

Allmänläkaren som specialist



Bengt Erland Fogelberg

I denna diskussionsinledning söker planeringschefen hos planeringsnämnden för landstingskommunala angelägenheter i Göteborgs och Bohus län Bengt Erland Fogelberg i allmänläkarens uppgifter kriterierna för specialisering och stannar för två alternativ: allmän medicin eller klinisk socialmedicin. Socialmedicinens plats i allmänläkarutbildningen och i sjukvårdsorganisationen berörs. Avslutningsvis ger författaren uttryck för sjukvårdsplanerarens behov av socialmedicinsk kontakt, bl.a. för överblick av gränsområdet sjukvård/socialvård.

I en diskussion om allmänläkaren som specialist bör det ankomma på mig, i egenskap av administratör med långsiktig planering som uppgift, att bidra med sjukvårdsplanerarens synpunkter.

Vad är en specialist?

Jag skulle först vilja ställa frågan vad det innebär att en läkare är specialist. Från patientens synpunkt måste det betyda, att specialisten på sitt område skall kunna tillhandagå med någonting som icke-specialisten inte kan bestå honom. Från huvudmäns och myndigheters synpunkt måste specialisten vara den person man talar med för att få mest auktoritativa besked om sådana ting, som ligger inom specialområdet. Det uppställda temat bör alltså kunna uttryckas så: Finns det i dagens sjukvårdsorganisation och den framtida utveckling av sjukvårdsorganisationen, som vi kan överblicka, någonting som allmänläkaren skall svara för exklusivt eller i vart fall i mera påtaglig grad än de kolleger, som traditionellt bär specialist-

etiketten? Låt oss se vad universitetskanslersämbetet och socialstyrelsen i underdånig skrivelse den 22 februari 1968 har föreslagit på grundval av specialist- och läkarutbildningssakkunnigas (SLUS) betänkande (S.O.U. 1967:51).

Här framgår att det är inom den öppna vården som allmänläkaren skall göra sin insats. Man bedömer det så, att invärtesmedicin och psykiatri blir huvudfältet för hans verksamhet, men att den också kommer att omfatta kirurgi. Långtidsvård kommer att ingå som en betydande del av verksamhetsfältet. Socialstyrelsen ser framför sig en utveckling mot att vissa preventivmedicinska funktioner samt eftervård och rehabilitering kommer att få central betydelse. Allmänläkaren skulle därmed få en viss specialitetsprofil med inriktning på "public health" och socialmedicin. I socialstyrelsens sommaren 1968 publicerade principprogram om öppen vård får man en precisering. Där skiljer man på allmänpraktikerns uppgifter i glesbygd och tätort. I *glesbygder* räknar man inte med specialisering vid de flerläkarstationer, som under benämningen vårdcentraler skall bli standardenheter i den öppna vården. Däremot finner man

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

det lämpligt och naturligt, att läkarna inom centralen sinsemellan differentierar sin verksamhet på olika specialområden, en begränsad specialisering som också har fått sin utbildningsmässiga bakgrund i föreliggande förslag om alternativa linjer i utbildningen för allmän praktik.

I vårdcentralens arbetsuppgifter avses ingå hälsovård och socialvård i betydlig omfattning. Ökad samverkan med de socialvårdande organen skall eftersträvas. I öppenvårdsprogrammet heter det, att det är viktigt att läkarna vid vårdcentralen får ingående kännedom om hälso- och sjukvårdssituationen inom respektive distrikt liksom kunskap om bl a den sociala miljön. Den medicinska förebyggande öppna vården kommer således sannolikt att få en allt starkare social inriktning. På både medicinskt och socialt håll bör man arbeta enligt helhetssyns- eller familjevårdsprincipen.

I *tätort* menar man att det skall finnas underlag för att anordna vårdcentralen som en specialistläkarstation, men även vid denna skall det finnas allmänläkare. Arbetsuppgifterna för allmänläkarna kommer då enligt socialstyrelsens öppenvårdsprogram att bli starkare socialmedicinskt präglade än vid sådana vårdcentraler, som har uteslutande allmänläkare.

Denna genomgång av allmänläkarnas uppgifter ger vid handen, att det borde anses vara endast de socialmedicinska åtgärderna som allmänläkaren är närmast till att handha framför tillgängliga specialister. Om man skall betrakta allmänläkaren som specialist, skall det därför vara antingen så, att allmän medicin redan i och för sig betraktas som specialitet, eller så, att man klassar socialmedicinen som specialitet och hänför honom till den.

