

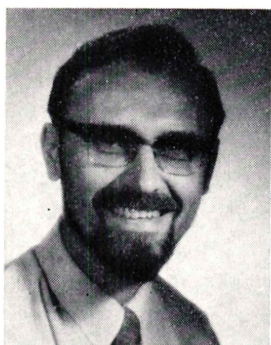
Det nu ej sällan tillämpade systemet att socialvården betalar sjukhusvården för de patienter som kommit in på sjukhuset, emedan det är svårt att ordna vård i hemmet eller på ett ålderdomshem respektive att landstinget betalar för sjukvård i hemmet, eftersom det är svårt bereda patienten en sjukhusplats, är ej ägnat effektivisera utnyttjandet av vårdplatserna eller att minska samhällets utgifter för de vårdbehövande åldringarna.

Pers trodde icke att man enbart genom rationaliseringsåtgärder skulle kunna täcka det sti-

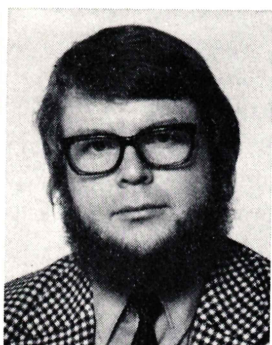
gande vårdbehovet inom åldringsvården under de närmaste decennierna. År 1990 finns det nämligen 35 % fler åldringar i samhället än vi hade år 1970.

I en avslutningsreplik redovisade *Lindgren* de möjligheter som finns att inom nuvarande ramar för undervisningen i socialmedicin ge medicinarna "en viss praktiktid inom något socialt område" och beklagade att socialstyrelsen nyligen genom ett beslut angående allmäntjänstgöring reducerat denna möjlighet.

Vision och verklighet



Lars Dahlin



Leif Svanström

Planeringen av öppen vård på landsbygden har nått långt medan man i storstäderna länge trott sig klara av den öppna vården med hjälp av sjukhus och privatläkare. De senaste årens explosion i sjukvårdsutnyttjande har visat att detta är omöjligt, framhåller i nedanstående artikel Lars Dahlin och Leif Svanström. I artikeln analyseras de speciella förutsättningarna för öppen-vårdsplanering i en svensk storstad.

Författarna är kliniska amanuenser vid institutionen för socialmedicin vid Lunds universitet. Svanström tjänstgör även som socialmedicinsk konsultläkare vid socialbyrå 4, Malmö socialförvaltning.

Om öppen vård och integration

1968 hade de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö 30 % av Sveriges folkmängd, och enligt prognoser från respektive städer räknar man med att år 2000 ha ca 50 % av landets befolkning. Sista årens utveckling pekar på en viss stagnation men tendensen i andra länder antyder att denna kan vara temporär.

Under mitten—slutet av 1960-talet har man i Sverige gjort försök till långtidsplanering inom

sjukvården, exempelvis "Sjukvårdsplan för Göteborg" (5) och "Sjukvården i Skåne" (4). I denna planering försöker man analysera pågående tendenser i samhällsutvecklingen och också planera sjukvården därefter.

Dessa utredningar såväl som ett stort antal utländska både i väst och öst rekommenderar en decentraliserad primärvård grundad på allmänläkare. Dessa tankegångar avspeglar sig bl a i ett flertal nummer av *World Medical Journal*. Beho-

Behovet av integration, både funktionellt och lokalmässigt, mellan socialarbetare, beteendevetare av olika slag och primärsjukvården framhålles också internationellt.

vet av integration, både funktionellt och lokalmässigt, mellan socialarbetare, beteendevetare av olika slag och primärsjukvården framhålles också internationellt. Många försöksverksamheter pågår på olika håll i världen.

Även t ex i "Sjukvårdsplanering i Skåne" försöker man konkretisera dessa generella önskemål. Samtliga skånska sjukvårdshuvudmän har här gjort en gemensam sjukvårdsplanering för Skåne.

Planeringen av öppen vård på landsbygd har nått långt, medan man i storstäderna länge trott sig klara av den öppna vården med hjälp av sjukhus och privatläkare. De senaste årens "explosion i sjukvårdsutnyttjande" har visat att detta är omöjligt. Så företräds t ex i en skrivelse från biträdande sjukvårdsdirektören och utredningssekreteraren vid sjukvårdsförvaltningen i Malmö november 1970 (7) samma målsättning för sjukvården i Malmö som för "Sjukvården i Skåne".

Allmänläkarmottagningar snarast?

