vara en starkt förebyggande faktor för hjärt- och kärlsjukdomar [11].

Allmänmedicinen kommer att ha en nyckelroll i metodutvecklingen av livsstilsintervention. Gruppmottagningar kan vara ett intressant sätt att intervenera mot riskfaktorer för koronar hjärtsjukdom hos äldre, men även för andra sjukdomar. En modell skulle kunna vara att cirka 8–10 äldre patienter med tämligen likartade medicinska problem inbjuds att under ett år delta i en serie av cirka åtta läkargruppbesök om cirka 90 minuter varje gång. Allmänmedicinaren är den som leder grupperna, men som inbjuder olika experter, allt från dietister till andra specialister beroende på gruppens behov, att delta i första delen av gruppbesöket. Den andra delen ägnas åt en diskussion om deltagarnas egna blodtryckskurvor, blodfetter, motionsvanor, midjeomfång och kostvanor. Denna typ av gruppmottagningar har börjat växa fram i till exempel San Francisco-området i Kalifornien, där de väckt intresse. Gruppmottagningar kommer att vara ett bra komplement till individuell behandling och uppföljning av andra somatiska eller psykiska kroniska sjukdomar.

Ett annat viktigt område inom den stora äldregruppen är degenerativa nervsjukdomar, som senil demens och Parkinsons sjukdom. De senaste årens framgångsrika neurobiologiska forskning kommer redan på 2010-talet att få sitt stora terapeutiska genombrott. Transplantat av dopaminneuron till substantia nigra-området, som återställer axonen i den nigrostriatala banan, kommer att vara möjliga. Jag har även en vision av att senil demens kommer att vara möjlig att behandla, att man med mediciner skall kunna stoppa upp progressen av sjukdomen. Förbättrade metoder att diagnostisera dessa sjukdomar i tidigt skede kommer att utvecklas, och detta kommer att radikalt påverka den allmänmedicinska vardagen på 2010-talet jämfört med idag. Detta gäller även andra kroniska progredierande sjukdomar, till exempel komplikationer (hjärta, njurar, ögon och nerver) till typ 2-diabetes, där tidig diagnostik under en symtomfri fas skulle kunna minska risken för komplikationer. Behandlingen av svikt hos äldre, som förbättrats med ACE-hämmarna, kommer att förfinas ytterligare de närmaste årtiondena.

Samarbete med andra yrkesgrupper

Komplexiteten i behandlingen inom hjärt- och kärlområdet, men även inom andra medicinska områden, kommer att kräva ett optimalt samarbete, inte bara med sjukhusspecialister utan även med andra yrkesgrupper. En vision jag har är att vi på 2010-talet, och helst tidigare, kommer att samarbeta med apotekare som kommer in på vårdcentralerna som konsulter i direkta patientärenden, framför allt inom äldreområdet. Under en tvåårstid som »post doc» vid Stanford Medical School såg jag patienter en dag i veckan inom området preventiv kardiologi. Vid många läkarbesök deltog en apotekare för att optimera behandlingen av höga lipider, svikt, kärlkramp och hypertoni. Jag hoppas att andra yrkesgrupper som av tradition har samarbetat med allmänmedicinen, till exempel distriktssköterskan, arbetsterapeuten och sjukgymnasten, kommer att stärka sin roll inom svensk allmänmedicin. Om vi kommer att ha en amerikansk modell av »nurse practitioners» vet jag inte. En jämförelse med amerikanska förhållanden är svår på grund av de mycket speciella förhållanden under senare år, med relativt slutna system där stora företag äger allt från primärvård till sjukhus, och patienten är tvungen att utnyttja det som försäkringsbolaget erbjuder.

Ökade klassklyftor och arbetslöshet

Kunskapen om sambandet mellan individens sociala position, livsstil och hälsa är välkänd, medan kunskapen om bostadsområdets inflytande på dessa faktorer fortfarande är bristfällig. För att kunna analysera bostadsområdets sociala position behövs ett instrument som kan predicera en definierad befolknings utnyttjande av sjukvård. Det skulle kunna användas för att distribuera/fördela resurser till prevention, men även till allmänmedicinsk och psykiatrisk vård där behovet är störst.

