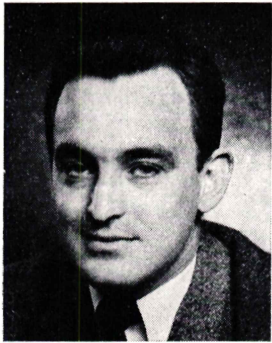


En planerad socialmedicinsk fältstation i Skara



Björn Svensson

Först skall jag som bakgrund be att få nämna något om sjukvårdssituationen i Skaraborgs län. Länet har ca 250.000 innevånare, som är ganska spridda över länet och som organiseras i 16 kommunblock av storleksordning 6—42.000. 12 block har mindre än 20.000 och de fyra stora mellan 30 och 50.000 innevånare. Länet har förhållandevis goda kommunikationsleder och restiderna till sjukhus är acceptabla. I dag finns fyra bassjukhus, av vilka två delar på centrallasarettsfunktionen, som under 1970-talet kommer att övertas av kärnsjukhuset i Skövde. Kvar blir dessutom två förstärkta normallasarett jämte öppenvårdscentra av olika dimensioner.

I länet finns i dag ganska få privatpraktiker och 1970-talets sjukvård kommer till största delen att bestridas av offentligt anställda läkare. Jourverksamheten är sedan ett år tillbaka under omstrukturering. I dag finns tre stora jourcentraler och nästa år beräknar man inrätta en fjärde. Dessa kommer då att täcka nästan hela länets jourbehov.

1968 års höstlandsting fattade principbeslut om den icke sjukhusbundna öppna vårdens framtida utformning i länet. Dessa beslut överensstämmer

Vid sjukvårdsplaneringen i Skaraborgs län har man lyckats ge fast form åt viktiga och allmänt omfattande principer för den öppna vården. Det gäller både omfördelningen av sjukvårdsresurserna från slutet till öppen vårdform och frågan om samlokalisering av medicinsk och social vård på kommunblocksnivå. Men vi har inget konkret grepp om vilket arbete — medicinskt och socialt — som där kommer att utföras. Vi talar om integration men vi vet ännu föga om hur den skall förverkligas.

Mot den bakgrunden är det särskilt angeläget att försöka få till stånd socialmedicinska fältstationer. De skulle — i samarbete med socialmedicinska forskningscentra — kunna bidra till att visa hän på lämpliga effektiva former för den öppna vårdens organisation.

Artikelförfattaren har tidigare varit provinsialläkare i Skaraborgs län och är för närvarande bitr. överläkare vid långvårdskliniken, Centrallasarettet, Falköping.

ganska väl med socialstyrelsens principprogram för öppen vård. Planeringsarbetet är nu i full gång och man kommer ganska snart att kunna öppna moderna vårdcentraler av olika slag. Exempelvis kan nämnas att Skara kommunblock med ca 17.000 innevånare under 1971 kommer att betjänas av en allmänläkarcentral med sex läkare och Mariestads distrikt med ca 40.000 innevånare något längre fram i tiden av en specialist- och allmänläkarcentral. Båda centralerna kommer att knytas till kliniker för långtidsvård. Så småningom kommer hela länet att täckas in av liknande centraler.

Man arbetar vidare intensivt på att skapa förutsättningar för en s. k. integrering av den medicinska vården med övriga vårdorgan, socialvård, försäkringskassa, apotek m. m. på kommunblocksnivå. I Skara kommunblock, t. ex. är man helt överens på det lokala planet och man bygger nu ett centrum, där även socialvård, försäkringskassa, apotek m. m. kommer att inrymmas.

Om man inte för tanken längre än hit så låter ju allt mycket bra. Man kan av detta exempel på sjukvårdsplanering lätt ledas att tycka att den öppna vården åtminstone i Skaraborgs län fått vind i

seglen och att de stora problemen kommer att vara ur världen om några år.

