

# VADAN OCH VARTHÄN FÖR ALLMÄNMEICINEN?

**Områdesansvar, samarbete med distriktssköterska och sjukhus och gärna aktiv listning – det vore några steg tillbaka till allmänmedicinens naturliga roll. Det är dags att sluta med reformsjukan och fragmenteringen av såväl sjukvård som patient, menar en nästan pensionerad allmänläkarprofessor.**

Jag arbetade tidigare som internmedicinare på ett sjukhus. Inte minst mina isländska kolleger, blivande allmänläkare som »randade sig» på min medicinavdelning, var fullproppade av allmänmedicinsk ideologi. De fick mig att falla för denna ideologi och så småningom att byta bana inom läkaryrket.

Vad var det då jag föll för? Patientkontaktarna var viktiga, men dem hade jag å andra sidan redan. De var centrala för mig som internmedicinare, och de skulle bli det för mig även som allmänläkare.

Områdesansvaret var en annan del av allmänmedicinens som tilltalade mig, och som jag inte hade som internmedicinare. För den som inom sin internmedicinska verksamhet hade ägnat sig mycket åt epidemiologi – om sjukdomars orsak – kändes det naturligt att få omsätta kunskaperna på befolkningsnivå, inom det geografiska område jag hade ansvar för som allmänläkare.

Samarbetspartnersystemet var en tredje omständighet som tilltalade mig. Inte minst såg jag samarbetet mellan distriktsläkaren och distriktssköterskan som ett samarbete mellan världens mest välfungerande radarpar inom sjukvården.

Men viktigt var självfallet också samarbetet mellan vårdcentralen och sjukhuset. Jag brukar säga att det inte finns någon bra isolerad allmänläkarvård, lika litet som någon bra isolerad

sjukhusvård. Däremot är vi starka tillsammans. Patienten var i centrum.

## Hinder i vägen

Mina första år på allmänmedicinens stig upplevde jag som en behaglig promenad. Det fanns en utstakad väg i en positiv och trevlig miljö. Den bar framåt. Det fanns visioner. Det fanns entusiasm. Det tyckte jag om att känna.

Sedan började det hända saker och ting. Ädelreformen, som klöv många distriktssköterskor mitt itu. Köp och sälj. Vi som tyckte det fanns skillnad mellan varor och patienter blev stämplade som bakåtsträvare. Nyss kunde vi läsa i Göteborgs största tidning om lönsamma och olönsamma patienter.

Så kom husläkarreformen, som fick svensk allmänmedicin att stå stilla och allmänläkare att må illa. Med andra ord, en reformsjuka utan like.

Jag vill citera en av mina isländska allmänläkarkolleger. Han sade: »Ni svenskar är bra roliga. Först bygger ni upp och bygger upp. Sedan raserar ni alltsammans. Så börjar ni från början och bygger upp, och sedan raserar ni alltsammans igen.»

Man kan fråga sig varför det blir sådana tvära kast i Sverige. En elak förklaring är att vi har för många administratörer med stor makt, som för att berättiga sin egen existens måste se till att allt ändras, gärna fram och tillbaka.

Jag har inte kunnat anpassa mig till denna situation, denna reformsjuka. Jag har pläderat för att vi skall behålla det som är bra och bygga vidare på det – däremot självklart ändra när det är befogat, så att det som är bra blir ännu bättre. Det är den modell som bl a våra isländska allmänläkarkolleger arbetar efter, som jag tycker är naturlig och självklar.

## Dags för arbetsro

Vad väntar jag mig då av framtiden? Och vad hoppas jag på? Jag, och jag tror många med mig, hoppas på arbetsro. Att min fortsatta vandring, de sista åren på den allmänmedicinska stigen, återigen skall bli en angenäm vandring i en positiv miljö, utan nya tvära svängar.

Jag tror att vi hittar tillbaka till områdesansvar, till samarbete med distrikts-

## DEBATT

”Jag vill citera en av mina isländska allmänläkarkolleger. Han sade: »Ni svenskar är bra roliga. Först bygger ni upp och bygger upp. Sedan raserar ni alltsammans. Så börjar ni från början och bygger upp, och sedan raserar ni alltsammans igen.»”

sköterska, gärna med bibehållen aktiv listning, som jag alltid tyckt varit en naturlig företeelse i vår verksamhet.

## Patienten eller pengarna i centrum?

Först en anmärkning när det gäller dagens samhälle. Den kanske kan uppfattas som en politisk markering, och i viss mån är den nog det också. Jag tycker att mycket är galet nu.

Ta t ex denna »slakt» på undersköterskor och personal med omsorgsuppgifter. Det kallas att spara. Jag kallar det ett gigantiskt slöseri. Att byta välbehövlig arbetskraft mot arbetslöshet/socialbidrag ser jag som ett totalt vansinne och ett tecken på fragmenteringen av dagens samhälle.

