

Allmänläkaren möter livsfrågorna i deras medicinska tappning

Allmänmedicinens fokus är kontaktytan mellan den vård-sökande människan och medicinen. Allmänmedicinen är därför inte i första hand en biomedicinsk generalism utgående från de vetenskapliga drivkrafter som finns i medicinens delkunskaper.

Individsynen sätter sin prägel på allmänläkarens dagliga arbete och formulerar de vetenskapliga utmaningarna. Som andra specialiteter är allmänmedicinen beroende av den kunskap som utvecklas i laboratorier och kontrollerade försökssituationer, men den allra rikaste kunskapskällan är dess egen praxis.

I Skottland intervjuades för ett antal år sedan företrädare för allmänmedicinska akademiska institutioner [1]. De uppgav att det var svårt att komma in i och bli accepterad i fakulteternas arbete. Om samarbetet och kompanjonskapet med fakultetens dominerande ämne blev alltför tätt hotades den allmänmedicinska karaktären och egenarten. Ett starkt vidmakthållande av den egna särarten innebar å andra sidan en risk för marginalisering med ty åtföljande isolering, utanförskap och svårigheter att påverka och göra sin stämma hörd. För tjugo år sedan varnade en engelsk professor i allmänmedicin allmänläkarna och den akademiska allmänmedicinen för att bli alltför betagna av »the bio-

Författare

CARL EDVARD RUDEBECK

husläkare, med dr, Kvartersakuten Matteus, Stockholm, allmänmedicinska enheten, Karolinska institutet

BENGT MATTSSON

allmänläkare, professor, avdelningen för allmänmedicin, Göteborg

NIELS LYNÖE

allmänläkare, docent, avdelningen för socialmedicin, Umeå.

engineering of current clinical practice» eller av »sound epidemiological research». Han ansåg att båda hotade att vända uppmärksamheten från det centrala i ämnet [2].

Vad är då allmänmedicinens kunskapsinnehåll och hur kan det beskrivas? Ett vanligt svar från verksamma allmänläkare är att det kan endast den förstå som själv arbetat som allmänläkare i minst tio år. Risken med en sådan renodlat pragmatisk hållning är att specialitetens viktigaste uppgifter och möjligheter tappas bort. Akademiens roll är att i forskningen göra uppgifter och möjligheter tydliga och att i utbildningen sedan förmedla dessa till studenterna.

Med den utgångspunkten vill vi i det följande diskutera den allmänmedicinska kunskapens innehåll och karaktär och visa på några vetenskapliga utmaningar.

Identiteten inget självändamål

Hur kunskaper komponeras inom medicinska specialiteter och subspecialiteter varierar med den praktiska uppgift som specialiteten har och de möjligheter som nya medicinska tekniker och upptäckter erbjuder. Indelningsprinciperna är följdriktigt mycket varierande: särskilda åldrar (t ex pediatrik, geriatrik), olika organsystem (t ex oftalmologi, oto-rino-laryngologi), specifika teknologier (t ex kirurgi, radiologi) och särskilda sjukdomsgrupper (t ex infektionssjukdomar, onkologi) är några.

Vid ett första betraktande kan allmänmedicinens indelningsprincip tyckas både unik och paradoxal, då den griper över hela stycket: alla åldrar, båda könen, alla typer av hälsoproblem; så presenterar sig allmänmedicinen. Kunskapsproblemet var följdriktigt under många år ett identitetsproblem. Är allmänmedicinen en mosaik lagd av övriga specialiteter eller har den ett naturligt kunskapsperspektiv som ger den helhet och självständighet, och praktikern så tydlig vägledning att man kan tala om ett expertkunnande?

