

Socialstyrelsens öppenvårdsprogram

Allmänläkare med en utbildning i klass med specialisten — och samtidigt olika typer av allmänläkare.

En organisatorisk nära samverkan mellan socialvård och hälso-sjukvård.

Nya möjligheter för öppenvårdsläkaren att göra avancerade laboratorieundersökningar.

Serviceresurser för den öppna vården i form av arbetsterapi, fysioterapi, hemsjukvård osv.

Detta är några av inlagen i socialstyrelsens program för en planerad stark expansion av en öppen vård — som samtidigt förutsättes få skiftande utformning alltefter olika befolkningsmässiga förutsättningar.

Programmet bedöms på sid. 391 mot en provinsialläkares och på sid. 396 mot en socialarbetares erfarenhet.

I december 1967 tillsatte socialstyrelsen en utredning med syfte att överse den öppna sjukvårdens organisation. I förutsättningarna ingick även att ägna intresse åt samspelet mellan social och medicinsk vård. Utredningen ålades "att beakta alla patienters rätt att bli omhändertagna på ett adekvat sätt". Detta borde dessutom ske på ett för samhällsekonomin gynnsamt sätt. Dessa två huvudprinciper sammanfördes i uttrycket "lägsta effektiva omhändertagandenivå", som alltså betecknar den punkt där individens och samhällets intressen möts.

Utredningens ledamöter utsågs av generaldirek-

sjuka i största utsträckning skall föras. Hembesöksfrekvensen kommer därmed att avsevärt avta. En jourordning av detta slag förefaller välbetänkt såväl ur patient- som läkarsynpunkt och man får väl under en övergångstid uthärda de upproriska patientröster som med största sannolikhet kommer att åberopa den urgamla rätten "att ta hem en doktor".

Detta principprogram för öppen vård framstår som ett välgrundat och attraktivt alternativ till den mindre tillfredsställande öppenvårdsorganisation vi har i dag. Det finns alltså goda skäl att välkomna utredningens förslag som synes kunna bereda samhället större möjligheter än någonsin att ge de sjuka en god vård.

tören och täcker med sina specialområden de största och väsentligaste av den öppna vårdens domäner¹). I juni 1968, således sex månader efter start, förelåg utredningens resultat som ett principprogram med bilagor i form av s.k. idé PM, som belyser olika delproblem inom den öppna sjukvården.

Inledningsvis gör utredningen vissa allmänna överväganden. Den senaste tidens erfarenheter talar starkt för att det är dags att överge den traditionella uppfattningen att kvalificerad sjukvård i sort sett endast kan bedrivas i sluten, sjukhusbunden form. Det har tvärtom visat sig möjligt att föra ut en stor del av sjukhusens resurser till öppnavårdsenheter som läkarstationer och gruppcentraler. Vidare har den kostsamma "dygnet om vården" i viss utsträckning kunnat ersättas med billigare, "halvöppna" vårdformer i form av dagvårdsavdelningar och patienthotell. Man framhåller också att det vid sjukhus i icke försumlig omfattning bedrivs sluten vård av patienter som ej är kvalificerade därtill. En väsentlig del av sjukvårdsarbetet utförs tydligen på en "onödigt

¹ I utredningen har följande ledamöter ingått: Generaldirektör Bror Rexed, medicinalrådet S. Åke Lindgren, docent Gert Wretmark, docent Birger Herner, dr Werner Olsson, dr Gustav Haglund, professor Gunnar Inghe, docent Stig Bengmark, överläkare Kurt Roos, docent Kurt Lagergren och bitr. socialvårdschefen Nils Magnusson.

hög vårdnivå". En orsak till detta är att den öppna vården utanför sjukhus har misskrediterats av att den varken tekniskt eller personellt undergått samma upprustning som den lasarettanslutna sjukvården. Vidare är öppen vård paradoxalt nog dyrare för patienten än den slutna. Bristfälliga kommunikationer mellan olika vårdnivåer leder vidare till att patienter ofta i onödan hålls kvar vid högre och dyrare vårdformer.

