

Den praktiserande läkarens roll i skilda länders sjuk- och hälsovård

Den snabba utvecklingen inom vitt skilda medicinska områden har huvudsakligen uppbyggts under inflytande av en mångfald forskningsresultat inom olika vetenskapliga discipliner. Såväl inom teorien som i praktiken har de nya landvinningarna resulterat i en splittring inom sjukvården som endast med största svårighet kan kompenseras genom anpassning av den organisatoriska och praktiska distributionen av sjukvårdens service ur socialmedicinsk synpunkt. Å ena sidan har man insett att den enskilde läkarens allmänpraktikerns möjligheter att kunna råda bot för det mesta av sjukdom och lidande väsentligt förminskats. Å andra sidan kan patientens situation icke ostraffat upplösas i en rad åtgärder av fritt valda specialister utan en medveten och aktiv samordning måste ske varvid kroppsliga, psykiska och sociala problem på en gång och i ett sammanhang sammanställs.

Det har blivit en världsomfattande angelägenhet att söka få till stånd en sådan ordning för sjukvårdens handhavande att patienten även i framtiden kan omhändertas, icke som medicinskt vetenskapligt fall utan som en sjuk och hjälpsökande medmänniska. För att åstadkomma detta har man velat återuppliva husläkaren-familjeläkaren som institution. Uppenbart är visserligen att man härvid måste räkna med en förändring av familjeläkarens roll. Han kan icke numera vara den som är specialist inom varje område av medicin och socialvård men väl den kloke rådgivaren och sakkunnige hjälparen som mången gång själv kan bota, men som också kan anvisa de möjligheter som vetenskaperna bjuder och som socialmedicinska anordningar velat tillgodose. Som ett tecken på den stora betydelse man tillerkänner dessa frågor överallt i världen har World Medical Journal tagit upp en serie av redovisningar från olika länder rörande den allmänpraktiserande läkarens och specialistens verksamhet i samhället. Denna tidskrift kommer

att publicera i översättning några av dessa rapporter.

USA

Av Floyd C. Bratt, M. D., American Academy of General Practice.

Jag hoppas att jag kan diskutera det, som är gemensamt för specialisten och familjeläkaren utan att därför påstå att de verkar på två skilda arbetsfält. Det är en fälla som många patienter hamnar i. Föreställ er en man som är sjuk, kanske för första gången på flera år. Alltför ofta tycker han sig stå inför en skiljeväg. Bör han tillkalla en familjeläkare eller en specialist? Vart skall han vända sig? Detta är ett fall bland många andra där patienten inte förstår sig på allmänpraktiker—specialistkomplexet. Han förstår att båda "nog är viktiga", men han vet inte var han skall söka lösningen på sitt omedelbara medicinska problem.

Om ni accepterar dessa premisser, så måste ni erkänna det tvingande behovet av en allmän patientupplysning. Det är välbetänkt av läkare att sinsemellan diskutera gemensamma problem, men det är kanske än mer viktigt att läkare upplyser *sina patienter* om dessa frågor. De måste göra allt för att radera den mur, som patienten ställer upp mellan allmänpraktikern och specialisten. Patienten bör upplysas om att dessa två bildar ett team, som inte fungerar utan bådass medverkan. Patienten bör få klart för sig, att alla föreställningar om oöverstigliga skrankor mellan specialisten och familjeläkaren är inbillade och grundlösa.

Samarbetet mellan allmänpraktiker och specialist måste grundas på en gemensam åstundan att ge patienten en så riktig behandling som möjligt såväl organiskt som emotionellt. Familjen är den basala enheten i 20:e århundradets samhälle. I

de allra flesta fall känner varje familjemedlem ett djupt, kanske rentav instinktivt behov av *en* person, som är villig och kunnig att vara läkare och rådgivare i hälsovårdsfrågor. Den som väl har funnit en sådan läkare förstår snart familjeläkarens och specialistens respektive funktioner.

Dr Paul Hawley, ordförande i American College of Surgeons har å dess styrelses vägnar publicerat en artikel, i vilken han säger: "Varje familj behöver en medicinsk rådgivare. Husläkaren är den ende utövaren av läkekonsten som på rätt sätt kan fylla denna plats. Han bör inte bara vara familjens rådgivare utan även dess aktive medicinske handledare och om han har förtjänat familjens fulla förtroende, så kommer han också att inta den ställningen.

Det har sagts många gånger att allmänpraktikern kan behandla 85 % av alla sjukdomar. Jag vill inte motsäga denna siffra, utan påpekar bara att den är ett medeltal, och därför icke tillämpningsbar på en individuell läkare. Däremot förstår man av denna siffra att familjeläkaren lika litet som andra dödliga är något orakel. Det är här allmänpraktikerns och specialistens lagarbete kommer in i bilden.