Som Ingvar Krakau och Johan Calltorp påpekade i sin inledningsartikel till denna serie om vetenskapsteori är identitetsproblemet i sig inte särskilt intres-



FOTO: PHIL SAVOIE/BBCNATURBILD

SERIE Vetenskapsteori

Detta är det sjätte avsnittet i serien. De första har varit införda i 35, 37, 39, 41 och 50/99.

sant. Vetenskapsteori får inte bli ett verktyg att med skenvetenskap bygga verksamheter och akademiska rum. Kunskapsfrågan avgörs i sista hand av praktiken. Vilka möjliga innovationer snavar allmänläkarna på i sin innehållsrika vardag? Vilka förhållningssätt och kunskaper är vägvinnande i förhållande till de problem som patienterna kommer med?

I skärningspunkten mellan människa och medicin

Allmänmedicinens vetenskapliga och praktiska nyckelfrågor är inte godtyckliga. Att vissa allmänläkare är upptagna av diabetes, andra av astma och åter andra av »psykosomatik» betyder inte att allmänmedicinen byter skepnad allt efter utövarnas tycke och smak. Det som kännetecknar allmänmedicinen i förhållande till övriga specialiteter är att den utgår från själva kontaktytan mellan individens upplevelser och medicinens kunskaper.

Oavsett hur man väljer att organisera sjukvården finns den kontaktytan med sin alldeles särskilda problematik. Det handlar om hur människan bemöts när hon första gången söker för ett problem, och hur detta problem sedan uppfattas och tolkas. Det handlar om hur människans inneboende förmåga tas till vara när sjukdomstillstånd bedöms, behandlingar avgörs och kroniska sjukdomar

balanseras och manövreras genom decennier.

Primärvården är allmänmedicinens »kliniskorganisation», och i dess centrum står den enskilda människan och hennes omgivning. Patienterna utgör ett tvärsnitt av befolkningen, antingen genom listor eller upptagningsområden, och indelas inte enligt sjukdomsklassifikationen.

Allt färre länder håller fast vid en första linje uppsplittrad på olika specialiteter. Tillgängligheten och kontinuiteten styr kontaktformerna: »På sjukhusen är sjukdomarna desamma medan patienterna kommer och går – på allmänläkarmottagningen är patienterna desamma medan sjukdomarna kommer och går» [3].

Rollen som traditionsbärare

Den medicinska vetenskapliga revolutionen började med Andreas Vesalius' dissektioner i mitten av 1500-talet. William Harvey utmärkte sig senare för flera klassiska empiriska observationer med vetenskaplig argumentation. Dessa båda banade väg för hur man under 1700- och 1800-talen utvecklade fysiologi, patologi, mikrobiologi och under 1900-talet immunologi, kemoterapierna och genetiken.

Den moderna medicinen förändrade relationen mellan behandlaren/läkaren och patienten. Själva dialogens betydelse blev av mindre betydelse till förmån för en mer teknisk, diagnostisk och terapeutisk inriktning. I likhet med andra vetenskapsgrenar sökte medicinen efter det generella. Framgångarna kom när forskarna lyckades beskriva och utveckla det som var gemensamt för en grupp patienter med en och samma väldefinierade sjukdom. Patienter blev »fall» som beskrevs i termer av kategorier och diagnoser (hypertoniker, depressioner, diabetiker, demenser etc). Det tidigare starkt individuella i kontakten kom mer i bakgrunden och läkekonsten reducerades till en biföreteelse med ett stänk av magi, och utom räckhåll för studium och undervisning.

Trots vetenskapliga framgångar under det senaste seklet har medicinen mött en serie problem, och vetenskapliga anomalier eller kriser har blivit synliga. Sjukdomar betecknade som »illness without disease» har blivit vanli-

gare (t ex fibromyalgi, kroniskt trötthetsyndrom, elallergi, sjuka husyndrom, amalgamöverkänslighet, utbrändhet). Fortfarande saknas specifik behandling för en rad kroniska sjukdomar, och intresset för så kallade alternativa terapier har ökat. Trots att det varit välkänt i många år är placeboefenomenet fortfarande uppseendeväckande och gåckande. Samtidigt har forskare inom såväl medicinen som andra discipliner (t ex sociologi, antropologi, psykologi) hävdat att läkekonsten gått förlorad.