Allmän medicin som specialitet

Vad då först beträffar *allmän medicin* som specialitet är det ganska klart, att det inom medicinens expanderande fält finns anledning att överväga om inte både patienterna och sjukvårdens ledningsorgan behöver någon, som man kan ställa det anspråket på att han behärskar de stora översiktliga linjerna — vare sig man nu vill kalla detta tvärvetenskap eller encyklopediskt vetande. Som administratör vill jag gärna vittna om att det

känns tryggt att tala med fackmän, som har bredd i sina erfarenheter — det är svårare att finna sådana än dem, som har djup. Lägg därtill det praktiska behovet att äga tillgång till en person, som tar den första dusten med de vårdsökandes problem och utövar en verksamhet, som med ett slarvigt ord kan kallas för sortering men som i själva verket är av största betydelse för både patienterna och sjukvårdsorganisationen i effektivitetshänseende.

Jag är väl medveten om att man inte gärna kan konstruera en specialitet i vanlig mening från sådana utgångspunkter, eftersom den vetenskapligt fotade utbildningsbas, som krävs, skulle omfatta hela den kliniska medicinen. Från min administrativa utsiktspunkt har jag dock med tacksamhet noterat, att författarna till bilagan till öppenvårdsprogrammet om allmänläkarens framtida uppgifter och utbildning i allt fall talat om allmänmedicin som specialitet, låt vara att de reserverat sig för den språkliga inkonsekvensen. I samma bilaga finns också ett fempunkts-program, i vilket tre punkter kan hänföras till allmänmedicin, en till hälsovård och en till socialmedicin.

Socialmedicin som specialitet

Därmed skulle jag vilja gå över till alternativet specialist i *socialmedicin*. I universitetskanslersämbetets och socialstyrelsens förslag rörande den medicinska vidareutbildningen diskuteras att låta ämnet socialmedicin representeras av en självständig specialitet. Man uttalar, att man avser att pröva frågan ytterligare och senare framlägga förslag. Jag vill gärna komma med några synpunkter på denna fråga. För det första borde man, förefaller det mig, i detta sammanhang skilja på två grenar inom socialmedicinen: den allmänna, icke-kliniska och den kliniska. Till den *allmänna socialmedicinen* vill jag föra statsmedicinen och överhuvud taget de delar av ämnet, som vetter mot hälsovården och den vetenskapliga disciplinen hygien. Ifråga om dessa ämnesdelar kan jag för min del väl finna ett starkt behov av konsultationsmöjligheter från huvudmäns och andra myndighets sida men inte någonting som bör kunna konstituera en medicinsk specialitet i mening jäm-

förbar med invärtesmedicin, kirurgi osv. Enligt min uppfattning är det en viktig ingrediens i allmänläkarens utbildning att han äger kunskaper i detta ämnesområde utöver vad grundutbildningen skänker, så att han inom vårdcentralen, vare sig denna är specialiserad eller ej, kan svara för hithörande frågor. Den *kliniska socialmedicinen* skulle omfatta de patientvårdande momenten i ämnet socialmedicin. Man kanske vågar säga, att det här gäller de delar av ämnet, som vid en integration med socialvården svarar mot den enhetliga familjevården på socialvårdssidan. Här finns, kuriöst nog, redan en association till allmänläkaren i det förhållandet, att den gamle husläkaren kände familjen och dess miljö och säkerligen bedömde inträffande vårdbehov utifrån denna sin kunskap. I samma mån som de socialvårdande aktiviteterna har fördjupats; i samma mån som man har börjat sträva efter en helhetssyn på sjukvård och socialvård och efter att förena aktiviteterna i en gemensam, uppsökande verksamhet, finns det för en läkare av den gamle husläkarens typ nu uppgifter av mera komplicerad art än de, som mötte honom fordom. Numera möter han djupare familjeproblem; husläkaren har blivit socialmedicinare. Det förefaller att finnas starkt fog för att betrakta den kliniskt verksamme socialmedicinaren såsom specialist vid sidan av övriga specialister samt placera den vid en specialiserad vårdcentral verksamme allmänläkaren i denna kategori. Vad beträffar den allmänläkare, som tjänstgör vid specialiserad vårdcentral borde man väl kunna tänka sig att den inbördes differentiering av uppgifterna, som är rekommenderad i öppenvårdsprogrammet, sker så att en av de vid centralen tjänstgörande läkarna särskilt åtar sig de kliniskt-socialmedicinska uppgifterna.