Dessa överväganden leder utredningen till följande antaganden, som bildar utgångspunkt för dess konkreta organisationsförslag:

- 1) Öppenvårdsenheter kan åta sig en betydande del av den diagnostik och terapi som tidigare var förbehållen slutna sjukvårdsformer.
- 2) Den öppna vården måste utrustas med servicefunktioner som fysioterapi, arbetsterapi, rehabiliteringsverksamhet m.m. Hemsjukvården bör utvidgas och knytas till öppenvårdsenheterna.
- 3) Intim samverkan mellan socialvård och hälso-sjukvård måste etableras.
- 4) Reversibla flöden mellan olika vårdnivåer måste arrangeras och vidmakthållas. Blockad av dessa flöden bör förhindras.
- 5) Ett geografiskt sjukvårdsområde skall ledas av ett beslutsmässigt organ.

På grund av vårt lands skiftande befolknings-täthet och varierande tillgång till sjukvårdsinstanser finner utredningen det svårt att skapa en för hela landet applicerbar organisation för den öppna sjukvården. Trakterna kring de stora central-sjukhusen (undervisningssjukhus, regionssjukhus) är i regel utpräglade tätorter, där förutsättningarna för specialisering och differentiering av sjukvården synes särskilt gynnsamma. För sådana områden finner utredningen det lämpligast med specialistvård ända ner till lägsta vårdenhet. I samhällen utanför dessa tätorter anses det däremot mest ändamålsenligt att bibehålla allmänläkarverksamheten.

Dagens sjukvårdsutveckling går mot koncentration av vårdresurserna och ökad specialisering. Detta gäller såväl för högre vårdnivåer med högt differentierade sjukhus som för lägre nivåer med grupp-mottagningar och läkarstationer. Odelade lasarett, sjukstugor och enläkarstationer är i stor

utsträckning på avskrivning. Detta medför att andelen specialistutbildade läkare successivt måste ökas. Vart tar då allmänläkaren vägen? I utredningens förslag kommer han i sin traditionella gestalt att återfinnas vid de smärre vårdenheterna medan han vid större vårdcentraler kommer att visa sig i en "specialiserad" form.

Nivå: medicinsk och social vårdcentral

Enläkarstationens tid anses vara ute, möjligen med undantag för verkliga glesbygder med mycket stora resavstånd. Enligt utredningen kommer den minsta sjukvårdsenheten i samhällen utanför tätorterna att vara en s.k. vårdcentral med minst tre läkare. Upptagningsområdet beräknas till cirka 10 000 invånare, i regel omfattande en kommun eller ett kommunblock.

Denna vårdcentral skall tillgodose upptagningsområdets alla krav på medicinsk och social omvårdnad. Här skall bedrivas sjukvård av allmän karaktär med tyngdpunkten lagd vid invärtes medicin och angränsande discipliner som geriatrik, pediatrik och psykiatri. Om möjligt bör vårdcentral anslutas till sjukhem för att möjliggöra inrättande av dagvårdsplatser eller observationsplatser. Socialvårdens organ bör knytas till vårdcentralen och inlemmas i dess arbetsrutin. Man betonar betydelsen av ett intimt och informellt samarbete mellan sjukvårdens och socialvårdens funktionärer, vilket anses vara en förutsättning för ett adekvat omhändertagande av patienten. Många aktiviteter kräver en kontinuerlig gemensam insats från social- och sjukvårdsorganen. Åldringsdispensärer, utbyggda med daghem m.m., hemsjukvårds- och hemhjälpfunktionerna bör därför organiseras och ledas från vårdcentralen. Lämpligt vore också att till vårdcentralen knyta folktandvård, apotek och försäkringskassa.

Allmän-läkare med olika "profil"

Ledningen av en vårdcentral bör anförtrons en av läkarna, som kan kallas chefsläkare. Läkarna är allmänläkare men kan gärna ha var sin profil, t.ex. en invärtesmedicinsk, en pediatrik och en psykiatrisk profil. För att allmänläkaren i framtiden skall kunna motsvara sin uppgift krävs en

gedigen och ändamålsenligt utbildning. De nuvarande kompetenskraven (8 månaders sjukhus-tjänstgöring efter med.lic.) för tjänst som provinssiällkare betraktas som höggradigt otillfredsställande och bör snarast revideras. Man hoppas, att allmänläkarens totala utbildning inom en snar framtid skall höjas till nivå med specialistens. Möjligheter till rationell allmänläkarutbildning är i dag begränsad men man påpekar att forskningsstationen i Dalby snart skall kunna utnyttjas för såväl praktisk som teoretisk vidareutbildning i allmänläkeri.

