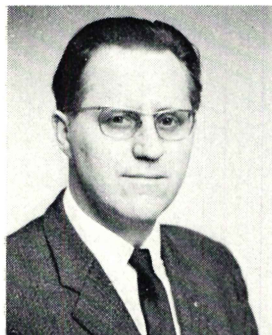


Provinsialläkarens arbetsfält är den totala hälsovården



Börge J. Melgård

Alla provinsialläkare är mer eller mindre autodidakter, framhåller provinsialläkaren i Göteborg Börge J. Melgård i denna artikel, som ger en översikt över provinsialläkarens mångskiftande arbetsuppgifter. Han framhåller också att korttidstjänster som vikarie i provinsialläkardistrikt icke ger den erfarenhet av provinsialläkarens socialmedicinska uppgifter som behövs för en systematisk utbildning.

Det är naturligt att anknyta direkt till Nordéns och Haglunds föredrag om den nya hälsovårdscentralen i Dalby. Man kan väl säga att det sätt som arbetet är upplagt på i Dalby visar att forskningen ånyo har flyttat ut i öppen vård efter att i omkring 100 år ha varit anknyten till lasarett. Hälsovårdscentralen i Dalby representerar något nytt. Jag står som representant för den ensamma provinsialläkaren och ligger närmare den historiska bakgrunden och är kanske att betrakta som representant för ett utdöende släkte.

Den historiska provinsialläkaren

Jag skall ganska kort erinra om att provinsialläkarna på 1600—1700-talet och även intill mitten av 1800-talet i stort sett var de enda läkarna som fanns och under 1600- och 1700-talet var de oftast hovläkare. Till omkring år 1700 var provinsialläkaren i Skåne även professor i medicin vid Lunds universitet. Acatius Hager, som avled 1689, var den förste provinsialläkaren för Västergötlands

län. Han var även provinsialläkare för Småland. Dessutom var han accessor i Kungl. Göta hovrätt och tillika dess medicus. Han hade således många åligganden liksom dagens provinsialläkare. Instruktioner som vidrör provinsialläkarens uppgifter, kom första gången i det kungliga brevet av den 13/2 1739. Här talas om, att det är provinsialläkarens skyldighet att under epidemiska faror sköta fattiga och sjuka utan betalning. Först 1747 kom en egentlig instruktion för provinsialläkare. Denna var avgörande för flera århundraden framöver. Det framgår av denna, att provinsialläkaren (det var på den tiden 9 st i hela Sverige) borde ha hemvist i landshövdingeresidensstaden och han var förpliktad "att med nödig hjälp bispringa de fattiga av kristlig kärlek utan vederläggning och detta så mycket villigare i anseende till den ständiga lön han av Publico njuter". Där est sjukhus fanns i staden, var han skyldig att vara dess läkare. Han skulle tillhandagå magistraten eller landshövdingen i epidemitider såsom medicinskt sakkunnig. Han skulle besöka andra städer i sitt distrikt 2—3 ggr per år för att övervaka apoteksväsendet och barnmorskor. Slutligen skulle han avgiva årliga rapporter om sjukdomsläget och

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

epidemiläget till kollegium Medicorum, om nödvändigt även dessemellan.

Det nuvarande arbetsfältet

Provinsialläkarens socialmedicinska uppgifter, som i forna tider var många, har icke minskat under årens lopp. Skall man räkna upp hans skyldigheter samt även vad man kallar för hans bisysslor, som icke är mindre viktiga, efter Rahms sjukvårdslagen och sjukvårdsstadgan, kommer man upp på över 20 punkter. Provinsialläkarens verksamhet är således enligt gällande svensk lag mycket vittomspännande. Den omfattar den totala hälsovården, som i stort sett är uppbyggd omkring 3 avsnitt:

- 1) Den preventiva el. förebyggande vården
- 2) Den kurativa el. behandlande medicinen (och kirurgin)
- 3) Den rekonstruktiva el. revalidierande medicinen

