

# Den moderna medicinen kräver samarbete – inte omnipotens

**Stefan Lindgren och Thomas Kjellström lade nyligen fram sina visioner och tankar om internmedicinen i framtiden (Läkartidningen 7/00). Jag vill börja detta debattinlägg med att instämna i deras beskrivning av grundproblemet, nämligen att en stor grupp av akut sjuka patienter med olika internmedicinska åkommor idag inte blir tillräckligt väl omhändertagna på våra sjukhus. Däremot tror jag att Lindgrens och Kjellströms förslag till lösning, att återskapa de omnipotenta internmedicinerna, både är omöjlig och olycklig som vision.**

En långt bättre framtid borde ligga i att professionalisera det akuta omhändertagandet i en akutmedicinsk specialitet, och att bejaka den fortsatta snabba kunskapsutvecklingen och det därav följande behovet av grenspecialisering och att främja ökat samarbete och nätverkstänkande mellan olika specialiteter inom såväl sjukvård som forskning.

Lindgren och Kjellström tar i sin artikel upp flera viktiga frågor, vars lösning kan kräva en rad olika åtgärder. Jag skall försöka diskutera dessa frågor i tur och ordning.

## Generellt resursproblem

För det första finns det uppenbarligen ett generellt resursproblem för omhändertagande av såväl akut sjuka som kroniskt sjuka inom det stora område som omfattas av internmedicinens olika grenspecialiteter. Bland annat har antalet sängplatser för inneliggande patienter skurits ned långt bortom det rimliga under 1990-talets besparingar, och detta har i synnerhet drabbat internmedici-

nen. Detta problem löses rimligen enbart genom ett ökat resurstillskott till sjukvården.

## Organisatoriska problem

För det andra finns ett organisatoriskt problem – som naturligtvis ser olika ut på olika typer av sjukhus – och den aktuella diskussionen rör ju framför allt de större sjukhusen. Lindgren och Kjellström påpekar att de allmänna internmedicinska klinikerna under de senaste decennierna delats upp i en rad subspecialiteter.

Detta har drivits fram av den ökade kunskapsmängden och det därav följande behovet av ökad specialisering för att kunna ta tillvara denna kunskapsmängd. Subsialiseringen har bidragit till att antalet läkare med bred internmedicinsk kompetens minskat samtidigt som alltså resurserna och sängplatserna för såväl akut som kroniskt sjuka patienter reducerats.

Omhändertagandet av de akut sjuka internmedicinska patienterna har därmed ofta blivit långt sämre än det skulle behövt vara. I alltför många fall utgörs den seniora kompetensen vid akutmottagningarna inte av professionella akutmedicinare, utan av allt äldre till akuten kommenderade grenspecialister.

Akutmedicinska sängplatser att lägga de nyinkomna svårt sjuka patienterna på saknas. I stället fördelas de akut sjuka till olika internmedicinska grenspecialiteters avdelningar, med dålig vårdkvalitet för de akut sjuka och med allvarliga konsekvenser för de kroniskt sjuka som är i behov av grenspecialitetens specialistresurser för elektiv vård.

Situationen är kort sagt allvarlig och åtgärdskrävande, och i detta håller jag alltså tillfullo med Lindgren och Kjellström.

## Tror inte på lösningen

Dock tror jag inte alls på deras lösning: att ytterligare förlänga utbildningen av läkare i alla internmedicinska specialiteter; att lägga obligatorisk tjänstgöring på akuten på de färdigutbildade grenspecialisterna; samt att genomföra en organisation där alla grenspecialiteter har ansvar för alla typer av

*”I stället behövs möjlighet till en rad olika karriärer, där vi i stället för den omnipotenta internmedicinaren får kolleger som lär sig att samarbeta i nätverk såsom inom de flesta andra moderna organisationer.”*

akut sjuka patienter. Något som i praktiken riskerar att leda till fortsatta svåra problem för vården av patienter med allvarliga kroniska sjukdomar (som i dessa sammanhang kallas 'elektiva'), som ständigt riskerar att komma på mellanhand i den akuta situationen.

