

# Generalism är mer än bredd

»Hela sjukvården behöver mer av allmänmedicin«

Med målbeskrivningen som uppdrag möter allmänläkaren inte i första hand ett diagnosmyller, utan människor när de inte mår bra. Bredd och allmängiltighet hänger ihop. Det allmängiltiga är inte heller en abstrakt idé utan en konkret klinisk kompetens som går att beskriva, utforska, lära och öva, betonar Carl Edvard Rudebeck.

Läkartidningen 8/2008 (sidorna 551-2) presenterar Gunnar Akner och medförfattare förslaget att alla generalistriktade läkare – främst inom allmänmedicin, geriatrik och invärtesmedicin – skulle samlas i en ny övergripande G-verksamhet. Den omedelbara bakgrunden är att det brister i vården av många multijuka äldre, något som i artikeln delvis hänförs till det faktum att primärvården, trots förhoppningar och ambitioner, alltjämt sviktar. Den status som allmänläkarna aldrig fått väntas i stället bära upp G-verksamheterna som, befriade från det fasta beroendet mellan specialitet och (klinik) organisation och med flexibla profiler, skulle fylla vakuumsfickorna i den högspecialiserade världens beslutsprocesser.

Det som skulle förena G-läkarna är en flerdiagnosgeneralism med inriktning framför allt på diagnostik och behandling i komplexa medicinska fall. Ur själva bredden i G-läkarnas kunnande härleder artikelförfattarna det omdöme och den överblick som



**CARL EDVARD RUDEBECK**  
distriktsläkare,  
professor i allmän-  
medicin, Västervik  
carledvardr@  
ltkalmar.se

skulle rusta en läkare för att till exempel möta den 84-åriga kvinna med 15 symtom som de beskriver.

**Förslagen rör om i invida** specialitetsbegrepp, men själva problemet kommer de inte riktigt åt. Problemet är knappast att svenska sjukhusspecialister känner till för få symtom och sjukdomar eller är blinda för sammanhang. Många pediatriker, gynekologer, kirurger, psykiatriker och andra undrar nog också varför de ska räknas till fädiagnos-specialisterna. G-kompetens i någon utsträckning har ju nästan alla läkare redan i dag både som kunskap och ambition. Den är en förutsättning för varje form av differentialdiagnostik och samarbete över specialitetsgränser.

**Problemet är snarare** att flerdiagnosgeneralismens tänkta moderation står sig slätt mot specialiseringens inflytande på diagnostik och behandling i sjukvården som helhet. Inflytandet underblåses av att dagens läkare så tydligt arbetar med ögon i nacken. I journalsystemen dokumenteras varje mikrohandling. Kunskapen per diagnos blir i hög grad sin egen norm när rädslan att göra fel i professionens eller ansvarsnämndsjuridikens ögon blir starkare än viljan att göra det bästa. Att försöka vända ordningen med nya

organisationsgränser kring samma kunskap kan inte vara en framkomlig väg. Något annat behövs.

**I sammanhanget kunskap** betyder allmän främst två saker; dels bredd, dels allmängiltighet. Akner med flera har valt att betona den första betydelsen, eftersom den logiskt kan tyckas ringa in G-kompetensen. I den andra betydelsen finns dock ingen mot-sättning mellan specifikt och allmänt. Extrem specialisering har till exempel i olika steg frambringt kunskapen om genomet, en kunskap som gäller varenda människa på jorden.

Allmänmedicinen betonar det för alla patient-läkarmöten gemensamma. Det finns otroligt många sjukdomar, medan symtompresentationernas kvaliteter och innebörder är betydligt färre. När intresset väl vänder sig mot upplevelsen som sådan framträder nyanser på en ny nivå, som är en tillgång både i dialogen och i diagnostiken. De löper i samma spår. Här sker en specialisering inom det allmängiltiga.

