

Allmänläkaren och psykiatrin

Claes-Göran Westrin

Diskussionen om allmänläkaren och psykiatrin måste idag föras mot en bakgrund, som i vissa avseenden är oklar och även kontroversiell. Det verkar dock som om åsikterna börjar samlas till ställningstaganden, som bör kunna ge en rimligt fast grund för utsagor om framtiden.

De förslag, som lagts om läkarnas vidareutbildning och sjukvårdens strukturering, ger läkare med allmänläkarutbildning en viktig roll i den framtida sjukvården. Under vissa förutsättningar bör allmänläkaren härvid ha särskilda möjligheter beträffande ett psykiatriskt klientel. Dessa förutsättningar är en bättre utbildning i psykiatri och ett på riktigt sätt utformat lagarbete med socialarbetare och psykologer samt med det psykiatriska specialistteamet.

En diskussion om allmänläkaren och psykiatrin måste idag föras mot en bakgrund som i vissa avseenden är oklar och även kontroversiell. Man har en livlig debatt om allmänläkarens framtida arbetsuppgifter. Många frågar sig hur psykiatriansvarsområde skall avgränsas. Ytterst finns här också en trevande osäkerhet vilken målsättning vi över huvud taget skall ha i sjukvårdsarbetet, vad som egentligen är sjukvårdens arbetsuppgifter jämfört med socialvårdens arbetsuppgifter etc.

Allteftersom diskussionen pågått tycks emellertid åsikterna samlas till vissa ställningstaganden, som bör kunna ge en rimligt fast grund för utsagor om framtiden.

Några sådana ställningstaganden bildar förutsättningar för denna framställning.

En viss enighet torde råda om att vi visserligen behöver en rad traditionella specialister i primärvården — men att vi därutöver också behöver en annan typ av läkare, som kan stå för ett bredare

diagnostiskt kunnande, en kontinuitet i behandlingen av den enskilde patienten eller enskilda familjen och ett brett kontaktnät med social verksamhet och annan närmiljö. En sådan typ av läkare brukar i regel betecknas som allmänläkare och då innefatta sådana nuvarande befattningstyper som provinsialläkare, stadsdistriktsläkare etc.

Denne allmänläkare skall enligt gällande förslag ha sin tyngdpunkt i utbildningen i invärtesmedicin och därjämte en breddad utbildning i psykiatri samt på det socialmedicinska området (jfr Berg 1973).

Utgångspunkten i denna framställning är att allmänläkaren i framtiden skall ha en sådan utbildningsprofil, vidare att han i allt större utsträckning kommer att vara verksam i ett samordnat socialt och medicinskt lagarbete.

Denna allmänläkare skall enligt gällande förslag ha sin tyngdpunkt i utbildningen i invärtesmedicin och därjämte en breddad utbildning i psykiatri samt på det socialmedicinska området.

Baserat på ett inledningsanförande vid en konferens i Svenska Psykiatriska Föreningens regi i Skövde 23 sept. 1972.

Allmänläkarens arbetsuppgifter

Frågan om hur stor del av sjukdomspanoramat som kan klaras av en allmänläkare har de senaste decennierna studerats i ett otal undersökningar inom och utom landet. Resultaten är givetvis något varierande men brukar ganska enstämmigt samlas till höga procentsiffror, ända upp till 90 % av primärvårdens klientel. Undersökningsmetodiken är i regel förenad med stora felkällor, då den väsentligen baseras på allmänläkarnas egna skattningar. Även vid sådana undersökningar där man vägt andra läkargrupperns bedömningar mot allmänläkarnas egna bedömningar framkommer emellertid resultat som tyder på att en majoritet av öppna vårdfallen kan handläggas av läkare med en bred utbildning men utan den traditionelle organspecialistens fördjupade kunskaper.

Bedömningen av allmänläkarens möjligheter att klara det psykiatriska sjukdomspanoramat överensstämmer ganska väl med vad som gäller för andra specialiteter.

