

Kommentar till ett förslag:

»Primärvårdsnära specialister« bör på sikt bli fullgoda generalister

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg har i ett remissförslag, »Framtidens närsjukvård för göteborgarna – en långsiktig satsning på att utveckla den primära vårdens möjligheter«, tecknat en plan för hur primärvården i Göteborg bör se ut i framtiden.

CECILIA BJÖRKEKUND
CHRISTEL LUNDH
BENGT MATTSSON
KERSTIN RÖDSTRÖM
ANNA WESTERSTÄHL

samtliga är allmänläkare och lärare vid avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet

II I Läkartidningen 3/01 (sidorna 148-9) intervjuas ordföranden i nämnden, Caterina Franceschi (s), om det nya förslaget som enligt reportaget karakteriseras av »nya grepp« och »krafttag«. En av dessa nyheter är att inte bara specialister i allmänmedicin skall vara den fasta läkarkontakten (som Hälso- och sjukvårdslagen säger). Även andra specialister, t ex geriatriker och barnläkare, skall vara tänkbara som första linjens doktorer.

»Personligen har jag mest mött positiva reaktioner till det här förslaget, även från läkarhåll«, säger Franceschi i intervjun. Vi vill här framföra uppfattningar av annorlunda slag.

Förslagets struktur

Politikerna har utgått från de brister som göteborgarna idag upplever när de söker för att få sina basala sjukvårdsbehov tillgodosedda. I förslaget fastslås inledningsvis att det finns otillräckligt med läkare i främsta linjens sjukvård. Sjukhusens akutmottagningar blir uppsökta i för stor omfattning, och skall befrias från patienter som får bättre och mer adekvat vård på en vårdcentral. Mer lättillgänglig och personlig vård efterlyses. Förslaget, som spänner över många frågor, tar upp både primärvårdens innehåll, dess uppdrag och organisation.

Svårtydd bild av framtiden

Synar man texten är det dock svårt att få en bild av hur man tänker sig framtiden. Åsikter om organisation och vårdinnehåll blandas med varandra, och begreppen rörs ihop. En lätt förvirring inträder. Gör man en vetenskaplig värdering av dokumentet går man snart vilse. En

mängd termer används utan att närmare definieras.

Den vård som skall beskrivas kallas omväxlande »primärvård«, »primär vård«, »öppenvård« och »närsjukvård«, och de läkare som föreslås tjänstgöra kallas utan närmare förklaring omväxlande »allmänläkare«, »specialister i allmänmedicin«, »privatläkare«, »primärvårdsnära specialister«, »fast läkarkontakt«. Begreppsoklarheten bidrar till att utkastet blir svårbegripligt.

»Tänja« på Hälso- och sjukvårdslagen

Franceschi säger i intervjun att det krävs ett »nyttänkande som i praktiken innebär att man 'tänjer lite' på Hälso- och sjukvårdslagen«. Ingår begreppens otydlighet i en strategi för att kunna åstadkomma denna »tänjning« av lagen? Rättsregeln påbjuder att den fasta läkarkontakten skall vara en specialist i allmänmedicin.

Generalist och specialist

Begreppen behöver förtydligas och utgångsläget göras klart. Vad vet man om hur första linjens sjukvård bör se ut?

Det finns både nationellt och internationellt en dokumentation och erfarenhet av vilken vård som en befolkning i första hand behöver och vad som är ekonomiskt gynnsamt [1-4]. Här framkommer att i primärvården (= den vårdnivå som finns lättillgänglig och nära befolkningen och som tar emot oselekterade problem) skall det finnas en person/vårdgivare med en bred kompetens som har utbildning för och fokus på ett biopsykosocialt arbetssätt.

Detta val är motiverat av flera skäl. Sjukdomspanoramata i primärvården har ändrat karaktär under de senaste decennierna. En förändrad åldersstruktur, nedskärningar på sjukhus, och allmänhetens ökade kunskaper och krav innebär att många olika typer av medicinska och psykosociala frågeställningar är vanligt förekommande i primärvården. Och i många patientmöten vävs dessa frågeställningar intimt ihop.