Eftersom »människorna i primärvården är desamma» bär allmänmedicinen på ett självklart sätt medicinens tynande humanistiska tradition vidare. Naturligtvis inte med ensamrätt – vi ser allmänmedicinen som en baskompetens för alla kliniskt verksamma läkare – men ändå med en envetenhet genererad av att allmänläkaren på mottagningen så ofta ställs inför livsfrågorna i deras dagsakuta, medicinska tappningar. Patienternas problem låter sig helt enkelt inte fångas och lösas med sjukdomsklassifikationen som enda dimension.

Vetenskapsteoretiskt perspektiv

Ett vetenskapsteoretiskt betraktande hjälper oss att förstå vilka kunskaper som bygger upp allmänmedicinen, vilka källorna är, vilken karaktär och status kunskaperna har samt hur förnyelsen sker. Om dessa förutsättningar är hyggligt klara framträder de centrala forskningsfrågorna tydligare. På senare år har det allmänmedicinska ämnes-

Patienten tar sin »värld» med sig in i mottagningsrummet.

innehållet preciserats och klätts i språklig dräkt [4, 5].

En gemensam nämnare i dessa texter är individsynen/individualiseringen i arbetssättet. Den kunskap som växer fram i detta perspektiv kan vi kalla den allmänmedicinska människokunskapen. Den är ingen skrytsam och allmän humanism utan begränsar sig till människan i sammanhanget hälsa och sjukdom. Uppfattningen av varje person/patient som unik växer fram successivt i en fast patient-läkarrelation, och bilden av och föreställningen om den sjuke (eller den som uppfattar sig som sjuk) får karaktär och bidrag från skilda mänskliga sfärer. Biologiska sakförhållanden är nödvändiga men inte tillräckliga. Hälsa och sjukdom har giltighet som existentiella fenomen, utan vilka vare sig sjukvård eller medicinsk forskning funnits.

Kärnan är jagupplevelsens variationer vid belastning och sjukdom. Jagupplevelsen är förankrad i kroppen och relaterar genom känslan och tanken både till individen själv och till omvärlden. Inneslutna i kroppsjaget ligger kulturella föreställningar om förhållanden som normalitet och avvikelse, manligt och kvinnligt, hälsa och sjukdom, liv och död.

Som patient tar människan sin värld med sig in i mottagningsrummet: de nära relationerna eller den smärtsamma avsaknaden av dem, barndomen, aktu-

ella eller tidigare kriser och sjukdomar, ekonomiska villkor och arbetsförhållanden. Dessa livets grundvalar tar sig ofta högst påtaglig kroppslig gestalt, ibland högljutt signalerande risk för sjukdom och död.

Den allmänmedicinska människokunskapen omfattar också kännedom om de resurser och strategier som människor mobiliserar för att vidmakthålla sin hälsa. Läkarens teoretiska kunskaper får lokal förankring i den befolkning som anlitar mottagningen, och blir verklighet i mötet med den enskilda människan.

Synen på kroppen

En annan aspekt av den allmänmedicinska människokunskapen är synen på och uppfattningen av kroppen. Kroppen är både ett stycke natur och en jagupplevelse. Kroppen är underordnad fysikens lagar, men det är också genom kroppen som vi existerar. Inom medicinen tolkas patientens symtom i första hand som uttryck för en förändrad eller »skadad» kroppsfunktion, och kroppen ses vanligen som ett sinnrikt system av biologiska processer.

Men för den enskilda patienten är symtomet i första hand en jagupplevelse [6]. Att plötsligt drabbas av svår bröstsmärta är för den utsatta inte i första hand ett symtom utan en hotfull och plågsam kroppsförändring som väcker oro och hotar självklara livsvillkor. När sensationerna uttrycks är det en »symtompresentation» (inte ett symtom) som manifesteras [7]. Den sjukas farhågor, rädslor, uppfattning om hälsa och sjukdom, normer och värderingar är närvarande när hon presenterar sin berättelse. Inte bara hjärtat står i fokus utan livet självt – patienten påminns om sina livsvillkor och även om dödens realitet.

