

Allmänläkaren som specialist



Bror Rexed

"Tjänsteläkarens efterträdare" kommer att få sina främsta uppgifter inom det socialmedicinska fältet, framhåller generaldirektör Bror Rexed i detta inledningsföredrag till den socialmedicinska dagen i Uppsala den 12 oktober 1968. Det bör ske vid vårdcentraler där den hjälp-sökande skall kunna träffa lämplig personal oavsett om problemen är primärt medicinska eller sociala. Arbetsmetodiken måste där bli inbegripa ett lagarbete för att lösa en individs eller en familjs problem — där den socialmedicinska experten blir företrädaren för de medicinska synpunkterna.

Ungefär hälften av dagens öppna sjukvård i vårt land bedrivs i anslutning till sjukhus eller liknande sjukvårdsinrättningar. Övrig öppen vård utföres utanför sjukhus av tjänsteläkare, privatpraktiker vid läkarhus etc.

Mot bakgrund av den snabba utgiftsökningen för sjukvården ter sig en utbyggnad av den öppna sjukvården utanför sjukhusen som särskilt angelägen. Till detta kommer att det här är fråga om en funktion som mycket väl kan byggas ut med kvalitativt fullgoda resultat utanför den slutna sjukvårdsorganisationen. Självfallet innebär inte detta att de kommande öppenvårdsenheterna skall vara isolerade från sjukhusen. Även i fortsättningen måste finnas klart utvecklade samarbetsformer mellan öppenvårdsenheterna och sjukhusinrättningar. Bland annat gäller detta ifråga om utnyttjandet av specialutbildad läkarkraft.

En utbyggnad av den öppna sjukvården utanför sjukhusen skulle bli innebära att man i betydande

utsträckning skulle kunna motverka de negativa effekterna av den pågående geografiska centraliseringen av sjukhusvården. Detta kan ske genom utbyggnad av kvalitativt fullgångna och perifert placerade öppenvårdsinrättningar. Detta är en av de viktigaste vägarna att garantera ett maximalt antal medborgare god sjukvård oavsett bostadsort. Samtidigt som sjukstugor och små delade lasarett försvinner ur organisationen bör sålunda utbyggas ett system av öppenvårdsmottagningar med tillgång till välutbildad personal och modern utrustning.

Socialstyrelsen har i sitt program rörande den öppna sjukvården försökt ange vissa principiella grunder för den öppna vårdens framtida utbyggnad och organisation. Utan att gå närmare in på utredningens tankegångar kan man konstatera, att mot bakgrunden av de perspektiv som dras upp i programmet torde så småningom den ensamme läkaren försvinna i de flesta fall. Å andra sidan medger inte vår nuvarande kommunstruktur en utbyggnad av stora öppenvårdsmottagningar längst ut i de perifera områdena. För närvarande har vi i vårt land ca 900 primärkommuner. Dessa för-

Efter ett inledningsanförande vid socialmedicinsk dag i Uppsala, okt. 1968.

väntas genom kommunsammanslagningar och andra strukturförändringar inom ett antal år vara decimerade till ca 300 kommuner. Man har anledning tro att befolkningsunderlaget i kommunerna därigenom kommer att växa och att man genomgående kommer att ha att göra med kommuner med mer än 10 000 invånare. Trots sammanslagningarna och det därav föranledda breddade befolkningsunderlaget finns det anledning tro, att även en nedre gräns på 10 000 i vissa avseenden kan bli för låg för att befolkningen i området skall kunna förses med fullgod samhällsservice.

Öppen sjukvård i mindre kommuner

Samtidigt som vi upplever denna strukturförändring i vårt lands kommunindelning, sker en förskjutning av befolkningen från glesbygd mot medelstora och stora tätortskommuner. Denna process har lett till att idag endast 1/3 av befolkningen bor i 2/3 av antalet kommuner. Samtidigt har vi ett stort antal kommuner med litet befolkningsunderlag. Även i framtiden har vi att räkna med en betydande volym öppen sjukvård i små tätorter och glesbefolkade kommuner. I dessa mindre kommuner torde det bli fråga om öppenvårdsanläggningar med tre—fyra läkare. Personligen har jag svårt att tro att man så långt ute i periferin kan bygga upp vårdanläggningar med mindre grupper än tre läkare. Detta med tanke på jour och arbetstidsförhållanden i allmänhet. Organisation av öppenvårdsanläggningar måste självfallet kompletteras med andra decentraliserade vårdformer till exempel distriktssköterskeverksamhet.