Sparar vi 100 kronor på ett ställe är det jättebra. Då spelar det ingen roll om en annan kassa får betala 200 kronor i stället. Jag tror att vi inom en snar framtid kommer att inse att samhället inte kan fragmenteras på detta vis, att man måste lära sig att se runt hörnet, både när det gäller verksamhetsområde och tid.

Det är ingen besparing totalt sett om vi tjänar några kronor, om grannen i stället får betala det dubbla. Det är heller ingen besparing om vi sparar 100 kronor idag men i stället förlorar det dubbla om ett par år.

## Kommunal sjukdom och landstingssjukdom?

Mer om fragmentisering. När jag stiftade bekantskap med allmänmedici-

## Författare

CALLE BENGTTSSON

professor, avdelningen för allmänmedicin, Vasa sjukhus, Göteborg.

nen lärde jag mig ett nytt ord, holism. Idag gäller inte holism. I dag skall patienten vara styckad. Det finns en kommunal sjukdom och en landstingssjukdom.

När patienten är en komplex blandning av kommunal sjukdom och landstingssjukdom blir det problematiskt. Skall kommunen eller landstinget betala? I den situationen är patienten definitivt inte i centrum utan pengarna! Detta hoppas och tror jag kommer att ändras.

Aven från försäkringssynpunkt skall man se patienten som bestående av flera fragment. Sjukdomen skall renodlas. Man får inte acceptera att det finns något samband mellan t ex arbetssituation och sjukdom.

Holistisk syn på människan är numera förbjuden. Pengarna skall vara i centrum och inte patienten! Jag hoppas att detta också är en snabbt övergående fluga, dock otäck så länge flugan håller sig vid liv. Jag hoppas att vi åter får en holistisk syn på människan.

### Varierande samarbetsformer

Tillbaka till samarbetet mellan sjukhus och allmänläkare. I Göteborgsregionen har diskuterats hur man skall kunna få en bättre sjukvård genom samarbete mellan de olika sjukhusen i projektet SiSiS. Det är säkert bra, men jag tror ändå att man arbetar med fel modell.

Jag tror att det varit betydligt viktigare att skapa ett bra samarbete mellan allmänläkarvård och sjukhusvård än mellan de olika sjukhusen, även om självfallet det ena inte utesluter det andra.

Jag tycker att det har varit intressant att studera olika modeller sjukhus haft när det gäller samarbetet med allmänläkarvården. Den ena modellen går ut på att skaffa mesta möjliga resurser till den egna verksamheten, och gärna förklara hur oduglig allmänläkarvården är. Påståendet blir självuppfyllande, eftersom en bra allmänläkarvård kräver ett bra samarbete med sjukhuset.

Den andra modellen går ut på att sjukhuset ger mesta möjliga stöd åt primärvården, även om det betyder mindre resurser för den egna verksamheten, eftersom en väl fungerande allmänläkarvård gör att sjukhusvården behöver mindre resurser. Allt sunt förnuft talar för ett fördjupat samarbete mellan sjukhusvård och allmänläkarvård, där vi lär av varandra och stöttar varandra.

### Dags för små-landsting?

Jag introducerade en gång i ett inlägg i Läkartidningen [1] något som jag kallade små-landsting. Små landsting. Det verkar som om höga vederbörande lyssnat på detta men tar det säkra före det osäkra och gör precis tvärtom. Man slår ihop landsting i stället.

Men egentligen tror jag det gynnar den utveckling jag tror på, nämligen mot mindre enheter med ett sjukhus, där sjukhuset och allmänläkarvården har ett gemensamt ansvar för bassjukvården.

Med gemensam ledning och gemensam kassa blir det slut på dispyten om den ena eller den andra skall betala – en ovärdig diskussion i ett civiliserat samhälle. Organisationen bör även innefatta det vi kan kalla omsorg, så att det inte heller där skall vara tjafs om vem som skall betala.

Det finns sjukdomar och det finns ohälsa, men det finns inga specifika kommunala respektive landstingssjukdomar, och det finns ingen särskild kommunal respektive landstingsohälsa. Personligen vill jag ha med socialtjänst och försäkringskassa i samma organisation, där dessa små-landsting då får ett totalansvar.

### Åter en angenäm stig?

Om allt går väl skall jag hänga med nästan detta årtusende ut. Låt mig hoppas att de flesta av mina drömmar kommer att uppfyllas under de år jag har kvar att arbeta inom allmänläkarvården!

Låt mig få hoppas att jag, när jag går i pension, kan konstatera – efter diverse irrfärder på vägen – att allt så småningom har blivit bra, och att den allmänmedicinska stigen då ser fortsatt angenäm ut att vandra på.

### Referens

1. Bengtsson C. Ökad samordning behövs i ny sjukvårdsmodell. Låt nya små-landsting ta över socialtjänsten! Läkartidningen 1992; 89: 274-5.



### Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan välla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red