Den viktigaste komponenten härvidlag är behovet av adekvat samarbete. Familjeläkaren får inte bara skicka patienten till specialisten utan vidare; han måste se till att kollegan får all den information han kan ge om fallet så att dunkla punkter belyses och riskerna för onödigt arbete undanröjes. Jag skall inte försöka ge något schema över vad denna information bör innehålla, men den kan mycket väl inkludera ting av intresse som vanligtvis inte ingår i patientens kliniska historia. Således bör den innefatta en diskussion om familjeproblem, ekonomiska bekymmer och andra faktorer som utövar ett psykiskt inflytande på patienten. Det är praktiskt taget endast familjeläkaren som uppehåller de nära förbindelser som krävs, för att ge kännedom om dessa förhållanden.

Specialisten i sin tur måste arbeta tillsammans med husläkaren. Det får ej vara så att Dr B tar vid där Dr A slutat, utan Dr A finner att han behöver assistens av en specialist; han remitterar

sin patient och fortsätter att arbeta tillsammans med Dr B. Detta styrker patienten som slipper känna att han "skuffats iväg till en annan doktor". Han förstår snart att båda doktorerna är intresserade av honom som människa och inte som ett "fall".

Det är också viktigt att de olika stegen tas i rätt ordning. Hittills har ingen vid American Academy of General Practice i Kansas City haft tid att räkna de otaliga breven från sådana personer, som själv sökt diagnosticera sina sjukdomar och som valt sina egna specialister. Jag har personligen läst ett tragiskt brev från en kvinna, som hade sökt sju specialister. Hon "remitterades" alltid enligt läkarsidorna i telefonkatalogen.

Detta är ett synnerligen felaktigt tillvägagångssätt. Även när en specialist behövs, saknar patienten alla möjligheter att välja rätt; här har husläkaren ett givet verksamhetsfält. Upplysning krävs också på detta område. Ni kan säkert tänka er denna kvinna berätta för en väninna att hon sökt sju läkare men att ingen av dem kunnat säga "vad det var för fel". En hypokondrica? Möjligen — men det betyder inte att medicinen kan ignorera sina förpliktelser i vad gäller patientupplysningen.

Förhållandet mellan specialister och allmänpraktiker har till stor del kännetecknats av de förras högt meriterande sjukhustjänst. Förr lades alltför stor vikt vid antal tjänsteår på sjukhuset eller mängden av diplom på väggen i doktors mottagningsrum. Jag är personligen övertygad om att det inte alltid är möjligt att sätta likhetstecken mellan utbildning och kunnighet. Man borde fästa större avseende vid förmågan än vad som nu görs. Jag känner faktiskt dugliga kirurger som aldrig gjort mer än ett års ambulerande sjukhustjänst.

Dessa män hade emellertid nästan utan undantag haft tillfälle att arbeta med erfarna kirurger. De fick en chans att demonstrera sin yrkesskicklighet, som ensam utgjorde bedömningsgrunden vid utdelande av tjänstebetyg. Om läkaren inte beredes tillfälle att inhämta kunskaper (på rätt sätt) så blir samhället lidande samtidigt som potentiell skicklighet och förmåga går förlorad.

En del av Academy of General Practice's definition på en familjeläkare framhåller att han är en läkare, som är villig att påtaga sig totalt och kontinuerligt ansvar för sjukdomsfall hos personen som individ och hos familjen som en enhet. Definitionens lydelse är kanske mindre viktig än det faktum att den *existerar*. Det föreligger ett faktiskt behov av en mer precis och realistisk definition av ordet "specialist" så som det används i anknytning till medicinens terapeutiska och diagnostiska facetter. Vi vet alla att en man som utbildar sig till specialist, som undergår särskilda prov, och som därefter begränsar sin praktik till det avsedda området, är en specialist. Men vad skall man kalla den, som avlägger specialistexamen och därefter av praktiska skäl öppnar allmän praktik? Om han vill kan han kalla sig specialist men han är också allmänpraktiker. Detta är viktigt endast därigenom att det är svårt att diskutera familjeläkar-specialistkomplexet utan att ordentligt definiera de ingående parterna.

Här stöter vi på det gamla tillvägagångssättet att klassificera läkare efter deras utbildning med tillbörlig hänsyn tagen till deras lyckliga genomförande av föreskrivna examina. Detta kompliceras ytterligare av "del-specialisterna" som tydligen är allmänpraktiker med särskilt intresse för något speciellt område av medicinen. Jag tror att det finns många familjeläkare med sådana intressen, men de är likväl familjeläkare.

Det verkar som om en aktiv praktiserande läkare antingen måste vara specialist eller allmänpraktiker. Han kan inte vara bådadera. Till dess vi fått mer precisa definitioner kommer vi emellertid att fortsätta komplicera dessa förhållanden. Definitionerna måste komma att enbart bero av *vad slags praktik* som läkaren bedriver och inte av något annat.

Jag skulle vilja ge ett varningsord åt den specialist, som av ekonomiska eller andra skäl ämnar åtaga sig en familjeläkares funktioner. Jag anser att det är oriktigt att påstå att *alla* läkare från grunden är allmänpraktiker. Jag anser också att man begår ett misstag när man menar att en specialist är en familjeläkare som begränsat sin praktik till vissa åldersgrupper, sjukdomar

eller delar av människokroppen. Jag vill inte heller kalla familjeläkaren för specialist, men jag har en intensiv känsla av att allmän praktik i medicin och kirurgi kräver en yrkesskicklighet som specialisten inte alltid äger. Har man särskilt studerat ett litet område av medicinen så blir kanske ens behandling av ett osäkert fall alltför lätt präglat av ensidiga synpunkter.