Efter den moderna medicinens genombrott går det en skarp gräns mellan det som uppfattas som »psykiskt» (mentala funktioner är ur balans) respektive »somatiskt» (kroppsliga funktioner är ur balans). De »somatiska» besvären finns vanligen representerade inom vissa specialiteter och de »psykiska» inom andra. Den distinktionen blir inte lika synlig i allmänmedicinen.

Läkaren utvecklar tillsammans med patienten en lång relation som omfattar möten av varierande innehåll. Vid en blodtryckskontroll kan man uppehålla sig vid depressiva tankar efter en förlust. Om sömnproblem är den formella besöksanledningen kan (om tid gives) samtidigt ögontrycket mätas eller öronen spolats. Vid den kroppsliga undersökningen sker samtal som kan ha formen av tröst, försäkring eller stöd – även om besvären inte avser »psykisk» sjukdom. Den kroppsliga undersökningen med fysisk kontakt, uppmärksamhet

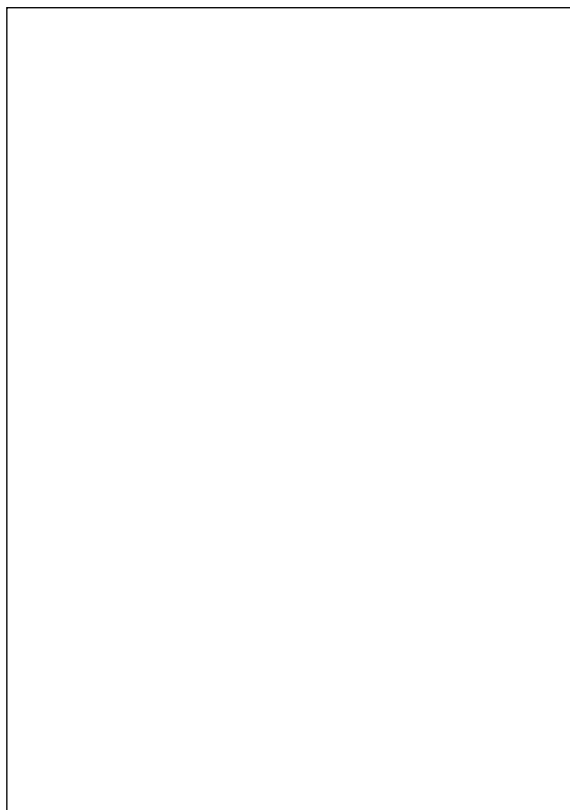


FOTO: PRESENS BILD

Om man är skicklig i sitt yrke kan det ibland vara svårt att med ord specificera vad det egentligen är vad man gör då man handlar. Inte sällan får man som Ingemar Stenmark säga: »Då' bar' å åk!»

och närvaro har också mentala effekter. Allmänläkaren arbetar med det som är angelägnast för stunden, bortom distinktionen »psykiskt» eller »somatiskt».

Allmänläkaren som generalist

Vare sig allmänläkarna vill det eller ej blir kunskapen om människan som existentiell totalitet det som definierar den allmänmedicinska specialiteten i förhållande till de övriga. Som biomedicinare är allmänläkaren den bredaste generalisten, som litar till att expertkunnandet inom de flesta delområdena förvaltas av andra. Generalistens kunskapsproblem är framför allt hur kunskaper och färdigheter ska selekteras och underhållas i hela sin bredd.

Det krävs en mycket aktiv och kritisk navigering i det trånga sundet mellan okritisk detaljinläring å ena sidan och resignation inför den medicinska kunskapsmassans väldighet och föränderligheten å den andra. Relevans och säkerhet bör prägla generalistkunnandet; mängden vetande kan ju inte vara större än för andra specialiteter och individperspektivet får aldrig trängas undan till att bli en sekundär angelägenhet.

