

Bör allmänmedicinare kunna bli subspecialister?

Ställs det för höga krav idag när man förutsätter att en allmänläkare skall behärska all kunskap inom allmänmedicinen? En viss smygande subspecialisering tycks redan förekomma inom primärvården. Det är kanske en utveckling som är bra och bör stödjas?

Under många år, med maximum strax före Husläkarreformen, har det från den allmänmedicinska professionen hävdats att profilering inom skråret enbart är av ondo. Detta var troligen en alldeles riktig tanke så länge det gällde att försvara allmänmedicinens särart gentemot de s k organspecialisterna. Allmänmedicinen har dessutom varit underdimensionerad, medan det varit gott om övriga specialister dit patienter kunnat hänvisas för specifika åkommor.

Möjligen är det nu dags att ompröva denna inställning.

När jag studerade medicin, och ända in på 1980-talet på Nacka sjukhus, fanns det även inom övriga specialiteter läkare med bred kompetens: allmän invärtesmedicinare, allmänkirurger etc. Med början på de stora sjukhusen har dock superspecialiseringen vuxit till sig. Organspecialisterna kan allt mer om ett allt snävare områden.

Flera konsekvenser

Detta har fått bland annat detta till följd:

- De patienter som haft sjukdomar som hört hemma inom en enda subspecialitet har blivit väl omhändertagna med god kvalitet. De som haft sjukdomar hemmahörande inom flera subspecialiteter har kanske inte alltid fått lika bra omhändertagande, eller också har de behövt besöka flera olika läkare.

- Ett kraftigt remissflöde har förekommit inom framför allt de stora sjukhusen. Specialisterna har remitterat till varandra även för enklare åkommor, som inom primärvården kunnat skötas av en och samma läkare. Detta håller dock på att minska i samband med pågående

omstruktureringar och sparbetning inom sjukhusen.

- Geriatriken har utvecklats mot akut och planerad invärtesmedicinsk vård och kirurgisk/ortopedisk eftervård för personer över 65 år. Ett minskande antal äldre patienter läggs numera in på akutsomatisk avdelning. De gamla har ofta många sjukdomar, som på ett akutsjukhus skulle höra hemma på olika kliniker, men som inom geriatriken kan skötas av en läkare.

- Vissa av de allra sjukaste patienterna, med flera riktiga sjukdomar/ syndrom hemmahörande inom olika medicinska specialiteter, sköts bäst inom primärvården, med stöd av superspecialisterna. Vi har en hum om de flesta sjukdomar, medan superspecialisterna inte känner till sjukdomar som hör hemma inom andra specialiteter. I sina ordinationer kan de därför ha svårt att ta hänsyn till patienternas övriga sjukdomar. De har med andra ord svårt att få en helhetssyn. Till denna grupp patienter hör en del utvecklingsstörda.

Smygande subspecialisering även inom primärvården

Men studerar vi primärvården ser vi att det sker en smygande subspecialisering även här. Kompetenta allmänläkare, väl förankrade inom primärvården, börjar inom primärvårdens organisation arbeta på hel- eller deltid med palliativ medicin, rehabilitering, ortopedisk medicin, folkhälsa, administration/chefskap, farmakologi, psykiatri, socialmedicin, hemsjukvård i särskilda boenden, skolhälsovård m m, m m.

Detta har skett samtidigt som allt fler arbetsuppgifter förts över till primärvården från sjukhus och andra institutioner.

Jag fick en gång se en bild av hur många läkarhjärnor som behövdes för att rymma all medicinsk kunskap för några hundra år sedan (jag vill minnas att det var en halv) och hur många som behövdes då, för 10 år sedan – jag tror det var över 100.

Antagligen behövs det ännu fler nu. Kräver vi för mycket när vi förväntar

”Det finns en väsentlig skillnad mellan subspecialiserade allmänläkare och subspecialiserade organspecialister: den breda basen, med kunskap om alla vanliga sjukdomar, enskilda och i kombination, inkluderande tillstånd orsakade av psykologiska/sociala faktorer, kombinerat med en viss vana att arbeta i team och samarbeta med andra instanser.”

Författare

INGRID ECKERMAN

distriktsläkare; ordförande, Saco-rådet vid Sydöstra sjukhuset, Stockholm.

Vem har ansvar för sjukvården i särskilt boende?

oss att en allmänläkarhjärna skall räcka till för all kunskap som behövs inom allmänmedicinsk verksamhet?

En väsentlig skillnad

Det finns en väsentlig skillnad mellan subspecialiserade allmänläkare och subspecialiserade organspecialister: den breda basen, med kunskap om alla vanliga sjukdomar, enskilda och i kombination, inkluderande tillstånd orsakade av psykologiska/sociala faktorer, kombinerat med en viss vana att arbeta i team och samarbeta med andra instanser.