Det kan ifrågasättas om det är särskilt fruktbart att diskutera hur många fall som allmänläkaren kan klara "lika bra" som organspecialisten. Mer intressant är kanske om han har möjlighet att klara någon del av patientklientelet *bättre* än specialisten.

Ser man det från allmänna utgångspunkter är det då naturligt att räkna med att allmänläkaren är den bästa doktorn för patienter med flera diagnoser samtidigt — och det tycks enligt olika svenska undersökningar gälla mer än var femte patient i ett provinsialläkarklientel.

Om man förutsätter att allmänläkaren arbetar i särskilt nära samverkan med kommunens socialvård bör han kanske också ha särskilda förutsättningar att bidra till behandlingen av patienter där sociala och ekonomiska problem är nära knutna till de medicinska besvären. I engelska undersökningar har man räknat med att detta karakteriserar ca 1/3 av allmänpraktikernas klienter. I Sverige finns endast resultat från smärre stickprovsundersökningar med mycket varierande resultat (jfr sid 12).

Allmänläkarens särskilda möjligheter i psykiatri

Men frågan om allmänläkarens särskilda möjligheter kan också bedömas från den speciella infallsvinkel, som behandlingen av psykiatriskt betonade problemställningar erbjuder, det må nu vara depressioner, asteniska insufficienser, ångesttillstånd, vegetativa besvär, alkoholproblem eller motsvarande.

I detta fall kan man aktualisera en rad målsättningar, som brukar anses väsentliga när det gäller att utveckla den psykiatriska vården.

Man kan önska en bättre samordning av somatisk och psykiatrisk vård. Man kan hävda behovet av en långt bättre kontinuitet i vården än vad som för närvarande är möjligt. Man kan hävda behovet av en förankring av utredning och behandling i den lokala miljön — med krav på miljökännedom och samordning med andra lokala resurser. Man kan hävda behovet av förebyggande insatser, i sin mest offensiva form insatser av typen samhällsarbete, "samhällsmedicin". En sammanfattning av allmänläkarens särskilda möjligheter i dessa avseenden redovisas i *tabell 1*.

Denna sammanfattning skall i det följande närmare kommenteras.

Tabell 1. Allmänläkarens särskilda möjligheter beträffande ett "psykiatriskt" klientel

1. Kompetens att behandla blandad somatisk-psykiatrisk problematik, vid
 - somatisk genes till psykiska besvär
 - psykiatrisk genes till somatiserade besvär
 - psykisk "pålagring" till somatiska besvär
2. Kontinuitet i patient-läkar-kontakten av betydelse för
 - informationskontinuiteten
 - trygghetsaspekten
 - "drogen doktorn"
3. Miljökännedom, vad avser
 - familjaspekten
 - kännedom om arbete — bostadsmiljö etc
4. Möjligheter till samordning med andra lokala resurser genom
 - lagarbete med distriktsvård, socialvård, försäkringskassa m m
 - kännedom om olika speciella lokala resurser
5. Förutsättningar för "samhällsmedicin"

Blandad somatisk-psykiatrisk problematik

Patienter i psykiatrisk vård presenterar i mycket stor utsträckning en problembild, där somatiska och psykiatriska problem är intimt sammanvävda. Hos en del av dessa patienter gäller det *kroppsliga orsaker till psykiatriska symtom*. Det kan vara mer ospecifikt konditionssänkande tillstånd. Det kan vara mer specifika rubbningar såsom åldersförändringar i hjärnan, hjärntumör, endokrina tillstånd etc. Som helhet gäller det en grupp som kvantitativt är ganska liten men som är viktig med hänsyn till behandlingsmöjligheterna.

Långt vanligare är förekomsten av viktiga *psykiska bakgrundsfaktorer till somatiska symtom*, det må nu vara psykosomatisk sjukdom eller en "soma-tisering" av en social och psykisk belastningssituation.

