

Allmänläkaren – specialist i sjukvård?



Hans Östberg

Allmänmedicinaren är nödvändig både för sjukvårdens skull och för att lämna specialisterna möjlighet att utveckla sin specialitet. Allmänmedicinen är samtidigt ett område för sig och inte bara det som blir över när specialisterna tagit sitt. Mot denna bakgrund har en arbetsgrupp inom läkarförbundet nyligen försökt definiera allmänmedicinarens särskilda uppgifter, bl. a. som en utgångspunkt för organisationen av allmänläkarutbildningen.

Artikelförfattaren är praktiserande läkare i Älmhult och ordförande i Sveriges praktiserande läkares förening.

Det hade varit lättare för mig om rubriken varit den omvända, d. v. s. specialisten som allmänläkare. Jag vill erinra om den konferens läkarförbundet höll i våras om allmänläkarens vara eller icke vara. Arbetsgruppen som bl. a. innehöll Haglund och mig hade enats om några huvuduppgifter för allmänmedicinaren nämligen: Han bör motsvara individens behov av

1. tillgång till omedelbar läkarvård under markering av det personliga ansvaret
2. kontinuitet i vården
3. personlig och primär vård i alla de lägen, medicinska och sociala, då pat. finner en läkares medverkan av värde, samt
4. att medverka i förebyggande hälsovård i dess vidaste bemärkelse.

Konferensen enades om att dessa punkter var

väsentliga och att allmänläkaren var nödvändig, dels för sjukvårdens skull och dels, vilket inte är oväsentligt, för att lämna specialisterna möjligheter att utveckla sin specialitet. Vi var också tämligen eniga om att allmänmedicin inte är det som blir över när specialisterna har tagit sitt utan är ett område för sig, i viss mån beroende av det dynamiska skeendet inom medicinen i allmänhet och specialiteterna i synnerhet. Annorlunda uttryckt: vad som är specialistuppgifter inom sjukvården idag kan i morgon tillföras allmänmedicinaren. Det sedimenterar ständigt i allmänmedicinens kärn uppgifter som efter avslutad spec.-forskning och utprövning icke längre behöver tillhöra specialistmedicin. Dynamiken omfattar också allmänmedicinarens stoff i så måtto att från hans arbetsfält kan avföras uppgifter dels för att de inte längre håller måttet i ljuset av medicinens framåtskridande, dels därför att uppgifterna kan övertas av andra än medicinsk personal. Denna dynamik måste man ständigt påminna om eftersom den är en av

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

de viktigaste motiveringarna till allmänpraktikerns efterutbildning.

Vi vet alla att den unge läkaren som lämnar kliniken för att ge sig ut i öppen vård många gånger står rent handfallen i början. Han konfronteras med en medicin och ett krav på sitt kunnande som han aldrig tidigare har mött. Från sin kliniktid har han vant sig vid att se väl definierade sjukdomstillstånd eller han har lärt sig att med hjälp av klinikens personella och instrumentella utrustning via anamnes och status analysera och syntetisera sig fram till en sannolik eller säker diagnos. Nu får han syssla med anamneser som inte alls stämmer med vad han tidigare upplevt. Okaraktäristiska magbesvär, okaraktäristisk huvudvärk, äldre människors mångfald av symtom, orons och ångestens kroppsliga manifestationer. Inte mycket stämmer med hans välordnade cerebrala kartotek. Det är ju inte alls vad han har lärt sig. Jag kan personligen vittna om att denna upplevelse är sann, trots att vi i Malmö under Malte Ljungdahls tid fick en långvarig och grundlig tjänstgöring i öppen vård.

Det medicinska primärklientelet

Skillnaden mellan ett medicinskt primärmaterial och ett selekterat sådant är en realitet. Lars Öberg, praktiserande ögonläkare i Göteborg, redovisade för något år sedan hur han under sin kliniktid fått ett mycket starkt intryck av en viss ögonsjukdoms allorstädes närvarande aktualitet och hur viktigt det var att känna igen den. Senare som ögonläkare utanför sjukhuset såg han den aldrig mer. På sjukhuset sysslade man med denna raritet och hade samlat de fåtaliga fallen dit. Denna "anrikning" hade givit både honom och de studerande en felaktig uppfattning om sjukdomens verkliga omfattning.

En engelsman, Hodgkin, redogjorde i slutet av 40-talet för en undersökning som visade att många av de sjukdomstillstånd han tog hand om i sin praxis, praktiskt taget aldrig förekom på kliniken under det att de sjukdomar med klara och utmejslade sjukdomsbilder som han väl kände från sin tid på kliniken var mycket sällsynta i hans praxis. Flera andra undersökningar bekräftar detta.

I stora utländska material har visats att det finns vissa, få men bestämda sjukdomstillstånd bland sådant som allmänmedicinaren får hand om vilka han primärt i 95 % sänder till sjukhusutredning eller vård. Men det finns andra stora sjukdomsgrupper, som han högst i 1 % sänder dit och då nästan alltid i någon komplikation.

