

NILS-RIBER BLUME:

Husläkaren

Husläkaren eller familjeläkaren, som dr Nils-Riber Blume i Göteborg hellre vill kalla honom eller henne, vill regeringen återinföra i samhället. Författaren beskriver hur sådana husläkare arbetade förr och kommer in på varför de mer och mer försvunnit alltifrån 50-talet. De gjorde av olika skäl en mycket god insats. Författaren tror att det vore möjligt att åter utbilda sådana läkare, men det kommer att kosta pengar. Men samhället är numera så komplicerat, att det måste bli tal om samverkan mellan medicinsk och social vård. En ensam läkare kan inte klara allt, men läkargrupper är en möjlighet, menar han.

"The family is a unit composed not only of children, but of men, women, the occasional animal and the common cold".

Med anledning av de uttalanden om husläkare, som framförts i valdebatten med utgångspunkt från folkpartiets valmanifest, skulle jag vilja ge några synpunkter på innebörden av begreppet familjeläkare, en beteckning som jag anser mer adekvat än husläkare.

Vi skall utgå från att skalden Ogden Nash med ovanstående rader vill ha sagt, att det är väsentligt att se familjen som en enhet i såväl hälsa som sjukdom, att inse att symtom på sjukdom hos en familjemedlem står i samband med ohälsa hos en annan. Vi vet tex att emotionell stress kan sänka resistensen mot infektioner. Magsmärtor hos ett barn kan vara en indikator på motsättningar mellan föräldrarna, barnet är en barometer som registrerar familjens emotionella klimat. Ett allvarligt eller kroniskt sjukdomstillstånd hos barnet påverkar å andra sidan hela familjens välbefinnande. Därför tror jag det är viktigt att det primära sjukvårdsbehovet skall fyllas av familjeläkaren.

1688 bestämdes att Sverige skulle indelas i distrikt, med var sin provincialphysicus för att fylla befolkningens behov av sjukvård. Det tog många år innan det målet var nått. Enligt en "Minnesbok för läkare i tjänst" tryckt 1853 fanns det i Göteborgs och Bohus län endast fyra provinsialläkare, men åtta stadsläkare och åtta militärläkare. Antalet privatpraktiserande läkare redovisas inte, men sådana fanns, i varje fall i de större städerna. Någon uppdelning i specialiteter fanns inte på den tiden, oavsett patientens

ålder och kön deltog samtliga läkare i den allmänna sjukvården.

För att begränsa ämnet skall jag hålla mig till den tidsperiod jag genom personliga kontakter och aktivt engagemang känner, nämligen från och med början av 1930-talet.

Vid den tiden utexaminerades ett relativt överskott av läkare. Utbildningsplatserna räckte inte till för alla. Endast ett fåtal av dem som började med sjukhusutbildning kunde räkna med en sluttjänst som överläkare. De övriga måste förr eller senare söka sig ut som tjänsteläkare eller privatpraktiserande läkare. Därmed vill jag inte ha sagt att de som blev privatpraktiserande blev det av nödtvång. Det var tvärt om ett eftertraktat yrke, och dess utövare fyllde då som nu en väsentlig uppgift inom sjukvården. Provinsiälläkartjänsterna var eftersökta. Även om arbetet tidvis var hårt med ständig jour och ingen tidsbegränsning, var det fritt och självständigt och gav ett gott ekonomiskt utbyte. Ett tjugotal sökande till en tjänst var inte ovanligt och meriterna kunde gå upp till åtta à tio år efter examen. Många verkade både ett och flera decennier i samma distrikt och lärde känna dess invånares inre och yttre miljö, bl a genom sin verksamhet i barna- och mödravårdscentraler, inom skolhälsovården och som verksläkare inom både statliga verk och den privata industrien. Även om han inte kunde vara den förtroliga vännen i varje familj var han till sin funktion familjeläkare.

Stads- och stadsdistriktsläkare arbetade i stort sett efter samma linjer. I allt väsentligt var det endast titeln som skilde de privatpraktiserande från tjänsteläkarna. Konkur-

rensen med de taxebundna läkarna gjorde att arvodena sällan var avskräckande. Det stora flertalet läkare utgjorde en samvetsgrann och socialt ansvarsännande grupp. Det var innan driftkostnadsstegringarna och höga skatter började göra sig gällande inte ovanligt att arvodena anpassades till patientens ekonomiska förhållanden.

