

Risk att lesbiska kvinnor får sämre bemötande och behandling

SERIE Genusperspektiv

Tidigare artiklar i serien är publicerade i nummer 45, 46 och 47/00.

Nedanstående studie är ett 10-poängsarbete gjort på läkarlinjen vårterminen 1998. Projektarbetet ingår som en egen, obligatorisk kurs under termin 7, och studenten får själv välja intresseområde.

Bristande professionalism

Lesbiska kvinnor är en grupp som är särskilt utsatt i konsultationen. Från att ha varit så gott som osynliga i den medicinska forskningen finns det nu ett flertal, framför allt amerikanska, undersökningar som belyser lesbiska kvinnors liv och hälsa [1-3]. Många av dessa undersökningar handlar om att lesbiska kvinnor uppfattar sig bli oprofessionellt bemötta i sjukvården i allmänhet och hos gynekologen i synnerhet [1].

Amerikanska undersökningar visar även på vad man skulle kunna kalla en oroande homofobi bland olika personal-kategorier inom vården, däribland läkare [1]. Homofobin uttrycktes bl a i att homosexualiteten fortfarande uppfattas som en sjukdom samt att den ansågs vara omoralisk, motbudande och onaturlig. Andra homofoba föreställningar var att lesbiska kvinnor är en högriskgrupp för aids (de bedömdes alltså som homosexuella män) [1, 2].

Ytterligare studier tyder på att lesbiska kvinnor ibland undviker rutinemässiga hälsokontroller samt att de går mer sällan till läkare än andra kvinnor.

Författare

DOMINIQUE ANDERSSON

då undersökningen genomfördes läkarstuderande, termin 7, nu termin 11, Göteborgs universitet.

ANNA WESTERSTÅHL

distriktsläkare, doktorand, avdelningen för allmänmedicin, institutionen för samhällsmedicin, Göteborgs universitet. Handledare för projektet och artikelskrivandet.

Detta kan naturligtvis leda till konsekvenser från hälsosynpunkt [2, 3].

Det förekommer också att lesbiska kvinnor fruktar att de får sämre vård och därför gör en regelrätt riskbedömning innan de berättar om sin sexuella identitet under konsultationen med sin gynekolog [1]. Eftersom den lesbiska kvinnan som patient förblir okänd, riskerar gynekologen att gå miste om väsentlig information, att ge missvisande råd eller inadekvat behandling.

Frekvens

Hur många lesbiska finns det i Sverige idag? Olika internationella studier anger förekomsten till mellan 0,2 och 6,9 procent av alla kvinnor [1]. En norsk förekomststudie frågade hur många människor som kände någon homosexuell. En av tio svarade att de hade en nära vän som de visste var lesbisk/bög, och en av fyra svarade att de hade en homosexuell bekant [4]. Enligt en annan undersökning var mellan en och tre procent av gynekologens patienter i konsultationen lesbiska eller bisexuella [2].

Varför varierar antalet så kraftigt? Svårigheten ligger i att ställa »rätt» frågor. Det kan spela en stor roll om man frågar efter hur kvinnan identifierar sig (hetero-, homo- eller bisexuell) respektive vilket kön hennes partner har. Det kan även vara viktigt om man använder ordet lesbisk eller inte. För att ytterligare belysa svårigheterna med definitionen av »den lesbiska kvinnan» tyder vissa undersökningar, både svenska och amerikanska, på att flertalet lesbiska kvinnor har haft sex med män [1, 2]. Många av dessa kvinnor hade haft ett samlag med en homosexuell man, och hur ska de då definieras? Varken inom feministisk forskning eller sexualitetsforskning råder enighet om vad som bildar grunden för kategorierna »kvinnor» eller »lesbiska» eller vilka som ingår i dessa kategorier [5].

Anta att 5 procent av Sveriges kvinnor är lesbiska, det innebär cirka 200 000. Dessa kvinnor, som då utgör en inte oväsentlig del av gynekologens patienter, har en annan sexualitet och en annan livssituation.