**Varje diagnostisk bedömning** börjar i en mellanmänsklig tolkning, varje behandling – så länge patienten är vid medvetande och autonom – i en överenskommelse som sedan fortsätter i ett samarbete. Eti-

»Relationen plattas ut i tidsmoduler och flöden och utbytbarhet, och det glöms bort att patienten i läkaren ser en som både genomskådar och hjälper, det vill säga en mycket viktig person.«

ken måste möta kunskapen, och mötesplatsen är patient-läkarrelationen. Många gånger stannar processen i det intersubjektiva. Ett samtal och kanske en enkel undersökning reder ut det hela, eller ger en tillräcklig, ömsidig visshet om att ingen fara är på taket. Här blir diagnostik och behandling samma sak. Ett effektivt möte och livet går vidare.

**De flesta kliniskt verksamma** läkare känner nog igen den »allmänna läkaren« inom sig, men precis som flerdiagnosgeneralismen är det allmängiltiga trängt. Relationen plattas ut i tidsmoduler och flöden och utbytbarhet, och det glöms bort att patienten i läkaren ser en som både genomskådar och hjälper, det vill säga en mycket viktig person. Om läkarna abdikerar från relationen blir detta därför både patienternas och deras egen kris, och kanske är det just det som håller på att ske.

**Även om allmänmedicinen i** sin praktik också har tydliga problem med det allmängiltiga, står den för den enda tydliga generalismen i medicinen. I förslaget till målbeskrivning skrivs: »Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom.« Detta är något helt annat än de olika remsor av flerdiagnosgeneralism Akner med flera förespråkar.

Med målbeskrivningen som uppdrag möter allmänläkaren inte i första hand ett diagnosmyller, utan människor när de inte mår bra. Bredd och allmängiltighet hänger ihop. Det

allmängiltiga är inte heller en abstrakt idé utan en konkret klinisk kompetens som går att beskriva, utforska, lära och öva. Vad som återstår är att allmänmedicinen som profession tar sitt fulla ansvar för detta sitt centrala kunskapsområde och inte späder ut det i en allmän strävan att vara till lags eller tappar kursen i den politiska och organisatoriska lekstuga som primärvården fortfarande är.

**Ansvaret gäller inte bara** det egna arbetet. Hela sjukvården behöver mer av allmänmedicin. Grund- och AT-bildningen är på god väg men alla de sjukhusspecialister som, förutom sin specialitet, också försöker vidmakthålla det allmängiltiga behöver fortbildning. Det räcker inte med viljan när de dominerande processerna i arbetet med nödvändighet inte kan handla om patienten som person.

**Till sist kvinnan med 15** symptom: Chansen är stor att hon trots allt har ganska tydliga uppfattningar om vad som är värst, vad hon är rädd för och vad hon känner igen sedan länge och därför är beredd att leva med. Hon behöver därför först och främst i lugn och ro få tänka och berätta. Dialogen kommer före algoritmerna, och sedan går arbetet troligen lättare.

Men det behöver också påpekas att multisjuka äldre inte bara är problem. Om vi får lita på evidensen är det också frukten av effektiv behandling som gör att fler och fler gamla oundvikligen lever i en blandning av funktionssvikt och distinkta sjukdomar och i någon mån ofrånkomliga läkemedelsbiverkningar. Inte alla, men många får i sin skröplighet fortfarande ut mycket av livet. De anpassar sig och når den frihet i tillvaron som nästan bara de kan nå och som för läkaren blir en glädje och en i sanning allmänmedicinsk lärdom.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

# Generalistläkarna finns redan

Att låta läkare från de tre specialiteterna, enligt eget önskemål, flyta fritt mellan primärvård och sjukhus är mindre lämpligt.

**G**unnar Akner och medarbetare beskriver i Läkartidningen 8/2008 (sidorna 551-2) en modell där läkare inom specialiteterna allmänmedicin, internmedicin och geriatrik sammanförs i vad de kallar Generalistverksamhet [1]. De använder benämningen generalistläkare (G-läkare). Artikelns utmynnar i en förhoppning att den ska stimulera en konstruktiv diskussion. Jag menar att den kompetens och den verksamhet som de sex författarna efterfrågar redan finns på våra länsdelssjukhus i samarbete med primärvården.

