

Hälsovårdscentralen i Dalby



Gustav Haglund

Den öppna vårdens syfte och utformning är inte en gång för alla given. Nu mera än någonsin är den underkastad krav på snabb anpassning till medicinens utveckling och socialmedicinens behov. Härtill behövs forskning och undervisning i den öppna vårdens arbetsuppgifter och möjligheter. Dalby erbjuder ett första försök att tillgodose detta.

Dr Gustav Haglund är verksam vid hälsovårdscentralen i Dalby.

Det jag har att säga här idag får betraktas som en komplettering av den diskussion som ägde rum under förmiddagen och som rörde sig om mera generella synpunkter på problemställningarna inom den öppna vården. Jag har fått i uppdrag att säga några ord om den öppna vårdens syfte och utformning, och det ter sig helt naturligt att göra det med utgångspunkt från de erfarenheter vi har i Dalby.

Sjukvård, forskning och undervisning

Vi har hittills länge i den öppna vården sysslat med det första momentet, sjukvård. Forskningen och undervisningen har varit försummade. Att det har gått så pass hyggligt som det har gjort hänger enligt min mening samman med att vi ännu har kvar en ganska stor kader av mycket välutbildade tjänsteläkare och praktiker i den öppna vården, som har förmått att på grundval av sina tidigare kliniska erfarenheter applicera nytt kunnande på praktiskt arbete.

Som vi hörde tidigare idag av generaldirektören börjar denna grupp av grundligt utbildade läkare att bli alltmera uttunnad och det blir för var dag mer aktuellt att vi får en undervisning som är applicerad på den öppna vården och som bibringas inom den öppna vården. För en sådan undervisning är forskningen en nödvändig förutsättning — den skall jag inte fördjupa mig i, om den kommer Åke Nordén att tala senare. Vår undervisning har tills vidare tagit sig uttryck däri, att vi i går avslutade den första efterutbildningskursen för provinsialläkare och att vi på måndag börjar en ny kurs för samma kategori, en kurs som vi hoppas skall med en eller annan modifikation kunna vara en prototyp för den efterutbildning som det nya läkarutbildningsförslaget i så hög grad betonar.

Allmänläkarens uppgifter. Jourtjänst

Vi har här i text 4 punkter som en allmänläkar-konferens i Sveriges läkarförbunds regi i våras kunde samla sig omkring som väsentliga och centrala uppgifter för allmänläkarens verksamhet. (Fig. 1.) För att kunna omsätta dessa punkter i praktiken har vi upplevt det som en nödvändighet

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

Fig. 1. Allmänläkarens uppgifter

1. To provide immediate primary care and — if judged necessary — to arrange for a specialist consultation or hospital admission.
2. To examine and treat the patient suffering from all types of illhealth in which according to prevalent and qualified opinion this should be done within the resources and techniques of general medical practice.
3. Together with the specialists give continuous treatment and supervision.
4. Take part in preventive medicine.

att ha ett testinstrument, och vi har fått det i Dalby. Det har kommit till vid en tidpunkt då vitt skilda önskemål och behov på ett påfallande sätt har enats i en gemensam föreställning om vad vi borde syssla med. Den första punkten vi försöker realisera är jourtjänsten. Vi har idag tidigare hört talas om hur ömtålig jourfrågan är. Kanske inte framförallt ur arbetsbelastningssynpunkt men ur psykologisk synpunkt, såväl för läkarna som för patienterna. Det är alldeles uppenbart att allmänhetens kalgomål på sjukvårdsorganisationen till alla största delen har sin rot i det förhållandet att vår jourverksamhet är otillfredsställande ordnad. På samma sätt har läkarna haft skäl att klaga över att deras arbetsbelastning blir för tung. Med en jourläkarcentral i Lund förlagd utanför universitetskliniken men i närheten av den, betjänad av 10 provinsialläkare i första jour och kompletterad med en andre jour under toppbelastningstid på dygnet och med en permanent assistans av leg. sjuksköterska, tror vi oss ha åstadkommit ett system som skall kunna lösa problemen på det här området på ett sätt som tillfredsställer både allmänheten och läkarna.

