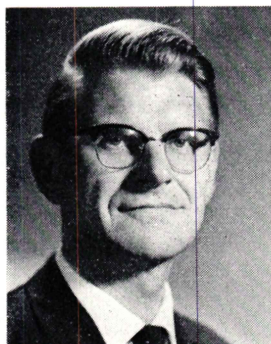


Utöka kåren av allmänläkare



Nils Brage Nordlander

För att bemästra de stigande sjukvårdskostnaderna behövs en ekonomisk prognos och en personalprognos samt en utbyggnad av billigare vårdformer, däribland öppen vård. Både under dagtid och jourtid bör den betjänas av en avsevärt förstärkt allmänläkarkår med bred utbildning bl. a. i psykiatri, som också kan tillgodose behovet av socialmedicinsk service åt kommunens olika nämnder. Väl utrustade vårdcentraler i samarbete med distriktssköterskor i uppsökande fältarbete i hemmen möjliggör välgrundade diagnoser av patienten och hans miljö. Kåren av konsulterande specialister bör ej överdimensioneras men fungera även vid vårdcentralerna, på deltid.

Dr Nils Brage Nordlander är överläkare vid Ulleråkers sjukhus, Uppsala, landstingsman och ordf i Uppsala läns landstings förvaltningsutskott.

För landstingen som sjukvårdens huvudmän har det på sistone blivit ett allt större problem hur man skall kunna bemästra de stigande sjukvårdskraven med de tillgängliga resurserna. Hittills har man planerat sjukvårdens utbyggande mot ett idealtillstånd, det fick kosta vad det ville och personalbehovet skulle väl alltid klaras på något sätt. Genomtänkta personalprognoser och ekonomiska prognoser har tidigare i allmänhet saknats och först under de sista åren har man på sina håll börjat arbeta med utredningar i det syftet.

Den ekonomiska prognosen

Ifråga om den ekonomiska prognosen för sjukvårdens utbyggande har bedömningen i viss mån snedvridits beroende på landstingens inriktning på sjukvård som den helt dominerande uppgiften som

svarar för c:a 80 % av utgifterna. Eftersom landstingen har beskattningsrätt har detta medfört att ökade sjukvårdskostnader lett till höjd landstingsskatt, oberoende av andra utgiftskrävande samhällsfunktioner. Sjukvårdsbehovet har icke behövt konkurrera med utbildning, socialvård, bostadsbyggande eller vägväsen för att bara nämna några delvis primärkommunala uppgifter som förvisso på många sätt påverkar sjukvårdsbehovet. En snabbare utbyggnad av ålderdomshemmen med vissa kompletterande resurser skulle minska behovet av senildemensplatser vid de psykiatriska sjukhusen och kanske också av vissa typer av platser inom den somatiska och den psykiatriska långtidsvården. Samma resonemang kan delvis tillämpas på bostadsbyggandet. Åtskillig sjuklighet inte minst inom det psykiatriska området sammanhänger med bristen på tillfredsställande bostäder. Den sammanlagda kommunalskatten (landsting + primärkommun) har nått en sådan nivå — på många håll 22—23 kr. pr skattekrona — att man inom

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

alla läger är ytterst betänksam inför ytterligare höjningar. Därför har ropet på rationaliseringar inom sjukvården och på billigare vårdformer tagit fart. Mycket få av dessa olika förslag har grundats på vetenskapliga undersökningar, även om en del utredningar pågår bl. a. i SPRIs regi. Åtskilligt intresse har ägnats fördelningen mellan öppen och slutna vård. Lasarettens vårddagkostnader håller sig omkring 200 kr., långvårdsklinikernas omkring 80—90 kr., ålderdomshemmens vid 40—50 kr. Det kan förefalla vara en ekonomiskt klok åtgärd att försöka sköta mera sjukvård i öppen vård, d. v. s. med den sjuke i sitt hem eller i halvöppen vård (dagsjukvård, patienthotell). Men förutsättningen är att den öppna vårdens resurser räcker till. Om de måste i hög grad förstärkas för att klara de ökade kraven och man samtidigt måste förstärka inom den slutna vården därför att man tar bort alla lättskötta fall därifrån och lämnar de mycket svårskötta kvar, så blir kanske slutsumman inte så förmånlig som man vill tro. De verkliga ekonomiska vinsterna skulle kanske stå att hämta om man istället förstärkte de verkliga förebyggande åtgärderna: miljövård, hälsoupplýsning, hälsokontroller även om det skulle innebära att sjukvårdshuvudmannen fick vidga perspektiven utanför de nuvarande kompetensområdena.