Allmänläkarens utbildning

Mot bakgrunden av de synpunkter på specialisering inom socialmedicin, som jag alltså har framfört från administratörens synpunkt, bör något sägas om utbildningen. Jag finner det naturligt att man inte tövar att införa en specialitet motsvarande den kliniska socialmedicinen. Det är knappast min sak att skissera utbildningskraven.

Däremot vill jag gärna peka på en under alla omständigheter önskvärd, rent formell revision av det föreliggande förslaget till allmänläkarutbildning. I detta har man på ett sätt, som illa svarar mot integrationstänkandet beträffande öppen och sluten vård, skilt på dessa båda vårdformer och låtit utbildningsschemat omfatta 2½ år sluten vård och ½ år öppen vård. Som alternativ till utbildningen i öppen vård anges utbildning vid socialmedicinsk institution under en tid av ett halvt år. Det förefaller mig något arkaiskt, att man på så sätt formaliter bryter ut öppenvårdstjänstgöring från de specialiteter, som utbildningen i övrigt omfattar. Meningen kan inte rimligen vara att i praktiken begränsa övriga, 2½ år långa tjänstgöring till enbart sluten vård. Är det inte snarare så att man har avsett att den blivande allmänpraktikern just under det halvår, som betecknats som anknutet till öppen vård, utöver vad han tidigare har lärt sig, skall få de kunskaper och erfarenheter som kan betraktas som tillhörande den kliniska socialmedicinen? I så fall avser båda utbildningsalternativen för det avslutande halva året socialmedicin, och skillnaden är endast den, att det ena alternativet är lokaliserat till en universitetsinstitution, det andra till en vårdcentral. Med en omformulering i enlighet härmed skulle man skapa ett bättre uttryck för socialmedicinens reella betydelse i sammanhanget.

Socialmedicinens organisation

Ser man härefter på sjukvårdsorganisationen i stort, har man i öppenvårdsprogrammet i ett särskilt avsnitt kort behandlat ledningsfrågorna. Olika konstruktioner har beskrivits, av vilka jag personligen har stark förkärlek för en indelning i sjukvårdsdistrikt, inom vilka man, vårdgren för vårdgren, låter överläkaren i specialiteten vid centralsjukhuset fungera som chefsläkare för specialiteten. Om jag får förutsätta, att centralsjukhuset framdeles förfogar över en särskild överläkare för socialmedicin, så skulle det då vara den överläkaren, som i egenskap av chefsläkare för socialmedicin svarade för den kliniskt-socialmedicinska verksamheten vid de specialiserade vårdcentralerna inom distriktet. Inflytande på socialvårdssidan

i ett integrerat system skulle han kunna få genom att mellan den landstingskommunala sjukvården och den primärkommunala socialvården vid vårdcentralen ett ömsesidigt köp av tjänster kom till stånd, så att dels den kliniske socialmedicinaren tillika fungerade som socialläkare, dels därför lämpade socialvårdstjänstemän anlätades inom sjukvården.

Sjukvårdsplanering och socialmedicin

Jag vill sedan övergå till att beröra sjukvårdsplanerarens intresse av att äga tillgång till socialmedicinska specialister inte endast vid regionsjukhuset utan också ute på fältet.

Det traditionella sättet att dimensionera sjukvårdsresurser på grundval av s k vårdplatskvoter kritiseras mer och mer. Det griper över sådan sjukvårds efterfrågan, som har trätt i dagen, men säger inte tillräckligt mycket om det verkliga sjukvårdsbehovet. Det tar inte heller hänsyn till verkan av att nya specialiteter och nya vårdformer spaltas av. Samtidigt kan man konstatera, att vårt tillgängliga statistiska bedömningsunderlag är bristfälligt och att det tar tid att förbättra det, vilket för övrigt bör ske i form av en lugn och mogen utveckling av datamaskinbaserade informationssystem. Dokumentation för en riktig sjukvårdsplanering är alltså ännu svag. I avvaktan på förbättringar måste man göra punktundersökningar och genomföra andra tester och kontroller, som alla kräver personliga kontakter ute på fältet. I strävandena att komma åt det verkliga vårdbehovet i stället för vårdefterfrågan har planerarna nyligen genom lagstiftning begåvats med ett nytt känslspröt, nämligen socialnämndernas genom ändring i 6 § socialhjälpslagen den 1 juli 1968 lagfästa skyldighet att göra sig väl förtrodda med den enskildes behov av omvårdnad och verka för att detta blir tillgodosett. Denna skyldighet till uppsökande verksamhet måste kunna ge en mycket vidgad kunskap om sjukdomsförekomst; även i detta fall under förutsättning att planerarna får goda kontakter på fältet. Ett gemensamt drag för många praktiskt syftande sociala studier i dag är att man i större eller mindre utsträckning begagnar operationsanalytiska metoder. Den data-