Nivå: specialistvård

Utredningen anser det mindre befogat att specialistbemanna de små vårdcentralerna. Erfarenheten hittills talar för att det fordras minst 7—8 specialister, företrädande de största kliniska disciplinerna, för att göra en specialistenhet effektiv — "en specialist behöver ett flertal andra specialister vid sin sida för att kunna fungera".

Vårdnivån ovan vårdcentralen kommer att utgöras av sådana specialistgrupper, som vardera skall betjäna cirka 40 000 invånare och kringliggande mindre vårdenheter. En sådan grupp kan förläggas centralt i en kommungrupp eller anslutas till ett sjukhem med egen läkare (annexsjukhus). Vidare kan bassjukhusets öppna vård utbyggas med en specialistgrupp. Förutom nämnda minsta antal specialister bör gruppen utrustas med en eller flera allmänläkare. Dessa skulle få en annan funktion än allmänläkaren vid den lilla vårdcentralen. Specialistgruppens allmänläkare skulle främst företräda det socialmedicinska intresset och sålunda bli en sorts "specialiserad" allmänläkare.

I tätorterna finns i dag kring de stora sjukhusen förutom bassjukhus även specialiserade grupp-mottagningar och ett förhållandevis stort antal privatpraktiserande läkare. Trots detta gäller även här att mycket sjukvårdsarbete utföres på för hög nivå. För att de differentierade sjukhusen skall kunna drivas rationellt och verkligen utnyttjas för sina ändamål behöver man snarast åstadkomma en avlastning av såväl den slutna som den öppna vården vid dessa inrättningar. Remissvånget är

ett viktigt styrinstrument och bör vara obligat. Man bör sträva efter att i största utsträckning genomföra uredningsarbetet polikliniskt. Patienthotell bör inrättas som ersättning för icke nödvändig slutna vård. Vidare bör patienterna efter utredning och behandling snarast återgå till lägre vårdnivå.

Tätorternas lägsta vårdnivå är specialistgruppen, vars sammansättning i princip inte skiljer sig från den ovan skisserade. På grund av befolknings- och läkartätheten i dessa områden anser man däremot inte att små allmänläkarmottagningar är erforderliga. Tätorterna kommer därigenom att praktiskt taget uteslutande erbjuda en mer eller mindre högt differentierad specialistvård. Allmänläkaren kommer i sin ursprungliga form inte att finnas kvar inom tätorternas sjukvårdsorganisation. Han återfinns dock till namnet på specialistcentralerna för att tillgodose deras socialmedicinska och preventivmedicinska behov.

Specialistcentralerna skall liksom de små vårdcentralerna länkas samman med socialvårdens organ och furneras med servicefunktioner för åldringsvård, rehabilitering, fysioterapi m.m. Centra för åldringsvård föreslås förläggas till vårdcentraler anslutna till sjukhem, där sjukhemsläkaren — geriatrikern — med allmänläkare och distrikts-sköterskor vid sin sida skall leda upptagningsområdets åldringsvård.

"Flödes"- och kommunikationsproblem

För att en sjukvårdsorganisation av detta slag skall kunna fungera friktionsfritt fordras som inledningsvis antytts "reversibla flödesmöjligheter" för patienten, som utan onödigt dröjsmål skall slussas in i sin adekvata vårdnivå och efter sina växlande medicinska behov snabbt överföras till annan lämplig, högre eller lägre, nivå. Utredningen framhåller emellertid också vikten av att samtliga läkare bereds möjlighet att via korttidsvikariat, gästronder och konferenser skaffa sig kännedom om och kontakter med närliggande vårdnivåer. Vidare bör man utveckla ändamålsenliga kommunikationssystem mellan sjukvårdsinstanserna, remisser, epikriser och annan patientinformation får

inte försummas eller fördröjas.

