

Dalbyprojektet och läkarutbildningen



Åke Nordén

Det är kanske ej så mycket att lägga till de synpunkter, som redan framförts. Det fascinerande är att idén fångats upp av så många och redan där ser jag en garanti för att den kommer att kunna ta form och bli ett inlägg i debatten om hur inte bara den öppna sjukvårdens frågor skall kunna besvaras utan även frågor som rör hela sjukvården.

Idén går tillbaka till Erik Essen-Möllers pionjärarbete, som alla känner till. Det var med stor tillfredsställelse jag för ganska länge sedan, när vi diskuterade projektet, lystrade till frågan om ritningarna för huset i Dalby även inrymde rum för en emeritus professor. Vår förhoppning är att Essen-Möller-rummet skall vara permanent upptaget.

Avsikten med Dalby-projektet var från början främst att lemma in den öppna sjukvården i medicinarutbildningen. Vår utbildning baseras på cirka 10 % av alla patienter som söker hjälp, nämligen de patienter som läggs in på sjukhus. På en medicinavdelning har vi att dela denna fraktion med en mängd andra sjukhusavdelningar.

¹⁾ Efter ett föredrag vid symposium om öppen vård hållet i Lund våren 1967.

De patienter som representerar de 90 % ser den praktiserande läkaren till stor del först när han stiger ut från sjukhuset och skall stå på egna ben — han blir här en autodidakt och det kan knappast vara rationellt även om han vet hur han skall ta hand om de allvarliga problemen.

Det första steget att råda bot på detta tog Tord Gülich och jag för 10—12 år sedan, då Tord var med på att försöksvis låta en student följa med på nattjouren i stan. Studenternas positiva reaktion medförde att vi så småningom systematiskt ordnade detta. Numera delar Lunda- och Malmökurserna i medicin nattjourtjänsten i Malmö, där brandkåren står för en effektiv service och kollegerna är införstådda med att ha en student i härlarna trots att det är bråttom. Några problem med patienterna har detta ej vållat.

Det var emellertid bara en liten glimt av den öppna vården.

En insyn i hur den öppna vården i sin mera fasta form fungerar föreföll vara nästa steg. Förhoppningen var att en sådan konfrontation skulle kunna förbättra rekryteringen till den öppna vården och en samundervisning mellan öppen och slutenvård skulle kunna bli ömsesidigt stimulerande.

Utbildning av provinsialläkare — och länsläkare

Omständigheterna medförde att vi kom att mera inrikta Dalbystationen på fortbildning av provinsialläkare än studenter. Vi föreställde oss att genom att etablera kontakt mellan läkarstationen i Dalby och olika specialister i Lund skulle en översyn av arbetsvillkor och teknik kunna medföra förbättringar i diagnostik och behandling. Att höja upp nivån på den öppna vården skulle ytterligare minska behovet av lasaretsremisser. Det skulle spara tid för patienten och minska behovet av dyrbara lasaretsplatser.

En översyn av teknik skulle kunna leda till att en praktiserande kollega som funderade på att köpa en ekg-apparat kunde ringa till Dalby och få besked om vilken apparat man där i samråd med cardiologer och kliniska fysiologer kommit fram till var den bästa för den öppna vårdens behov.

Hur utmärkta lasarettskurser än är för provinsialläkare föreställde vi oss att än bättre vore vidareutbildning i den miljö och med de problem som den öppna vården främst har att lösa. Vi har byggt gästrum i Dalby, så att det ständigt skall kunna finnas 2 gäster som följer arbetet. Sådana gäster bör även vara något som Dalbystationen vill utnyttja att suga erfarenheter ur. Dessutom kommer 2 studenter att kunna bo på stationen.

Medicinalstyrelsen tog i detta samband upp frågan om inte erfarenheter från en läkarstation

av Dalbytyp borde ingå i en länsläkares utbildning.

Det är främst tekniken vid hälsoundersökningar som då tillkommer. Vi kommer i Dalby dels att insamla alla data rörande inträffade medicinska händelser inom befolkningen dels utföra hälsoundersökningar inriktade på vissa sjukdomar. Det skall kontinuerligt göra det möjligt summera hur det totala sjukdomspanoramat ser ut.

