

serad och erfarenhetsmässigt förvärvat kunskap som skall tas på största och djupaste 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 utbildat och inriktat sig mot bredden och helheten, och att integriteten och det biopsykosociala perspektivet utgör en grundbult i mötet med den vård sökande. 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 intygsskrivande? 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. •