Allmänläkaren behöver tillräckliga kunskaper vad gäller prevention, diagnostik och behandling inom många områden, med högre krav för frekventa sjukdomar och tillstånd. Kännedom om primärvårdens epidemiologi, där låga

prediktiva värden dominerar, är en förutsättning för rationell diagnostik. Kunskap om allvarliga och livshotande tillstånd, även om de är sällsynta, behövs naturligtvis också. I breddkunskaperna ingår vidare fungerande passiva kunskaper, det vill säga att läkaren på ett okompllicerat sätt kan få fatt i den kunskap som patienten behöver men som just då inte finns i läkarens huvud.

Kunskapskällorna

All teoretisk kunskap har en generaliseringskraft. Den humanistiska kunskapen är inget undantag. Filosofin om människan, i första hand existentialism och fenomenologi, psykologi och andra beteendevetenskaper kan hjälpa den humanistiskt skolade allmänläkaren att hitta vägar till det unika hos många, individuella patienter. För biomedicinen är riktningen den motsatta.

Den enskilda människan blir förstörd och hjälpt när klassificeringen fungerar. Men det som kännetecknar allmänmedicinen som en specifik, medicinsk humanism är att den så påtagligt är rotad i den egna praktiken. Människor går till doktorn i bestämda syften och det avgör vilka sidor av sig själva som de aktiverar och presenterar. Detta begränsar räckvidden hos andra kunskapsstraditioner.

I en nyligen framlagd avhandling hävdar Fredrik Svenaeus, med stöd av filosofer från hermeneutiken och fenomenologin, att medicinsk praktik skall ses som en särskild form av mellanmänsklig praktik [8]. Författaren menar – med särskilt allmänmedicinen för ögonen – att medicinsk praktik primärt inte är en tillämpning av en serie vetenskapliga teorier och teknologier, utan i första hand ett tolkande, hjälpande möte mellan två personer – en läkare eller annan vårdpersonal och en patient – där målet är hälsa eller ökat välbefinnande.

I förlängningen av det detta möte framträder en annan vital kunskapskälla inom allmänmedicinen, nämligen läkarens självkännedom. I Balintgrupperna utforskar läkare vad deras känslor i patientmötet berättar om patientens problem. Med god förankring i den egna kroppsliga realiteten och kroppsupplevelsen har läkaren dessutom tillgång till ett upplevelsespråk som gör det möjligt för henne/honom att leva sig

in i patientens förändrade kroppsupplelse [7]. För läkaren får denna upplevelse mening just som upplevelse, och inte bara som en mer eller mindre svår-tolkad sjukdomssignal.

Vetande blir kunnande – praktiken som kunskapskälla

Få ifrågasätter idag att yrkesbaserad vetenskaplig kunskap innehåller både vetande- och kunnandeaspekter, och i litteraturen finns beskrivningar av praxisorienterad »tyst kunskap» eller »förtrogenhetskunskap» [8, 9]. Efter en längre tids verksamhet inom en medicinsk specialitet utvecklas en speciell yrkeserfarenhet, som skiljer sig radikalt från den hos en nyutexaminerad kollega. Både patienter och arbetsgivare vet detta. Det kan vara svårt att precisera vad denna speciella yrkesskicklighet består i. Kunnandet kan vara så integrerat i praktikerns handlande att det svårigen låter sig formuleras i text eller ord. (Jämför Ingemar Stenmarks klassiska »Då' bar å åk'!» på frågan om hur han bar sig åt för att vinna.)

Rimligen handlar praxiskunskap om dels upp- och inövade färdigheter som gör att teoretiska kunskaper kan omsättas i praktiken, dels genuina kunskaper som bara kan förvärfvas i patientmötet. I det sistnämnda ligger allmänmedicinens viktigaste förnyelsezon. Den vetenskapliga utvecklingen ger röst och begrepp åt kunskap som tidigare varit tyst, men som på det viset blir tillgänglig för systematisk prövning och för undervisning.