Öppen sjukvård i större kommuner

I de större kommunerna blir det fråga om flera öppenvårdsmottagningar. Som ett lämpligt befolkningsunderlag för dessa har man angivit 40 000 människor. En sådan öppenvårdsmottagning måste innehålla allmänläkare, tjänsteläkare, specialister och personal för förebyggande sjukvård. I de skisser som för närvarande föreligger över dessa läkarmottagningars organisation anges läkarantalet till mellan 8 och 14. Av dessa torde 2—4 läkare

motsvara den gamla tjänsteläkarfunktionen, med sysselsättning inte bara inom allmän medicin. Deras arbete måste också få en flytande gräns mot andra funktioner som invärtesspecialister, barnmedicin, kirurgi etc. De fall som i en liten öppenvårdsenhet får handläggas av en enda tjänsteläkare fördelas i en sådan större grupp på flera läkare. Detta gör att man i fortsättningen inte torde kunna tala om allmänläkare i dessa senare sammanhang. Här är det snarare fråga om en arvtagare till den tidigare tjänsteläkaren.

Allmänläkarens utbildning

Med tanke på de ökade krav på utbildning som kommer att ställas genom den utveckling jag beskrivit i det tidigare, måste i fortsättningen allmänläkarens utbildning höjas över grundutbildningens nivå. Visserligen accepterar vi i nuläget grundutbildningen som något av en nödlösning, men detta kan inte i längden betraktas som tillfredsställande. Sålunda har socialstyrelsen och läkarförbundet gemensamt uttalat uppfattningen, att utöver grundutbildning och allmäntjänstgöring bör läggas en tillägsutbildning för dem som skall fylla arbetsuppgifter av tjänsteläkartyp. Anledningen till att jag begreppsmässigt uttrycker mig svävande är, att jag personligen tycker att begreppet "allmänläkare" är dåligt definierat. Jag kan sålunda icke uppfatta detta begrepp som en motsats till funktionen "specialist".

Jourarbetet

Begrepp som tjänsteläkare och allmänpraktiker i öppen vård associeras för närvarande ofta med funktionen öppen vård dygnet runt. Denna funktion kan självfallet i framtiden inte fyllas av en särskild typ läkare. Från socialstyrelsens sida vill vi kraftigt understryka att varje läkare i öppen vård, oavsett benämning, har att fylla uppgifter inom jourarbetet. Visserligen kan det tänkas finnas läkare som genom sin specialisering blivit så snäva i sitt verksamhetsområde att de ej kan fylla mera allmänna uppgifter inom jourverksamheten. Kvar står dock som en viktig målsättning att de flesta bör erhålla en sådan utbildning att de kan utnyttjas

tillsammans med "tjänsteläkarens efterträdare" i jourssammanhang. Det kan omöjligt vara svårt för en internist, en kirurg eller en barnläkare att så bredda sin utbildning att han kan sköta den allmänna jourfunktionen. Skulle det bli så att vissa läkare ej känner sig kapabla att lösa arbetsuppgifter inom den allmänna jourverksamheten måste vi introducera aktiveringskurser för vederbörlig uppskolning. Att jag så kraftigt understryker denna uppfattning beror på att vi inte får hamna i en situation där vi skiljer ut en grupp läkare vilka har att lösa alla obekväma arbetsuppgifter, och därtill betraktas som mindre kvalificerade. Tvärtom måste vi av öppenvårdsläkarna fordra ett kollektivt ansvar för den öppna vårdens samtliga arbetsuppgifter. Självfallet bortser jag i detta sammanhang från de privatpraktiserande läkarna. Deras medverkan exempelvis med jour torde få ordnas i särskild ordning.

Det torde även i framtiden komma att finnas läkargrupper verksamma i privat regi. Dessa torde komma att fungera ungefär på samma sätt som de offentligt finansierade läkargrupperna. Jag tror det är på tiden att också de privata läkargrupperna tar upp en diskussion om ansvaret för jouruppgifterna. Vi ser redan en tendens till en sådan utveckling i de kommuner som idag har privata läkargrupper. Sålunda försöker man från det allmännas sida foga in tjänsteläkare, folktandvård, apotek och liknande anläggningar i de privata flerläkarmottagningarna för att därigenom åstadkomma anläggningar liknande en egentlig vårdcentral.