**Med länsdelssjukhus avses,** enligt Spris utredning 1977, ett sjukhus som fungerar som akutsjukhus, men inte är ett region- eller läns sjukhus, och där det finns allmän internmedicin, allmän kirurgi, anesthesiologi och röntgendiagnostik med direkt sjukvårdsansvar [2]. I dag är vi nog benägna att lägga till ortopedi. Läkarna på slutenvårdskliniker har ofta, förutom sin grundkompetens, utbildning i någon grenspecialitet.

Ett exempel på länsdelssjukhus är det i Lindesberg. Det svarar för merparten av all den slutenvård som patienterna från upptagningsområdet konsumerar. På den medicinska och geriatriska kliniken läggs 97 procent av patienterna in akut. Motsvarande siffra är på den kirurgiska klinken 82 procent och

på den ortopediska 66 procent [3]. Medelåldern på medicinklinikens patienter är över 70 år.

**De mindre sjukhusens** förankring i bygden och närhet till primärkommuner och primärvård, liksom kunskapen om dessas villkor, underlättar samarbete [4]. De korta avstånden är till fördel för exempelvis patienter med akut hjärtinfarkt och stroke. Vården förutsätter ett gott samarbete med de högspecialiserade sjukhusen samt en god logistik både vad gäller patienter och personal. Användning av digitala tekniker gör att exempelvis röntgenbilder och EKG blixtnsabbt kan överföras till andra sjukhus för konsultation.

**På 36 av de 55** länsdelssjukhus som existerade 1976 fanns långvårdskliniker. På ytterligare sex lasarett fanns långvård inom medicinkliniker. Sedan dess har sjukvården stuvats om. Sjukhus har slagits ihop och länsdelssjukhus har lagts ner. Geriatriken har kommit i strykklass. I underlaget för Ädelreformen i början av 1990-talet gjordes en alltför optimistisk bedömning av de äldres hälsa vilket nu skapar problem i kommunerna och ökar trycket på sjukvården.

På de högspecialiserade sjukhusen drivs subspecialiseringen allt längre. Ett problem är att man inom samma organisation som den avancerade vården förväntas ta hand om de patienter som hör hemma på länsdelssjukhusnivå. Det blir rörigt. Samtidigt ökar kraven på ett brett kunskapsområde vid akut omhändertagande, och flera sjukhus har anställt akutläkare [5].

Sjukvårdsdebatten fokuseras ofta på väntetiderna. I en TV-debatt inför valet 2002 plockade man fram en relativt ung man, med ett skadat knä, som fick stå modell för sjukvårdens bekymmer. De borde ha diskuterat de äldre och multisjuka som Gunnar Akner och medarbetare talar om. Ledbandsskadan i knät är rimligtvis en bagatell att handlägga administrativt, och den vården kan för övrigt lätt privatiseras.

**Framtidens läkare kommer** att ställa allt högre krav på ett fullödigt liv vid sidan av den professionella karriären, vilket rimligtvis betyder mer frånvaro från arbetsplatsen [6]. Samtidigt kräver den avancerade vården mycket rutin. Utvecklingen talar enligt min mening för en ökad koncentration på denna nivå och att antalet stora, högspecialiserade sjukhus därför behöver minskas.

Problemet med att rätt ta hand om den växande andelen äldre och multisjuka personer måste tacklas i särskild ordning. Kollegernas tankar om generalistläkare (G-läkare) är en framkomlig väg. Av den orsaken måste vi renodla våra länsdelssjukhus, som i och för sig inte behöver ha långvårdskliniker. Där emot behöver de geriatriker som kan arbeta såväl på sjukhusen som inom primärvården och i kommunernas vård.