Registrering och analys

Detta är registreringssystemet mycket skissartat uppställt. (Fig. 2.) Om vi skall kunna få någon klarhet i vad det i verkligheten är vi sysslar med i

öppen vård måste vi registrera vårt arbete. Det är ganska meningslöst att försöka bearbeta uppgifter i ett kartotek av den typ som man hittills använt sig av, där några hieroglyfiska tecken anger någonting mycket subjektivt som man vanligen inte kan tolka. Vi försöker att föra journalerna på sådant sätt, att vissa givna uppgifter kan föras in i ett dataregister, och vi tvingar oss själva att för varje patient och varje konsultation sätta en diagnos. Den må vara felaktig men det är meningen att vi skall registrera en diagnostik som ger oss möjligheter att lära av de felaktigheter vi gjort och inte sudda ut dem och glömma bort att vi har gjort misstag. Vi skall alltså ha möjligheter att successivt korrigera vårt arbete och föra det fram till en allt större effektivitet. På det sättet kartlägges också det sjukvårdsbehov, som totalt ger sig tillkänna i distriktet, och vi skall kunna analysera genom frågeformulär — rutan längst ner till hö — om det manifesterade sjukvårdsbehovet stämmer med det sjukvårdsbehov som faktiskt kan föreligga i distriktet. Vi kompletterar databankens insamlade uppgifter med kopior av sjukförsäkringsintyg, som vi får från försäkringskassorna, på alla invånare i Dalbydistriktet som blivit sjukskrivna. Det kompletteras ytterligare med regelbundna rapporter från folkbokföringen om förändringar i befolkningens sammansättning, som har inträffat under

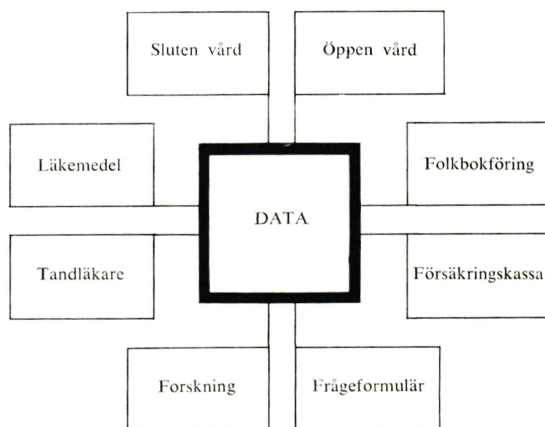


Fig. 2. Registreringssystemet vid hälsovårdscentralen i Dalby

en viss period. Forskningsavdelningen lägger upp sina projekt på det sättet att resultaten databearbetas och parallellt kan införas i databanken och stå till sjukvårdssidans förfogande. Tandläkarna och apoteksfilialen skall vi så småningom försöka föga in i samma system och i allt större utsträckning hoppas vi att sjukhusets registreringsteknik skall ge oss informationer också från det hållet. Vi tror att vi på det viset skall kunna få en så långt möjligt fullständig kartläggning av vad som verkligen sker i den öppna vården i den form vi numera bedriver den, och när vi har kommit därhän, tror jag vi har ett ganska unikt material till vårt förfogande.

Samarbete forskning—sjukvård

Denna sammanställning avser att ge en föreställning om hur organisationen vid Dalby hälsövårdscentral fungerar. (Fig. 3.)

Socialdepartementet via socialstyrelsen leder arbetet i Dalby och har som sin verkställande instans en forskningsledare vid Hälsövårdscentralen i Dalby. Denne har till sitt förfogande en forskningsavdelning med en personaluppsättning, som framgår av tabellen. Malmöhus läns landsting är representerade i den rådgivande nämnden där man med återkommande konferenser och diskussioner kan överlägga om de projekt som är aktuella och det sätt på vilket vi hanterar de projekt vi har bli-

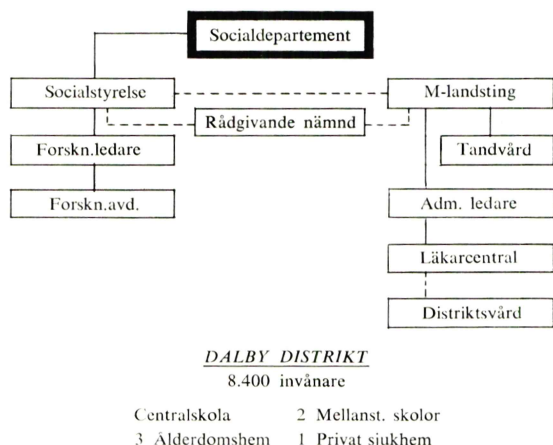


Fig. 3. Organisation av hälsovårdscentralen i Dalby

Läkarcentralen

- 2 Prov.läk. (+1)
- 1 Leg. sjuksköt
- 2 Mott.bitr. (U-sköt)
- 1 Läk.sekr.
- 1 Kontorist
- 1 Växeltelefonist
- 1 Ekon. bitr. (+ ½)
- 1 Vaktmästare (+ ½)

Distr.vård

- 3 Distr. sköt. (+1)
- 1 Barnmorska
- 1 Distr. sjukgymn.