En allmänläkare som arbetar med palliativ medicin eller ortopedisk medicin har rimligen ett annat förhållnings-sätt och synsätt än en anesthesiolog eller ortopedkirurg. Samma sak gäller för en geriatriker som både kan rehabilitera höftledsfrakturen och behandla hjärtinsufficiensen, i jämförelse med med kombinationen kardiolog och ortopedkirurg.

Detta är kanske en alldeles riktig utveckling: En stor grupp läkare får en bred utbildning och skaffar sig erfarenhet från ett brett fält, innan några av dem så småningom subspecialiserar sig inom områden som definierats av framväxande behov.

Och denna stora grupp kompletteras av en mindre grupp läkare som tar hand om de äldre av alla sorter när de är i behov av sluten vård eller utredningar. Superspecialisterna får då endast ta hand om utvalda och ovanliga fall.

Hur klara utbildningen?

Då väcks genast nästa fråga: Hur skall kandidater, AT-läkare och ST-läkare få sin utbildning?

Redan nu, efter neddragningar av sjukhusens öppenvårdsmottagningar, har det blivit klart att man måste tänka om för kandidaterna och få till stånd avtal med de privatpraktiserande specialisterna, för att de skall se vanliga specialistfall.

Viss basal invärtesmedicin kanske skulle läras bättre på vårdcentraler och inom geriatriken än på akutsjukhusen. ST-läkare bör antagligen arbeta både på sjukhus och på specialistmottagningar utanför sjukhusen. •

»Förhållandena är förskräckliga, patienternas liv är i fara. När vi protesterat har vi fått det kastat tillbaka från ledningen med svaret att det inte är vår sak att bedöma vilka patienter som skall vårdas på Lunda sjukhem» säger en distriktsläkare i Dagens Nyheter den 15 mars.

Bland de begåvningshandikappade finns sällsynta sjukdomar, ofta i kombination. Många är beroende av att andra tar ansvar för deras sjukvård. Trots detta ingår inte sjukvård i omsorgspersonalens utbildning. En privat vårdcentral i Stockholm har aviserat svårigheter att ta sitt legala ansvar för den medicindelning som kommunens personal utför på gruppboendena.

Psykiatriska patienter får inte rätt omhändertagande inom kommunerna. Ofta saknar kommunens personal psykiatrisk utbildning.

Bakom dessa misslyckanden ligger reformer där man bortsett från att det är de funktionsnedsattas stora behov av medicinsk vård och omvårdnad som föranleder behovet av särskilt boende.

När Ädelreformerna drogs igång tonades det medicinska behovet ned. De ekonomiska incitamenten, i kombination med nedskärningar inom akutsjukvården, har medfört ökande inslag av komplicerade behandlingar i kommunens sjukvård. Men det är biståndsbedömare, utan sjukvårdskunskap, som avgör var patienten skall få sin fortsatta vård.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Cheferna för kommunens olika verksamheter är sällan sjuksköterskor eller läkare. Det är medicinskt skolad personal som beslutar om personalbemanning, anställer personal, bedömer deras kompetens, gör upp fortbildningsplaner.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) uppgifter är att se till att det finns rutiner för att läkare kopplas in när behov bedöms föreligga, att delegationer av vårduppgifter sker på ett säkert sätt och att göra anmälningar enligt Lex Maria.

Läkarna är »konsulter» och skall tillkallas då behov föreligger. De har inget

medicinskt ledningsansvar, och inget inflytande över vilka patienter som får flytta in eller om inrättningen har tillräckliga medicinska resurser.

Att föra över befattningar från sjukvården till kommunen innebär att gränser flyttas. En förstärkning av sjukvårdsprofessionens ställning krävs, vilket kan ske inom nuvarande organisation.

Stärk MASens ställning! Kommunens »sjukvårdschef» skall vara jämställd med socialchefen, och ansvara för att kommunens skyldigheter enligt lagar och förordningar fullgörs.

Inför en medicinskt ansvarig läkare på varje boendenhet där sjukvård bedrivs – även för hemsjukvård och privata vårdhem. Denna skall ha det yttersta avgörandet för vilka patienter som kan vårdas på respektive enhet, med hänsyn till de resurser som ställs till förfogande.

Ingrid Eckerman

ordf Saco-rådet vid sydöstra Sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting



www.lakartidningen.se

Fulltext på Internet

- Ansvarsnämndsärenden
- Debatt
- Disputation
- Ledare
- Läkemedelsnytt
- Meddelanden
- Medicinhistorisk paus
- Medicinsk kommentar
- Nya tjänster
- Stipendier
- Skvaller