Två olika instrument, Townsend index och CNI (care need index), som på områdesnivå speglar bostadsområdens sociala position, har tagits fram för hela Sverige [12]. Townsend index är ett materiellt index som är sammansatt av fyra socioekonomiska faktorer: arbetslöshet, bilinnehav, ägande av bostad och trångboddhet.

CNI har det engelska »underprivileged area(UPA)-score» som förebild. Det är ett index sammansatt av åtta socioekonomiska och demografiska variabler som svenska distriktsläkare (n=1 022) låtit vikta från arbetsbelastningssynpunkt [12]. Boende i bostadsområden med hög CNI (låg social position) hade en tre gånger högre dödlighet än boende i områden med låg CNI (hög social position) [13]. Dessutom hade de som bodde i de mest utsatta bostadsområdena i Malmö en fyra gånger högre risk för psykiatrisk vård och tio gånger högre risk för vård vid alkoholklinik [14]. Genom att påföra CNI på ett slumpmässigt urval av 9 227 personer, som intervjuats om sin hälsa och sina levnadsförhållanden 1988/89, var det möjligt att analysera vilket inflytande bostadsområdet hade på individens hälsa, då man samtidigt tog hänsyn till individdata som utbildning, civilstånd och livsstilsfaktorer [15]. De som bodde i bostadsområden med hög CNI (låg social position) hade en högre risk för fetma, för att vara rökare samt för att inte vara fysiskt aktiva. Resultaten talar för att prevention bör påverka både område och individ. Det är rimligt att primärvården i områden med höga CNI, till exempel de 10 procent mest utsatta, ges extra resurser för att öka antalet läkare så att antalet invånare på varje heltidsarbetande läkares lista minskar till cirka 900–1 000.

De stora folksjukdomarna

De närmaste årtiondena kommer att innebära en snabb utveckling i förbättrad diagnostik och behandling av 2010-talets folksjukdomar hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, hypertoni, astma, osteoporos och depressioner, förutsatt att fortsatta resurser ges för både grundforskning och klinisk forskning.

Inom primärvården idag är ultraljud användbart för diagnostik inom mödravården samt för sinusdiagnostik. Trots en oerhört snabb utveckling inom detta område kommer en utvidgad användning av ultraljudsteknologi kring millenieskiftet inte att vara något för allmänmedicinen på grund av höga krav på användaren.

Men jag har visionen att vårdcentralerna under 2010-talet kommer att vara utrustade med en helt ny teknologi, användarvänlig ultraljuds- och annan bilddiagnostik, med bättre upplösning än den som finns idag, och som kan användas vid flera åkommor än idag, till exempel för leddiagnostik (blod eller ledvätska), vid akut buk. Vi kommer troligen att ha tillgång till fler instrument för snabbdiagnostik. Det kommer att bli betydligt lättare att konsultera annan specialist via telemedia. Det sker för närvarande en mycket snabb utveckling inom detta område, där sjukhusspecialisten kan vara betydligt mer aktiv i konsultationen.

I ett globalt perspektiv kommer ischemisk hjärtsjukdom, depression,

trafikolyckor och cerebrovaskulär sjukdom att vara de sjukdomar som, i den ordningen, har den högsta rankingen enligt »disability-adjusted life years» (Daly) år 2020. Här finns det stora möjligheter för både primär och sekundär prevention med primärvården som bas. Motion, kost, viktreducering, rökstopp och kontroll av högt systoliskt och/eller diastoliskt blodtryck kommer även i framtiden att vara grunden för prevention av hjärt- och kärlsjukdomar. Ett fortsatt nära samarbete mellan specialister i allmänmedicin och den slutna vården kommer att vara ömsesidigt nödvändigt.

