

något åt, men vi måste se till att de människor som bor där har en bra hälso- och sjukvård.

Till vardags har Curt Made drygt 20 mil till närmaste sjukhus, lasarettet i Lycksele. De lokala vårdalternativen saknas helt. Den som bryter benet i Tärnaby hamnar på sjukstugan, sak samma med hjärtinfarkten och alla slags sjukdomar. Hans yngre kollega i Åsele, Anna Hambræus, använde två silar för att illustrera detta fenomen. Den ena var normalt finmaskig och symboliserade undervisningssjukhuset som hon lämnat, den andra hade ett hönsnät och stod för Åsele sjukstuga.

– Som glesbygdsläkare har jag ett mycket mindre selekterat material, sade hon, men inte helt oselecterat eftersom folk trots allt kan välja alternativmedicin eller en annan läkare, därav hönsnätet. På min mottagning kan emellertid allt presentera sig i allehanda former.

Måste man kunna allt?

Måste då en glesbygdsläkare kunna allt? Anna berättade en skräckhistoria från sin AT-period, när hon sattes på ett distriktsläkarvikariat med ambitionen att bjuda sina patienter på specialistkunskaper i allting.

– Jag tror att man ska avdramatisera glesbygdsvården lite, sade hon. Om man kommer med långa listor på vad en glesbygdsläkare måste kunna, skapar det bara känslan av att »Klarar jag verkligen allt detta?« – och den är kraftigare hos kvinnor.

Ingemar Hermansson underströk dock bestämt vikten av gedigna kunskaper. Han hade också med sig ett ambitiöst förslag till utbildningsprogram omfattande totalt 8,5 år.

– I vardagsmedicinen behöver det banala inte vara banalt, sade han. Det kan vara första symtomet på en cancer, och om vi missar den hjälper det inte hur duktiga kirurger vi har på storsjukhuset.

Själv hade han 7,5 års sjukhustjänstgöring bakom sig när han via Lycksele lasarett hamnade som provinsialläkare i Vilhelmina.

– Det var otillräckligt och framför allt felcentrerat, kommenterade han. Det betyder inte att det finns en klyfta mellan oss och organspecialisterna: De har kunskaper som vi har stor nytta av och som det är deras skyldighet att dela med sig.

Utifrån Vilhelminaprojektets studier av sjukdomspanoramat avvisade Hermansson bestämt påståendet att glesbygdsmedicinen skulle vara en gren av geriatriken: »Bara en fjärdedel av patienterna är över 65 år.«

– Vi är också skolläkare och vi har ansvaret för BVC.

Eftersom 11 procent är skador, inklu-

sive frakturer, behövs också kirurgin, underströk invärtesmedicinaren Hermansson och berättade om hur han själv appendektomerat tre gånger med assistans av en allmänsjuksköterska.

Göran Westman, professor i allmänmedicin och läkarutbildare vid Umeå universitet, betonade hur viktigt det är att veta vad man verkligen behöver lära sig: »Steget från att kunna allt till att kunna det jag verkligen behöver:«

– Ett bra exempel är AT-proven, sade han. Där fanns en frågebänk med 6 000 frågor, bland vilka hälften redan efter 5 år visade sig vara helt föråldrade. De »rätta« svaren gällde inte längre. De innehöll högt specialiserad klinisk kunskap vid kliniken vid ett givet tillfälle. Kunskap är färskvara och unga läkare behöver erfarna kolleger och handledare för att lyckas med sovringen i kunskapsmassan.

»En epidemiologisk guldgruva«

Det är ingen slump att den relativt sällsynta sjukdomen akut intermitterant porfyri (AIP) kallas Arjeplogsjukan. Ingenstans i hela världen finns en sådan anhopning av denna sjukdom som just i Arjeplog. Där var Christer Andersson distriktsläkare i Einar Wallquists spår och där började han forska. Idag delar han sin tid mellan Arjeplog och Umeå, där han är universitetslektor i allmänmedicin.

– Primärvården är en epidemiologisk guldgruva, sade han. Jag grävde där jag stod, Dan Andersson grävde hemma i Laxå och gjorde en underbar studie om diabetes. Som forskande glesbygdsläkare har vi både bredd och djup i verksamheten, ett oselecterat patientmaterial och ett långt tidsperspektiv.

Svårigheterna ligger i brist på forskningstradition, i prioritering gentemot ett växande vårdtryck, i brist på organisation och egen frihet (makten över tidboken), i ekonomi och rambudgetar och i brist på handledare.

Christer Andersson, som idag bland annat utbildar allmänläkare i grundläggande forskningsmetodik, underströk vikten av samarbete med akademien och sjukhusen.

– Vi får inte isolera oss i primärvården, sade han. Den nya läkarutbildningen i Umeå är ett viktigt exempel. Här undervisar vi allmänläkare där vi kan, flera av oss skriver kapitel i läkemedelsboken, och vi har lika många som skriver kapitel i invärtesmedicinska böcker. När exempelvis diabetikerna nu förs över från sjukhusen till primärvården måste också forskningen följa med dem.

Forskningsmöjligheterna kan vara ett argument för den framtida rekryteringen av glesbygdsläkare. Ett annat är utrust-

ningen. Curt Made vågade påstå att inlandets sjukstugor (benämningen lever kvar i Västerbottens län) är »oerhört bra utrustade«:

»Får inte komma på efterkälken«

– Men vi får inte börja komma på efterkälken med detta, fortsatte han, Då påverkas rekryteringen direkt. Vi ska ha de bästa grejerna så att folk slipper resa, vi ska också ha hälsokalkyler som visar att det är lönsamt att utrustningen finns hos oss.

Ett exempel på nyrekrytering var de båda unga läkare som i samråd med allmänmedicinföreningen SFAM kallat till mötet: före detta kirurgen Anna och före detta anestesiologen Johan Hambræus. För tre år sedan, berättade Anna, »gick de in i väggen« med sina intensiva forskningskarriärer nere i Umeå. I det läget flyttade hela familjen till Åsele, där man sedan flera år hade en stuga, och blev glesbygdsläkare.

– Vi sade oss att vi skulle utvärdera efter två år. Vi gjorde också en summering ifjol och nådde då familjekonsensus om att vi trivs. Det här är vårt sätt att leva, vi har hittat hem och det är ett räsande spännande jobb.

Hans Fällman

De flesta arbetar trots sjukdom

II Över 60 procent av löntagarna går till arbetet fast de är sjuka. Och väljer man att stanna hemma tar man i över 20 procent av fallen ut semester eller kompensationsledighet i stället för att sjukskriva sig.

Det visar en undersökning utförd av Sifo på uppdrag av TCO. Med dessa resultat vill TCO visa betydelsen av att regeringen satsar mer pengar på att förebygga ohälsa, som enligt TCO har blivit »vårt största ekonomiska problem«.

Andra siffror som framkom i Sifos undersökning, som bygger på intervjuer med 4 114 personer i åldrarna 20–65 år i hela landet, är att 69 procent anger stress som orsak till att antalet sjukdagar ökar (inom offentlig verksamhet är siffran 74 procent), medan 25 procent anger ett allmänt hårdare klimat i arbetslivet som orsak till de ökande sjuktagen.

Den totala kostnaden för ohälsan i Sverige var år 2000 drygt 74,5 miljarder kronor, vilket motsvarar 13 305 kronor per person i åldern 16–64 år •