Man har nog intrycket av att den svenske allmänmedicinaren går mer i närkamp med diagnosen än vad ovanstående kan ge uttryck för, ett intryck som befestades vid ett samtal med prof. Scott i Edinburgh om dessa ting.

I ett medicinskt primärmaterial, som knappast syns på kliniken kan urskiljas 3 typer av sjukdomstillstånd: 1) Förstadiet till en sjukdom, 2) de abortiva formerna samt 3) sen- eller reststillstånden. Inte förrän efter flera års arbete i öppen vård utanför sjukhusen klarnar de här perspektiven. Man måste alltså frigöra sig från tanken att en allmänläkarmottagning, även om den inrymmer välkända kliniska sjukdomsbegrepp, är en miniatyrparallell till en sjukhusmottagning eller -avdelning — den är något för sig. Allmänmedicinarens diagnostik får inte vara ett uttryck för okunnighet, då den inte leder fram till en accepterad klinisk diagnos. Den måste tvärt om vara resultatet av ett kritiskt differentierande i medvetande om att vad som idag ser ut som en mindre störning, senare kan visa sig ha varit förstadiet till något helt annat. Hur ska man kunna lära sig detta på kliniken där sådant primärklientel knappast förekommer? Vem ska lära ut det? Och vem *kan* lära ut det? Bara det kan vara värt en diskussion. Jag vill här göra en deklaration för att undvika missförstånd: Utan en ingående övning i kliniskt tänkande, analyserande och syntetiserande klarar allmänmedicinaren icke sin situation. Jag ansluter mig helt till Gunnar Biörck när han säger att klinikens stora betydelse inte ligger i att *visa* de sällsynta fallen utan att i anslutning till dem *lära ut att tänka* i analys och syntes.

Allmänläkarens vida arbetsfält

Något som markerar skillnaden mellan klinikern och allmänläkaren är den senares nära kontakt med sitt arbetsfält i dess vidaste bemärkning. Man

talat så mycket om sjukhusöverläkarens höga status jmf. med allmänläkaren i landsbygden. Jag vågar påstå om inte motsatsen så bra nära. Det mindre samhällets läkare åtnjuter primärt ett utomordentligt gott anseende. Han är kanske mer sårbar än sin kollega på lasarettet men i stort sett beror det helt och hållet på honom själv hur detta goda utgångsstatus förvaltas.

Denna nära kontakt och kännedom om medmänniskorna gör samarbetet med lokala samhällsorganisationer tämligen enkelt. Det behövs i de flesta fall inte mer än ett telefonsamtal eller ett personligt sammanträffande för att lösa svårigheter som fordrar medverkan av andra yrkeskategorier i vårdsektorn. Socialvårdande nämnder är som regel belåtna med att doktorn hjälper till och det är utomordentligt gott att veta att man kan få hjälp av dem tämligen omgående då ens medicinska resurser inte räcker till. Naturligtvis växlar dessa förhållanden från plats till plats, det hänger ju mycket på personligheterna hos dem som ska samarbeta. Det är ju en truism. Men jag vill ändå poängtera det nödvändiga i att alla som arbetar i öppen vård har kunskaper om den del av samhällsverksamheten som kallas socialvård. — Det är väl här socialmedicinen kommer in. Jag låter kanske litet odeciderad här men det beror på att mina kunskaper om socialmedicin ligger på det praktiska planet och att jag inte riktigt har klart för mig gränsdragningarna, d. v. s. vad som menas med socialmedicin. Om denna definitions-svårighet har en vidare förankring så är socialmedicinen inte ensam utan i gott sällskap med allmänmedicinen. Den är som bekant också mycket svår att beskriva och definiera. Så svår att det finns de som på allvar menar att den just därför inte har något existensberättigande. Men det ligger kanske i sakens natur att människovård i vidare bemärkelse är svår att begränsa och definiera, det finns ju så många varianter och variabler.

Utbildning för allmänmedicinare

Vad ska man ha för utbildning för att bli en bra allmänmedicinare? Jag vill erinra om att alla de yrkesföreningar i förbundet som inom sig har allmänläkare gick samman i sina remissyttranden

över SLUS. Orsaken till detta var dels att vi var fullständigt eniga om nuvarande kompetenskravs otillräcklighet dels att vi ansåg att SLUS dåligt fattat allmänmedicinarens möjligheter och dels det motstånd vi till en början hade inom vårt eget förbund. Det visade sig också att vår kompakta enighet satte spår i förbundets slutliga yttrande och den tidigare nämnda konferensen om allmänmedicinaren får väl också tolkas som en följd av våra initiativ. Här är inte platsen att gå i närkamp med utbildningsfrågorna, men något skall ändå sägas. Man kan utan vidare säga att den nya läkarexamen efter 7 1/2 år icke är tillräcklig för en allmänmedicinare. Den föreslagna 3 års specialutbildningen kan godtagas endast under förutsättning att efterutbildningen blir effektiv. Då är det också väsentligt att denna efterutbildning lägges upp efter behovet. Allmänläkaren behöver inte kunna de senaste tekniskt komplicerade operationerna, inte heller intensivvård av späda nyfödda eller vården av prematura. Däremot behöver han veta mer om nyare rön exempelvis om vaccinationer, om behandling av de vanliga sjukdomstillstånd hos små barn, om medikamenters biverkningar på barn etc.