Personalprognosen

På personalprognosens område har det allvarligt brustit. Sjukhus har byggts och vårdcentraler öppnats utan att man säkrat tillgången på den personal som krävs för att klara driften. Utbildningen av olika grupper av sjukvårdspersonal har kommit igång för sent och på många håll har man därför varit tvungen att klara verksamheten med vikarier utan full kompetens. Vid bättre personaltillgång kunde investeringar i byggnader och utrustning ha utnyttjats mycket bättre än idag. Det klagas ibland över att sjukvården förvaltar sina investeringar så mycket sämre än industrin. Där arbetar man i tre-skift och utnyttjar därmed maximalt de dyrbara maskinerna. Sjukhusavdelningar utnyttjas intensivt egentligen bara fem dagar i veckan och står stundom stängda veckor eller månader på somrarna. Dyrbara behandlings- och undersökningsavdel-

ningar utnyttjas också bara ett fåtal timmar pr dygn. Man har försvarat detta förhållande med att personalkostnaderna är den absolut dominerande posten bland utgifterna och att det därför på lång sikt är billigare att anskaffa personalsparande maskiner. När man kommer in på en modern röntgendiagnostisk anläggning eller utrustning för radioterapi, så gäller detta resonemang knappast längre. Där skulle det många gånger vara billigare att arbeta undan köerna genom personal i tvåskift än med att anlägga nya röntgenavdelningar som ju ändå måste betjänas av personal. För många patienter skulle det dessutom vara förmånligt att få komma till undersökning eller behandling efter den egna arbetstidens slut och slippa sätta till en del av arbetsdagen. Om man vill förstärka den öppna och halvöppna vården måste först och främst sjukvårdens serviceavdelningar — laboratorier, undersöknings- och behandlingscentra — förstärkas personellt så att man slipper ifrån de köer som sinkar arbetet där (4 månader kan man få vänta för att få komma till en ortopedisk bandageverkstad och få ett stödjeförband, som gör det möjligt att gå med en delvis förlamad fot). Det gäller alltså att få en balans i personaltillgången inom olika sektorer så att man undviker köer på ett håll medan verksamheten flyter tillfredsställande på andra håll tills man även där stoppas upp av att något hjälporgan har otillräcklig kapacitet.

Om man trots de ovan nämnda reservationerna antar att det är lönsamt och klokt att förlägga en del sjukvård från den slutna till den öppna vården, vilka personella förstärkningar och vilka investeringar skulle det kräva? Det behövs först och främst flera läkare i öppen vård och det bör vara möjligt att realisera det önskemålet när den ökade läkarutbildningen nu snart kommer att släppa ut större kullar på arbetsmarknaden. Det förutsätter emellertid att man bromsar nytilskottet av läkare till sjukhusens slutna vård. F. n. bestrider sjukhusens läkare en avsevärd del av den öppna vård som bjuds här i landet. Det är knappast rationellt. Sjukhusens läkarmottagningar (polikliniker) bör reserveras för sådana patienter som är i behov av sjukhusets speciella resurser. I samma mån som

sjukvårdens resurser utanför sjukhusen byggs ut, kommer denna patientgrupp att successivt minska. Sjukhusens läkare kan då koncentrera sitt arbete på den slutna vården och därmed minska behovet av ytterligare läkare där.