Likaväl som klassificeringen av specialister och allmänpraktiker är omodern så är också den åsikten omodern som hävdar att en läkare någonsin kan bli färdigutbildad. För ögonblicket är American Academy of General Practice den enda medicinska organisationen i USA som kräver kontinuerlig efterutbildning. Medlemskap ges för en treårsperiod i taget och under denna tid måste varje medlem delta i 150 timmars godkänd efterutbildning. Jag nämner detta här endast för att understryka att *alla* läkare kanske borde åläggas kontinuerlig efterutbildning. Detta är nog ett område som förtjänar att betänkas av var och en av de olika specialiteterna.

Låt mig sammanfattningsvis återigen understryka det synnerliga behovet av ett samordnat närmande till de medicinska problemen. I USA är vi lyckliga nog att ha ett sjuk- och hälsovårdssystem, som tillåter läkare att upprätta egna yrkesmässiga kontakter. Om vi vill försäkra oss om att få behålla detta privilegium, måste vi samarbeta, och det inte bara på klinikerna, utan på alla nivåer.

NORGE

Av doktor Ole K. Harlem.

Allmänpraktikern är stöttepelaren i det norska hälsovårdssystemet. En kvantitativ uppfattning om detta får man av det faktum att en tredjedel av landets läkare är allmänpraktiker. I städer och tätbebyggda orter bedriver huvuddelen av allmänpraktikerna privatpraktik. I jordbruksområden, särskilt i de mera avlägsna norra och västra delarna, är det den offentligt förordnade läkaren — distriktsläkaren — som tillgodoser människornas behov av medicinsk vård. Han förordnas av staten och har en bestämd lön för sina officiella

plikter, som huvudsakligen är av epidemiologisk och profylaktisk natur. Skilt från detta bedriver han sin vanliga privatpraktik, varvid han ersätts med arvoden enligt erkänd praxis.

Sjukvården fungerar på följande basis: patienten konsulterar först sin privatläkare eller distriktsläkaren. Denne beslutar vad som skall företagas, behandling eller ytterligare undersökning. Om han själv ej kan behandla fallet, remitterar han patienten till en specialist eller lägger in honom på sjukhus. Sjukförsäkringen gäller vid denna procedur; däremot gäller den inte alltid om patienten sökt specialist utan remiss från allmänpraktiker. Polikliniker existerar inte i Norge utom i samband med några universitetskliniker där de anses vara nödvändiga för att man skall få ett tillräckligt patientmaterial för undervisningen.

Det är en fundamental princip i Norge att patienten skall vara fri i valet av läkare. Vanligtvis kan endast geografiska faktorer motivera eventuella avsteg från denna princip. Sålunda är distriktsläkaren i nordnorge ofta den enda tillgängliga läkaren, varvid man inte ställs inför något val. I mer tätbefolkade områden är patienten helt och hållet fri att välja sin egen läkare. Vissa gränser för denna frihet finns dock på papperet. Så beviljas t. ex. återbetalning för läkares färd vid sjukbesök endast om närmast tillgängliga läkare anlitas. I praktiken är emellertid dessa kringskärningar av ringa betydelse.

Allmän obligatorisk sjukförsäkring infördes år 1956. Förhållandet mellan läkaren och sjukförsäkringsschemat är tämligen fritt. Med mycket få undantag bygger det på ett arvodessystem. Läkaren ersätts i proportion till det arbete han utför enligt normer som fastställs av norska läkarförbundet i samråd med statliga hälsovårdsorgan. Sjukförsäkringen betalar en del av doktors arvode och resten täcks av patienten. Ersättningen kan läkaren ta ut på två sätt. I det ena fallet sänder han sina räkningar för behandling och undersökning till sjukkassan sedan patienten redan betalt sin del av arvodet. I det andra fallet betalar patienten läkarens hela arvode och får ett kvitto; därpå ordnar patienten sina mellanhavanden med sjukkassan utan att läkaren behöver delta i transaktionen. Det senare systemet är i princip att föredra även om det förra har vissa praktiska fördelar.

Det norska hälsovårdssystemet ställer stora krav på allmänpraktikern och är lika mycket beroende av hans etiskt-moraliska som rent medicinska standard. Det är betecknande att efterutbildning för allmänpraktikerna är ett av de agenda, som behandlats av 1959 års norska läkarstämma.

Allmänpraktikerna har sin förening inom Norges läkarförbund. Det är signifikativt att redaktören för Norges läkarförbunds tidskrift är en allmänpraktiker, som kvarstår i sin praktik för att kunna hålla sig à jour med vardagsmedicinen.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Overläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Helpension från 27:— pr dag.

*Unna Er
en hälsobringande
vila på*

Mösseberg

Tel. Falköping 100 46 för upplysningar Vx.
sanatoriet Falköping 132 20