**Författarna till artikeln** om G-läkare talar om tre parter i generalistarbetet – allmänmedicinare, internmedicinare och geriatriker. I mina tankar är primärvården grunden för en välfungerande sjukvård. Att, som författarna skisserar, låta läkare från de tre specialiteterna, enligt eget önskemål, flyta fritt mellan primärvård och sjukhus menar jag dock är mindre lämpligt. Det skulle försvåra arbetet med att administrera en god kontinuitet



**INGEMAR ENGSTRAND**

med lic, specialist i öron-, näs- och halssjukdomar, Lindesberg; pensionerad överläkare, verksamhetschef, anmälningsläkare i.engstrand@telia.com

i läkarkontakter och kompetens i jourlinjer. Det är med sjukvård som med politiska partier – »Någon djävla ordning ska det vara i ett parti« [7].

Vi bör sträva efter ett förfinat samarbete mellan primärvård och länsdelsjukhus såväl kring patienter som i utbildning. Läkarnas utbildning fram till legitimationen bör präglas av generalisttanken. Vidareutvecklingen av AT gynnas om alla AT-läkare får fullgöra sin utbildning i kirurgi och intermedicin på dessa vårdnivåer.

**Ansvarsutredningen**, som nu är föremål för bearbetning, har rimligtvis som huvudmål att skapa goda förutsättningar för näringslivet i alla delar av landet. Dess genomförande ger emellertid nya möjligheter att göra framtidens sjukvård billigare med bibehållen eller höjd kvalitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Ingemar Engstrand är pensionär och var tidigare landstingsanställd som överläkare och verksamhetschef. Han är medlem i Kommittén och Styrgruppen för Nationellt kvalitetsregister för öron-, näs- och hals-sjukvård.

REFERENSER

1. Akner G, Berglund J, Dehlin O, Montnémy P, Rundgren Å, von Zur-Mühlen B. Stort behov av ny generalistläkare – förslag till övergripande verksamhet. Läkartidningen. 2008;105:551-2.
2. Länsdelsjukhusens verksamhet. Stockholm: Spri; 1977. Spri rapport 4/77.
3. Verksamhetsberättelse 2007 för Lindesbergs lasarett (i tryck).
4. Engstrand I, Eriksson M. Samarbete mellan primärvård och länsdelsjukhus – ömsesidig respekt minskar konkurrensen. Läkartidningen. 1988;85:303-4.
5. Säfwenberg U. Akutläkare är på frammarsch i Sverige. Läkartidningen. 2008;105:205-6.
6. Werkö L. Kvinnor som läkare och forskare – underlättas deras karriär? Läkartidningen. 2008;105:505-6.
7. Hermansson CH. Tal vid Vänsterpartiet kommunisternas kongress 19 september 1969. <http://www.sr.se/cgi-bin/Mall/amnessida.asp?programID=1602&Nyheter=&grupp=2374&artikel=600830>

## Vetenskaplig rapport från en thailändsk strand

■ Det finns delar av året då den vetenskapliga produktionen är negligerbar – t ex under 14 dagars semester i Thailand. Mycket förändras. Hemmahungern vid lunchtid är som bortblåst. Man frågar sig om det är värmen som är orsaken till att de flesta thailändare här är så smäckra? Eller är det den fettsnåla maten?

Alla småproblem med t ex svamp mellan tårna försvinner vid de långa promenaderna i sanden. Allt i klädvåg är färdigköpt. Och man tröttnar snart på att läsa böcker. Då slår den vetenskapliga abstinensen till. Även om ett och annat pek ligger i väskan så känns det konstigt att inte gå och fundera på något ännu inte löst.

**Från stolen under parasollet**

ser jag de minimalt klädda promenerade »X-paren«. Dvs herrn lite bakåtlutad och med kraftig ölmage, damen med stor byst och den mesta av övervikten runt gluteus maximus. Paren bildar liksom ett X. Det är frapperade hur konstitutionellt lika de semesterande paren är.

Helt klart är att äldre par är mer överviktiga än yngre, men det ser ut som om det är mer vanligt bland de äldre att vara likvärdigt överviktiga än att vikten mellan parterna skiljer sig. Då skulle man ju kunna tro att den gemensamma mångåriga miljön av kost och motion – om de levttillsammans förstås, vilket jag ju inte vet – skulle spela roll för de äldres mera jämbördiga kropps-konstitution.