Traditionellt sett föregås kunnande av vetande. I den medicinska grundutbildningen utgör de teoretiska kurserna utgångspunkten för den praktiska tillämpningen under kommande kliniska kurser. En del tvekar inför möjligheten att utifrån en komplex, situationsorienterad och unik praxis utveckla ett ökat vetande. Men det går att utveckla praxiskunskap utan att nödvändigtvis först beakta vetandeaspekterna. Man kan lära sig kommunicera utan att känna till kommunikationsteori, och man kan i viss mån lära sig utföra kirurgiska ingrepp utan att behärska allt patologiskt och anatomiskt vetande.

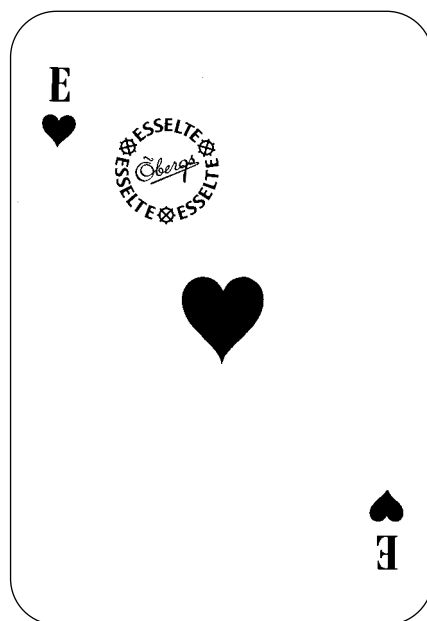
Man kan också förbättra sina färdigheter och lära sig tillämpa och integrera vetandeaspekterna så att de inte stör handlandet. Det kan göras på olika sätt: genom härmning av andra (förebilder) eller genom att träna, antingen på egen hand eller med hjälp av handledare. När man uppnått ett visst mått av egen säkerhet kan förbättringen också ske genom improvisation och kreativitet [11].

Ett generell problem uppstår när vetandet skall provas första gången. Att börja som allmänläkare beskrivs som en »omställningsprocess» – arbetet kon-

trasterar alltför mycket mot den verklighet som utbildningen givit förutsättningar för. Övergången från vetande till kunnande är inte självklar. Ibland kan färdighetsträningen underlättas om man kan tränga bort vetandeaspekterna. Idealet är att vetande- och kunnandeaspekterna är så integrerade att de inte stör varandra.

Färdighetsträningen kan bidra till att nytt vetande utvecklas, liksom observation och handledning under klinisk tjänstgöring kan klarlägga och synliggöra principer för nytt vetande. Detta vetande kan sedan i form av tips och tumregler vara till hjälp när det åter skall omsättas i kunnande. Den »patientcentrerade medicinen» har på så sätt vuxit fram ur allmänmedicinsk praxis. Patientcentrering är ett samlingsbegrepp för modeller och metoder som hjälper läkaren att etablera en bärig kommunikation med patienten som person, och att därmed också klara av sin sjukdomsmedicinska uppgift bättre.

Patientcentreringen, som fått sin mest konkreta formulering i »the patient-centred clinical method», har påtagligt bidragit till utvecklandet av individsynen [12]. Denna hållning har allmänläkare under det senaste decenniet utforskat och reflekterat kring i vetenskapliga sammanhang. Övriga specialiteter tar nu i ökad utsträckning del av erfarenheterna. Inom den specialiserade medicinen är ju människokunskapen en



Förekomsten av ett svart hjärter ess i en vanlig kortlek bryter inte bara mot vår föreställning om kortlekens grundläggande konstruktion, den ger även upphov till en rad frågor om spelregler och praktiskt förfarande. Man kan tala om en kortlekarnas anomali. Frågan är hur vi skall förhålla oss till sådana anomalier. Ska vi låta bli att bry oss eller ska vi se det som en möjlighet och utmaning att utveckla vår kunskap?

viktig tillämpningskunskap, där uppgiften är att foga in naturvetenskapen i det mänskliga sammanhang där den skall verka.