Sjukvårdens kontakt med socialvården

Jag vill i det här sammanhanget också ta upp frågan om sjukvårdens kontakt med socialvården. Jag förutsätter att den socialmedicinska utbildningen skall bli en viktig del av allmänutbildningen, samtidigt som alla läkare via kurser och tillägsundervisning i specialistutbildning bör meddelas ett socialmedicinskt perspektiv. Vi måste sålunda i fortsättningen i mycket större utsträckning än hitills kräva en bättre kunskap om samhällets uppbyggnad och funktion och om vårdarbetets socialmedicinska implikationer. Till detta kommer na-

turligtvis kravet på en specialiserad kontakt med det traditionellt sociala fältet. Det är min personliga tro att "tjänsteläkarens efterträdare" kommer att få sina främsta uppgifter inom det socialmedicinska fältet. I mina ögon är detta ett synnerligen betydelsefullt arbete.

Öppenvårdsutbyggnaden inom hälso- och sjukvården motsvaras på den sociala sidan av krav på bättre öppen vård. Det är socialstyrelsens uppgift att härnäst ta upp principerna för utbyggnaden av den öppna sociala vården till diskussion, på samma sätt som vi tidigare behandlat öppenvårdsutbyggnaden inom hälso- och sjukvård. Samtidigt skall vi inom socialstyrelsen noggrant pröva formerna för samarbete och integration av den öppna vården inom dessa båda huvudområden.

Den dominerande utvecklingstendensen inom dagens socialvård utgörs av en ständigt växande strävan mot "familjevård". Allt oftare lämnar man den vårdorganisation som utgörs av flera fristående nämnder, för att gå in i ett arbetssätt med en integrerad barnvårds-, nykterhets- och socialnämnd. Integrationen är redan ett faktum i städer som Malmö, Göteborg och Sundsvall. Personligen tror jag att detta är en princip som kommit för att stanna.

Medicinsk och social integration

Ett vårdfall är sällan specifikt medicinskt eller socialt. Det finns mycket få situationer där människan har enbart medicinska eller sociala problem. Tvärtom behöver vi genomgående kunskaper från båda fälten för att ge en god vård. Man måste därför i fältorganisationen ständigt sträva efter en integration av den medicinska och sociala verksamheten. Detta kan förverkligas genom integrerade vårdcentraler med både traditionellt medicinska och i klassisk mening sociala funktioner. Vid dessa vårdcentraler skall den hjälpsökande kunna träffa lämplig personal oavsett om problemen är primärt medicinska eller sociala. Här skall den hjälpsökande också kunna föras in i ett system för en helhetsbedömning. Det är de samlade resurserna i centralen som skall medverka till lösningen av den sökandes problem.

Vi måste följaktligen se den öppna vårdcentra-

lens verksamhet som ett lagarbete, där den medicinske experten har att lösa såväl renodlade medicinska arbetsuppgifter som att svara för kontakten med det sociala fältet. På samma sätt måste vederbörande tjänsteman inom den sociala organisationen ha egna konkreta och preciserade arbetsuppgifter men samtidigt ställning och förmåga att tillgodose goda kontakter med den medicinska sektorn.

Arbetsmetodiken måste bland annat inbegripa regelrätta konferenser där de olika experterna samlar sig i ett arbetslag för att tillsammans lösa en individs eller en familjs problem. Den social-

medicinske experten blir i denna grupp närmast att uppfatta som företrädare för de medicinska synpunkterna.

Jag har här försökt presentera några av de idéer som socialstyrelsen tagit fasta på i sitt arbete. Trots att praktiskt taget ingenting av det jag framhållit är att betrakta som nyheter, kan de olika påståendena tjäna som underlag för ett preciserat program. Innan vi slutgiltigt kan utforma ett sådant torde dock krävas fortsatt debatt och ytterligare konkreta förslag. Jag uppfattar diskussioner av den typ som vi har här i Uppsala idag, som ett viktigt led i denna process.

För rationellare kontorsrutin

- **Stenografering**
engelska, tyska, franska
- **Maskinskrivning, maskinräkning**
Renskrivning, adressskrivning, utskrifter efter Rex-Recorderskivor och bandspelare
- **Fakturerings**
utskrivning av tabeller och dylikt
- **Översättningar**
- **Bokföring**
manuell och maskinell

- **Kopiering**
Rank Xerox- och fotostatkopior
- **Duplicering**
stenciluplicering
- **IBM COMPOSER**
Framställning av reproduktionsfärdigt textmaterial

ellistenografens
skriv & bokföringsbyrå ab

Kungsgatan 55 t. h. 3 tr.
111 22 Stockholm
Växel. 21 67 01, 03, 10, 11