Hälsoundersökningar

Men det är inte alla som spontant söker läkare och här kompletterar man bilden genom hälsoundersökningar inriktade på att spåra upp latent sjukdomsfall efter samma principer som tuberkulosebekämpandet. I Dalby kommer specialister att leda olika sådana projekt — ögonundersökningar, hörsel-, urinvägs-, diabetes-, blodbrist osv.

Öppen läkarvård sedan 1600-talet

De få läkare som fanns i Sverige, när medicinalstyrelsens föregångare Collegium medicorum startade i mitten av 1600-talet, hade i regel fått sin medicinska grad vid utländska universitet. Sverige hade dock sedan 1613 en lärostol i medicin. Benämningen provinsialläkare möter vi första gången i samband med 1688 års medicinalordning. Men under Karl XI:s tid fanns det bara tre provinsialläkare varav en i Skåne, en i Jönköping och en i Härnösand.

Den första instruktionen för provinsialläkare kom 1744. I den femte, 1822, uppdrogs de stora riktlinjer som ännu gäller. Nya omfattande uppgifter har emellertid senare tillkommit bl.a. genom socialmedicinens frammarsch och den förebyggande aspekten på hälsovårdsfrågor.

De första provinsialläkarna examinerades inför Collegium medicorum. 1753 utökades kraven med tjänstgöring vid Serafimerlasarettet. Provinsialläkarväsendet förstatligades 1773, då en medicinalstat med 32 provinsial-

läkare fastställdes. Nu finns det ca 750 provinsialläkare i 530 distrikt. Landstingen är sedan ett par år huvudman även för denna vårdform.

Vårt första lasarett, Serafimerlasarettet, öppnades 1752 med åtta sängar, senare utökat till 45. Den slutna vården är alltså yngre än den organiserade öppna men har expanderat snabbare. Specialisterna går nu allt mer in på vad som förr ansågs vara allmänläkarens fält.

Läkarbrist, låga kompetenskrav, viss isolering och sjukhusens dragningskraft gör att 200 av 750 provinsialläkartjänster är utan ordinarie innehavare. Standarden bör kunna höjas genom skärpta behörighetsregler och genom anordnande av vidare- och fortbildningskurser. Medicinalstyrelsen hoppas att också Dalby skall bidra till standardhöjningen och främja rekryteringen bl.a. genom att snabbare omsätta forskningens framsteg i medicinska åtgärder i öppen vård.

Byråchefen Gunnar Wennström,
i lundadebatten om öppen vård våren 1967.

Specialistens undersökningsresultat förutsätter en organisation så att man når alla man vill undersöka. Undersökningsresultaten skall sedan överföras för behandling med datamaskin.

Den tekniska sidan dvs. organisationen och databehandlingen av en hälsoundersökning bör ingå i en länsläkares utbildning om han senare skall kunna bli ledare för hälsoundersökningar inom sitt län.

Studentundervisningen

I våra planer för undervisning har vi inte glömt bort studenten, som var med i början. Man kan väl säga att tiden har mognat därhän att man nu räknar med utbildning i öppen vård i medicinarutbildningen. Vi har redan den unga kadern av "provinsialläkarsvans", men dessutom anser vi att den öppna vården bör komma in under en av assistentmånaderna eller som en månad under den nya "allmänutbildningen".

Tanken är att varje provinsialläkare i Dalby har en student åt gången. Varje student tillbringar en månad vid stationen. Kapaciteten blir då 10 studenter per år per läkare dvs. i Dalby 20 per år. Det räcker inte långt, men om vi effektivt sår ut Dalbyerfarenheterna till alla provinsialläkare i vårt landstingsområde har vi 30 lärare och en kapacitet av 300 studenter per år. Vi hoppas det skall stimulera inte bara studenten utan även hans lärare.

Vad är det nu för problem som provinsialläkaren har. Jag vill belysa det med material insamlat av Royal College of General Practitioners i England. (Reports from General Practice. II. Present state and future needs, July 1965). Tabellerna visa antalet inträffade fall i en praktik för 2.500 invånare.