Det goda hälsotillståndet och den långa medellivslängden i industriländerna kan först och främst tillskrivas den preventiva vården. Säkringen av ett gott dricksvatten fritt från patogena bakterier och i övrigt födoämnen fria från sjukdomsalstrande bakterier, bortskaffning av potentiellt hälsofarliga miljöfaktorer, även skydd mot infektionssjukdomar genom vaccinationskampanjer, profylaktisk mödra- och barnavård, allt detta är grundlagen för vårt nuvarande hälsotillstånd. I den allmänna debatten har det dock aldrig fått den betydelse och ej heller det ekonomiska stöd eller de möjligheter för utveckling och forskning som den kurativa medicinen har fått. Den preventiva medicinen är inte omgiven av samma intresse från allmänheten och politiker, som sensationerna inom kurativ medicin.

I det följande vill jag gå igenom provinsialläkarens social-medicinska arbete, så som detta ter sig för den enskilde inom hans distrikt. Provinsialläkaren är där ofta ensam om att följa patienten från födelsen till döden.

Barnavården

Första kontakten är i 2:a och 3:e levnadsmånaden, om nödvändigt tidigare, speciellt om det har varit

uppfödningssvårigheter. Vid denna första kontakt igitages den somatiska genomgång av barnen, som göres innan de utskrivs från BB. De smittkoppsvaccineras och man diskuterar eventuella uppfödningssvårigheter, vitamintillskott och liknande. Oftast är dessa svårigheter förknippade med oro och ängslan hos föräldrarna mer än med egentliga sjukdomar hos barnen, även om egentliga dyspepsier förstås förekommer och behandlas. Ganska ofta är det dock problem med s. k. skrikebarn och barn som håller sina föräldrar vakna nätterna igenom. För det mesta är detta övergående beteenderubbningar, som snart låter sig normaliseras om föräldrarna är samarbetsvilliga. Vid ett tillfälle under mina 4 år i Götene, har jag dock sett mig nödsakad till att lägga in ett barn på barnavd., icke för att barnet var sjukt, utan för att förhindra att det skulle bli det. Modern sökte för att barnet skrek hela tiden. Barnet visade en dålig viktökningskurva. Modern var starkt neurotiskt präglad, vägrade all mat till barnet, skötte det precis efter standardtabeller och då detta inte passade den lilla individen så skrek den förstås och modern började bli trött på barnet och missnöjd med sig själv och det barn som hon hade längtat så mycket efter, men samtidigt kunde hon inte låta bli att följa sina schemata planmässigt. Sista utvägen blev att man lade in barnet på barnavd. Modern fick samtidigt gå hos provinsialläkaren för samtalsterapi och i samarbete med barnavd. fick modern dagligen gå där och lära sig att sköta barnet på ett vettigt sätt och ge det den mat det behövde. Problemen återkom dock relativt fort, men i något mindre omfattning efter barnets utskrivning till hemmet.

Barnavårdscentral har jag var 14:e dag, den ena gången på en filial. Under 1967 såg jag totalt 228 barn på dessa centraler en till flera gånger, varav 61 barn mellan 2—7 år. För distriktssköterskornas del var besökssiffran med alla hembesök inräknade 1.115 besök och av dom gjordes 332 besök av barn mellan 2—7 år gamla, 4—5-åringarna stod enbart för 134 besök. Man genomför ju bl. a. hos dem synkontroll. Systematisk, profylaktisk undersökning av alla 4-åringar vågar vi endast tänka på ännu. Det är knappast möjligt att