Det har alltid funnits läkare "på modet" som genom sitt anseende blev familjeläkare i förmögna familjer och kunde ta höga arvoden. Jag antar att det är minnen av sådana företeelser som kommer vissa politiker att påstå att fattigt folk inte hade råd att ha husläkare.

Privatpraktikern

Som uppvuxen i ett läkarhem och under en tid som min fars mottagningsbiträde lärde jag mig tidigt känna många av sjukvårdens vardagsproblem, som de återkommo då jag 1937 som nybliven läkare fick mitt första provinsiälläkarvikariat. Besök på mottagningen kostade då tre kronor, hembesök inom den närmaste rayonen fem. Till mindre bemedlade, som bodde långt från stationsorten, utgick statsbidrag. Till sjukkasemedlemmar utgick återbäring med 2/3 av arvodet, återbäringen omfattade samtliga familjemedlemmar. I sammanlagt drygt fem månader verkade jag inom samma distrikt och fick naturligtvis att göra med alla slags människor i alla åldrar. Inom distriktet fanns ett gruvbolag vars anställda familjer hade fri vård. Sådana avtal mellan läkare och företag förekom överallt i landet. Ett stort antal svenskar i lägre inkomstklasser

hade alltså tillgång till familjevård till små kostnader.

1942 började jag själv privatpraktik i vad som då var en utkantstadsdel av Göteborg. Trots de direkta kommunikationerna med centrum fungerade området i många avseenden som en stad i staden. Biltätheten var låg, inga stor- eller snabbköp lockade till de folkvandringar som idag äro typiska. Flertalet familjeförsörjare hade arbete i närbelägna industrier och företag, barnen hade nära väg till skolorna, affärer och övriga serviceanläggningar voro av god klass. Inom tio minuters gångväg verkade sex privatpraktiker och en stadsdistriktsläkare, vilket borgade för valfrihet. Jag tror att flertalet människor drog sig för att resa in till centrum resp till poliklinikerna. Sjukvårdsbehovet täcktes av lokalt tillgängliga läkare. Vi kände varandra och kunde samarbeta.

Jag har ingen statistisk som kan tala om hur många av områdets invånare som med dagens beteckning skulle kallas låginkomsttagare, men jag har heller inte något intryck av att familjens ekonomiska situation avgjorde om man skulle ha familjeläkare eller inte.

Vägen till familjevård gick ofta via hembesök, som då utgjorde en väsentlig del av arbetet. Fem-sex besök på en dag var inte ovanligt, under vintertid ofta åtta-tio.

Genom hembesöken fick man inblick i familjens sammansättning och miljö. Det var gott om unga barnrika familjer, där fanns både sk barnrikehus och pensionärsbostäder. Man kan påstå, att inget mänskligt blev praktikern främmande. Påfallande var också kontinuiteten i vården, dvs att inom de familjer, som hade god kontakt med en läkare,

vände man sig i första hand till sin doktor vilket medicinskt problem det än gällde. Man ville veta om specialistvård behövdes, man ville lätta sina bekymmer i skilsmässosammanhang, man ville diskutera problem som ingen i familjen tog på allvar eller hånade patienten för, doktorn hade något av biktfaderns roll. Läkarservicen var till en början mycket god med eftermiddags, lördags- och söndagsmottagningar. Allt eftersom arbetsbelastningen växte blev det efter hand nödvändigt att minska antalet mottagningar.

Under den tiden var belastningen på jourtjänsten mycket mindre än nu. Det kunde hända att man en sommarnatt i Göteborg inte behövde rycka ut mer än ett par tre gånger.

Från assistentläkartjänsten på Sahlgrenska 1937-1938 minns jag att polikliniklokaler kvällar och nätter i timmar kunde ligga tomma och tysta.

När jag 30 år senare en tid tjänstgjorde som sjukhusläkare var kontrasten större än väntat. Många av de vårdsökande hade åkommer som vi förr tog hand om på våra hembesök om kvällarna och på stadsjouren, en del även på våra mottagningar. Allt sannolikt åtminstone delvis en följd av praktikernas avtagande antal och stigande medelålder och därmed minskad förmåga att själva ta hand om sina patienter under obekvämt arbetstid.