	Antal per år
Övre luftvägsinfektioner	500
Nervösa besvär	250
Mag-tarmbesvär	200
Hudåkommor	200
Hudinfektioner	200
Akut otit	50
Vaxproppar i öronen	50
Ryggsnitt och ischias	50
Urinvägsinfektion	50
Migrän	15
Hörsnava	12

Numerärt leder de övre luftvägsinfektionerna. Behandlar vi dem adekvat, går patienterna sjuk-skrivna i onödan? Är de 50 otiterna onödiga komplikationer? Behandlas de riktigt? Hur många kommer att medföra kroniska otiter och hörselnedsättning? Kan detta undvikas? Har vi tillräcklig utbildning i dermatologi för att klara upp de 400 fallen?

En sådan analys kan alltså få konsekvenser inte bara när det gäller vad provinsialläkaren skall kunna och vilka resurser som skall ställas till hans förfogande utan även för hela vår uppläggning av läkarutbildningen och även för frågan vad vi i en framtid skall ha de dyrbara sjukhusplatserna till. Bättrar vi den öppna vårdens effektivitet då blir det endast verkligt kvalificerade uppgifter för sjukhusen.

Tabell 2. Allvarliga sjukdomar

	Antal per år
Pneumoni	50
Blodbrist	40
Hjärtinfarkt	15
Svår depression	12
Cancer (alla fall)	3
Akut appendicit	5
Glaukom	3
Dödade eller skadade vid trafikolyckor	17

Låt oss utnyttja samma källa i tabell 2. Här gäller det de allvarliga fallen bland 2.500 personer under 1 år (i England).

För att klara dessa problem känner sig den larsaretsutbildade kanske bättre förberedd. Men här står vi på flera punkter i en fas av en snabb utveckling. Har praktikern rätta resurser för anemidiagnostiken? Hur tar han hand om hjärtinfarktarna — hur bemästrar han rytmrubbningar under första dygnet, som representerar hälften av dödsorsakerna — skall han ta ansvaret eller är hans uppgift att sätta diagnosen och sedan kontakta cardiologerna som skickar ut en speciell ambulans med personal och utrustning för defibrillering i hemmet?

Har provinsialläkaren kunskaper att ta hand om de 12 fallen av svår depression? Han bör veta

efter någon tid i distriktet var suicidalrisker kan tänkas — hur samordna hans kunskaper med adekvat, helst förebyggande vård?

Hur är utbildningen och organisationen för omhändertagande vid en stor trafikolycka eller liknande katastrof?

Vi ser hur dessa uppgifter, som College of General Practitioners ställt samman, ger upphov till åtskillig eftertanke. Vi avser att göra upp en prioritetslista över de problem vi bedömer mest brännande. Lösningen beror på hur beredda vi är att ta upp olika frågor. — Här har våra erfarenheter vid den stora hälsoundersökningen blivit en tillgång. Vi kan preliminärt säga att diabetes ej är så angeläget som vi trodde, urinvägsinfektioner är ytterst angeläget, som Nils Alwall i många år betonat. Och här kan Bengt Schersténs upptäckt av hypoglykosuri som tecken på urinvägsinfektion bli en helt ny teknik både för diagnos och för be-

dömning av behandlingsresultat. Liknande snabba och specifika tekniker komma att bli ett mycket angeläget mål för vårt utvecklingsarbete.

Även om man kan tycka att det har gått långsamt att se Dalbyprojektet förverkligas, har många omstöpningar av planerna varit värdefulla.

En gång skrev man i Arbetet att Dalbyborna skulle få den bästa sjukvården i landet. Det är så klart vår strävan, men många har höjt varnande röster att Dalbyborna skulle tröttna på våra uppvaktningar med undersökningar och frågeformulär.

Det är viktigt att beakta och vår avsikt är att ha representanter för kommunen med så snart nya projekt tages upp och få deras bedömning av folkopinionen. Kommunens stöd har jag haft sedan den första diskussionen på en kommunalstämma 1960 och det är ett förtroende som måste förvaltas noggrant.

KLIPPANS BARNSTOL TESTAD!



*Ger både
säkerhet
och
trivsel*

Begär närmare upplysningar från
AB Br. Ottosson & Co, Klippan

KLIPPAN