Hos primärvårdsläkaren måste därför ett brett medicinskt kunnande kombineras med kunskaper om livsvillkorens betydelse för hälsan. Ett biomedicinskt synsätt är nödvändigt men otillräckligt i försöken att hjälpa den sjuka människan.

Evidensbaserad ståndpunkt

Vidare har den vård sökande ofta flera problem vid sitt besök. Det kan vara stora eller små bekymmer som man vill tala om och få råd och hjälp med. Bröstsmärtor, ensamhet, sömnproblem och ett värkande knä kan presenteras vid ett och samma besök. En äldre befolkning utmärks särskilt av multiproblem.

Självklart behövs en generalist här som kan diskutera alla typer av sjukdomar hos alla åldrar vid ett och samma besök. Det är den nödvändiga och ovedersägliga utgångspunkten. Att hävda viktigen av en generalist i primärvården är inget »tyckande« eller någon ideologiskt färgad ståndpunkt. Det är en evidensbaserad ståndpunkt.

Men, och det är viktigt, dessa primärvårdsnära specialister som vill vara »fasta läkarkontakter« skall inrikta sig mot att få en kompletterande allmänläkarkompetens. De skall inte för alltid stanna i sin ursprungliga specialitet utan genom personligt skapade program få träning mot den bredd som allmänläkarkompetensen innebär.

Annons

Annons

serad och erfarenhetsmässigt förvärvat kunskap som skall tas på största och dju-paste allvar.

Allmänläkare och distriktssköterskor

Det finns idag två grupper vårdgivare som har just denna bredd som sin särskilda »specialitet« – allmänläkare och distriktssköterskor. Ibland kallas dessa också »specialister« – en beteckning som egentligen är motsägelsefull.

Men termen vill peka på att man särskilt utbildad och inriktad sig mot bredden och helheten, och att integre-ring och det biopsykosociala perspektivet utgör en grundbult i mötet med den vårdökande. Dessa båda grupper skall utgöra den bas som den första linjens vård vilar på. Och det är på denna grund som uppdraget skall vila.

Självklart behöver vi kunna rådgöra med eller remittera till en specialist, som kan vara fast anställd eller på deltid arbeta på vårdcentralen – t ex kurator, psykolog, diabetesköterska, sjukgymnast, specialistläkarkonsult. Specialisten kan också finnas på ett sjukhus, vara neurolog, psykiater, kirurg etc. Men det är viktigt att den rätta ordningen upprätthålls. Principen som bör gälla är att börja i helheten och vid behov gå till delen.

Bristen på allmänläkare

Förslaget tar helt riktigt upp dagens brist på allmänläkare. Man har, i hela vårt land och inte minst i Göteborg, under många år underlåtit att skapa förutsättningar för en tillväxt av allmänläkarkåren. De s k primärvårdssatsningar som gjorts har varit bräckliga och magra.

Primärvården befinner sig i ett besvärligt vakansläge, och nyrekryteringen verkar svag. Därför är det nödvändigt att andra läkare/specialister – »primärvårdsnära specialister«, enligt utredningens förslag – under en tid får arbeta som allmänläkare.

Kompletterande allmänläkarkompetens

Men, och det är viktigt, dessa primärvårdsnära specialister som vill vara »fasta läkarkontakter« skall inrikta sig mot att få en kompletterande allmänläkarkompetens. De skall inte för alltid stanna i sin ursprungliga specialitet utan genom personligt skapade program få träning mot den bredd som allmänläkarkompetensen innebär. Och det skall ske med respekt för den svårighet som en sådan omorientering medför.