Det stora flertalet patienter var sjukkassem medlemmar, vilket innebar att läkarvård i allmänhet inte var ekonomiskt oöverkomlig. Var ett barn sjukt med hög feber kunde en doktor komma hem och undersöka det.

Bostadsstandarden säger en del om famil-

jernas ekonomiska situation. Åtskilliga bodde i landshövdingehus, omoderna lägenheter om ett rum och kök.

Under 1950-talet började situationen förändras. Barnen växte upp, bildade egna familjer och flyttade ut till nybyggda samhällen. De åldrande föräldrarna och pensionärerna blev kvar. Från att ha haft övervägande pediatrik verksamhet fick jag mer och mer åldringsvård. Trots avstånden fortsatte många familjer att hålla kontakt. En patient som jag första gången sett som ett 4 kg:s paket återkom som en 185 cm lång 18-åring för att få körkortsintyg och till min glädje fanns den personliga kontakten kvar, han kom med hälsningar från föräldrarna.

1950-talets förändringar

Situationen för allmänläkarna hade under många år förefallit problemfri och gynnsam, men under senare hälften av 1950-talet började man kunna se tecken på stundande förändringar. De verksamma praktikernas genomsnittsålder steg, antalet yrkesverksamma avtog på grund av dödsfall och åldersskäl, nyetablering avtog.

Detta var och är ett internationellt fenomen, välkänt i hela Västeuropa och USA (utom Danmark och England som hade primärvården officiellt baserad på allmänläkarevård). Utvecklingen var förutsedd. Överallt upplukades de nyblivna läkarna av den snabbt utbyggda slutna vården och den ökande specialiseringen. Specialisttänkandet blev dominerande. Specialisten har mestadels en mycket längre och mer gedigen utbildning än allmänläkaren, vilket gav en

högre status och i allmänhet högre inkomster. Samtidigt som antalet allmänläkare avtagit har specialisterna relativt sett blivit fler, men totalantalet privatpraktiker har successivt sjunkit. Mestadels från politiskt håll framlades den åsikten att ingen enskild läkare idag kan ensam behärska hela det medicinska fältet. Familjeläkaren skulle kunna ersättas av en arbetsgrupp bestående av en barnläkare, en invärtesläkare och eventuellt en kvinnoläkare.

På flera håll där man ändå anser att familjeläkaren har en uppgift har man genom analys av vad "vardagssjukvård" innebär funnit att minst 90 % av alla patienter med fördel kan tas hand om av en allmänläkare. Alla de vanliga luftvägsinfektionerna, de epidemiska barnsjukdomarna, de psykosomatiska sjukdomar som sammanhänger med stress i arbetet eller konflikter i familjen (se inledningen) kräver inte annan vård. Vi utbildar många läkare, men flertalet söker sig till sjukhuset, företagshälsovården, sjukvårdscentraler av typen fristående polikliniker. Distrikts- (f d provinsial-) läkartjänsterna är föga eftersökta, vakanserna inom glesbygdsområdena många, men vissa sjukhusspecialiteter (röntgen, psykiatri, ögon) vållar också problem. Orsakerna till denna snedfördelning är jag inte kompetent att analysera, däremot skulle jag tro att kostnader och skattepolitik skrämmer många som kunde bli goda familjeläkare.

För att familjeläkarvård skall fungera bra, vare sig den byggs på distriktsläkarstationer eller privatpraktiker, fordras att antalet läkare är så stort, att patienterna har valfrihet och att väntetiderna är rimliga. Det måste

finnas utrymme för akutsjukvård.

Det dansk-engelska systemet har här stött på patrull eftersom det inte erbjuder vad som anses vara en demokratisk rättighet, nämligen valfriheten. Man skall kunna välja specialist själv, men det förutsätter att man också själv kan ställa diagnos för att hamna hos rätt specialist. Det är inte så lätt att veta att bakom ett bultande hjärta och smärtor i bröstet, eller magplågor, eller yrsel ligger just stress och bekymmer. Ett lugnt samtal med en väl utbildad familjeläkare, som har tid att lyssna, kan innebära lösning av problemet och därmed ett minskat tryck på laboratorier och röntgenavdelningar.