Kanske ännu vanligare är gruppen med *psykisk pålagring till "primärt" somatiska besvär* — människor med en ångslan för kroppsliga besvär, en ångslan som i sig vidmakthåller dessa besvär. Man kan påminna sig, att Kurt Schneider betecknat sådan ångslan för kroppslig sjukdom, som en av människans tre "Ur-ängste". Det är en tes vars riktighet kan styrkas av det ivriga intresse som länge ägnats läkarböcker och läkarpalter och den utomordentliga popularitet med vilken hälsokontrollerna alltmer kommit att omfattas. Också i sjukvården torde det alltid funnits åtskilliga patienter, vars främsta önskan varit att få en bekräftelse om att förefintliga besvär inte är farliga, att beviljas en slags medicinsk avlat.

Denna sjukvårdens rituella funktion torde bli allt viktigare med en ökande biologisk kunskap och hälsomedvetenhet. Självfallet accelereras den också när man med tilltagande läkartillgång underlättar möjligheter till läkarbesök.

Det behöver heller inte råda någon tvekan om att denna möjlighet att befria människor från onödig ångslan är en legitim social servicefunktion.

Denna sjukvårdens rituella funktion torde bli allt viktigare med en ökande biologisk kunskap och hälsomedvetenhet.

Men för att dessa problem skall handläggas rätt krävs hos läkaren en kombinerad medvetenhet och teknik, som tar samtidig hänsyn till somatisk och psykologisk problematik. För närvarande torde den här nämnda patientgruppen ofta försummas och avfärdas som SVBK-fall, cancerofobier och liknande. Enligt min erfarenhet tenderar de också gärna att i en specialiserad sjukvård hamna hos psykiatern, fastän med mitt sätt att se allmänläkaren alldeles självklart är dessa patienters doctor of choice.

Kontinuitet

Allmänläkarens möjlighet att ge kontinuitet i vården är väsentlig från flera aspekter. En sådan aspekt är informationskontinuiteten. Genom att under en längre tid ha kontakt med samma patient för olika åkommor och hälsokontroller har allmänläkaren under ideala förhållanden möjlighet att få en *kontinuerlig uppfattning* om patienten, dennes sätt att uppleva sjukdom etc. Från patientens sida kan denna kontinuitet innebära en *trygghetsfaktor*, som är av betydelse inte minst i psykiatriska sammanhang. Man bör här observera att ett av de vanligaste klagomålen mot sjukvårdens sätt att fungera för närvarande är att man saknar den trygghet som en lång tids kontinuerlig kontakt med samma doktor kan inge.

Möjligheterna att behandla en patient vid olika åkommor ger också allmänläkaren en psykologisk trumf på hand, när det gäller den stora mängden av fall, som har behov av relativt okomplicerade jag-stödande åtgärder. Den engelske psykoanalytikern Michael Balint har myntat uttrycket "*drogen doktorn*" i samband med sina studier av engelska allmänpraktikers sätt att fungera. Styrkan i denna drog sammanhänger inte minst med det förtroende, som byggs upp när en läkare har möjlighet att påtagligt hjälpa människor genom att ena gången lyckosamt behandla en infektion, andra gången diagnosticera en blindtarmsinflammation etc.

Miljökönnedom och lokal samordning

Det vore att grovt idealisera om man föreställde sig att varje allmänläkare besatt en nära och intim

Möjligheterna att behandla en patient vid olika åkommor ger också allmänläkaren en psykologisk trumf på hand, när det gäller den stora mängden av fall, som har behov av relativt okomplicerade jag-stödjande åtgärder.

kännedom om sina patienters familjemiljö, arbetsmiljö, bostadsmiljö etc. Men väsentligt är att deras förutsättningar att lära känna dessa miljöer är betydligt större än specialistläkarens.

