



socialmedicinsk tidskrift

femtioåttonde årgången häfte nr 6 1981

Sturegatan 4, Sundbyberg. Tfn 08/98 40 44
Postadress: 172 83 Sundbyberg
Postgiro 1179-1

Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare
Ann Appelgren, red. sekr.,
Brita Bahrton, bitr. red. sekr.

Redaktionsutskott:

Erik Allander, professor i socialmedicin, Huddinge
Ragnar Berfenstam, professor em. i socialmedicin, Uppsala
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping
Arne Borg, socialdirektör, Stockholm
Axel Gisslén, kommunalråd, Örebro
Gunnar Häggberg, socialchef, Falun
Olle Höök, professor i medicinsk rehabilitering, Göteborg
Willy Karlsson, socialchef, Örebro
Bengt Lindegård, professor i socialmedicin, Göteborg
Gunnar Lindgren, professor em. i socialmedicin, Lund
Ivan Magnusson, socialdirektör, Uppsala
Leif Svanström, professor i socialmedicin, Stockholm
Gösta Tibblin, professor, distriktsläkare, Sollentuna
Villy Wiklund, socialchef, Östersund

Rehabilitering i primärvården!

Uppbyggnaden av primärvården har främst motiverats utifrån krav på närhet och kontinuitet i vården.

Det man kanske då närmast tänker på är alla medborgares behov av nära kontakt med en och samma doktor för de olika hälsoproblem som av och till kan drabba oss alla.

Detta behov av medicinsk närservice i all ära, så finns kanske andra än mer angelägna skäl att försöka skapa bättre kontinuitet i primärvården.

En viktig aspekt är behovet att ge en ny och starkare kontinuitet åt omsorgerna åt psykiskt eller kroppsligt sjuka och hardikappade.

Insatserna för dessa grupper under de två senaste decenniernas utveckling av modern sjukvård och socialvård har främst gällt en utbyggnad av medicinsk rehabilitering och olika arbetsvårdsinstitutioner. Vissa framsteg har också uppnåtts när det gällt att komma tillrätta med psykologiska hinder för en rehabilitering. Det kanske viktigaste har därvid varit ökade insikter om risken med passivisering genom själva sjukvården, särskilt sjukhusvård och annan inaktivitet.

Samtidigt har det blivit allt mer uppenbart att åtgärder riktade mot en isolerad enskild patient inte räcker långt för att nå en lyckad rehabilitering. Ett nödvändigt villkor är att sådana insatser kombineras med insatser på samhällsnivå.

Nödvändigheten att från olika aspekter angripa rehabiliteringsproblemet tycks ha kommit att allt mer uppmärksammas. Det framgår bl a av den ansamling av olika artiklar och undersökningar i ämnet som spontant kommit det senaste året och som utgör stommen till detta nummer.

Några av artiklarna belyser bristerna i kontinuitet och samordning i omsorgerna om den enskilde individen. Förskräckande många olika läkarkontakter, långa improduktiva och passiviserande kötider framkommer i såväl Bente Sundéns undersökning av en arbetsvårdsinstitution som av Anderssons-Marquardsens undersökning av processen vid förtidspensionering. Värdet av lokal kontinuitet belyses också av Bo Mikaelssons konstaterande av att den egna företagsläkaren/företagssköterskan tycks ha de bästa möjligheterna att vid en anställningsundersökning ställa en riktig prognos om lämpligt arbete.

Detta är resultat som klart stöder Harold Sihm-Jørgensens krav på att primärvården mer aktivt skall engageras i aktivitering och rehabilitering av långtidssjuka. Detta kräver som Sihm-Jørgensen påpekar att primärvårdsläkarna skaffar sig en bättre kännedom om industrins arbetsförhållanden.

Behovet av en sådan samordning understrykes ytterligare av det anmärkningsvärt höga sjuktalet i Sverige – 23 dagar per år och individ – ett världsrekord som kanske är väl så tvivelaktigt som vårt rekord i sjukhus-sängar och som kan ge minst lika stora risker för passivisering och inaktivering. Tänkbara bakgrundsfaktorer – och tänkbara angreppspunkter – till detta världsrekord diskuteras i en undersökning av Sverdrup–Helander–Eklund.

En del av dessa problem kan aldrig lösas i arbetet med den enskilde patienten utan kräver insatser på samhällsnivå. Detta gäller naturligtvis i än högre grad den avgörande frågan – att skapa en lokal sysselsättning åt alla – även handikappade – individer.

Åke Thörn framhåller i sin artikel att detta i sin tur förutsätter insatser långt utöver vårdsamhället, främst en regional näringspolitik med förstärkt inflytande av de anställda.

Också krav av denna karaktär kan ha sin betydelse i visionen av hur den framtida primärvården skall kunna utvecklas.

En bärande princip i den vårdideologi som hävdar behovet av ett hälsoarbete för lokalsamhället (jämför SMT 4–5/81) är att en "kommundiagnos" skall täcka inte bara panoramat av hälsoproblem utan också de sociala och ekonomiska förhållandena i den lokala regionen.

Hälsoproblemen kan spegla samhällsproblemen – och måste i sista hand bemötas genom att förändra samhällsmiljön.

Att detta kräver meningsfull sysselsättning på rätt plats är ju ingenting nytt, allra minst i dessa spalter.

Det kan dock ha sina risker uppfatta primärvården som ett slags universalmedel som nu också skall klara rehabiliteringens alla olösta svårigheter.

Man har förvisso all anledning till pessimism om man enbart ser primärvården som en utveckling av vårdsamhället.

Men det finns större anledning till optimism om man ser primärvårdsutvecklingen som en viktig del i utvecklingen av ett mer vitalt och självständigt lokalsamhälle – med möjligheter att frigöra människors fantasi och aktivitet och benägenhet att hjälpa och stimulera varandra till nya lösningar.

Claes-Göran Westrin