

De flesta valde studentlitteraturen

Det är nu 20 år sedan jag blev specialist i allmänmedicin, jag har fyllt de 50 och det känns naturligt att göra en positionsbestämning. Jag tillhör ju en medicinargeneration, som på sitt sätt fostrades av eller genomlevde radikaliseringsen av många områden i samhället i slutet av 1960-talet. Nu är det modernt att föraktfullt tala om »68:orna», men vad döljs bakom denna schablonbild?

Många allmänläkare tillhör samma åldersgrupp som jag, och utgör idag stommen i svensk primärvård. Det är det landstingen och departement senkommet börjar upptäcka, att en mycket stor del av allmänläkarkåren genom sjukskrivning, förtids- och ålderspension plötsligt håller på att lämna systemet.

Den största vrångbilden av denna min generation är – generaliseringen. Långt ifrån alla tillhörde »68:or» i den mening efterhandskonstruktörerna nu (av politiska skäl?) lägger in i begreppet. Jag hoppade lite mellan olika kurser för 30 år sedan, och i alla föreläsningssalar och sammanhang var »68:orna», i meningen samhällsintresserade med åsikter på vänsterkanten, i klar minoritet. Den största gruppen studenter deltog inte i politiska ställningstaganden, engagerade sig för Vietnam eller ställde krav på radikalt förändrat utbildningssystem för läkare. De koncentrerade sig på att snällt lära sig sina läxor till nästa tentamen.

Ändå spelade säkert diskussionerna om världen utanför föreläsningssalarna och det strikt medicinska stor roll för det intresse som väcktes hos unga medicinare, oberoende av partipolitik. Dvs intresset för människors levnadsförhållanden, för socialmedicin och vård ute bland människorna. Det är en förklaring till att en relativt stor andel medicinare blev distriktsläkare när primärvården växte fram i slutet av 1970- och början av 1980-talen.

Det är inte så konstigt att vissa av läkarna i min allmänmedicinargeneration, som bröt ny mark efter provinsialläkarväsendets förfall, fick lite av sina honnörsord på hjärnan och försvarade

den moderna primärvårdens expansion med allmänmedicinsk trångsynthet och revirhävande.

Glädjande nog har under senare år en del av dessa tendenser minskat i kraft.

För det är ju så att i all medicinsk verksamhet borde människans helhet vara mer än summan av hennes anatomi. Lösningen av en svår medicinsk problematik som läkaren inte förstår, är inte en remiss till nästa subspecialist. Ambitionen måste för läkaren vara att finna hemligheten bakom individens symtom; smärtan, förlusten, lidandet. Otillräckligheten som läkare i detta, åtminstone min, är stor och det är ett livstidsprojekt att överbrygga denna klyfta.

Det är här kunskaperna inom naturvetenskapens paradig inte räcker. Många i min studentgeneration förde in sociala, psykologiska och filosofiska frågor i medicinen och bidrog nog till att humanism och medicin sökte sig till en helhet, detta långt innan det blev salongsfärdigt med humaniora i läkares tidskrifter och kurser i läkekonst bland studenter.

Det krävs således – förutom naturvetenskap – intuition, analogi, induktiva slutledningar och icke-verbalt igenkännande av strukturer och sjukdomsytringar. Alla läkare arbetar mer eller mindre reflekterande utifrån detta i sin kliniska verksamhet. Många vill bara inte erkänna det! Det är lika fel när allmänläkare tror att de har patent på »helhetssynen» som när den akademiska medicinen och sjukhusvården inte vill tillstå att man också där arbetar med i klassisk mening metafysiska frågor och tillämpar dess lösningar. Skillnaden mellan en specialist och en generalist är egentligen endast storleken av den sektor där vi söker de sanningar och framkomliga vägar vi behöver för att hjälpa våra patienter.

På intet sätt är generalistens roll som förstahandskontakt med människor ännu en allmän insikt. Det visar kommentarerna från läkarprofessionen och sjuksköterskefacket till den nationella handlingsplan för primärvården som nu är på väg till riksdagen. Gynekologer föreslogs bli kvinnans allmänläkare,

geriatriker de äldres etc. Det var klokt att departementet avfärdade dessa virriga idéer utan ideologiskt fotfäste.

Om vårdcentralerna i förlängningen av en sådan utveckling skulle bli polikliniker, som i gamla kommunistblocket, och alla primärläkare vara specialiserade på någonting, skulle – trots ambitionen att varje läkare ska ha en helhetssyn – risken vara stor att varje specialist i kraft av sin avgränsning på ett litet område kan vägra varje åtgärd som ligger utanför den egna kompetensen och avsvärja sig problem som ter sig invecklade och sammanvävda med be-
teendeytringar och sociala konflikter.

Diskussionen lär återkomma någon vända före min pension. Problemen för samhället att fullfölja det självklara, att vardagssjukvård ska skötas ut bland människor och inte på dyra sjukhusinstitutioner, är idag alltför uppenbara. Landstingen är oförmögna att kanalisera resurserna till det område de själva säger sig vilja prioritera! Socialminister Engkvists senaste trolleritrick, att utlova en allmänläkare per 1 500 om tio år, betyder föga när inga specificerade krav på läkarfördelningen ställs på landstingen. Risken är uppenbar att de skanonpengarna blir tomma skott och att krutet, det statliga bidraget, går in i de svarta håll som sjukvårdens krisekonomi har så gott om. Ska samhället behålla någon trovärdighet från mig och många i min allmänläkargeneration måste den sk primärvårdssatsningen – nu för 11:e gången – grundas på insikten att landstingspolitiker är oförmögna att stå emot olika särintressen och fullfölja det man sagt i 20 år, att skapa en fungerande bassjukvård.