De ovan nämnda studierna har utgått från de lesbiska kvinnornas erfarenheter av sjukvård. Denna undersökning

Sammanfattat

- Hälsofrågor hos lesbiska kvinnor tilldrar sig ett växande forskningsintresse, och studier visar bland annat att många lesbiska kvinnor är missnöjda med bemötande i sjukvården. Denna studie är ett tio-poängsarbete på läkarlinjen och bygger på intervjuer med sex gynekologer om deras erfarenhet av lesbiska kvinnor i konsultationen.
- Gynekologerna kände till få lesbiska kvinnor bland sina patienter, och ingen frågade direkt om sexuell identitet. Kunskapen om relevanta hälsofrågor hos lesbiska kvinnor var begränsad, men det fanns ett intresse att lära sig mer. Gynekologernas känslor inför temat homosexualitet inkluderade bland annat vemod och sorg.
- Om gynekologer förutsätter att alla kvinnor är heterosexuella eller undviker att fråga om sexuell identitet eller sexuellt beteende riskerar hon/han att gå miste om väsentlig information och ge missvisande råd och/eller inadekvat behandling.

fokuserar i stället på gynekologen i konsultationen med den lesbiska kvinnan.

Huvudfrågeställningarna som initierade undersökningen är: Vilken kunskap har gynekologer om lesbiska kvinnors hälsa? Vilka känslor har gynekologen inför mötet med lesbiska?

METOD

Vi valde metod utifrån frågeställningarna, nämligen gynekologernas kunskap om lesbiska kvinnors hälsa och deras känsla inför mötet med lesbiska kvinnor. Det är informanternas egna reflektioner jag försökt fånga, och

då lämpar sig intervjun som undersökningsmetod. Jag använde mig av ett semi-strukturerat frågeformulär med två huvudteman och ett antal underfrågor. Stort utrymme gavs åt informanten att utveckla samtalet, och jag ställde följdfrågor till de olika teman som informanterna tog upp.

Min ursprungliga ambition var att göra tio intervjuer med hälften kvinnliga och hälften manliga gynekologer. Dessutom ville jag ha lika många yngre som äldre gynekologer, respektive representanter från öppen och sluten vård.

Rekryteringen skedde enligt snöbollsmetoden, som innebär att en informant föreslår en eller flera andra som han/hon bedömer vara lämpliga för uppgiften. På så vis får man ett strategiskt urval av intresserade personer. Resultatet blev sex specialistutbildade gynekologer, fyra kvinnor och två män, med ålder mellan 45 och 55 år.

Intervjuerna bandades och skrevs därefter ut ordagrant. Innehållet och svaren har analyserats och redovisas utifrån de två huvudfrågeställningarna.

RESULTAT

Kunskap

Hur många av gynekologens patienter var känt lesbiska? Det visade sig att andelen kända lesbiska patienter hos de intervjuade gynekologerna varierade stort. En kände till någon enstaka som hon träffat under sina 25 år som praktiserande gynekolog. Två nämnde en siffra på över 20, under en 20-årsperiod. En av dem påpekade samtidigt att antalet lesbiska patienter är mycket svårt att uppskatta och att alla siffror troligtvis är grova underskattningar. En fjärde uppskattade att hon träffade en till två lesbiska patienter i månaden, vilket motsvarade cirka en procent av hennes patienter. Hon trodde sig ha minst lika många till, sannolikt flera, som inte berättat att de är lesbiska.

Hur fick gynekologen reda på att patienten var lesbisk? Den största andelen av de patienter som gynekologerna visste var lesbiska hade själva berättat om sin homosexualitet. Ingen av de sex gynekologerna frågade rakt ut om kvinnan var lesbisk.