## Enheter för akut internmedicin

I en situation med ökande tillströmning av akut sjuka patienter och alltmer förkortade vårdtider för de flesta av dessa, förefaller det mig mycket rimligare att satsa helhjärtat på att bygga upp eller utvidga enheter för akut internmedicin.

Dessa enheter bör professionaliseras långt mer än idag genom att man bemannar akutmottagningarna, och till dessa knutna akuta internmedicinska vårdavdelningar, med läkare som är specialiserade på akut omhändertagande. Vidare krävs forskning på hur akut omhändertagande kan utvecklas, på långtidskonsekvenser av olika typer av akut omhändertagande (mycket försummade forskningsfält) samt undervisning om akutmedicin för såväl läkarstuderande som för de blivande specialisterna i alla de olika internmedicinska specialiteterna.

Dessa uppgifter kräver rimligen en

## Författare

LARS KLARESKOG

professor, överläkare i reumatologi, reumatologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

helhjärtad insats av engagerade kolleger som ser sin framtid inom just detta viktiga område.

## Engagemang i grenspecialiteter

Ett motsvarande intensivt och helhjärtat engagemang krävs naturligtvis inom de områden som Kjellström och Lindgren kallar grenspecialiteter. Dessa karakteriseras ofta av ansvar för de kroniskt sjuka, som av bland andra Prioriteringsutredningen prioriteras mycket högt. Där görs just nu mycket stora forskningsframsteg, vilka måste föras ut till patienterna av specialister som har långt större krav på sig än tidigare att i detalj följa och tillämpa den nya biomedicinen.

Samtidigt krävs alltmer av dessa specialister på de kroniska sjukdomarna vad gäller samverkan med patienter och patientorganisationer, samverkan med primärvård och rehabilitering, och samverkan med epidemiologer och hälsoekonomer i utvärdering av nya terapier.

## Dagens organisation försvårar

Omhändertagandet av dessa patienter med kroniska sjukdomar försvåras idag påtagligt av en organisation som söker kombinera akutmedicin och planerad vård för kroniskt sjuka inom strukturer som ej samtidigt klarar båda dessa uppdrag.

Ett exempel är att elektiv vård av kroniskt svårt sjuka reumatiker är mycket svårt att bedriva när ett oförutsägbart antal patienter med en rad olika sjukdomar konkurrerar om sängplatsen på den enda avdelning där den mångfasetterade kompetens som krävs för omhändertagande av den allvarligt sjuke reumatikern byggts upp. En stor risk föreligger alltid att den kroniskt sjuke, vilkens tillstånd kan vänta med behandlingen i ytterligare några dagar, sätts på mellanhand i den akuta prioriteringen.

## Kraven på grenspecialisterna

Vad gäller kunskapsutveckling inom grenspecialiteterna – och jag kan åter ta exemplet reumatologin – fordras alltmer kunskap och därmed kontinuerlig fortbildning om forskningsutvecklingen bland annat inom det immunologiska området. En rad nya läkemedel, med alltmer kraftfulla effekter men också mer komplicerade bieffekter, introduceras.

Specialisterna, både på universitetssjukhusen och på andra håll, blir alltmer rådgivare inte bara mot andra specialister på sina respektive sjukhus, utan mot andra kolleger i hela landet. De funge-

rar i praktiken som den internationella specialitetens representant på sin ort. Att i detta läge tro att grenspecialister med dessa många och svåra uppdrag dessutom skall kunna upprätthålla full akutmedicinsk kompetens, och med full professionalitet tjänstgöra på akuttagningarna, förefaller mig både orealistiskt och olämpligt.