Det som räknas är verkligheten; att många i min allmänläkargeneration lämnar yrket i besvikelse över de upprepade tomma löftena om en primärvårdssatsning och att rekryteringen av nya, unga läkare är alldeles otillräcklig. Det är beklämmande att se hur uthyrningsföretagen i vissa massmedier glorifieras, detta i syfte att slå sönder den sammanhållna offentliga landstingsvården. Den expanderande verksamheten med uthyrningsläkare – olyckliga veckovikarier på jakt efter guld – kan aldrig bli

framför politisk agitation

stommen i en fungerande allmänmedicin; detta i brist på kontinuitet, familjekännedom och socialmedicinskt ansvar. Bryts inte dagens onda cirkel kommer sjukhusen om fem till tio år vara kortslutna i sin specialistvård av det åsknedslag som ryms i de medicinska vardagsproblemens massverkan och psykosociala tyngd, kanaliserade till sjukhusen. Att det kommer att finnas vissa områden i Sverige med allmänmedicinsk privatvård, där läkare har rätt till och kan avgränsa sitt åtagande, ändrar ingenting i helhetsbilden.

Lösningen på dagens problem har inga genvägar. Det gäller att gå tillbaka till de grundstenar som många i min generation slogs för för 20–25 år sedan. Det är t ex barockt att den medicinska disciplin som sköter mer än hälften av alla läkarbesök i landet har en handfull akademiska företrädare medan det går att gödsla med professorer inom prekliniska och vissa kliniska subspecialiteter – på ett enda universitet!

För att primärvården ska kunna leva upp till sin roll i sjukvårdssystemet krävs att allmänmedicinen har en tung vetenskaplig förankring. Visst har det hänt en del under min generations yrkestid men alldeles för lite. En hel del av avhandlingarna i allmänmedicin och institutionernas hävdelser i den akademiska världen är traditionell subspecialiserad medicinsk forskning. Det stora greppet, kombinationen av socialmedicin, beteendevetenskap och annan humaniora med det medicinska oselektade panoramat och primärvårdsperspektivet – det saknas. Dock finns glänsande undantag bland lärare och allmänmedicinska forskare som förmått bryta med arvet från den sjukhusbundna forskningen, skapat embryot till en egen kultur och tradition. Flera av dessa är gamla »68:or», om man nu får vara inopportun och säga något gott om dem.

Det var också slående hur tron på en vision för många unga allmänmedicinare för 20–25 år sedan satte starka krafter i rörelse. Ett flertal utvecklingsprojekt och försöksstationer växte under några år upp som svampar ur jorden och förändrade mycket i svensk sjukvård.

Och det skedde utan pekuniära incitament. Idag hörs bara SAFs och SACOs plädering för att göra högavlönade in- och utländska utvecklare, s k spetskompetenser, till skattefrälse. Läkarförbundet slår sönder läkarkollektivet med individuell lönesättning i tron att endast ekonomiska morötter är drivkraften för utvecklingen.

Det är ett uttryck för ett samhälles mentala fattigdom när rikedom lyfts fram som nästan den enda hävstången. Detta när brister i sociala förhållanden eller samhällsliv ska avhjälpas. Inte minst för unga medicinars livsprojekt och karriär behöver idealitetens krafter lockas fram. Läkarförbundet skulle på ett helt annat sätt än nu medverka till att släppa loss dessa krafter, i första hand genom att få arbetsgivare att acceptera flexibilitet, fantasi och försöksverksamhet – det må gälla i offentliga stelbenta strukturer eller där marknadens diktatur över det medicinska handlandet tagit kommandot. Jag känner mig stolt över att tillhöra en generation medicinare, där så många lät sina yrkesliv styras av en vision.

Att reflektera över ett kvarts sekel allmänmedicinsk utveckling kan inte göras utan att i tacksamhet minnas primärvårdens nestor Gustav Haglund, som nyligen gått bort. Han sammanfattade efter pensioneringen sina allmänmedicinska tankar i boken *Allmänmedicinska perspektiv. Återblick och framtidsvy* (Almqvist & Wiksell Medicin, Liber utbildning, 1994). Boken är en källa för den eftertänksamme livsresenären på jakt efter en livsåskådning. Sidan 69:

Grunden för humanismen är en absolut och realistisk respekt för människan med insikt om det goda såväl som det onda i hennes väsen. Också människan är en dag borta med allt vad hon vet och hunnit lära. Men hennes erövringar och gärningar lever.

KRÖNIKÖR

BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, Vårdcentralen
Beckasinen, Ryd

”Dock finns glänsande undantag bland lärare och allmänmedicinska forskare som förmått bryta med arvet från den sjukhusbundna forskningen, skapat embryot till en egen kultur och tradition. Flera av dessa är gamla ’68:or’, om man nu får vara inopportun och säga något gott om dem.”