"Det torde sålunda vara föga ekonomiskt att tillföra sjukhuset en rad högt specialiserade läkare och annan personal jämte dyrbar utrustning för att diagnostisera och behandla många gånger ytterst banala åkommor. För att om möjligt undvika detta måste den öppna vården vid sjukhuset analyseras i syfte att få en uppfattning beträffande omfattningen av det antal patientbesök som kräver de specialiserade resurserna resp det antal som kan undersökas och behandlas av exempelvis en allmänläkare av typ praktiker."

"I detta sammanhang bör också erinras om att flera klinikchefer vid diskussion rörande den öppna vården beklagar sig över att rutinfallen tar

Det torde härvid ej vara helt säkert att analysen skulle ge vid handen att en fortsatt utbyggnad av specialistvården inom staden är det riktiga.

I det läget bör man måhända istället undersöka möjligheten att snarast åstadkomma allmänläkaremottagning i offentlig regi.

så mycken tid i anspråk att de som verkligen behöver den kvalificerade vården blir lidande."

"... där den offentliga somatiska akutsjukvården koncentrerats till ett sjukhus. Till följd härav är stadens invånare tvungna att söka sig till Allmänna sjukhuset, oavsett om åkommorna är av svårare eller lindrigare art, om de önskar den ur patientens synpunkt mindre kostnadskrävande vård som den offentliga sjukvården erbjuder. Om man sålunda vill begränsa sjukhusets öppna vård till att omfatta endast de mera kvalificerade fallen måste man ge patienterna alternativ.

Hur dessa alternativ skall gestalta sig måste som tidigare antytts bli beroende av resultatet av en analys av den öppna vårdens struktur. Det torde härvid ej vara helt säkert att analysen skulle ge vid handen att en fortsatt utbyggnad av specialistvården inom staden är det riktiga. Måhända skulle man finna att de sk rutinfallen är av en sådan omfattning att man istället bör inrikta planeringen på allmänläkaremottagningar av typ landstingens flerläkarestationer. En sådan typ av vårdcentraler förutsattes också i betänkandet "Sjukvården i Skåne".

"I det läget bör man måhända istället undersöka möjligheten att snarast åstadkomma allmänläkaremottagningar i offentlig regi. Vid en sådan prövning bör man också hålla i minnet att det med allra största sannolikhet kommer att äskas flera läkaretjänster av klinikcheferna vid Allmänna sjukhuset inför budgetåret 1972. Dessa tjänster kommer bl a att motiveras med den öppna vårdens utveckling. Bifall till inrättandet av nya läkaretjänster brukar också medföra omedelbara krav på nyanställning av assisterande personal, komplettering av utrustning och lokaler etc. I beaktande av vad som ovan anförts angående den öppna vårdens struktur kan man fråga sig om det är lämpligt att fortsätta att inrätta tjänster för högt specialiserade läkare, vilka i stor omfattning nödgas handlägga rutinfall."

Planering i Malmö och Göteborg

I december 1970 tillsattes som ett resultat av denna skrivelse den s k *arbetsgruppen för den öppna vårdens organisation i Malmö*. Arbetsgruppen ägnade en stor del av sin tid åt *akutsjukvården vid Allmänna sjukhuset* och lade fram ett förslag om en snabbutbyggnad av provisoriskt akutintag gemensamt för medicin- och kirurgklinikerna (71-07-20). Efter remittering till planeringsgruppen vid sjukvårdsstyrelsen och dess uttalande att aktuell planering av provisorier redan var tillräcklig föll förslaget i sjukvårdsstyrelsen.

I mars 1971 tillsattes ett *arbetsutskott* för öppen vård bestående av biträdande sjukvårdsdirektören utredningssekreteraren samt två läkare (en kirurg och en invärtesmedicinare). Denna grupp bedriver en utredningsarbete med hjälp av statistiker. I gruppen ingår också representanter för privatläkarna.

I det första ledet i planeringen har man utgått från Göteborgsplaneringen och satt som mål 5 besök per person och år i öppen vård, vilket med 360 000 invånare år 1985 skulle ge 1 800 000 besök (tabell 1).

Tabell 1. Planering av framtida behov av öppen vård i Malmö.

	Antal invånare	Antal besök/ invånare och år	Totalt antal besök
1975	315 000	4	1 260 000
1985	360 000	5	1 800 000

Malmö allmänna sjukhus har idag ca 490 000 besök i öppen vård och privatsjukvården ca 385 000 (tabell 2). Då Malmö allmänna sjukhus

Tabell 2. Antal läkarbesök i kommunal och privat sektor 1970 och 1971 i Malmö.