Kommunikationsproblemen spelar också en stor roll i utredningens organisationsförslag för laboratorie- och röntgenservicen. Den öppna vården har i dag jämfört med sjukhusen mycket begränsade möjligheter till tillfredsställande laboratorieverksamhet. Begränsningen är av såväl kvantitativ som kvalitativ art. De små vårdenheterna saknar utbildad laboratoriepersonal och patientunderlaget medger endast små provserier ledande till mindre god analys säkerhet och begränsat provsortiment. Dessa förhållanden bidrar i viss utsträckning till att göra den öppna, icke lasarettanslutna vården mindre attraktiv för patienten. Utredningen anser att man bör angripa detta problem genom att flytta ut centrallaboratoriets resurser ända ut till lägsta vårdenhet. För detta krävs en utbyggnad av centrallaboratoriernas kapacitet och en vettig organisation för provtransport och provsvarsdistribution. Man ger därmed öppenvårdsläkaren i sin hand en rad värdefulla instrument, som kan erbjudas i form av paketanalyser för t.ex. SR-utredning, malignitetsutredning, anämiutredning, "Paketet" analyseras av centrallaboratoriet och bedöms av laboratorieläkaren, som vid behov kan föreslå kompletterande analyser eller en fördjupning av laboratorieutredningen. Härigenom skulle man ernå betydelsefulla effektivitetsvinster i form av snabbare och säkrare diagnostik samtidigt som frekvensen av sjukhusbundna utredningar skulle minska.

För röntgendiagnostikens vidkommande gäller i princip samma resonemang. Röntgenverksamhet bedrivs f.n. nästan uteslutande vid sjukhusanslutna avdelningar. Undantag är röntgenservice vid större gruppcentraler. Enskilda läkare och mindre läkarstationer saknar helt eller har högst begränsad röntgenmöjlighet. Denna koncentration av röntgenservice medför nackdelar i form av stor belastning på sjukhusklinikerna, långa resavstånd för patienterna och stora kommunikationstekniska problem. Utredningen hävdar att även röntgenologisk verksamhet bör utrustas med egna röntgenologer och vid sjukhem med anslutna större gruppcentraler kan man inrätta radiologkonsulter, som rekryteras från närliggande sjukhuskliniker.

Vid dessa lägre nivåer bör man bedriva gängse rutinröntgenologi medan mer komplicerade undersökningar som tidigare bör ske vid sjukhusklinikerna.

Jourfrågans lösning

Principprogrammets sista avdelning överväger jourproblemet. Jourorganisationen har under den senaste tiden varit föremål för diskussion i många sammanhang och man har gjort ett flertal försök att få en rationellare ordning än den nu existerande, som innebär en ojämn fördelning av jourbörda på ett stort antal läkare. Man har gjort olika försök att koncentrera jourtjänsten, t.ex. genom samjour mellan olika lasarettskliniker, mellan olika sjukhus och mellan öppenvårds- och sjukhusläkare. Utredningens förslag är att all jourtjänst inom ett sjukvårdsområde skall koncentreras till en jourcentral, bemannad med läkare och/eller sköterska. Denna central skall leda sjukvårdsområdets totala jourverksamhet. Jourcentral bör helst inrättas vid lasarett men vid stora restidsavstånd kan man tänka sig en vårdcentral som jourcentral. Principiellt anser man det mer adekvat att föra patienten till de tekniska resurserna än att föra läkaren från dem, varför hembesök bör begränsas till sjukdomsfall där transport av patienten till jourcentral eller annan medicinsk instans bedöms som olämplig. För hembesök skall finnas en reservjour, som träder i tjänst först på uppmaning av jourcentralens ledare. För att åstadkomma en effektiv jourordning efter dessa linjer krävs bl.a. ett väl utvecklat transport- och kommunikationssystem. Ambulansväsendet måste upp- rustas, personalen utbildas och jourbilar måste tillföras radio- eller telefonmöjlighet m.m.

Björn Svensson