I första hand har man att räkna med att den etablerade allmänläkaren i stor utsträckning kommer att bli en hel familjs läkare och på så sätt får möjlighet att utsträcka sina informationsspröt till att gälla också mannens, hustruns, föräldrarnas, barnens etc reaktionsmönster och levnadsförhållanden.

Beträffande samordning med andra lokala resurser är givetvis den ovannämnda utvecklingen mot en integrerad social och medicinsk verksamhet inom ramen för vårdcentraler (socialcentraler, etc) av särskild betydelse. Väsentligt är dock att man får räkna med att allmänläkaren under alla förhållanden har ett betydligt mer utvecklat kontaktnät till den lokala socialvården, den decentraliserade försäkringskassans verksamhet och framför allt naturligtvis distriktsvården. En mycket betydande del av kontakterna med socialvården gäller härvid psykiatriskt betonade problem.

Tabell 2. Psykiatriskt respektive somatiskt betonad problematik bland socialbyråklienter, studerade med avseende på eventuellt behov av medicinsk och social samverkan.

Undersökningstyp:	Antal fall	Enligt den behandlande socialarbetarens bedömning Behov av medicinsk och social samverkan	därav fall med:		
			enbart somatiska besvär	somatiska jämte psykiatriska* besvär	väsentligen psykiatriskt* betonade besvär
Stickprov av en kontinuerlig sekvens av klienter vid					
socialbyrå i Göteborg	90	66	2	30	34*
socialbyrå i Skara	98	55	7	23	25*

* inkl. alkoholproblematik

Det kan illustreras med resultatet av ett par aktuella undersökningar.

Den ena undersökningen gällde förekomsten av samtidiga sociala och medicinska insatser beträffande klienterna vid en socialbyrå och har närmare beskrivits på annat ställe i detta tidskriftsnummer (sid 12). I denna undersökning gjordes ett försök att bland de fall, där medicinsk problematik förekommit, grovt skatta om denna gällde huvudsakligen somatiska eller huvudsakligen psykiatriska problem, i sistnämnda fallet inkluderande alkoholproblematik.

Bland de fall där *läkarkontakter* av intresse för ärendets handläggning vid socialbyrån förekommit bedömdes ungefär hälften gälla väsentligen psykiatriskt betonade besvär. I den grupp där *direkt social och medicinsk samverkan* förekommit karakteriserades 9 fall av 10 av problem av dominerande psykiatrisk valör (Jönsson & Westrin 1972).

Den andra undersökningen av intresse i sammanhanget gäller behovet av social och medicinsk samverkan i den primärkommunala socialvården. Metodiken och uppläggningsen har beskrivits anorstädes (Westrin 1971 — jfr också sid 12). Det gäller stickprovsundersökningar som genomförts vid socialbyråer dels i Göteborg, dels i Skara. I Göteborgsundersökningen registrerades social-assistenterna ett intresse för samverkan i 70 % av fallen medan motsvarande siffra i Skara var 55 %.

En närmare analys visar att i stort sett hälften av

dess fall företett besvär, som uppfattats som väsentligen psykiatriskt betonade medan den återstående hälften företett en kombination av psykiska och somatiska besvär. Endast en liten minoritet av fallen föredro renodlat somatiskt präglade besvär (tab. 2).

"Samhällsmedicin"

I en rad länder går det för närvarande en våg av intresse att utforma socialt och medicinskt arbete i riktning mot förebyggande åtgärder på bred front. Nyckelord i debatten är krav på en social "alarmfunktion" i vårdapparaten, på community health centres, på en offensiv medicin osv. Vi vet rätt mycket om önskvärdheten av en sådan "samhällsmedicinsk" inriktning men betydligt mindre om hur den i praktiken skall kunna bli fruktbärande och effektiv. I detta sammanhang finns det dock onekligen starka argument för en decentralisering av inte minst den medicinska vården till "kvarters-arbete", där det lilla formatet skulle möjliggöra att sjuksköterskor, socialarbetare och läkare kunde få en maximal chans att uppleva människor i deras närmiljö och därmed också möjlighet att tillsammans med dessa människor påverka denna miljö.