	Antal läkarbesök		Besök per invånare/år 1970—1971
	1970	1971	
Kommunal sektor	461 000	489 000	1.8
Privat sektor	381 000	384 000	1.5
Totalt	842 000	873 000	3.3

inte anses kunna byggas ut mera än för ca 450—500 000 besök, planeras öppenvårdscentraler utanför sjukhuset för totalt 350 000 besök (tabell 3).

Tabell 3. Planerad utbyggnad av vårdcentraler i Malmö.

	Antal planerade besök/år
Malmö östra sjukhus	100 000
Limhamn	50 000
Jägersro	100 000
Södra Hyllie	100 000

För att klara av den öppna vården har man i planeringen fram till 1985 grundat sig på antagandet att privatsjukvården måste "expandera" i samma takt som den offentliga sjukvården. Detta trots att man redan i "novemberskrivelsen" erinrat om den allt mera minskande benägenheten hos läkarna att privatetablera sig. Detta dokumenteras också i statistiken för öppen vård 1971 (tabell 2).

Som en jämförelse kan nämnas att man i Göteborg redan 1966 öppnade den första öppenvårdscentralen utanför sjukhus i offentlig sjukvårdsregi. Denna är huvudsakligen grundad på specialistläkarvård. Efter den s k "Studien över den totala öppna vården i Göteborg" (3, 6), fann den s k öppenvårdskommittén att frekvensen av besök på allmänläkarnivå borde uppgå till 40—50 % av totalantalet besök. Från 1973 börjar man också en utbyggnad av två- och treläkarstationer på allmänläkarbas. Dessa läkarstationer avses att betjäna en befolkning på 10—15 000 invånare och enligt uppgift hoppas man kunna bygga en sådan station per år.

I det s k Södra Hyllie-projektet anges för första gången i Malmö hur man tänkt sig den öppna sjukvården samordnad med socialvården. De för-

För att klara av den öppna vården har man i planeringen fram till 1985 grundat sig på antagandet att privatsjukvården måste "expandera" i samma takt som den offentliga sjukvården.

slag som lagts fram grundar sig på specialistläkarvård (tabell 4) lokaliserad till en enhet för ca 50 000 invånare. Vi har i en artikel beskrivit sjukvårdens och socialvårdens planering närmare (1).

Tabell 4. Förslag till öppenvårdscentral i Södra Hyllie.

Specialitet	Besök per år	Antal mot-tagnings-enheter
Allmänpraktiker	9 000	2
Medicin	9 000	2
Barnmedicin	5 000	1
Kirurgi	22 500	2
Ortopedi	8 000	1
Öron-, näs- och hals	15 000	2
Ögon	10 000	2
Gynekologi	6 000	1
Hud	6 000	1
Psykiatri	3 000	1
Summa	93 500	16

Vision och verklighet

Avståndet mellan visionen i Skåneförslaget så som det bl a framgår i "novemberskrivelsen" och den verklighet som redovisas genom förslaget från arbetsgruppen är uppenbart. Att flytta ut öppen vård från sjukhus till öppenvårdscentraler är helt i enlighet med visionen — men här upphör likheten. Man går bara halvvägs och föreslår stora enheter med en *primärsjukvård baserad på specialister istället för allmänläkare*.

I "Sjukvården i Skåne" förutsättes funktionell samordning (integration) och inte enbart lokal samordning med bl a socialvården. Hur har man tänkt sig integrationen i arbetet i en sådan vårdcentral som den planerade?

För närvarande planerar man för 350 000 be-

Öppenvårdscentralerna — som de skisseras i planeringen — tycks mera tillgodose personalens behov av goda och bekväma arbetsförhållanden än befolkningens behov.

sök vid öppenvårdscentralen. Om målsättningen 1 800 000 besök i öppen vård 1985 skall kunna uppfyllas, måste sålunda privatsjukvården expandera från 380 000 besök per år f n till ca 1 miljon besök per år 1985. Detta sett mot bakgrunden att ökningen 1970—1971 var 3 000 besök! Enligt "Sjukvården i Skåne" arbetar de privatpraktiserande läkarna "idag i former som med undantag för läkarhusen är föga anpassade till en önskvärd framtida sjukvårdsstruktur". Även beträffande läkarhusens anpassande till en framtida sjukvårdsstruktur kan stor tveksamhet anföras. Hur har man överhuvudtaget tänkt sig en integration mellan socialvård och övrig social service och privat sjukvård? Är den privata sjukvården motiverad för integrering med socialvården?