**Fram med papper och penna.**

Bedömning av enbart semesterande, »västerländska« par:  
1. »Normalvikt«: BMI ca <25.  
2. »Måttligt övervikt«: BMI ca 25–30, markerad kage.

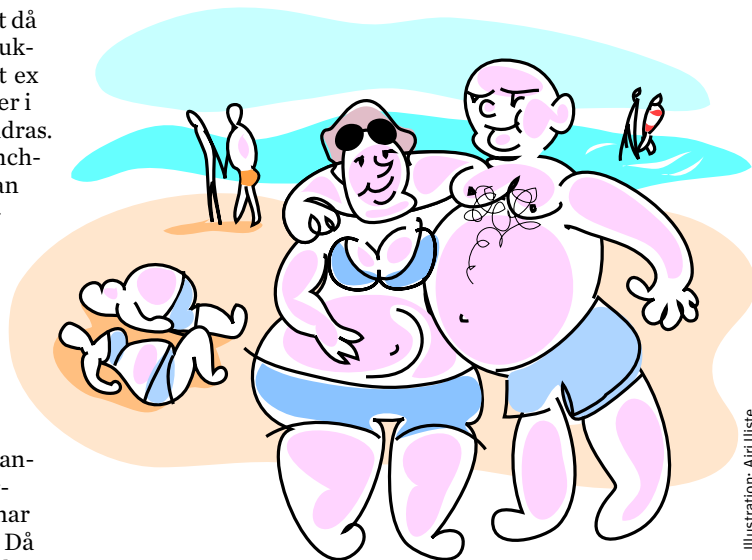


Illustration: Airl Ilise

Vetenskapsmannen vaknade vid åsynen av västerlänningarna på den thailändska stranden: »Herrn lite bakåtlutad och med kraftig ölmage, damen med stor byst och den mesta av övervikten runt gluteus maximus. Paren bildar liksom ett X. Det är frapperande hur konstitutionellt lika de semesterande paren är.« I studien besannas den uppställda hypotesen ...

3. »Feta«: BMI >30 men framför allt kraftig bukfetma.

Åldersgrupper:

1. Yngre: <35 år.
2. Medelålders: 35–50 år.
3. Äldre: >50 år.

Urvalet sker på tre arenor: Mötande par under promenader på stranden; »typiska« par på gatan med alla försäljningsständer; in- eller utpasserande par på två stora hotell.

Jag kan naturligtvis inte garantera att några inte har blivit dubbelt bedömda eller att felbedömningar gjorts. Vid osäkerhet om vikt eller ålder avstods dock från notering. En reliabilitetskontroll med närstående resällskap visade en förvånansvärd liten oenighet i bedömning av BMI och ålder.

**I 172 av de 274 (63 procent)**

av de bedömda paren fanns minst en överviktig, med en överrepresentation hos de två äldre grupperna. Att mannen var mer överviktig än sin partner, vilket nästan uteslu-

tande gällde hos de yngsta, var totalt sett nästan dubbelt så vanligt som att kvinnan var mer överviktig än mannen.

I huvudfrågan besannades hypotesen. Bland de yngre paren var det fyra gånger vanligare att vara olikt än likvärdigt överviktiga. Bland de två äldre grupperna var det exakt lika vanligt att man var likvärdigt överviktig som att det fanns ojämn fördelning inom paren. Normalviktiga par i alla åldrar undantagna. Även om urvalet är osäkert och andra misstag kan ha gjorts så verkar det dock som om kvinnorna antar männens energibalans med stigande ålder.

**Inte för att det blev** någon större vetenskaplig verksamhet under semestern heller, men det blev dock en stunds förströelse i alla fall.

**Björn Eklblom**

leg läkare, professor, Åstrandlaboratoriet, Gymnastik- och idrotts-högskolan (GIH), Stockholm [bjorn.ekblom@gih.se](mailto:bjorn.ekblom@gih.se)