Hittills har det mesta av den medicinska kunskapsutvecklingen varit mer fokuserad på vetande- än på kunnandeaspekterna. Ökat intresse för den patientnära forskningen skulle kunna innebära studier av exempelvis vad som utmärker den erfarna och improviserande allmänläkarens kunnande. Det skulle vara ett sätt att utveckla och förbättra vår samlade kunskap.

Vetenskapliga utmaningar

En av det allmänmedicinska ämnets huvuduppgifter är att ta de vetenskapliga och praktiska konsekvenserna av att medicinen som sådan i sitt centrum har »ett tolkande och hjälpande möte mellan två personer». Arbetsuppgifterna är här många. Det innebär emellertid inte att allmänmedicinen har monopol på de humanistiska och mänskliga perspektiven. I stället kommer sig uppgiftens självklara innehåll av ämnets karaktär och allmänläkarens arbetssätt. Allmänmedicinen drivs med andra ord av en tydlig och nödvändig rationalitet; människor förstås bara med mänskligt språk och de har inga andra upplevelser än de som springer ur existensen.

Ur det sagda kan ett antal angelägna forskningsområden formuleras:

- *Patient-läkarrelationen och konsultationen.* Det gäller att finna den arena där problemet har sin tillhörighet, och att så långt möjligt stärka patientens egen förmåga. Frågor att besvara är vilka kunskaper och förhållningssätt hos läkaren som, på kort och lång sikt och oberoende av diagnos, gynnar tillfrisknande och hälsa hos patienten, och vilka som motverkar medikalisering.

- *Förstalinjendiagnostiken.* Specifiteten måste hållas hög, vilket innebär att flertalet patienter som inte behöver medicinska insatser med ökad tillförsikt går hem från mottagningen. För att klara denna utmaning behöver allmänläkaren aktivt kunna identifiera de oroad och besvärade variationer av hälsa som svarar mot ungefär hälften av alla besök.

Potentialen för nyrekrytering av patienter är mycket stor. I en undersökning med patientdagböcker från engelsk allmänmedicin, där tröskeln för läkarbesök är lägre än hos oss, resulterade 1 av 37 symtom i läkarbesök [13]. Med fler friska människor utsatta för uteslutningsdiagnostik ökar risken för skadeverkningar i förhållande till nytan, samtidigt som kostnaderna hotar att skena.

- *Psykosomatik.* Allmänmedicinen har ett särskilt utgångsläge när det gäller den grupp av sjukdomar som be-

nämns psykosomatiska. Allmänmedicinsk erfarenhet blir en tillgång i den breda förståelse som behövs för att (be)visa och förstå uppkomst och vidmakthållande av symtom och besvär.

Det är viktigt att allmänläkaren inte låter sitt forskningsområde eller sina problemlösningar styras av metodval »comme il faut». Metoder är hjälpmedel vid lösning av vetenskapliga problem, och metodvalet bör avgöras av den forskningsfråga som är aktuell. Allmänmedicinen har varit något av en föregångare när det gäller att bredda och förnya metodvalet inom medicinsk forskning.

Under den korta tid som allmänmedicinen varit självständig har många nordiska forskningserfarenheter gjorts. Forskarna har valt i det medicinska sammanhanget okonventionella metoder för att ta itu med relevanta kliniska problem, ofta med humanistiska eller samhällsvetenskapliga perspektiv. Med kvalitativa metoder, fenomenologi och språkfilosofi, aktionsforskning och medicinsk antropologi har det allmänmedicinska kunskapsområdet blivit både bredare och djupare.

Finns det en specifik generalistkompetens?