En av gynekologerna hade tidigare frågat om kvinnan levde med en man eller kvinna, men slutat då hon upplevde att det kändes konstigt. Alla försökte komma in på temat via indirekta frågor om partner, förhållande och boende. De frågade exempelvis: »Lever du ensam eller med en partner?» eller »Finns det en risk att du skulle kunna ha fått en sexuell smitta?»

Gynekologerna drog även slutsatsen att patienten var lesbisk genom »någon-ting som kanske avsaknaden av man-

och barnprat» eller »oerhört blank anamnes, inga graviditeter, liten erfarenhet av preventivmedel».

Varför tror gynekologen att lesbiska kvinnor väljer att inte berätta om sin homosexualitet? De intervjuade gynekologerna ansåg att kvinnorna väljer att inte berätta för sin gynekolog att de är lesbiska, eftersom de är rädda för att få ett sämre bemötande eller bli utsatta för en kränkande eller sämre behandling. En gynekolog trodde att kvinnorna gjorde en värdering av om det är viktigt att den här doktorn vet detta om mig: »Om man som lesbisk inte känner behov av att berätta för gynekologen och om gynekologen för behandlingen inte har behov att veta, är det oväsentligt om kvinnan har en karl eller tio karlar eller en kvinna eller tio kvinnor.»

Vad är det för speciellt med lesbiska i konsultationen? Ingen av gynekologerna beskrev några gynekologiska problem som de ansåg vara specifika för lesbiska. Två av dem tog däremot upp minskad infektionsrisk. De flesta av gynekologerna ansåg inte att lesbiska kvinnor behöver särskilt bemötande. Två av de kvinnliga gynekologerna ansåg att lesbiska kvinnor skulle »slippa en del resonering omkring preventivmedel och infektioner» om de hade varit öppna med sin homosexualitet. De uttryckte även sin förståelse för lesbiska kvinnors problem att alltid bli betraktade som självklart heterosexuella. En av de manliga gynekologerna ansåg inte att det fanns något problem över huvud taget.

För att ge ytterligare exempel på hur konsultationen med den lesbiska kvinnan kunde vara annorlunda, nämnde några av de intervjuade gynekologerna »den reproduktiva myten» (att alla kvinnors mål är att få barn och att en kvinna inte är en riktig kvinna om hon inte föder minst ett barn), eller menade att »de förmenas ju lyckan att få barn». En av gynekologerna ansåg även att det kunde vara annorlunda rent fysiskt att undersöka den lesbiska kvinnan, eftersom hon kunde ha sin mödomshinna kvar. En annan beskrev konsultationen med den lesbiska kvinnan som lite obekvämt för att den inte var det vanliga och att vissa spänningar därmed kunde uppkomma.

En av de manliga gynekologerna ville skilja mellan äkta och mera situationsbetingad homosexualitet, där det senare enligt honom innebär att en heterosexuell person för stunden uppvisar ett homosexuellt beteende, exempelvis för att en kvinna är »jävligt less på sin alkoholiserade man. Den rena, äkta homosexualiteten, som inte är tillgänglig för beteendeterapi, är inte så vanlig som folk i allmänhet tror.»

Kunskap om lesbiska kvinnors hälsa. En av gynekologerna ansåg sig inte ha

tillräcklig kunskap i ämnet, två tyckte de hade tillräcklig kunskap, medan övriga ansåg att det var svårbedömbart. Ingen av gynekologerna hade haft temat lesbiska kvinnor uppe under grundutbildningen, någon hade träffat på det under specialistutbildningen. Alla gynekologerna sökte information om lesbiska kvinnors hälsa på egen hand, framför allt i litteraturen.

I allmänhet använde gynekologerna skriftlig information i varierande grad under konsultationen. En kände till att det fanns speciell information för lesbiska kvinnor [6]. Två tyckte att det behövdes, men ingen använde sig av sådan information.

Känslor

Flera av gynekologerna kände ett visst vemod eller till och med sorg över temat homosexualitet. De flesta skulle känna sorg om deras egen dotter var lesbisk, framför allt eftersom de då inte skulle kunna få egna barnbarn.