Han behöver veta mindre om hjärtinfarktens intensivvård men mera om hur pat. med hjärtinfarkt ska behandlas innan den kommer fram till intensivvårdsavdelningen. Nyheter inom den icke kirurgiska vården av cancer, hormonbehandling, eftervård av sjukhuspat., nyare rön inom geriatriken etc. måste göras tillgängliga för honom. Det skall finnas möjligheter för honom att fördjupa sitt kunnande på ett eller annat område så att han de facto kan svara upp till önskan om att ha en viss medicinsk inriktning på flerläkarstationen. Detta sagt utan att ge någon välsignelse åt andragspecialister. Jag tror inte på idén men det ska vi inte diskutera här. Överhuvud gäller det att vid efterutbildningen noggrant planlägga vad som i det aktuella läget är lämpligt att sedimentera ner i allmänläkarens kärnl av det som nyss tillhörde specialistvård och från efterutbildning medvetet sälla bort sådant som faktiskt bara hör kliniken till. Utomlands finns speciella institutioner för dessa ting. Det är förmodligen fåfängt men önska kan

man ju alltid: En professur eller åtminstone en amanuens eller något mitt emellan i allmän medicin. Det finns professurer i detta ämne utomlands, i Holland, Jugoslavien, Östtyskland, Skottland för att nämna några. Härhemma är detta en sak på framtiden, kanske kommer våra barnbarn att få uppleva denne professor. Gemensamt för dessa professorer är bl. a. att de deltar själva aktivt i allmänmedicinsk verksamhet. De vet alltså vad de talar om och då är efterutbildningen inte något stort problem. Det är, föreställer jag mig, inte svårt att finna ämnesområden för specialisternas efterutbildning men säkerligen svårare att programmera allmänmedicinarens efterutbildning.

Patientens kontaktsvårigheter — eller läkarens?

Allmänläkaren behöver psykiatri och psykologi, liksom varje annan läkare. Vi talar gärna om människors kontaktsvårigheter och tolkar dem som tecken på mer eller mindre svåra neurotiska tillstånd. Har vi gjort klart för oss att vi själva ingår i populationen? Finns anledning att tänka sig att den grupp som blir läkare skiljer sig härutinnan från populationen i övrigt. Säkerligen inte. En del av oss har kanske "medfött" gåvan att kunna tala med och lyssna på medmänniskor, en egenskap som i vårt yrke inte kan värderas högt nog. De allra flesta av oss har ingen utbildning exempelvis i patientpsykologi, många förefaller ha onödigt stora kontaktsvårigheter. Vittnesbörden om detta börjar bli övertygande. Jag hänvisar till artikeln i Läkartidningen 34:1968. "Ska vi behöva vara rädda för läkaren?" Sjukasseförbundets tidskrift kan också visa upp argument för detta.

Jag säger inte detta för att såra någon, väl vetande att man måste vara minst två för att missförstå varann. Men kanske är det på grund av bl. a. dessa kontaktsvårigheter som så många av våra kolleger inte vågar ge sig ut i öppen vård. Har man inte anledning att se litet allvarigare på detta problem? Behöver man inte oroa sig för läkaren som av en eller annan anledning inte kan förmå sig att stiga ner från det som tolkats som hans elfenbenstorn, men kanske inte är det? (Detta sagt som en angelägen parentes.)

Jag ska inte gå in på efterutbildningens detaljer men något beröra medlen. Jag kan inte underlåta att peka på de utmärkta efterutbildningsprogrammen i engelsk TV. I Danmark finns en månatlig publikation med för allmänläkaren matnyttiga ämnen i efterutbildningssyfte. Där har man liksom i Österrike använt sig av intalade ljudband som distribueras bland allmänläkarna. Det är således inte nödvändigt att allting läggs upp kursledes, det finns numera andra vägar att gå.

Jag är inte säker på att auditoriet har blivit så mycket klokare på vad jag här har framfört. Inte heller vet jag om jag har besvarat frågan i dagens rubrik — Vad är allmänläkaren specialist i? — En välutbildad allmänläkare har en god klinisk utbildning. Efter några års arbete utanför sjukhuset vet han även mycket om denna form av sjukvård. Han vet och känner också nödvändigheten att samarbeta med samhällets övriga vårdorgan. Han är säkert mer specialist i öppen sjukvård än någon annan. Varför inte tillspetsa det hela med att påstå att han är specialist i sjukvård?