Ett sådant samhällsmedicinskt arbete skulle komma att omfatta ett mycket intimt samspel av somatiska, psykiska och sociala faktorer.

Om en utveckling i denna riktning skulle förverkligas i större skala måste detta rimligen medföra ett betydligt ökat behov av allmänläkare.

Speciella problem

Nu torde det för var och en med minsta kunskap om svensk sjukvård stå klart att provinsialläkaren av idag som regel knappast har möjlighet att ge

Det pågår för närvarande en diskussion för att förlänga utbildningen till allmänläkarkompetens. Härvid bör en utökning av den psykiatriska vidareutbildningen vara ett av de mest angelägna kraven.

sina patienter en tillfredsställande behandling vad gäller psykiatriskt betonade problem. Det är i och för sig knappast anmärkningsvärt då sådana möjligheter knappast heller föreligger inom den egentliga psykiatriska vårdorganisationen. Men det är ett förhållande som understryker att vissa förutsättningar måste vara uppfyllda för att den psykiatriska vården skall få rimlig kvalitet, vare sig det nu handlägges av allmänläkare eller specialist. Dessa förutsättningar är bl a en adekvat utbildning och adekvata arbetsformer.

Utbildningen. Dagens provinsialläkare har i regel en mycket bristfällig psykiatrisk utbildning. En undersökning av ett 30-tal provinsialläkare i ett svenskt län 1967 visade sålunda att endast var fjärde ordinarie provinsialläkare (7/29) hade en klinisk utbildning i psykiatri som var längre än 6 månader och mindre än hälften (12/29) mer än 3 månaders utbildning. I framtiden kommer bilden här att vara helt annorlunda, då allmänläkarkompetensen innebär en klinisk psykiatrisk tjänstgöring på minst 9 månader. Självfallet är dock detta inte tillräckligt. Det måste kompletteras med en systematisk fortbildning, inkluderande handledning beträffande enskilda fall, regelbundna behandlingskollegier kring psykiatriska fall och helst också återkommande kortare tjänstgöringsperioder på psykiatrisk klinik. Genom en sektorisering av den psykiatriska vården med regelbundet samarbete mellan allmänläkare och vårdcentraler å ena sidan och ett kvalificerat psykiatriskt specialistteam å den andra sidan borde handledningen och behandlingskollegierna kunna få en ändamålsenlig utformning.

Det pågår också för närvarande en diskussion att förlänga utbildningen till allmänläkarkompetens utöver de tre år som planeras för ett första skede. Härvid bör en utökning av den psykiatriska

Det finns onekligen starka argument för en decentralisering av inte minst den medicinska vården till "kvarters-arbete", där det lilla formatet skulle möjliggöra att sjuksköterskor, socialarbetare och läkare skulle få en maximal chans att uppleva människor i deras närmiljö.

vidareutbildningen till sammanlagt 1 år (+ 3 mån allmäntjänstgöring) vara ett av de mest angelägna kraven — om man vill sträva efter att fullt ut utnyttja allmänläkarens speciella möjligheter att behandla psykiatriskt betonade besvär.

Arbetsformer. En grundläggande förutsättning för att allmänläkaren skall ha möjlighet att ta sig an social och psykiatrisk problematik är att han inte tvingas till en masspoliklinik av den typ som under senare år varit vanlig på svenska provinsialläkarmottagningar. Kraven från psykiatriskt håll torde dock härvid knappast skilja sig från det krav man har anledning att ställa från t ex invärtesmedicinska eller geriatriska utgångspunkter. En utveckling mot ett upptagningsområde på 2 000—2 500 invånare såsom t ex föreslagits i Spri 14/72, borde emellertid innebära rimliga förutsättningar också för ett arbete med psykiatriska och socialmedicinska problemställningar.