En av de kvinnliga gynekologerna tog även upp den psykologiska aspekten där hon kände extra höga krav på sig själv (prestationsångest) att göra ett bra jobb under konsultationen, eftersom den lesbiska kvinnan valt att gå till just henne.

Två av gynekologerna nämnde även att de känt sig provocerade i samband med temat lesbiska kvinnor. De syftade på situationer där lesbiska träder fram och blir synliga och kräver särskild uppmärksamhet.

Ytterligare en reflektion, som kom fram under intervjuerna, var att en kvinnlig gynekolog ansåg att »homosexuella lever ett något slags innerligare liv» samtidigt som de alltid riskerar att möta att de är »särskilda eller annorlunda på något sätt».

Tre av gynekologerna hade inte ändrat sin tidigare inställning till homosexualitet. De övriga hade tidigare tyckt att homosexualitet var märkligt och konstigt, men ändrat sin inställning med ålder och erfarenhet.

Alla gynekologerna hade homosexuella vänner och flera umgicks med lesbiska kvinnor privat.

DISKUSSION

Metod och urval

Intervjun som forskningsmetod ger möjlighet till fördjupning och till att fråga vidare, vilket är en fördel framför allt vid frågeställningar som rör känslor. Metodens begränsning ligger naturligtvis i att antalet informanter blir mindre än vid en enkätundersökning. Vi valde att avbryta undersökningen efter sex intervjuer på grund av tidsaspekten. Det är osäkert om flera informanter hade lett fram till annorlunda svar. Däremot hade troligtvis ytterligare intervjuer, med

samma gynekolog, kunnat leda till en fördjupning av kunskapen om de känslomässiga aspekterna.

Ett selekterat urval av intresserade personer som snöbollsmetoden innebär kan också ha påverkat resultatet. Dessa gynekologer är antagligen personer med ett särskilt intresse för konsultationen, och man kan kanske tro att de är ovanligt öppna i frågor rörande sex och samlevnad. Påfallande var att de flesta hade terapeutisk erfarenhet. Det påverkade troligen deras svar, eftersom de är tränade att lyssna på och förstå människors.

Hur fråga?

Vår första förvåning beträffande resultaten i denna undersökning gällde gynekologernas bemötande av den lesbiska kvinnan. Ingen av de sex gynekologerna ställde den raka frågan »Är du lesbisk?» till sin kvinnliga patient. Handlar sexualitet bara om heterosexualitet? Är gynekologerna rädda för att de heterosexuella kvinnorna skulle känna sig illa berörda av frågan? Gynekologerna i min undersökning uppfattade att det är kränkande för heterosexuella kvinnor att bli tagna för att vara lesbiska. Detta belyser en del av svårigheterna i hur gynekologer ska få reda på att den kvinnliga patienten är homosexuell. Mina informanter använde ibland ett kvalificerat gissningsförfarande i stället för att ställa en enkel fråga.

Det kan naturligtvis anses vara den lesbiska kvinnans ansvar att själv berätta att hon är homosexuell. Men tidigare undersökningar och även denna visar på svårigheterna för kvinnan att »komma ut» inför sin gynekolog [2] (att »komma ut ur garderoben» eller kort »att komma ut», betyder att berätta för någon om sin homosexualitet). Elsa-Lena Rydings undersökning [7] bekräftade lesbiska kvinnors rädsla att komma ut, och hela 67 procent hade inte berättat för sin gynekolog att de var homosexuella. De var framför allt rädda för negativa reaktioner och för vad som skulle skrivas i journalen. De intervjuade gynekologerna verkade tycka att det var kvinnans eget ansvar att berätta om sin homosexualitet.