Forskningsavd.

- 1 Forskn. ledare
- 1 Lab. kons.
- 1 Psyk. kons.
- 1 Dataexp.
- 1 Assistent
- ½ Sekreterare
- 2 Projektledare
- 1 Lab. sköt.
- ½ Lab. ass.
- 1 Diet. ass.

Folkvandvård

- 2 Tandläkare
- jämte ass. personal

Apoteksfilial

(1 Receptarie)

Fig. 4. Personalorganisationen vid hälsovårdscentralen i Dalby

vit anförtrödda. Parallellt med forskningsarbetet arbetar den vanliga rutinmässiga sjukvården under landstingets huvudmannaskap. Det kan av uppställningen över personalen se ut som om vi arbetade väldigt isolerade från varandra på forsknings- sidan och på sjukvårdssidan. (Fig. 4.) Det är nu inte förhållandet. Vi har dagligen gemensamma konferenser med utbyte av informationer och där man tillsammans fattar beslut. Detta är en arbetsform som jag tror är nödvändig om man skall hålla samman en så stor grupp med skilda uppgifter i den öppna vården. Vi håller också varje vecka konferens tillsammans med forskningsavdelningen för att diskutera de projekt som är på gång och de nya verksamheter som skall tas upp, för att fördela lokaler, resurser och utrustning och för att kunna ta itu med uppgifter som man från alla håll önskar att vi skall syssla med. Inom samma enhet arbetar också distriktsvården med den personaluppsättning som hör till denna liksom till folkvandvården och vi förväntar oss att en apoteksfilial mycket snart skall komplettera enheten. Därmed tror vi oss ha nått mycket nära den funktionella enhet som vi syftat till.

Sluten — öppen vård

Det har sagts i vissa sammanhang att allmänläkarens arbete skall vara en basal del av exempelvis socialmedicinen och att våra kontakter med klinikerna skulle gå via socialmedicinskt block eller liknande. Jag tror att detta är helt orealistiskt. Vi måste till måttet av vår förmåga söka tillgodose det sjukvårdsbehov som möter oss i ett osorterat klientel. Vi måste ha öppna kanaler till alla de specialister, som finns tillgängliga inom området och vi måste kunna ta emot den eftervård, som den slutna vårdens specialister har anledning att lämna ifrån sig och borde kunna lämna ifrån sig i mycket större utsträckning än vad nu är fallet. För detta ändamål kan man ha den öppna vården utrustad med läkare av olika kategorier, och jag tror alltså att den välutbildade allmänmedicinen i mycket stor utsträckning kommer att kunna svara upp mot de uppgifter man förväntar sig att han skall fylla — under förutsättning att vi blir tillräckligt många att sköta arbetet.

Fler och annorlunda Dalby behövs

På de socialmedicinska institutionerna utanför Lund har vi sedan rätt länge försökt få till stånd forskningsstationer med ett speciellt upptagningsområde i periferin. Vi ser Dalby som det första i en hel rad sådana forskningsstationer. Det är angeläget att sådana stationer differentieras. Medan man t. ex. i Dalby har ett jordbruksområde som försöksområde skulle man i storstäderna Göteborg och Stockholm ha storstadsdistrikt eller kanske förstadsdistrikt, i Umeå ett glesbygdsområde, i Uppsala och Linköping större tätorter etc., alla förlagda till större vårdcentraler. Vid dessa stationer har vi tänkt oss, att man i likhet med Dalby skulle bedriva såväl epidemiologisk som sjukvårdsorganisatorisk forskning. Bl. a. borde man studera olika möjligheter att få till stånd ett integrerat samarbete mellan öppen och sluten vård å ena sidan samt socialvård och medicinsk vård å den andra. Man borde också genomföra direkta sjukvårdsorganisatoriska experiment. Vi har tänkt oss distrikt med 50—60 000 invånare för att få större rörelsefrihet just för den nämnda sortens experiment. Dit borde också förläggas en väsentlig del av allmänläkarens utbildning. Där skulle den blivande allmänläkaren få tillfälle att arbeta i ett väl kartlagt område under ledning av erfarna allmänläkare och integrerad i sjukvårdsorganisatoriska och epidemiologiska forskningsuppgifter av samma slag som han kanske kommer att möta i sin kommande verksamhet.

Professor Gunnar Inghe vid diskussionen om Allmänläkaren som specialist i Uppsala oktober 1968.