genomföra det innan vår planerade fyrläkarstation inom 3—4 år är inflyttningsklar. Så länge vi enbart är 2 provinsialläkare på 12.000 invånare torde det vara att utmana ödet att gå in för systematisk profylaktisk kontroll av alla 4-åringar. Av de 228 barn, som jag sett på barnavårdscentralen 1967 har några sökt för mindre dramatiska åkommor såsom barneksem, osäkerhet med barnets trivsel, uppfödningssvårigheter, men dessutom har beteenderubbningar hos barnen spelat en väsentlig roll och mödrar och barn har i sådana fall fått komma upp till 3—4 gånger på barnavårdscentralen tills man fått läget under kontroll. Ofta har distriktssköterskan gjort besök i hemmen dess emellan. Barnens beteenderubbningar torde ju i allra högsta grad vara betingade av den sociala miljön, dvs. först och främst relationerna till föräldrarna och dessa emellan. Ibland kunde man ha lust att ge föräldrarna lite lugnande medicin med säker förvisning om, att barnet nog skulle bli stabilt när det kände stabiliteten i omgivningen, men detta har föräldrarna ganska svårt att förstå.

Fosterbarnen

Under 1967 har jag behandlat 11 fosterbarn. Det gäller för dem alla, att de har kommit från storstadsområden och att de har visat medelsvåra och även svåra beteenderubbningar vid överflyttningen till den mer lantliga miljön i Götene distriktet. Det har varit mycket uppmuntrande att se hur fort dessa barn har ändrat sig. Av de 11 barnen var det ett tvillingpar och två syskonpar, ett om 2 pojkar och ett om 3 syskon, de övriga 4 är ensamma. Det märkvärdiga är att jag har lyckats med dem alla eller kanske bättre sagt, ändringen i miljön har gått så bra i alla fall. T. ex. kan nämnas att jag blev uppringd av en familj som har tagit emot 2 pojkar i åldern 14 och 11 år på en lantgård. Barnavårdsnämnden i hemorten sade att de var rätt så snälla. Två dagar efteråt kom fosterföräldrarna och var förtvivlade och var beredda att lämna dem ifrån sig. Den äldste pojken gick och rökte cigaretter och slängde tändstickor i ladugården, som var byggd av trä. Den yngste pojken hade haft ett raserianfall och när katten låg ivägen för honom, sparkade han den

i buken så den fick missfall direkt. De båda var svåra att få kontakt med i början. Den yngste var fylld med tvångsrörelser och hade enuresis, båda var nagelbitare. Såväl hos dem som de andra har jag kombinerat ren samtalsterapi med medikamentell behandling. Ibland har jag enbart suttit och lyssnat på dem. Av de ensamma fosterbarnen kom en 3 1/2 år gammal pojke till en barnlös familj, som skulle få adoptivbarn. Kvinnan i familjen har jag behandlat under ett par års tid periodvis för en ångestneuros, så det var med något blandad känsla jag hörde, att de skulle få ett fosterbarn. Hon kom också ganska snart med honom. Han var mycket orolig, klättrade och klev på allting och gick rakt ut på gatan utan att se sig för. Han var ganska så vild och svår att styra. När han hade gjort någonting fel, begärde han att få komma in och stå i garderoben "där skall jag stå när jag varit elak". Vid ett tillfälle då han stod bredvid sin fostermöder i köket och hon stängde en låda, begärde han att hon skulle slå igen lådan över hans fingrar. "Det gör ju ont", sa hon till honom. "Det skall göra ont när jag är elak." "Vem säger så?" "Det gör tant." Det märkvärdiga är att ett sådant svårt miljöskadat barn i en miljö med en neurotisk fostermöder, med lite stöd relativt snabbt, ung. 1/2 år, kan repa sig och bli spontan, visa tecken till kärlek och även i viss mån överraskande har det varit att iakttaga, hur barnet har stabiliserats, tillfrisknat och samtidigt hur fostermoderns ångestneuros har givit vika så ett naturligt föräldrabarn-förhållande har kunnat komma till stånd.