Kvinnans farhågor att få ett sämre bemötande kan göra att hon väljer att inte ta upp ämnet. Viktigt är då hur gynekologen kan underlätta för kvinnan genom sina frågor. Hon/han kan använda sig av könsneutrala begrepp i samtalet med kvinnan och exempelvis fråga: »Lever du själv eller tillsammans med någon? Är din partner/sambo man eller kvinna?» för att ge större utrymme åt mångfald.

Den första september 1999 öppnade en speciell gynekologisk mottagning för lesbiska kvinnor i Stockholm. Vid

en sådan mottagning försvinner en del av grundproblemet, det vill säga hur får gynekologen reda på att kvinnan är lesbisk. Troligtvis leder denna mottagningsverksamhet till ökade kunskaper om lesbiska kvinnors hälsa och ett synliggörande av denna grupp.

Kunskaper om smittrisker respektive barnafödande

Vår andra förvåning gällde att kunskapen hos gynekologerna, om lesbiska kvinnor och sexuell smittöverföring respektive barnafödande, var så ringa.

Kunskaperna om sexuell smittöverföring mellan kvinnor har varit mycket begränsad, men det finns nya studier som antyder att exempelvis bakteriell vaginos och trikomonas kan smitta [1, 7, 8]. Vad gäller HIV finns enstaka fallbeskrivningar av seropositivitet hos kvinnor (sexuell identitet ej specificerad) där man tror att överföring kan ha skett via blodkontakt [1].

En förutsättning för ökad kunskap på detta område är givetvis att man känner till den sexuella praktiken, och få undersökningar belyser detta. Ett undantag är en svensk undersökning initierad av RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande), där 86 procent av de tillfrågade kvinnorna någon gång haft sex med en man, och 14 procent hade aldrig haft det. De som haft sex med en man de senaste tio åren (56 procent av de svarande) fick ange hans läggning. Tre fjärdedelar angav att han var heterosexuell, 10 procent bisexuell och 12 procent att de inte visste hans läggning. Många av dessa kvinnor hade identifierat sig som lesbiska i många år. De påpekade samtidigt att det var mycket lättare att hitta en manlig sexuell partner än en kvinnlig.

Undersökningen gällde även vilket kön kvinnorna föredrog att ha sex med samt vilket kön de vanligtvis hade sex med. Över 90 procent föredrog kvinnor som sexpartners. Den största delen hade vanligtvis sex med kvinnor, medan 7 procent hade en manlig sexpartner [9].

De intervjuade gynekologerna tog färre eller inga cellprov när de kände till att kvinnan var lesbisk. En aspekt är då att de kanske tar för få cellprov, eftersom vissa amerikanska undersökningar tyder på att upp till 80 procent av lesbiska har haft sex med män minst en gång. Detta gäller framför allt yngre lesbiska kvinnor som ibland har sex med homosexuella män och därmed är i riskzonen för både HIV och kondylom [1, 2]. Eftersom det finns ett samband mellan kondylom och cancer på livmodertappen, bör framför allt lesbiska som haft sex med män, i samma utsträckning som heterosexuella kvinnor, regelbundet låta utföra ett cellprov.

De intervjuade gynekologerna hade inga speciella kunskaper om lesbiska

kvinnor och sexuellt överförda sjukdomar, eller uttryckte mera allmänt att »lesbiska har färre könssjukdomar». En lämplig uppgift för gynekologen vore att ta reda på om den lesbiska kvinnan haft sex med män, kvinnor, både och eller varken eller, för att kartlägga eventuella riskbeteenden samt förebygga sexuell smittöverföring. Behovet av cellprov påverkas av det sexuella beteendet och inte av den sexuella identiteten, och som nämnts förut överensstämmer inte dessa alltid.

Även gynekologernas föreställningar om lesbiska kvinnors familjeliv stämde dåligt överens med verkligheten. Flera av dem tog upp »den reproduktiva myten» och verkade anse att homosexualitet automatiskt innebär barnlöshet. Det finns uppskattningsvis 40 000 barn i Sverige, där den ena eller båda föräldrarna är homosexuella [6]. I USA råder sedan några år en »baby-boom» bland lesbiska kvinnor [10]. Kanske ser vi snart en liknande trend i Sverige. Dessa lesbiska kvinnor/blivande mammor kommer också till gynekologen. Hur upptäcker gynekologen dem, och hur blir de bemötta i konsultationen?