Ett av de områden av psykiatrisk valör, där allmänläkaren bör ha möjlighet att göra särskilda insatser, är som ovan framhållits i samarbetet med den primärkommunala socialvården. Viktigt är då att detta samarbete utformas så att arbetsuppgifterna på ett lämpligt sätt fördelas mellan socialarbetare, sjuksköterskor och läkare. Väsentligt är också att utreda behovet och möjligheterna att i detta teamarbete på kommunnivå engagera kliniska psykologer. I första hand torde härvid barnpsykologisk expertis vara angelägen.

En frågeställning som i detta sammanhang aktualiseras är hur fördelningen av arbetsuppgifterna bör ske. Denna problematik har bl a behandlats av den engelske socialmedicinaren J. A. D. Anderson.

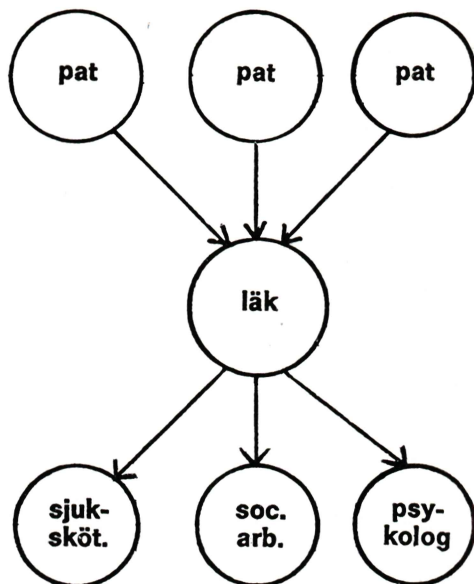
Kontakten mellan den vård sökande och personalen i teamet, det fasta arbetslaget kan enligt Anderson principiellt utformas på åtminstone tre olika sätt.

1. Delegation (fig 1)

En befattningshavare, t ex läkaren svarar i princip för all primärkontakt med den vård sökande (patienten). Han kan därefter delegera olika arbetsuppgifter till annan personal.

Detta är en typ av samarbete, som givetvis har stort värde under förhållanden där man måste

Fig. 1. Delegation



arbeta med personal med ingen eller ringa utbildning, som samtidigt måste tränas att utföra vissa speciella åtgärder.

Under speciella förhållanden kan det få utomordentlig betydelse, t ex vid katastrofer av olika art, där praktiskt taget alla medborgare måste inkopplas i vårdarbetet.

Nackdelen med systemet är risken för en hierarkalisk organisation, där t ex den delegerande läkaren får en markant överordnad styrfunktion mot andra medarbetare.

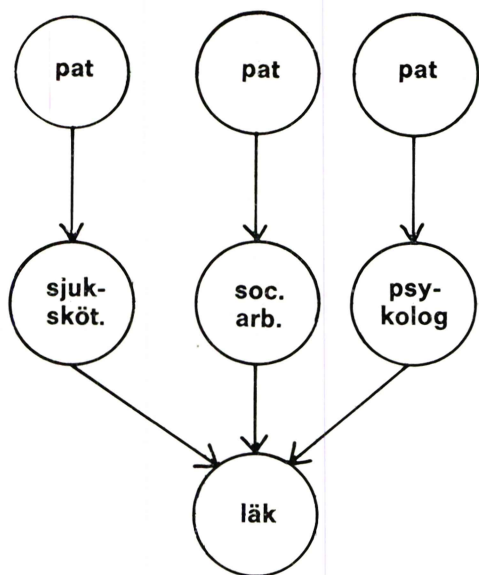
2. Substitution (fig 2)

I stället för t ex läkaren kan annan personal svara för patientens primärkontakt. Läkare konsulteras bara när behovet påkallar.