Skolhälsovården

Med allt är jag läkare för 9 skolor med sammanlagt 650 elever. Den minsta skolan har 15 och den största 160 elever. Det är klart att hälsovården är helt genomförd enligt Skolstyrelsens riktlinjer, så att även de många småskolorna har både gymnastik och badmöjligheter. Det är speciellt under de sista åren undertecknad ordentligt har fått grepp om hela skolhälsovården och nu genomför regelbunden skolmottagning. På grund av det stora antalet skolor, som jag har hand om, är det mest praktiskt att genomföra skolmottagningen på provinsialläkarmottagningen en gång i månaden nå-

gon timma på förmiddagen. I genomsnitt ser jag mellan 5—10 barn på denna mottagning och de kommer för mycket olika saker. För att kort nämna de sex som var på min sista skolmottagning den 3/10 1968: En flicka från 3:e klass sökte för huvudvärk, migrän fanns i släkten. En pojke hade en ganska lätt myopi, också från 3:e klass. En pojke från 4:e klass sökte för en epidermofyti och en annan pojke från 4:e klass kom på grund av misstänkt nedsatt hörsel. En 6:e-klasspojke kom för en liten knöl i vä. areola mammae, som hade uppkommit efter ett slag mot bröstet av en kamrat och en annan pojke från 6:e klass hade förra året blivit behandlad för sängvätning med Imipramin med utmärkt resultat. Även då han vid skolårets slut under försommaren 1968 slutade med Imipraminet, kunde han hålla sig torr tills skolan började igen. Sedan hade han kissat ned sig varenda natt. När man har så många mindre skolor kan hygieniska problem ofta ge en del besvär. Således kan det vara svårt att skaffa barnen tvättmöjligheter innan de skall äta och i en skola har även dricksvattnet under en kortare period inte varit tillfredsställande. Alla problem har dock kunnat lösas vid samarbete med skolstyrelsen. Liksom det nu finns regelbundna skolläkarmottagningar är även skoltandvård, skolbispisning, skolbad genomförd. Vaccinationsprogrammet i skolorna har blivit vidgat i överensstämmelse med skolöverstyrelsens rekommendationer och det har lyckats att få anställt en skolsköterska.

Familjerådgivning är också socialmedicin

För yngre människor och för unga familjer inom distriktet spelar familjerådgivning och familjeplanering i vid bemärkelse en ganska stor roll. Detta vill jag även räkna till provinsialläkarens socialmedicinska uppgifter. Även om detta icke finns under egna diagnoser, men kanske gömmer sig under psykiska diagnoser i diagnoskartoteket, så är det dock en väsentlig sak och det finns hela tiden bland de sökande på mottagningen fler som söker på grund av svårigheter inom familjen. Av enbart preventiv-undersökningar har jag under 1968 registrerat 19 st på mottagningen och 4 patienter

har fått hjälp till legal abort på socialmedicinska indikationer.

Socialmedicinska utredningsfall

Den 1/9-67—1/9-68 har jag haft 54 mera omfattande socialmedicinska utredningar. Ganska många av dessa patienter söker än den ena än den andra kliniken, t. ex. för att få förtidspension. Medicinkliniken kan exempelvis ha avslagit detta för att medicinska indikationer inte var tillräckliga, ortopedkliniken har likaledes ansett indikationerna ej tillräckliga. I dessa fall utgör provinsialläkarna utanför universitetsstäderna med socialmedicinsk klinik de enda som kan sammanfatta de olika specialisternas bedömning till en enhetlig bild av patientens situation, såväl hälsomässigt som socialmedicinskt. På basen av denna totala bedömning kan man i en del fall genomföra andra åtgärder såsom omskolning, träningsverkstad, förtidspension, i försäkringsfall också ersättning från försäkringsbolag. För den ordinarie provinsialläkaren, som har ordentlig kännedom om sitt distrikt, visar det sig snart att belastningen från andra distrikt kan bli avsevärd. Det gäller om dessa distrikt endast har varit besatta med skiftande vikarier. Försummade socialmedicinska fall hamnar då hos den ordinarie provinsialläkaren i angränsande distrikt. Under det sista halvåret har jag handlagt fyra sådana, mycket tidskrävande utredningar med särdeles uppmuntrande resultat. Detta i bästa samarbete med försäkringskassans förtroendeläkare. Tiden tillåter tyvärr inte framdragnings av enstaka exempel.