Utbildningsbehov

Temat lesbiska kvinnors hälsa lyser med sin frånvaro under hela läkarutbildningen. En tänkbar anledning till detta är att kvinnohälsa/kvinnosjukdomar också är ett styvmoderligt behandlat ämne. Det är svårt att få tag i litteratur om lesbiska kvinnors hälsa, och det krävs att gynekologen själv är aktiv och söker efter information.

Gynekologerna i denna undersökning hade också en bristfällig kunskap och föreställningar som vilade på ovetenskaplig grund. Till exempel hade en informant uppfattning om »ren och äkta homosexualism» (ordet »homosexualitet eller homofili), medan modern genusteori har lämnat detta biologiska synsätt [11]. Merparten av gynekologerna uppvisade dock ett intresse för att lära sig mer om lesbiska kvinnors hälsa.

Vilka följder kan gynekologens känslor få?

De känslor som kom fram under intervjuerna med gynekologerna var vemod, sorg, provokation och fascination samt att det är något märkligt och konsigt med homosexualitet.

Hur påverkar det konsultationen att en läkare upplever sorg eller andra starka känslor inför det sätt som en patient valt att leva på? Hur upplever patienten, som kanske är glad och lycklig i sin situation, att gynekologen faktiskt tycker synd om henne?

Lesbiska kvinnor vill synas i konsultationen hos gynekologen samt mötas

ANNONS

med respekt beträffande sin livssituation. För att detta ska bli möjligt behövs ömsesidig vilja till samarbete mellan gynekologen och den lesbiska kvinnan.

Om kvinnor inte för en dialog om sexualitet och sexuella beteenden hos gynekologen – var ska de då göra det?

Referenser

1. Westerståhl A. Lesbisk hälsa – En översikt av hälsofrågor i en marginaliserad grupp. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1996. F-serie nr 3.
2. O'Hanlan KA. Lesbian health and homophobia: Perspectives for the treating obstetrician/gynecologist, current problems in obstetrics. *Gynecology and Fertility* 1995;4:93-136.
3. Harrison AE. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students. *Fam Med* 1996;28:10-23.
4. Hegna K, Kristiansen HW, Ulstein Moseng B. Levkår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. Oslo. Norsk institutt for forskning om opplevelse, velferd og aldring; 1999:1.
5. Jagose AM. *Queer theory. An introduction.* New York. NY University Press; 1996.
6. Folkhälsosekretariatet, RFSL Göteborg, avdelning 2. Lesbiska kvinnors liv och hälsa. Göteborg.
7. Ryding EL. Lesbiska kvinnor på gynekologisk undersökning. *Nordisk sexologi* 1992;10:116-23.
8. Berger BJ, Kolton S, Zenilman JM, Cummings MC, Feldman J, McCormack WM. Bacterial vaginosis in lesbians: A sexually transmitted disease. *Clin Infect Dis.* 1995;21:1402-5.
9. Hervordotter S. Lesbiska och bisexuella kvinnor i Stockholm – En studie av identitet, öppenhet, sexualvanor och sexuellt välbefinnande. Stockholm. RFSLs hivkansli, RFSL – rådgivningen; 1997.
10. Sandell K. Att leva lesbiskt och den heterosexuella normen – Tankar kring livsval. Lund. Sociologiska institutionen; 1993.
11. Butler J. *Gender trouble: Feminism and subversion of identity.* New York: 1990.

Summary

Gynecologists on lesbians – an interview study. There is a risk that lesbians receive substandard treatment and care

Dominique Andersson, Anna Westerståhl

Läkartidningen 2000; 5796-5800.