Organisationsförändringar och arbetsmiljön

Ädelreformen (1992), den temporära och diffusa husläkarreformen (1993–95) samt de upprepade förändringarna av sjukvårdens organisation, ofta utan förankring inom professionen, skapar mycket oro och osäkerhet inom svensk allmänmedicin. Husläkarreformen startades utan att stat eller landsting tillförde nya friska pengar till primärvården, med orimligt låga ersättningsnivåer per invånare inom många landsting samt med oklara riktlinjer. I en undersökning från 1996 där 1 004 distriktsläkare deltog (svarsfrekvens 71,6 procent) rapporterade framför allt kvinnliga distriktsläkare sämre livskvalitet enligt flera livsstilsindikatorer (SF 36), t ex sämre vitalitet (ökad utbrändhet) och nedsatt psykiskt välbefinnande [16]. Det finns således tecken på att den ökade arbetsbelastningen också påverkar såväl arbetsmiljön som läkarnas hälsa och välbefinnande.

Landstingen och staten har haft en dålig framförhållning då man inte tagit hänsyn till den ökade medianåldern bland allmänmedicinare, med stora förväntade pensionsavgångar, cirka 3 200, under perioden 2006–2020 [17]. Den markanta neddragningen av antalet ST-block i allmänmedicin 1993–1995 kan ha gett signaler till unga läkare att allmänmedicin inte är en prioriterad specialitet.

Vi ser samtidigt en ökad rörlighet bland allmänmedicinare, inte bara till Norge utan även en flyttning till »de goda inhemska jobben», det vill säga till vårdcentraler med en rimlig arbetsbelastning. Det totala antalet specialister i allmänmedicin har endast ökat med 60, från 4 191 till 4 251, under 1994–1998, där antalet sjukhusspecialister har ökat betydligt mer under samma period. Befolkningen ökade samtidigt med 102 516 [18].

Enligt den av riksdagen 1995 rekommenderade normen, 2 000 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin, saknades cirka 525 specialister i allmänmedicin 1998. De senaste årens ökade belastning på allmänmedicinen genom överföringar av patienter från sluten vård, hemsjukvården och kontinuitetskravet gör 2 000-nivån orealistisk. Trots detta ligger landstingen i Halland, Jönköping samt Göteborg 25–55 procent högre än normen 2 000 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin, vilket måste bidra till en kraftigt försämrad arbetssituation [18].

Allmänmedicinarnas befolkningsunderlag minskar

Den över partigränserna nyligen genomförda överenskommelsen mellan centern och socialdemokraterna att tillföra cirka en miljard kronor per år till primärvård, äldreomsorg och psykiatrin från år 2001 samt det faktum att samtliga landsting skall införa ett genomtänkt familjeläkarsystem, enligt Västmanlandmodell med olika typer av entreprenörer, inger optimism inför 2000-talet. Bristen på specialister i allmänmedicin har lett till att flera landsting nu minskar befolkningsunderlaget till cirka 1 500 per heltidsarbetande allmänmedicinare, ger rätt till regelbunden vidareutbildning på arbetstid samt möjligheter till utvecklingsarbete och forskning genom att allt fler utvecklingsenheter inom svensk allmänmedicin har inrättats.

Det krav som Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Svenska distriktsläkarföreningen (DLF) under flera år har drivit, att varje specialist i allmänmedicin skall ha ett befolkningsunderlag på högst cirka 1 500, införs alltså av allt fler landsting. Örebro läns landsting driver till exempel under hösten 1999 en intensiv rekryteringskampanj för att värva nya specialister i allmänmedicin, sedan man infört normen 1 500 invånare per specialist. På samma sätt har man i Stockholm i »turboprojektet» tillfört resurser till tio vårdcentraler, en sorts fredade zoner, där varje distriktsläkare har ett befolkningsunderlag på 1 500 invånare. I framtiden är det dessutom troligt att vårdcentralernas befolkningsunderlag kommer att minska ytterligare, kanske till under 1 000 invånare per specialist, då hänsyn till befolkningens sammansättning och därmed dess vårdtyngd tas. Nu tas på sin höjd hänsyn till andelen äldre, medan den sociala och etniska sammansättningen lämnas därhän.