Olika specialister för omgivningshygien och socialmedicin

Fogelberg nämnde i sitt inledningsanförande att det framstår som naturligt att dela de socialmedicinskt verksamma läkarna i två typer: en kliniskt orienterad och en mera public-health eller hygieniskt orienterad. Jag har precis samma uppfattning. Det finns vissa läkare, som sysslar både med det ena och det andra. Framför allt är våra länsläkare såväl hygieniska specialister och public-health-folk som socialmedicinare av central karaktär. Många är utbildade här för, och många sköter säkert alla dessa uppgifter förträffligt. Men här bör man enligt min mening tänka sig en differentiering, särskilt i våra dagar när de omgivningshygieniska problemen och miljöfrågorna blir så överväldigande. Varje sjukvårdsområde borde behöva sin omgivningshygieniska expert, som bara sköter detta och ingenting annat. Han slipper då att splittra sig på en massa socialmedicinska problem, som kan skötas bättre av andra socialmedicinskt utbildade läkare exempelvis knutna till centrallasarettet eller en vårdcentral. Detta är en viktig fråga. Den gäller bl. a. hur vederbörande skall utbildas och det är saker, som blivande länsläkare bör få reda på i god tid, så de kan speciminera sig.

Professor Gunnar Inghe i diskussion på socialmedicinsk dag i Uppsala oktober 1968.

maskinella utvecklingen med dess oerhörda möjligheter till framskrivning av modeller av stor delrikedom och med ett stort antal handlingsalternativ göra denna metodik mer och mer användbar. Studierna kan ske med metoder som ger beslutsunderlag av i det närmaste naturvetenskaplig säkerhetsgrad. Men här gäller det sociala förhållanden, och det kommer alltid att vara nödvändigt att lägga resultaten under en bredare bedömning inkluderande psykologiska, socialpolitiska och allmänt humanitära synpunkter. Härtill kommer framtidsaspekter, som kan anläggas endast av sakkunniga med intention och intuition. I icke ringa grad rör det sig i detta hänseende om bedömningar inom socialmedicinens "public health"-sida: socialvårdens, hälsovårdens och miljövårdens uppgifter, program, insatser och effekter.

Här har jag alltså nu i flera sammanhang pekat på sjukvårdsplaneringens behov av kontakt med sakkunniga på medicinens skilda fält. I sådant hänseende kan specialister och grupper av specialister anlitas, men det finns ett gränsområde som är ofullständigt inmutat, och det vetter mot socialvården. Ytterst bottnar nog detta i att, fränsett storstäderna, gränsen mellan landstingskommunalt och primärkommunalt huvudmannaskap är belägen just där. Den gränsens betydelse kan vi inte eliminera ens med de mest ambitiösa integrationssträvanden, men jag skulle tro att vi kan öka vår förtrogenhet med gränslandet om vi på lämpliga vägar söker oss fram till personalunioner

— jag har i det föregående pekat på en sådan väg. Genom att skapa en kår av specialister i klinisk socialmedicin underlättar vi enligt min mening tillkomsten av sådana personalunioner, samtidigt som organisationen i stort från centralsjukhusen och nedåt blir klarare om särskilda socialmedicin-överläkare får fungera som chefsläkare för specialister i socialmedicin vid sidan av överläkarkolleger som chefsläkare, var för sin specialitet.

Jag tror alltså att specialisering i socialmedicin i förening med vissa organisatoriska grepp kan lysa upp den skymningszon, som för oss planerare markerar gränsen mellan sjukvård och socialvård.

Specialisering — större sjukvårdseffekt?

Allra sist en framtidsvy. Både internationella och svenska erfarenheter ger vid handen att de vårdskande i stigande grad söker sig till specialister, där specialister finns att tillgå. En nyligen i de båda Skånelänen genomförd undersökning har givit vid handen, att både total besöksfrekvens i öppen vård och andelen besök hos specialist stiger med ökad tillgång på specialister. Mot bakgrunden av sådana erfarenheter förefaller det att finnas anledning att tillvarata alla naturliga möjligheter till specialisering. Detta borde betraktas som ett lovvärt hushållande med arbetskraften. Kan man dessutom i den integrerade familjevårdens ideologi förena den gamle husläkaren och den moderna specialisten i en och samma gestalt — varför inte försöka?