Det innebär t ex att den gynekolog som vill vara i första linjen och bli en »fast läkarkontakt« skall utveckla sin förmåga att självständigt ta hand om t ex enklare ögonproblem. På samma sätt skall ortopederna på sikt kunna ta hand om den åldrade patienten som har både dia-

betes och högt blodtryck. Det går inte att som »primärvårdsnära« organspecialist direkt remittera till annan specialist om problemet faller utanför den egna specialitetens gränser. Då går själva essensen i strävan mot det nödvändiga generalistkunnandet förlorat.

I en period med stor brist på allmänläkare bör det självklart finnas goda möjligheter till individuella anpassningar för andra specialister. Behovet av kompletteringar hos dessa varierar högst avsevärt. Här är det initialt riktningen som är det viktigaste – att man som specialist eftersträvar ökad bredd med inriktning mot allmänläkarkonceptet.

Ett erkännande av generalisten

Det finns andra viktiga frågor som också berörs i politikernas förslag. Hur skall uppdraget vara? Skall enheten, förutom de traditionella sjukvårdsinsatserna, även ansvara för t ex mödravårdcentral, barnvårdcentral, rehabilitering, preventivt arbete, hembesök, diverse intygs-skrivande? Hur mycket jourtjänstgöring skall ingå?

Vidare diskuteras i planen om enheten (vårdcentralen) skall ha ett områdesansvar eller om varje läkare skall ha en enskild lista med ett definierat antal patienter att ansvara för. Ersättningsfrågor och en diskussion om offentlig och privat vård tas också upp i förslaget.

Dessa frågor har också betydelse för arbetets kvalitet. Men vi anser att de är underordnade huvudfrågan – att återupprätta och erkänna generalisten som primärvårdens (första vårdlinjens) centrala person.

Förändra med omsorg och ansvar

Sjukvården är en arena där mänskliga värden är utsatta och lättpunkterade. När ändringar skall göras krävs omsorg och allvar, och ingen möda får sparas i försöken att skapa en respektfull och värdig vård. Välgrundade lösningar med långsiktighet måste få företräde framför snabba och dåligt förankrade utvägar.

Referenser

1. Starfield B. Equity in health. CMAJ. 2000; 162: 346.
2. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. Int J Health Serv 2000; 30: 541-55.
3. De Maeseneer J, Hjortdahl P, Starfield B. Fix what's wrong, not what's right, with general practice in Britain. BMJ. 2000; 320: 1616-7.
4. Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården – en litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. SoS-rapport 1999:19. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.

Se över dispensreglerna!

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg har genom sitt förslag till framtidens närsjukvård förordat ett lagbrott (brott mot Hälso- och sjukvårdslagen § 5) genom förslaget att andra specialister än specialister i allmänmedicin ska kunna bli den enskildes fasta namngivna läkare.

META WIBORGH

ordförande, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM); distriktsläkare, Luleå.

II Nämnden har vidare visat på den svåra situation som sjukvårdhuvudmannen nu befinner sig i när det gäller att leva upp till de överenskommelser som träffats våren 2000 i anslutning till de s k försvarsmiljarderna. Överenskommelserna, mellan å ena sidan staten och å andra sidan Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, slår fast att landstingen skall svara för en avsevärd förstärkning av läkartätheten i primärvården.

Se över dispensreglerna

För att Göteborg, och andra sjukvårdhuvudmän med ambitioner att kunna erbjuda medborgarna rätt till en egen namngiven läkare, skall kunna finna vägar för detta föreslår vi att man snarast ser över de dispensregler som infördes under husläkartiden (SFS 1993: 594, 1993-06-03 och Riktlinjer för dispensgivning för husläkare PM 1993-08-23).

Fast anställning och tidsbunden dispens

Om liknade dispensregler införs nu skulle de organ- och åldersspecialister som är intresserade av att börja arbeta i primärvården kunna – precis som fallet var för sex år sedan – erbjudas fast anställning och en tidsbunden dispens för att i samråd med studierektor utforma och genomföra de kompletteringar som behövs för att han eller hon ska kunna bli specialist i allmänmedicin.

Vi vill också påminna om att i samband med husläkarreformen fick man 600 nya läkare till primärvården på ett år. •