Den allmänmedicinska forskningen inför 2000-talet

Den allmänmedicinska forskningen är på stark frammarsch, med flera disputationer under 1990-talets senare hälft. Fortfarande är det dock få av dem som har disputerat som går vidare till docentkompetens. Lika viktigt som att allmänmedicinare disputerar är att fler disputerade bereds träning under mentorskap efter disputation, så kallad post doc. Med fler kvalificerade docentkompetenta forskningsledare kommer den allmänmedicinska forskningen att få större andel av rådsanslagen och fler sluttjänster i form av professurer och lektorat. Under den kommande tioårsperioden är det önskevärt, och troligt, att fler disputerade allmänläkare bereds möjlighet att få en systematisk post doctträning, kanske då vid ett annat universitet i eller utanför Sverige. En sådan träning för svenska och utländska disputerade allmänmedicinare, i till exempel riskfaktorforskning, klinisk epidemiologi, konsultation, transkulturell allmänmedicin, ledarskap och att skriva forskningsrådsansökningar, är möjlig vid exempelvis Allmänmedicin Stockholm vid Karolinska institutet, där en sådan satsning kommer att göras.

Inom den kliniska forskningen finns intressanta, framtida och långsiktiga allmänmedicinska forskningsområden, på grund av nya eller förbättrade diagnostiska metoder, ny teknik och ny kunskap inom biomedicin och molekylärmedicin. Jag har en vision av att allt fler allmänmedicinare kommer att leda öppenvårdsprojekt med fokus på infektionssjukdomar, gastroenterologi, diabetes, hypertoni, astma, depressioner och andra kliniskt relevanta områden där också sjukhusspecialister och prekliniker ingår.

Ett annat viktigt forskningsområde är konsultationen. Hur påverkas konsultationen i en föränderlig värld, med en annan befolkningssammansättning och en annan teknik än den vi har idag? I november publicerades en SBU-rapport om patient–läkarrelationen där Bengt Mattsson, professor i allmänmedicin i Göteborg, medverkar.

Forskningen inom transkulturell allmänmedicin är ytterligare ett område med stort behov av både kvalitativa och kvantitativa epidemiologiska studier samt metodutveckling, inräknat transkulturell arbetsmedicin. Vårdbehov, transkulturella möten, kvalitetssäkring samt hälso- och sjukdomsuppfattningar inom olika etniska grupper behöver analyseras i både kvantitativt och kvalitativt perspektiv. Studier av de, i södra Stockholm och Malmö, invandrartäta bostadsområdenas multietniska och multikulturella nätverk, och hur de påverkar hälsan positivt och/eller negativt, är ett annat viktigt forskningsfält. Nationella och regionala register kommer att få en allt större betydelse inom den allmänmedicinska forskningen.

Datajournalen kommer att bli ett allt viktigare instrument i den framtida allmänmedicinska forskningen. Vi är

skyldiga våra patienter och huvudmannen att utvärdera vårt arbete, och då på en hög etisk och vetenskaplig nivå. För att öka urvalet och styrkan kommer flera vårdcentraler som har samma datajournal att samarbeta i dessa frågor. Patienter som söker vårdcentralen erbjuds fylla i ett begränsat frågeformulär med basala sociala och demografiska uppgifter samt uppgifter om livsstil. Medicinsk anamnes samt basala kliniska data som längd, vikt, blodtryck och blodfetter läggs till. Dessa data kan ligga i en separat forskningsfil som skall kunna sammankopplas med diagnoser, undersökningar och laboratoriedata. Detta är viktigt eftersom en stark allmänmedicinsk forskning på högsta vetenskapliga nivå i förlängningen ger bättre vård.