Allmänläkaren och specialisten

Den öppna vården behöver både allmänläkare och specialister. Proportionen dem emellan måste fixeras i en personalprognos som skall ligga till grund för ett beräknat utbildningsbehov men ingen har ännu lagt fram en övertygande beräkning av den proportionen. En stor del av de patienter som idag söker vid sjukhusens specialistmottagningar skulle lika bra eller ibland bättre kunna skötas av allmänläkare i den öppna vården. De studier som nu görs vid öppenvård-stationer i Dalby och annorstädes kan i sinom tid väntas ge oss besked om det verkliga behovet av specialistkonsultationer inom en befolkningsgrupp som i första hand söker en allmänläkare för sina sjukdomar och varav en liten del behöver remitteras vidare till specialist. Det stora flertalet besök gäller vanliga sjukdomar, vilkas diagnostik och behandling allmänläkaren behärskar vare sig det gäller invärtes sjukdomar eller sjukdomar inom gynekologi, öron, ögon eller barn. Allmänläkaren måste emellertid vara så väl utbildad att han märker när hans specialkunskaper inte räcker till utan det finns skäl att låta en specialist ta över. En specialist i invärtes medicin kan klara av flertalet av de patienter som söker allmänläkaren men han nödgas antagligen remittera ifrån sig flera patienter än allmänläkaren och än flera ju mera subspecialiserad han är (t. ex. på hjärtsjukdomar, tarmsjukdomar etc.) Tid och krafter räcker helt enkelt inte till för att både gå på djupet i den egna specialiteten och samtidigt hålla allmänläkarens hela register aktuellt. Den öppna vården skulle antagligen fungera bäst med en stor grupp allmänläkare och en mera begränsad skara specialister.

Denna uppfattning stärks om man även tar hänsyn till de vidare uppgifter som allmänläkaren har och i än högre grad bör få inom det socialmedicinska området. Allmänläkaren har möjlighet att vara sina patienters husläkare, som alla familje-

medlemmar söker för sina olika åkommor, han följer patienterna genom åren, vet deras tidigare öden och sjukdomar och känner till familjens förhållanden. Han kan känna till mannens alkoholism, som ligger bakom barnets skolsvårigheter och hustruns magsår fastän patienten inte talar om det, och han har större möjligheter att driva den familjebehandling, som barnpsykiaterna börjar tala om men som skulle behövas för många åkommor hos vuxna också.

Hembesök eller ej

Skall allmänläkaren efter amerikanskt mönster arbeta på sin vårdcentral där han har alla resurser till hands för effektiv diagnos och terapi eller skall han efter engelsk modell gå ut i hemmen, där hans instrumentella utrustning inskränker sig till läkarkäskan men där han i gengäld får kontakt med patientens familjemiljö och bostadsförhållanden och därför kanske blir bättre rustad att fylla en rad socialmedicinska funktioner? Det är önskvärt att provinsialläkaren, som är sitt distrikts allmänläkare nära samarbetar inte bara med distriktssköterskor, sjukgymnaster och hemsamariter utan också med de sociala hjälporganen såsom nykterhetsnämnd, barnvårdsnämnd, socialnämnd, bostadsförmedling, arbetsvård. De besked som han kan ge dessa organ, baserade på ofta mångårig kännedom om patienten och hans miljö, har större möjligheter att leda till adekvata åtgärder än ett utlåtande av en specialist som sett patienten en gång. Tendensen är f. n. att vårdcentraler-flerläkarstationer med sin goda utrustning för undersökning och behandling väckt allmänhetens förtroende i så hög grad att man hellre tar sig dit på något sätt även vid svåra sjukdomsfall än ber doktorn komma hem. Detta arbetssätt är naturligtvis också mera ekonomiskt med hänsyn till den idag otillräckliga läkararbetskraften. Doktorn klarar flera sjukdomsfall pr tim. på sin vårdcentral än om han reser omkring i distriktet. Kontakten med hemmiljön blir i stället distriktssköterskans uppgift. Det är angeläget att distriktssköterskeorganisationen byggs ut så att sköterskorna hinner med hembesök och efterkontroller av sjukskrivna och från sjukhus utskrivna i ännu större omfatt-

