

Är bara allmänläkarna vilsna?

Allmänläkarnas identitetskris – hela sjukvårdens kris?

Bland oss allmänläkare pågår en ständig debatt om vår medicinska identitet. Är vi främst generalister eller omfattar allmänmedicinen också något som är unikt bara för oss; t ex vår förmåga att möta patienten och se patienten i hennes/hans medicinska och psykosociala »helhet«? Vi förväntas ibland även agera som invärtesmedicinare, när våra sjukhuskolleger inte orkar [1].

MARGUS MÄGI
distriktsläkare, Ekensbergs vårdcentral,
Nyköping
margus.magi@nl.n.dll.se

II Det jag vill argumentera för är att allmänläkarnas identitetskris är ett uttryck för en kris i hela sjukvården, men att den blir tydligast på den arena där allmänläkarna verkar. Den synes mig också vara ett uttryck för konflikten mellan läkekonst och läkarvetenskap i vid mening.

Söker när livet är tungt

På vårdcentralerna träffar vi ofta patienter som är trötta eller lite ledsna, eller lider av långvarig smärta, eller är rädda för amalgam, el, datorer, när det blir mörkt och tyst hemma eller som tycker att livet saknar mening och får ont i magen, eller som inte orkar vara ensamstående förälder och vill sjukskriva sig etc.

Livet är med andra ord tungt, människor är bekymrade och behöver hjälp och hoppas få det på vårdcentralen. Ibland skickar vi dem vidare till slutenvården, men oftast kommer de tillbaka då organspecialisterna inte »hittar något«.

Är samtal en medicinsk åtgärd?

Bo S Lindgren, avgående chefsläkare för Akademiska sjukhuset i Uppsala, säger angående prioriteringar bl a följande i sitt avskedstal [2]:

»Medicinska åtgärder ska inte vidtas för tillstånd som det inte finns någon medicinsk lösning för. Det är inte sjukvårdens uppgift att ta ansvar för sådana existentiella problem som varje människa möter i sitt liv« (min kursivering).

Nej, vi skall inte ta ansvar för människors problem i den meningen att vi skall bli bärare av problemet, men vi måste åtminstone prata med dem som söker oss. Är ett samtal med patienten en medicinsk åtgärd? Svårt att säga, men det är vår vanligaste »åtgärd« som allmänläkare, och det »hjälp« ibland.

Inom slutenvården är man pressad av

sina egna och av patienternas förväntningar på att få utnyttja avancerad medicinsk teknologi, som av båda upplevs som en ständig bristvara. Då är det naturligtvis inte så märkligt om man drabbas av tunnelseende, illustrerat av citatet ovan, med tendens att definiera bort allt annat som verkar störande och obegripligt.

Utsatt för flerdubbelt tryck

Som allmänläkare har jag ett flerdubbelt tryck på mig. Jag skall sortera ut de patienter som bör få del av den mer avancerade teknologiska bristvaran (remiss), ta hand om dem som blivit åtgärdade (remitterade) men inte blivit bra, förmedla patientnära teknologi (recept m m) till dem som jag tror kan ha nytta av det (helst enligt »bästa tillgängliga evidens«), samt slutligen göra något meningsfullt för dem som kanske behöver något annat än »bara« medicinsk teknologi (tröst, vägledning m m).

Naturvetare och humanist

För det senare är jag utbildningsmässigt dåligt rustad. Som 40-talist har jag genomgått en traditionell läkarutbildning baserad på naturvetenskap och »sjukdomar« enligt »apparatfelsesmodellen«. Min viktigaste vidareutbildning och profylax mot utmattning har varit personlig mognad och ökad självkänedom.

I min praxis, när jag möter den »unika« patienten, arbetar jag mer som hermeneutiker/humanist än som positivist/naturvetare. I mötet med patienten blir jag mer medmänniska än naturvetare; försöker utöva läkekonst på naturvetenskaplig grund.