Ljus framtid

Min vision är att allmänmedicinen kommer att gå en ljus och mycket intressant framtid till mötes, med ett betydligt större stöd från samhällets sida än tidigare och med tydliga mål för verksamheten. Personalen kommer att ha en stor frihet att driva familjeläkarmottagningar i egen regi eller som anställda, men då med ett större inflytande över verksamheten än idag. Eventuella nya arbetsuppgifter i framtiden kommer att åtföljas av motsvarande ekonomiska resurser. Antalet invånare per heltidsanställd allmänläkare kommer att ligga runt 1 500, men om den sociala tyngden på ett område är stor, till exempel mätt med CNI, kan extra resurser distribueras så att antalet invånare kan minska till under 1 000. Morgondagens allmänmedicin kommer att vara forskningsanknuten, utnyttja patientnära avancerad bilddiagnostik som ultraljud vid fler sjukdomar än idag, ny laboratoriediagnostik samt använda sig av telemedia som stöd i konsultationen.

Referenser

1. Sundquist J. Svensk migration i ett aktuellt, historiskt och internationellt perspektiv: Invandringen ställer ökade krav på hälso- och sjukvården. Läkartidningen 1998; 95: 992-9.
2. Demografisk rapport 1994:3. Örebro: Statistiska Centralbyrån, 1995.
3. Tuberkulosen i Sverige 1997. Stockholm: Smittskyddsinstitutet och Hjärt/Lungfonden, 1999.
4. Sundquist J, Johansson SE. The influence of exile and repatriation on mental and physical health. A population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 21-8.
5. Sundquist J, Winkleby M. Cardiovascular risk factors in Mexican American adults in the United States: a transcultural analysis of the NHANES III, 1988–1994. Am J Public Health 1999; 89: 723-30.
6. Sundquist J, Burfield-Bayard L, Johansson LM, Johansson SE. Impact of violence and acculturation on displaced migrants: Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. J Nerv Ment Dis. Under publ.
7. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A, Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet 1999; 353: 89-92.
8. Harris T, Cook EF, Garrison R, Higgins M, Kannel W, Goldman L. Body mass index and mortality among non-smoking older persons. The Framingham Heart Study. JAMA 1988; 259: 1520-4.
9. Benfante R, Reed D. Is elevated serum cholesterol level a risk factor for coronary heart disease in the elderly? JAMA 1990; 263: 393-6.
10. Harris TB, Savage PJ, Tell GS, Haan M, Kumanyika S, Lynch JC. Carrying the burden of cardiovascular risk in old age: associations of weight and weight change with prevalent cardiovascular disease, risk factors, and health status in the Cardiovascular Health Study. Am J Clin Nutr 1997; 66: 837-44.
11. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful aging: predictors and associated activities. Am J Epidemiol 1996; 144: 135-41.
12. Malmström M, Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. Indices of need and social deprivation for primary health care. Scand J Soc Med 1998; 26: 124-30.
13. Malmström M, Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. Ten-year trends in all-cause mortality and coronary heart disease mortality in socio-economically diverse neighbourhoods. Public Health. Under publ.
14. Malmström M, Sundquist J, Johansson SE, Johansson LM. The influence of social deprivation as measured by the CNI on psychiatric admissions. Scandinavian Journal of Public Health 1999; 27; 189-95.
15. Sundquist J, Malmström M, Johansson SE. Cardiovascular risk factors and the neighbourhood environment: A multilevel analysis. Int J Epidemiol 1999; 28: 841-5.
16. Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status, and mental health, lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. A cross-sectional survey. Scand J Prim Health Care 1999; 17: 81-6.
17. Slutrapport från en arbetsgrupp. Stockholm: Läkarförbundet, 1998.
18. Allmänläkare i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999. Meddelandeblad nr 11/99.

Särtryck

LÄKARTIDNINGEN

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i Läkartidningens serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 85 kronor.

Diabetes

Beställer härmed.....ex av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603,
114 86 Stockholm

Eller faxa på faxnummer:
08-20 74 35