ning än f. n. Distriktssköterskan bör också ha en central plats i det socialmedicinska team som kommunens sociala och medicinska funktionärer skall bilda. Detta samarbete bör få grundläggande betydelse för framtidens människovård och det kommer att underlättas väsentligt om man kan realisera planerna på att lokalisera i samma byggnad alla dessa funktioner för den öppna sjuk- och socialvården. De vårdcentraler som nu uppförs på flera håll i landet innehåller provinsialläkarmottagningar för flera läkare med röntgen, laboratorium, sjukgymnaster, sekreterare, mottagnings- och distriktssköterskor, expeditioner för socialvård, barnavård, nykterhetsvård, hemhjälpcentral, apotek, försäkringskassa, folktandvård samt lokaler för specialistmottagningar vissa dagar i veckan. När antalet remisser till specialistläkare blir tillräckligt stort lönar det sig bättre att låta specialisten resa ut till vårdcentralen än att låta många människor resa till specialisten. Antalet specialistmottagningar får naturligtvis anpassas till konsultationsbehovet. Om det för vissa specialiteter behövs två gånger i veckan, kan det för andra räcka med en gång i månaden. En så konstruerad vårdcentral torde för mindre tätorter och landsbygdsdistrikt innebära den bästa formen för öppen vård.

I de större städerna har utvecklingen gått i delvis annan riktning. För dessa städers befolkning spelar sjukhusens öppna mottagningar en ändå större roll än för omgivande landsbygd. Som ytterligare en faktor växer det nu upp läkarhus i enskild eller kommunal regi som huvudsakligen betjänas av specialister. Provsialläkarna, de f. d. stadsdistriktsläkarna, svarar för en relativt liten andel av dessa städers öppna vård, ett förhållande som ytterligare accentuerats av att det på många håll visat sig svårt att rekrytera läkare till dessa tjänster. Icke specialistkompetenta allmänläkare är det ont om i de flesta städer även utanför läkarhusen. I dessa städer söker sig alltså allmänheten i stor utsträckning på egen hand till den specialist inom vars område man tror att den egna åkomman ligger. Det innebär att många "enkla" fall "i onödan" handläggs av specialist och därmed är ingen skada skedd. Men det innebär att den so-

cialmedicinska aspekten löper stor risk att komma bort.

Jourtjänsten

Möjligheten att få kontakt med en läkare vid akuta sjukdomsfall har paradoxalt nog snarast försämrats under senare år både på landsbygden och i städer. Även läkare har börjat värdera sin fritid och forna dagars provinsialläkare som arbetade dygnet om året om finns knappast längre. Många provinsialläkardistrikt står obesatta och grann-distriktets läkare har dubbelförordnande. När man ringer till doktorn i ett akut sjukdomsfall löper man stor risk att bara råka en telefonsvarare som berättar att doktorn är på sjukresa och väntas hem om en eller annan timme. I de större städerna räcker inte antalet provinsialläkare till för att med rimlig arbetsbelastning upprätthålla jourtjänsten och det har på många håll varit svårt att engagera privatpraktiker i det arbetet. De centrala förhandlingarna om ekonomiska villkor för sådan jourverksamhet har kärvat till men på ett par håll har lokala överenskommelser träffats som just möjliggjort för privatpraktiserande läkare att delta i jourtjänst och ta en vilodag med stängd praktik efter en arbetsnatt.

I landsbygdsdistrikten ser lösningen ut att bli ständigt bemannade jourcentraler vid flerläkarstationer, dit patienterna i allmänhet får bli transporterade och där en kunnig sjuksköterska svarar för telefonpassningen, klarar av ett stort antal samtal utan att behöva väcka doktorn och ger adekvata råd under de enstaka tillfällen då doktorn måste befinna sig ute på sjukresor. I städerna planeras på åtskilliga håll liknande jourcentraler men problemet är vilka läkare som skall betjäna dem. Allmänläkaren har otvivelaktigt den bästa kompetensen för uppgiften och han har också möjlighet att på sin mottagning fullfölja den behandling som han inlett under jourdygnet i flertalet fall. Men tyvärr finns det för få allmänläkare. Olika specialister har därför engagerats i jourarbetet med den motiveringen att den grundläggande utbildning som alla läkare har, räcker för att klara av flertalet jourfall. Ju längre tid en läkare sysslat med en begränsad specialitet desto svårare får han att be-

mästra andra grenar av medicinen och han visar sig också i motsvarande grad ovillig att delta i allmänjour. Om man har brist på specialister så måste det också vara bättre ekonomi att använda deras arbetskraft inom vars och ens specialområde, d. v. s. huvudsakligen i dagtjänst och som bakjour inom sin specialitet.