Det hela är förstås inte riktigt så enkelt. Vad man har åstadkommit är väl att man lyckats konkretisera idén om en omfördelning av sjukvårdsresurserna från slutet till öppen vårdform och åstadkommit en samlokalisering av medicinsk och social vård på kommunblocksnivå. Däremot har man inte på något sätt lämnat det abstrakta planet vad gäller att utnyttja dessa resurser till en effektiv och meningsfull vård.

Detta är enligt mitt synsätt en högst alarmerande situation. Om ett par år kommer en rad nya vårdcentraler att tas i bruk. I dag har vi inget konkret grepp om vilket arbete — medicinskt-socialt — som där kommer att utföras. Vi talar om integration men vi har ännu föga aning om hur den skall effektueras.

Flerläkarstationer ett framsteg?

Om vi ett ögonblick stannar inför dagens öppenvårdssituation så finner vi att vi i landet redan har företagit en icke oväsentlig utbyggnad i form av 129 flerläkarstationer (96 två-, 25 tre-, 7 fyr- och 1 femläkarstation). Så värst mycket tillförlitlig dokumentation om deras arbetssätt, effektivitet, samarbete med socialvård etc. har vi inte att stödja oss på inför framtiden. Mindre tillförlitlig information som t. ex. personliga erfarenheter och kontaktutbyte med kollegor tycks dock tala för att många av dagens stationer inte fungerar så värst idealiskt. På sina håll är inte ens läkarna sinsemellan så avancerat integrerade och kontakten med övriga kommunala vårdorgan fungerar som tidigare efter regeln köpa och sälja tjänster. Vidare har det vid dessa flerläkarstationer utvecklats en stark tilltro till deras materiella och personliga resurser, vilket återspeglas i slogans som "patienten skall till doktorn, inte tvärsom" etc. Vidare har nya jourordningar utvecklats efter principen "patienten till doktorn", "nedbringa hembesöksfrekvensen till ett minimum". Detta är förhållanden som man väl skall applådera om man inte vill kallas reaktionär eller bakåtsträvare men jag kan inte avhålla mig från att ifrågasätta om inte denna utveckling tenderar att ytterligare vidga klyftan

mellan patienten och läkaren och gör det ytterligare svårt för allmänläkaren att uppträda som expert på patientens sociala förhållanden.

Risken synes nu vara att *den* ytterligare upprustningen och satsningen på flerläkarcentraler vi nu står inför kan komma att få en paradoxal effekt mot den förväntade — nämligen att doktorerna kommer att bli ännu mer institutionsbundna än dom är på väg att bli i dag och därigenom ännu mer beskurna på miljökunskap.

Det är mot en sådan bakgrund som man får se tankarna på en socialmedicinsk fältstation i Skara. Vi tror inte att man vågar ta risken att vänta på resultat av centrala arbetsgruppers betänkanden och förslag till lösning av den här problematiken utan anser att problemen måste lösas på fältet. Att vi valt Skara beror framför allt på att Skara ligger längst framme i planeringen och att kommunstorlek, befolkningsstruktur m. m. ger Skara en hög grad av representativitet.

Hur har vi då tänkt oss att attackera problemen vid vårdcentralen i Skara?

Vi ser väl framför allt tre centrala målsättningar:

- 1) För det första att definiera allmänläkarens roll, arbetsmetodik och arbetsuppgifter.
- 2) För det andra att finna en vettig väg att studera vårdcentralens arbete.
- 3) För det tredje att utvälja, planera och genomföra speciella forskningsobjekt av betydelse för den öppna vårdens problematik.

Jag skall med några ord kommentera de här tre punkterna.

Den nye allmänläkaren

Den nye allmänläkaren är i dag något suddigt konturerad. I SMT 2/69 framhåller generaldir. Rexed att allmänläkaren är begreppsmässigt dåligt definierad. Soc.styrelsens principprogram ger den otydliga bilden av en allmänmedicinare, som huvudsakligen är internistiskt orienterad men också har kunskap om — som det står — bl. a. den sociala miljön. Den nya läkarutbildningen ger oss bilden av en medicinskt hyggligt allmänorienterad läkare.