## Skapa kliniska forskningscentra

Vid sidan av det rena sjukvårdsorganisatoriska argumentet för en medverkan i akutmedicinskt omhändertagande från alla grenspecialiteterna diskuterar Lindgren och Kjellström också den forskningsmässiga utvecklingen inom den moderna medicinen. De påpekar att forskningsutvecklingen inom både biomedicinen och epidemiologin allt mer går mot användningen av likartade metoder inom många internmedicinska specialiteter. Detta skulle också tala för en återgång till en samlad ledning för de olika internmedicinska specialiteterna.

Dock är ju den gemensamma snabba utvecklingen av biomedicinen inte begränsad till internmedicinen, utan gäller i stort sett all medicinsk vetenskap. Detta kräver i sin tur en mer öppen organisation inom hela den medicinska forskningen, med ett starkt samband mellan olika både biomedicinska och kliniskt epidemiologiska insatser.

Snarare än att lägga detta under en centraliserad invärtesmedicinsk sjukvårdsstruktur, förefaller det mig rimligare att skapa olika typer av kliniska forskningscentra, där såväl olika internmedicinska grenspecialiteter som andra specialister, andra biologiska forskare, epidemiologer, statistiker m fl samlas inom väl integrerade kunskapscentra.

## Orimliga krav på den enskilde

Slutligen till den enskilde läkaren, som skall vara bärare av alla de nya kunskaperna: Lindgren och Kjellström föreslår att denne läkare skall utvidga sitt kompetensområde väsentligt jämfört med idag. Detta gäller naturligtvis den kliniska kunskapen inom grenspecialiteten och inom angränsande grenspecialiteter, men i detta sammanhang framför allt vad gäller den akutmedicinska kompetensen. Denna breda akutmedicinska kunskap föreslås, om jag förstått Lindgren och Kjellström rätt, vidmakthållas och vidareutvecklas hos alla olika grenspecialister.

Samtidigt skall vederbörande, som sagts ovan, kraftigt utvidga sin kunskap inom den moderna biomedicinen såväl som inom epidemiologi och kliniska ut-

värderingsmetoder. På universitetssjukhuset skall denna läkare dessutom i sin forskning producera nya och internationellt konkurrenskraftiga forskningsresultat.

Det är för mig uppenbart att detta inte fungerar.

## Skapa olika karriärvägar

Istället behövs möjlighet till en rad olika karriärer, där vi i stället för den omnipotenta internmedicinaren får kolleger som lär sig att samarbeta i nätverk såsom inom de flesta andra moderna organisationer. Inom en grenspecialitet bör man ha möjlighet att – beroende på eget intresse och omgivning (olika på olika typer av sjukhus) – utbilda sig såväl till den mycket kunniga klinikern, till den kliniske pedagogen, till den kliniske forskaren, och till den experimentellt inriktade forskaren med klinisk anknytning.

Samtliga dessa bör ha god kunskap om utvecklingen inom angränsande specialiteter och ha kunskap och resurser för utbyte av information såväl kring den enskilde patienten som via ronder, seminarier och IT-kommunikation.

Denna kommunikation kan säkert åstadkommas medelst många olika organisationsformer, både inom den akademiska institutionens form och inom en samverkansorganisation bl a mellan de invärtesmedicinska grenspecialiteterna.

## Den akuta verksamheten

Samtidigt bör, som nämdes i inledningen av denna artikel, motsvarande struktur och utvecklingsmöjligheter skapas och stärkas för den akut inriktade internmedicinska verksamheten.

Också här bör de finnas som framför allt arbetar med det dagliga omhändertagandet, den svåra diagnostiken och det snabba handläggandet, liksom de som särskilt ägnar sig åt professionaliserad undervisning inom akutmedicin, samt den kliniske forskaren.

Enbart genom att skapa organisationer där man underlättar för den enskilde att dels kommunicera med andra, dels utveckla en hög egen kompetens inom något eller några områden – men inte kräva att enskilda personer skall göra allt – kan man ta till vara den fantastiska kunskapsutveckling som för närvarande sker inom medicinen, och samtidigt främja arbetsglädje och undvika utveckling av känslor av otillräcklighet och utbrändhet hos de medarbetare som skall förvalta denna kunskap. •