Pendling mellan det unika och allmänna

Denna pendling mellan det unika och det mer allmängiltiga (grupper av patienter, vårdriktlinjer, evidensbaserad medicin), mellan läkekonst och läkarvetenskap, är svårt att få god balans i, vilket jag tror bidrar till vår identitetskris.

Ett uttryck för detta är vårt starkt

upplevda behov av att få »avgränsa uppdraget«, som jag tror inte bara handlar om antalet patienter per doktor utan också om innehållet i arbetet.

Där vår teknologi inte hjälper

Jag tror att många av oss känner sig frustrerade inför den grupp av patienter vars problem (kronisk smärta och trötthet, rädsla för el och amalgam m m) vi inte löser med medicinsk teknologi. Vi har här ingen större nytta av vår medicinska utbildning och blir därför osäkra i vår yrkesroll.

En annan tung grupp är de multisjuka äldre. De har förvisso tillstånd som vi kan påverka med vår teknologi, men en rad omständigheter försvårar vårt arbete: polyfarmaci med komplicerade interaktioner mellan preparaten, kommunalt boende med ofta brist på personal och/eller nödvändig medicinsk kompetens; många är dessutom dementa, vilket försvårar kommunikation och utvärdering av våra insatser.

Primärvården läcker som ett säll

Den arena vi allmänläkare arbetar på – »ett sprucket krus«, som Svalander [3] träffande kallar primärvården – läcker således som ett säll. Många aktörer, förutom patienterna, har förväntningar på oss (slutenvården, kommunala hemsjukvården, försäkringskassan, AMI, apoteken, ja numera även staten).

Det ställer till problem med vår iden-

Denna pendling mellan det unika och det mer allmängiltiga (grupper av patienter, vårdriktlinjer, evidensbaserad medicin), mellan läkekonst och läkarvetenskap, är svårt att få god balans i, vilket jag tror bidrar till vår identitetskris.

titet inom två sfärer: vårt verksamhetsområde (vad bör vi syssla med; självvård – rehabilitering?) och vårt kunskapsområde (vad bör vi kunna?).

Pressen på akutsjukhusen

Men även slutenvården »läcker«. De s k akutsjukhusen drunknar under trycket av äldre med kroniska sjukdomar som försämras »akut« och måste bli inlagda. Pressen är stark att få ut dem igen, och en del försämras snabbt hemma och läggs in akut igen.

Jag tror att det finns en »kärntrupp« av sådana dåliga patienter som snurrar runt i systemet och som förbrukar proportionerligt mer resurser än andra. Detta försvårar planeringen av t ex icke akuta operationer (galla, höfter, grå starr m m) med åtföljande väntetider och missbelätta patienter. Sannolikt skulle en stor del av dessa inläggningar kunna förebyggas om vi hade bättre resurser att ta hand om denna »kärntrupp« inom primärvården och hemsjukvården.

Samverkan över klinikgränserna

Patienter med kronisk smärta, trötthet m m är naturligtvis också ett problem för slutenvården. Här borde det finnas fler försök till samverkan över klinikgränserna där strukturer byggs upp med utgångspunkt från behovsgrupper och inte

organsystem. Även sjukhusspecialister behöver träna sig i »helhetssyn«.

Den strukturella obalansen i sjukvårdssystemet med önskad och okontrollerbara flöden mellan de läckande kärlen är således ett av grundproblemen. Ett annat är krocken mellan den biomedicinskt inriktade läkarvetenskapen och läkekonsten (»unikologin«). Även om vi som patienter kommer i åtnjutande av alltmer avancerad medicinsk teknologi blir vi alltmer vilsna i systemet [4].

Vad kan man göra?

1. *Se människan bakom sjukdomen.* Även om vi inte förstår patientens problem kan vi möta henne/honom med respekt och ödmjukhet och försöka vara delaktiga i hennes vånda.

2. *Befrämja personlig mognad och växt i läkaryrket.* Det är viktigt med inslag i både grund- och vidareutbildningen som ökar vår självkänedom.