Om den nya vårdformen verkligen skall få de

konsekvenser som vi eftersträvar måste man väl ställa ytterligare krav på allmänläkaren än att han skall ha en hygglig medicinsk skolning. Vad vi eftersträvar är att utrusta honom med kunskap, erfarenhet och skyldighet att behärska patientens totala situation — hans socialmedicinska situation. Som en följd av detta vill vi se honom som läkare för sociala enheter och vill därför främst rikta hans engagemang mot den primära sociala enheten — familjen. Allmänläkaren blir därmed miljöexpert-familjemedicinare och som sådan kan man kanske skönja en specialistfunktion i allmänläkaren. Vidare skall man tillse att allmänläkaren verkligen kommer att arbeta som del av ett kommunblocks socialmedicinska team, vilket kräver en avancerad attitydförändring från säljande av tjänster till medlemskap i ett aktivt lagarbete på lika villkor. Här krävs en utveckling av samarbetsformer på olika arbetsnivåer — från informella kontakter till formella bedömnings- och behandlingsinstanser med företrädare för kommunens olika vårdgrupper.

Vårdcentralens struktur formas

Den andra huvuduppgiften är att studera vad som händer i en vårdcentral med denna struktur. Det gäller ju att pröva en hypotes. En första uppgift är att bestämma sig för vilka skeenden som är intressanta och därefter skapa ett system för informationsinsamling och behandling.

Det faller sig väl ganska naturligt att studera följande tre skeenden:

- 1) Läkarens agerande i patientkontakten
- 2) Läkarens agerande i det socialmedicinska teamet
- 3) Effekterna av detta agerande på patientens totalsituation.

Eftersom informationssamlandet huvudsakligen kommer att vara beroende av journalmaterialet ställs man inför stora svårigheter. Skall man dataregistrera all information eller skall man plocka här och var? Registreringen får naturligtvis inte göras alltför obekvämt och störande för den verkamme läkaren. Samtidigt är det ju viktigt att inte sumpas värdefull information. Vi har i dag inte löst detta problem men preliminärt kommer vi att

hålla oss till registreringar av bedömningar, åtgärder och resultat. Denna information kommer att behöva familjekopplas så att man kan genomföra förloppstudier av enskilda patienter och familjer. Härmed kan man få underlag för bedömningar om enskilda eller familjära funktionsvikter, deras utveckling och svar på olika behandlingsalternativ.

En del av de undersökningar i öppen vård som utförts i Sverige har varit frekvensundersökningar av typ "hur många fall av gynekologisk sjukdom har behandlats av öppenvårdsläkare och hur många har blivit specialistfall". Dessvärre har en del sådana undersökningar varit behäftade med stora felkällor. Man har t. ex. inte kontrollerat hur många fall av den eller den sjukdomen som primärsökt specialist eller varit missnöjd med allmänläkaren och själv sökt vidare och kanske fått annan diagnos och terapi. Vi kommer att försöka undvika sådana grova felkällor genom att skapa ett rapporteringssystem från lasarett och närliggande vårdinrättningar.

Forskning i öppen vård

Den tredje huvuduppgiften skulle vara att bedriva forskning i öppen vård. Sådan bedrivs redan i Dalby. Det är väl möjligt att en del av de frågeställningar och resultat som där erhålles bör prövas även på andra ställen, varför ett framtida samarbete med Dalby kanske kommer att bli en värdefull realitet.

I dagens situation har vi väl inga kristallklara forskningsprojekt att redovisa. Vi kan väl bara antyda en tänkt forskningslinje. Den ter sig som en naturlig följd av allmänläkarens profil och kommer att rikta sig mot studiet av sociala insufficienser. Sådan forskning försiggår ju på sina håll, inte minst vid den socialmedicinska institutionen i Göteborg med vilken vi hoppas kunna vidareutveckla det goda samarbete vi redan i dag har etablerat. Som mål ser vi en forskningsaktivitet i Skara under ledning av socialmedicinskt vetenskapligt utbildad handledare, vilket kommer att skapa bärighet också åt den undervisningsfunktion som jag här inte har diskuterat men som säkerligen inom kort kommer att adderas till en rad av flerläkarstationer i landet.