Fördelarna med detta system är möjligheterna att genomföra en stor "vårdproduktion" med ett begränsat antal högkvalificerade befattningshavare — såsom t ex krävs i ett arbete i u-länderna.

Liksom vid delegationsförfarandet finns det dock en risk för hierarkalisk organisationsstruktur med de svårigheter detta kan medföra ur många synpunkter.

Fig. 2. Substitution



Man skulle i primärvården kunna ge patienten/klienten en avgörande styrfunktion när det gäller vilken expert, som han eller hon vill utnyttja.

stämmer vilken expert han primärt vill söka. Genom att formalisera ett samarbete i behandlingskollegier och liknande kan man diskutera de problem som kommer upp. Den samlade expertisen i arbetslaget kan på detta sätt komma till användning.

Förutsättningen för ett arbete av "multipla kontakter" är bredd i utbildningen och erfarenheten hos arbetslagets olika medlemmar, förenat med en samträning i lösandet av förekommande vård- och behandlingsuppgifter.

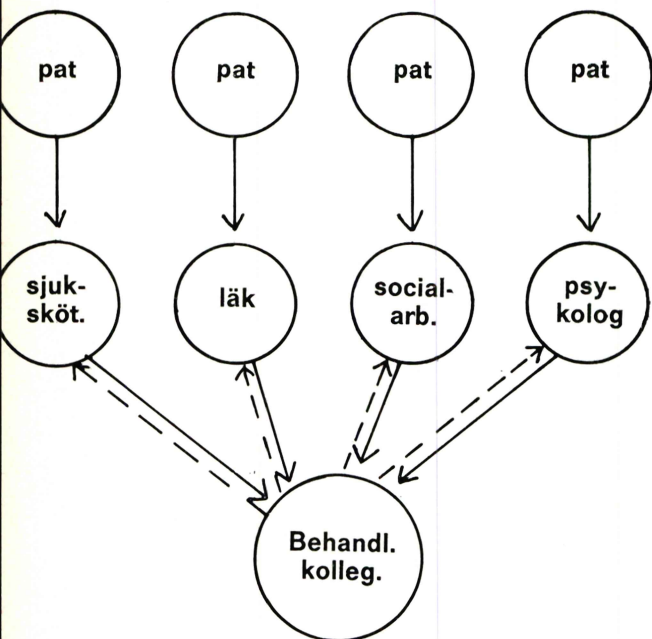
Detta samarbetsmönster torde emellertid också vara det bästa tänkbara i arbetet ute på vårdcentraler eller över huvud taget när social och medicinsk samverkan förekommer.

Det skulle kunna ha avgörande fördelar när det gäller att finna den rätta fördelningen av arbetsuppgifterna beträffande psykiatriskt betonade problem. Man skulle nämligen i primärvården kunna ge patienten/klienten en avgörande styrfunktion, när det gäller vilken expert som han eller hon vill utnyttja. Genom att fortlöpande följa människornas preferenser i detta avseende skulle man successivt kunna anpassa de olika befattningshavarnas arbetsuppgifter och ytterst också bemanningen i primärvården efter de sökandes egna önskemål.

3. Multipla kontakter (fig 3)

Vid detta kontaktmönster kan varje befattningshavare i ett behandlingsteam utgöra primärkontakten med en patient/klient. Patienten själv be-

Fig. 3. Multipla kontakter



REFERENSER

1. Anderson, J A D: The Health Team in the Community. The Lancet, Sept 27, 1969
2. Berg, Bengt: Allmänläkaren och psykiatrin. Socialmedicinsk Tidskrift 1/1973.
3. Jönsson, P O & Westrin, C G: Samtidiga sociala och medicinska insatser beträffande klienter i den primärkommunala socialvården i Skara kommun. Stencil, Skara vårdcentral 1972.
4. Westrin, Claes-Göran: Samordning av medicinsk och social vård. Läkartidningen 68:4111 1971.