3. *Öka vår förmåga att gå från det unika till det allmänna och tvärtom.* I de artiklar som Mats Eliasson skrivit om evidensbaserad medicin i Läkartidningen [5-8] tycker jag att det finns flera utmärkta förslag på hur vi kan integrera vetenskap och kliniskt arbete (fokuserad klinisk frågeställning, interkollegiala diskussioner, effektiva sökvägar, konsten att granska och värdera evidens m m).

4. *Se vår organisation som en organisk helhet.* Sträva efter att skapa vårdstrukturer som bygger på behovsgrupper och inte organsystem. Exempelvis kronisk smärta, stressrelaterade besvär, räds-la för amalgam, datorer, elektricitet etc.

Den länk i vårdkedjan som är svagast bör få mest stöd, vilket för närvarande är den kommunala hemsjukvården och primärvården. Alla vinner på att helheten blir bättre.

Referenser

1. Brouneus B. Vem sätter ribban i primärvården? Läkartidningen 2001;98:1719.
2. Lindberg BS. Patientens rätt och läkarens professionella självständighet. Läkartidningen 2001;98:196-8.
3. Svalander PE. Primärvården inför framtiden »ett sprucket krus«. Stockholm: Landstingsförbundet, 1999.
4. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little Brown, 1999.
5. Eliasson M. Den systematiska översikten grundval i evidensbaserad medicin. Läkartidningen 2000;97:2726-8.
6. Eliasson M. En guide till kritisk läsning av kliniska artiklar. Läkartidningen 2000;97:3178-9.
7. Eliasson M. Evidensbaserad medicin »begins at home«. Läkartidningen 2000;97:3860-5.
8. Eliasson M. Är artikeln värd att läsa? Läkartidningen 2000;97:5897-902.

Alkoholismen – ett obotligt eller behandlingsbart oförnuft?

Säkert är det många anhängare till alkoholister, också vänner, arbetskamrater, behandlare, som småningom blir upprörda, besvikna och uppgivna. Det är svårt att förstå, förlika sig med, att den rattfylleri-dömde chauffören, som fått körkortet tillbaka, snart kör rattfull igen, att partnern, förlåten efter den allvarliga misshandeln åter super, att den anhörige med leverskada inte slutar dricka trots upprepade blodkräkningar.

CLAS SJÖBERG

överläkare, Nordhemskliniken, Göteborg

■ Är inte detta höjden av oförnuft? Hur kan de bara med att fortsätta dricka? Vi har försökt påverka med goda råd, varningar och ultimativa krav – hjälpa med förståelsefulla samtal, välvilliga vårdinsatser, sjukskrivning och läkemedel. Det är som förgjort. Återfallen blir tätare, följderna allvarligare. Allt verkar hopp-löst. Kanske går de vidare mot social ut-

slagning, fysisk och psykisk invaliditet och för tidig död.

Det finns alltid överraskningar

Det är inte alldeles ovanligt att det går så illa, men det finns alltid överraskningar på missbruksområdet. Är det inte många missbrukare som faktiskt lägger av, med eller utan behandling? Jag själv möter mycket ofta sådana tidigare patienter när jag rör mig utanför kliniken. De är nästan alltid vänliga, ofta tacksamma för den hjälp de fått.

Nu är de kanske med i Länkarna sedan årtal, eller går de regelbundet på möten hos Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner. En del är engagerade i någon kristen församling. Än fler, förefaller det mig, har blivit nyktra utan sådan hjälp: påverkade av någon kompis som redan blivit nykter, av någon anställd på jobbet som engagerade sig när allt höll på att gå över styr. Kanske var det en ny partner som öppnade ögonen för ett annat liv.

Lekmannainsatsernas kraft

Det är sålunda missbrukare som tagit sig ur sitt oförnuft, för alltid eller för en längre tid. Ofta är de nöjda med sina nya missbruksfria liv, utan längtan efter sömntabletter, ångestmediciner och depressionspreparat.

Det kan synas felaktigt, absurt och orättvist, att den professionella behandling som ges av välrenommerade psykiatrer och psykoterapeuter inte tycks rå