Kompetenskraven

En viktig fråga är familjeläkarens medicinska kompetens. Jag har här tidigare satt likhetstecken mellan allmänläkare och familjeläkare. Invärtesmedicin är baskunskapen, eftersom den tillgodoser behoven under större delen av människans liv. Pediatriken är viktig för alla de akuta infektionerna och för barnets anpassning till hem, skola och samhälle. En stor del av de sjukdomar som möter varje läkare är helt eller delvis orsakade av eller komplicerade av emotionella problem. En grundlig utbildning i det som kallas lätt psykiatri (tung psykiatri är psykoser m m som ofta fordrar sjukhusvård) kan inte undvaras. Gränsen mellan psykiska och psykosomatiska sjukdomar är flytande. Dessa sjukdomar kräver mer tid och tålmod av läkare än de flesta andra. Kompetent behandling av alla de småskador barn ofta råka ut för bör också vara familjeläkarens an-

svar. För barnet kan det vara ett större trauma än det av olyckan orsakade att föras till det stora sjukhuset och vänta länge bland mer eller mindre svårt skadade människor.

Detta kan kanske anses vara att ställa allt för stora krav men behöver inte kräva längre tid än det tar att utbilda en specialist och kan betyda mycket för att göra verksamheten attraktiv och ge utövaren rättighet att kalla sig specialist inom sitt arbetsområde.

Man kan ändå inte komma ifrån att vilken läkare som helst kan bli en god familjeläkare, om han är intresserad av människor och relationen mellan människor och om han inser sin begränsning när det är oundvikligt med specialistbehandling. Läkarens egen personlighet har en märkbar medicinsk effekt, och han måste inse att den inte lämpar sig bra för alla patienter. Om en läkare är bättre eller sämre än en annan behöver därför inte så mycket bero på hans utbildning eller kunskap som på hans sätt att möta och umgås med patienten.

Läkaren och samhället

Den regering som vill ge familjeläkare åt alla måste vara beredd på att det kräver stora ekonomiska insatser, möjligen annan organisation av utbildningen och förmågan att inse betydelsen för läkarnas del att man inte utestänger ekonomiska drivfjädrar.

Läkaryrket är ett fint yrke genom att i sig självt kunna ge sin utövare djup tillfredställelse och känslan av meningsfull tillvaro, samtidigt som det kan ge många medmänniskor hjälp och tröst som de inte kan få av någon annan.

Vore vi alla idealister skulle det räcka därmed.

Oavsett läkarens utbildning eller situation (anställd eller egen företagare) är det en sak man inte kommer ifrån om man vill ha en väl fungerande vård. Samhället är så komplicerat, att de flesta sociala problemen kräver samverkan mellan medicinsk och social service. Detta har uppmärksammats och är under prövning vid läkarstationen i Dalby i Skåne och Tynneredsprojektet i Göteborg.

Även om man satsar på att komplettera sjukvården med privatpraktiker skulle en liknande organisation kunna fungera, knappast med en ensamarbetande läkare men i en grupp.

Jag kan komplettera skildringen med ett par snapshot, som kan ge inblick hur trivsam

och idyllisk vardagen kunde vara.

Min bostad vätte en tid åt en park, omgiven av en ring av hus, bebodda av som jag förut nämnt, många unga familjer med barn.

Telefonen ringde en kväll: vi ser att det lyser i doktorsns fönster, kan doktorn komma hit och titta på vår pojke?

Parken var en skyddad och omtyckt lekplats för kvarterets barn. När jag under dagtid på sjukbesök med väskan i handen gick genom parken fick jag alltid med mig en rad barn. Vart skall farbror doktorn gå idag, är det Pelle? Så följde de mig in genom porten och upp för trappan tills de fått sin nyfikenhet tillfredsställd. Det gällde ju en av deras lekkamrater.

BERG & HJELT ADVOKATBYRÅ KB

Nybrogatan 7, 114 34 Stockholm.
Telefonväxel: 23 73 70.

Advokater: *Gunnar Berg, Richard W. Hjelt, Åke Hane-Weijman,
Carl Patric Ossbahr och Erik af Petersens.*

Biträdande jurister: Jur. kand. *James Tuveson, Anders Berg och
Mauritz Silfverstolpe.*