En sådan organisation kräver en betydligt ökad tillgång på välutbildade allmänläkare. Om jourtjänsten huvudsakligen skall vila på dem, måste deras övriga arbetsförhållanden göras så attraktiva med kompensationsledighet och goda ekonomiska villkor att unga läkare lockas in på den banan. F. n. torde jourbelastningen vara en väsentlig orsak till bristen på provinsialläkare och andra allmänläkare. En genomtänkt personalprognos måste läggas till grund för en medveten styrning av läkarnas vidareutbildning så att fördelningen på olika specialiteter, inklusive allmänläkare, motsvarar samhällets behov. Det finns många hjälpmedel som kan användas för en sådan styrning, som inte skall uppfattas som ett intrång i den personliga valfriheten utan tvärtom som ett sätt att utforma det medicinska arbetsfältet så att både patienter och läkare blir nöjda och tillfredsställda.

Mera psykiatri i allmänläkarens utbildning

En lång rad av de uppgifter på det socialmedicinska fältet som bör falla på allmänläkaren: såsom ledamot i det lag av tjänstemän som betjänar nykterhetsnämnd, barnavårdsnämnd, socialnämnd, bostadsförmedling och såsom ansvarig för en stor del av åldringsvården i hemmen och åtminstone på många av ålderdomshemmen, kräver en väsentligt bättre utbildning i psykiatri än vad dagens allmänläkare i regel har. SLUS förslag bör kunna medföra en avsevärd förbättring, men det kommer att krävas en fortlöpande vidareutbildning och för dagens allmänläkare är denna bredvidundervisning ännu nödvändigare. Landstingen ordnar på flertalet håll provinsialläkardagar ett par gånger om året med varje sådan dag koncentrerad

kring ett aktuellt tema. Till de dagarna bör även de privatpraktiserande allmänläkarna inbjudas med erbjudande om stipendium för förlorad arbetsinkomst. Ålderdomshemmen borde kunna bredda sitt register avsevärt särskilt inom vården av de somatiskt friska men förvirrade åldringar som nu skickas till de psykiatriska sjukhusens senildemensavdelningar ofta långt från hemorten. Kontakten med friska åldringar kan underlätta det psykiska tillfrisknandet hos tillfälligt förvirrade åldringar medan koncentrerandet av stora grupper senildementa inom samma klinik inte alltid innebär det bästa vårdklimatet. Den vardagspsykiatri som tillsynen av dessa lättskötta senildementa innebär, bör höra till allmänläkarens arbetsuppgifter, låt vara i nära samarbete med den regionala socialpsykiatriska vårdorganisationen (f. d. hjälpverksamhetsläkarna).

Sammanfattning

En adekvat organisation av den öppna vården kräver engagemang av en betydligt utökad kår av välutbildade allmänläkare, som tjänsteläkare och som privatpraktiker. De är bäst ägnade att ta hand om den stora delen av den öppna läkarvården både i städer och glesbygder och på dem måste också jourverksamheten vila. Sjukvårdens huvudmän och utbildningsmyndigheterna måste upprätta personalprognoser för de olika kategorier som arbetar inom sjukvården. Specialiteten "allmänläkare" måste därvid i framtiden utökas väsentligt även kvantitativt, medan tillgången på andra specialister med snävare avgränsat arbetsområde begränsas till att endast kunna ta hand om de patienter som allmänläkaren anser sig behöva remittera vidare. Arbetsförhållanden och ekonomiska villkor bör anpassas så att tillströmningen av läkare styrs i önskad riktning och utbildningskapaciteten anpassas därefter. Totalt sett är detta en möjlighet att nå en både effektivare och billigare sjukvård.