Hur är det då med generalistkompetensen i sig? Kan den utforskas och därmed utvecklas? Det har funnits förhoppningar om att en generell problemlösningsmetod för kliniskt arbete skulle kunna utvecklas. Med lån från den hypotetiskt deduktiva metoden för det vetenskapliga experimentet skulle den höja kvaliteten i läkarens bedömningar och beslut [14]. En sådan metakompetens skulle naturligtvis ligga väl till för allmänläkaren.

Studier har dock kommit förhoppningarna på skam. Detaljkunskaper och djup förtrogenhet med problemområdet förefaller vara det som betyder mest för klinikerns förmåga att lösa problem [15, 16]. Det specifika generalistkunnandet skulle därmed handla mer om strategier för att bemästra de svårigheter som ligger i att svara för en stor kunskapsbredd, än att vara en särskild klinisk färdighet som kommer patienten till del.

Dock finns sannolikt mycket av intresse att studera i en sådan »inåtvänd» kompetens. Problemet är ständigt brännande och allmänläkare söker olika lösningar, av vilka några säkert är bättre än andra. Att ge upp generalistkunnandet vore dock att radera ut allmänmedicinen som profession. Utan bredden får allmänläkaren inte den mångsidiga kontakt med sina patienter som gör att patienternas upplevelser, tankar och livsomständigheter ges språk och begriplighet.

Referenser

1. Reid M. Marginal man: the identity dilemma of the academic general practitioner. *Symbolic Interaction* 1982; 5: 325-42.
2. Marinker M. The chameleon, the judas goat and the cuckoo. *J R Coll Gen Pract* 1978; 28: 206.
3. Heath I. Commentary: The perils of checklist medicine. *BMJ* 1995; 311: 373.
4. McWhinney I. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 433-6.
5. Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? *AllmänMedicin* 1998; 19: 32-6.
6. Rudebeck CE. Två subjekt, två kulturer och två historier i en ram. I: Kirkengen AL, Jørgensen J, red. *Medisinsk teori*. Oslo: Tano, 1993: 129-42.
7. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy [dissertation]. *Scan J Prim Health Care* 1992 suppl.
8. Svenaeus F. The hermeneutics of medicine and the philosophy of health. Steps towards a philosophy of medical practice [dissertation]. Linköping studies in Arts and Science. Linköping: Department of health and society, Linköping University, 1999.
9. Josefsson I. Kunskaens former. Det reflekterade yrkeskunnandet. Stockholm: Carlsons, 1991.
10. Polanyi M. The tacit dimension. London: Routledge, 1966.
11. Johansson I, Lynöe N. Medicinsk filosofi – en introduktion. Göteborg: Daidalos, 1997.
12. Stewart M, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine. London: Sage Publications, 1995.
13. Morrell DC, Wales CJ. Symptoms perceived and recorded by patients. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 398-403.
14. Elstein AS, Shulman LS, Prafka SA. Medical problem-solving. An analysis of clinical reasoning. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1978.
15. Groen GJ, Patel VL. Medical problem-solving: Some questionable assumptions. *Med Educ* 1985; 19: 95-100.
16. Mandin H, Jones A, Woloschuk W, Harasym P. Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med* 1997; 72: 173-9.

Särtryck

LÄKARTIDNINGEN

När Försäkringsmedicinska Sällskapet bildades för att främja försäkringsmedicinens utveckling samlades 14 artiklar publicerade i *Läkartidningen* 1996 till ett särtryck. Detta belyser hur försäkringsläkare arbetar inom allmän och privat försäkring och tar upp försäkringsmedicinska problem från patientens synvinkel.

Riskbedömning vid barnförsäkringar, etiska problem i samband med gentestning och försäkring, samt de kniviga ärenden som gäller nack-skulderbesvär, inklusive pisksnärtskador, behandlas bland annat i artiklarna.

Priset är 50 kronor.



Försäkringsmedicin

Beställer härmed.....ex av "Försäkringsmedicin"

namn

adress

postnummer

postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603,
114 86 Stockholm

Eller faxa på faxnummer:
08-20 74 35