Åldringsvården

Denna intager en framträdande plats i provinsialläkarens uppgifter. Jag har hand om 3 ålderdomshem om 54, 31 och 15 platser. Tidigare hade dessa hem inte regelbunden läkarkontroll eller någon fast läkartillsyn. Jag fick därför börja från botten och föra journal över samtliga ineliggande. Det är även nödvändigt — om man skall ta det medicinska ansvaret för vården på hemmet — att man innan intagning på ålderdomshem försäkrar sig om, att de gamla hälsomässigt också är lämpliga

för denna vårdform. På mina 3 ålderdomshem in-
togs under 1967 49 pensionärer, vilket torde vara
i överkant av det normala, som per år ligger mel-
lan 25—40. Genomsnittsåldern för pensionärerna
på hemmen är 81 år och de flesta av dem kräver
regelbunden tillsyn då många av dem tillhör grup-
pen lättare till medelsvårt kroniskt sjuka och upp
till 20 % får betraktas som kroniska patienter.

Profylaktisk åldringsvård

Detta omtalade jag redan vid första Nordiska so-
cialmedicinska kongressen i Göteborg 1967. Jag
skall därför endast peka på att arbetet går vidare
efter redan uppgjorda linjer. Även i en kommun
som Götene med en liten, men starkt expanderan-
de centralort, finner man precis samma fördelning
av behoven för regelbundna kontakter med sjuk-
vårdskunnig personal, som Berfenstam fann vid
sin Uppsalaundersökning. Således visar siffrorna
från 1967 från de rena lantdistrikten, att 25 % av
alla över 70 år hade omedelbar nytta av distrikts-
sköterskans besök. Motsvarande siffror för tätor-
ten ligger på 10 %. Det är ingen tvekan om, att
dessa siffror kan tolkas så, att de sjukaste och fat-
tigaste av de gamla blir kvar på landet, medan
andra flyttar till tätorten.

Den profylaktiska åldringsvården har även ut-
vidgats genom bildandet av samarbetsråd för de
gamla i Götene under vintern och våren 1968 med
sammanslutningar av intresserade personer från
olika organisationer i varje enskilt litet samhälle
inom kommunen för att taga hand om de perso-
ner, som på ett eller annat sätt har kommit i
skymundan.

Sammanfattning

Detta är en kort summering av en del av provin-
sialläkarens socialmedicinska uppgifter. Det är
många aspekter som inte har tagits upp, härunder
alla hans uppgifter inom hälsovårdsnämnd, barna-
vårdsnämnd, nykterhetsnämnd, socialnämnd och
skolstyrelse. Alla dessa fält, där provinsialläkaren
arbetar aktivt tillsammans med de folkvalda repre-
sentanterna utan att titta på partitillhörighet.

Men jag hoppas dock att det i viss mån framgår

av ovanstående, att provinsialläkarens socialmedi-
cinska uppgifter är mångfacetterade. Någon egent-
lig utbildning till provinsialläkare ges inte i detta
land. Alla är vi mer eller mindre autodidakter och
ganska särskilt måste det framhållas, att korttids-
tjänster såsom vikariat i provinsialläkardistrikt inte
alls ger den kontakt eller erfarenhet för provinsial-
läkarens socialmedicinska uppgifter som är önsk-
värd om man strävar till en systematisk utbildning.
Det finns endast ett sätt att lära sig detta på och
det är längre tids arbete inom ett distrikt. Här tror
jag hälsovårdscentralerna och flerläkarstationer-
na kan få stor betydelse i framtiden för den prak-
tiska utbildningen av de på fältet arbetande social-
medicinarna, dvs. framtidens provinsialläkare.

VÅRDARE OCH PATIENT I HEMSIUKVÅRD

av docent Jan Trost

En sociologisk undersökning av situationen för
och relationen mellan långtidssjuka patienter
och deras vårdare.

Undersökningen gjord i Jämtlands län men dess
resultat har likafullt intresse för andra delar
av landet.

57 s, pris 8:—, rekvideras från

SOCIOLOGKONSULT

O:a Ägatan 73, 753 22 Uppsala