"Sjukvården i Skåne" är mycket diffus i konkreta förslag om vårdcentraler och integration med socialvård. Detta avspeglas också i de förslag man lagt fram för den öppna vården i Malmö. Vi har därför i en skrivelse till sjukvårdsstyrelsen (juni 1972) givit ett alternativförslag med en öppen vård lokaliserad till enheter med ett befolkningsunderlag på ca 15 000 invånare grundade på allmänläkarvård i lagarbete med socialarbetare och distriktssköterska samt kompletterad av en mindre specialistläkarenhet (1).

Öppenvårdscentralerna — som de skisseras i planeringen — tycks mera tillgodose personalens behov av goda och bekväma arbetsförhållanden än befolkningens behov.

Vilket verklighetsunderlag har siffran fem besök per person i öppen vård och år? Kan en sådan snabb expansion av sjukvård accepteras? Kan man genom annan struktur på de medicinska och sociala servicesystemen finna bättre och billigare lösningar? Kan principerna om "lägsta effektiva omhändertagandenivå" tillämpas här, och vad skulle detta innebära konkret?

Vid planeringen av öppen vård kan man inte

Avståndet mellan visionen i Skåneförslaget så som det bl a framgår i "novemberskrivelsen" och den verklighet som redovisas genom förslaget från arbetsgruppen är uppenbart.

Man kan inte från planerarnas sida förvänta sig att representanter för den nuvarande organisationen skall sanktionera omstruktureringen mot en ny typ av sjukvård och socialvård.

enbart grunda sig på analys av den nuvarande organisationen utan bör även göra en behovsanalys i befolkningen (2). Befolkningsstudier skall utföras i det geografiska område planeringen gäller. I väntan på resultat från en sådan undersökning måste man grunda sig på erfarenheter från andra områden inom Sverige och utomlands.

Här måste man också vara lyhörd för generella tendenser, vilket man till stor del varit i "Sjukvården i Skåne", men man kan inte från planerarnas sida förvänta sig att representanter för den nuvarande organisationen skall sanktionera omstruktureringen mot en ny typ av sjukvård och socialvård.

REFERENSER

1. Dahlin, L. och Svanström, L: Planering av öppen vård i storstad — ett exempel från Malmö. Läkartidningen 69:4825—4829, 1972.
2. Dahlin, L. och Svanström, L: Befolkningsstudier som grund för den öppna vårdens planering. Stencil. Institutionen för socialmedicin, Lunds universitet; Socialmedicinska avdelningen, Malmö.
3. Härnqvist, M. och Lindholm, N: En studie över den totala öppna vården i Göteborg. Läkartidningen 69:2029—2032, 1972.
4. Sjukvården i Skåne. Rapport av kommittén för sjukvårdsplanering i Skåne 1970.
5. Sjukvårdsplan för Göteborg. Perspektivplan för perioden 1970—1980. Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg 1970.
6. SPRI-rapport 1/72. Öppen sjukvård i Göteborg 1969.
7. Öppen vård vid Malmö allmänna sjukhus. Skrivelser till sjukvårdsstyrelsen 1970-11-05. Kansliavdelningen.

Allmänläkaren och psykiatern

Psykiaterns syn

Balint har bland många andra entydigt visat att allmänläkaren har större förutsättningar än någon annan att klara av merparten neuroser, dvs alla dem som inte kan tillgodogöra sig kvalificerad psykoterapi.

Liksom nu borde han likaså vara den lämpligaste att känna igen och behandla lätta och medelsvåra endogena depressioner.

I varje fall den intresserade allmänläkaren borde vara i stånd att klara av schizofrena i icke akuta faser.

Psykologiska frågeställningar finns i praktiskt taget varje fall som behandlas av en läkare. I motsats till många somatiska problem kan de psykologiska aldrig brytas ur sitt sammanhang. Det betyder att allmänläkaren om han känner patienten genom tidigare kontakter eller genom att han känner familjen har mycket lättare än någon annan att se och förstå ett givet symptom vid ett givet tillfälle.

För en optimal funktion behöver han emellertid spegla inte minst sina egna reaktioner mot någon annan. Här borde psykiatern komma in som handledare, snarare än rådgivare. Om psykiatern har möjlighet att se det värdefulla i denna roll och framför allt att nöja sig med den återstår att se.

Sammanfattning av anförande av docent Len-nart Kaij vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Skövde 1972