Lesbian women as patients have reported a lack of professionalism and knowledge in medical care. This interview study focused on the gynecologist in consultation with lesbians, and included questions regarding the gynecologists' knowledge as well as feelings about lesbians and their health-related issues. The study's main conclusion is that gynecologists do not ask about their patient's sexual identity/behavior. They thereby risk offering misleading advice or inadequate treatment.

Correspondence: Dominique Andersson, Dr Forselius Backe 9, 413 26 Göteborg.

E-mail: fkm291t@tinet.se

Den nationella handlingsplanen

Utvecklar allmänläkarnas yrkesroll

I regeringens nationella handlingsplan [1] kan man enligt vår mening finna bland annat följande intentioner med betydelse för primärvården:

- Primärvården skall ha övergripande, samordnande och person- eller familjenära uppgifter.

- Primärvården måste arbeta efter medvetna prioriteringar enligt gällande lagstiftning och öppet redovisa dessa.

- Patienternas delaktighet och inflytande måste öka. Det betyder att arbetet i primärvården måste utgå från ett mer patientfokuserat arbetssätt. Egenvård och självbehandling är viktiga aspekter, liksom tillvaratagande av den kunskap som finns hos patienterna.

Att patienterna själva har kunskaper om vården som bör kunna utnyttjas för att påverka olika vårdprocesser exemplifieras i en nyligen publicerad intervjustudie från England, där patienter fick prioritera olika kvalitetsaspekter inom vårdkedjan [2]. Det mest intressanta av de teman som framkom i denna undersökning var en kvalitetsbrist som man kallade »left in limbo», vilket närmast betyder att bli lämnad i ovisshet eller, mer konkret, att hamna i »ingenmansland». Med detta menade patienterna en oviss väntan på besked och avsaknad av någon som bevakar deras väg genom sjukvårdssystemet, t ex då en remiss skickats till sjukhus men ingen information om väntetid ges till patienten.

- Lednings-, organisations- och arbetsformerna inom vården behöver ses över och inflytandet för dem som arbetar närmast patienten öka. Teamets betydelse och nödvändigheten av att utveckla formerna för lagarbete poängteras. Vidare påkallas åtgärder för förbättrad tillgänglighet och kontinuitet, inte bara när det gäller primärvård, utan också i fråga om slutenvård. Samverkan med övriga enheter inom hälso- och sjukvården betonas. Samarbetet mellan de olika organisationerna bör flyta smidigare och effektivare, bland annat genom IT-användning.

- I propositionen uppmärksammas ett starkt eftersträvat behov av kunskaps- och kompetensutveckling för de olika professionerna inom vården. Fortbildningens betydelse för vårdens kvalitet

Sammanfattat

- Huvudsyftet med regeringens nationella handlingsplan är att ge primärvården och den specialiserade vården ökade möjligheter att tillsammans förbättra vårdkvalitet och tillgänglighet.
- Handlingsplanens förverkligande innebär en utveckling av allmänläkarnas yrkesroll med tonvikt på ledarskap, teamarbete, organisatoriskt lärande och utvidgat samarbete.
- Allmänläkarna bör ta ett större eget ansvar för fortbildning och även värna om kompetensutveckling för övriga teammedlemmar.
- Forskning och utveckling måste bli naturliga delar av allmänläkarnas arbete.
- Landets ca 200 allmänläkarkonsulter är sjukvårdsexperten med kunskaper som bör tas tillvara av beslutsfattare.
- Allmänläkarna bör betrakta sig som samordnare och huvudansvariga för sina patienter, inte som »grindvakter» eller »fotfolk på fältet».

Författare

GÖSTA ELIASSON
nationell fortbildningssamordnare,
Svensk förening för allmänmedicin,
Falkenberg
E-post: goseli@algonet.se

HENRY EGIDIUS
pedagogisk konsult, medicinska fakulteten, Lunds universitet.
E-post: egidius@ebox.tinet.se