

# Vad allmänmedicin kan lära den blivande läkaren

Allmänmedicin har blivit allt vanligare på schemat för läkarstudenterna, ämnet har utvidgats vid de flesta universitet och studenterna vistas lång tid på vårdcentraler med allmänläkare som handledare. Men vad är allmänmedicin? Ett koncentrat av väsentligheter från andra ämnen? Nej, menar författarna, ämnets särart kan sökas i nyckelbegreppen: patient-läkarrelationen, individsynen och det psykosomatiska betraktelsesättet.

BENGT MATTSSON  
professor, allmänläkare

CHRISTEL LUNDH  
lärare, allmänläkare

KRISTIAN SVENBERG  
lärare, allmänläkare; samtliga vid avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet, och Hjällbo vårdcentral, Göteborg

II Allmänmedicinska enheter har på många universitetsorter blivit ansvariga för kurser i kommunikationsträning och konsultationskunskap. Patient-läkarrelationen definieras som ett av ämnets centrala teman [1-3], och allmänläkarna har varit föregångare inom de medicinska fakulteterna när det gäller undervisning i patientcentrerad hållning och ett professionellt förhållningssätt. Mycket forsknings- och utvecklingsarbete inom detta område har genomförts vid olika allmänmedicinska institutioner i Europa och Nordamerika [4, 5].

Men vad skall läras ut under en kurs i allmänmedicin? Vad är det för specifika kompetenser och attityder som skall förmedlas till studenterna?

Under ämnets allra första tid i den akademiska familjen framhölls inte sällan att allmänmedicin är »ett koncentrat av väsentligheter från alla andra ämnen«, och något särskilt nytt eller viktigt som inte bättre kan läras på en specialistklinik finns inte i detta ämne [6].

## Det biomedicinska kunskapsinnehållet

Det biomedicinska innehållet i allmänmedicin är i princip inte unikt jämfört med det som lärs ut inom andra specialiteter. Patientens fysiska kropp uppträder i samma gestalt på vårdcentralen som på sjukhuset [7]. Ämnets egenart ligger snarare i det sammanhang i vilket man som ämnesföreträdare kommer in i den sjuka människans (eller den som uppfattar sig som sjuk) liv. Ämnet har en bio-

medicinsk särprägel i betydelsen att man där kan följa sjukdomarnas naturalförlopp, se tidiga symtom av många sjukdomar och följa de kroniska sjukdomarnas utveckling. Man ser sjukdomars förekomst i ett befolkningsperspektiv, och man lär sig tidigt att det hos människan finns självläkande krafter av stor betydelse. I arbetet kan man inte fördjupa sig i mer diskret patologi eller i smärre laboratorieavvikelser, utan man måste se anomalin i relation till helheten. Om sjukhusläkarens attityd till osäkerhet är att söka eliminera den, är allmänläkarens inställning att osäkerhet är något man får lära sig att leva med. Det innebär ganska olika förhållningssätt som leder till skilda arbetssätt och rutiner.

De sjukdomar som allmänläkaren särskilt skall känna till kan sammanfattas i följande grupper:

1) Vanliga sjukdomar: Den definitionen är något godtycklig, men tillstånd som man normalt ser en gång dagligen eller en gång i veckan kan räknas hit.

2) Sällsynta men livshotande sjukdomar: Hjärtinfarkt, slaganfall, akuta buk-tillstånd och cancer är några exempel.

3) Kroniska och handikappande sjukdomar: Artroser, hjärtsvikt, Parkinsons sjukdom och diabetes hör hit.

4) Sjukdomar där tidig diagnostik är särskilt viktigt: Hit kan räknas t ex hypotyreos, glaukom och pernicios anemi.

5) Mindre besvärliga sjukdomar men som för vissa grupper kan innebära stora problem: Hit hör t ex revbensfrakturer hos patienter med KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), övre luftvägsinfektioner vid hjärtsvikt samt fotförhårdnader hos äldre och handikappade.

## Allmänmedicinens egenart

Vi vill här utveckla det i ämnets egenart som inte är det biomedicinska och hur detta »icke-medicinska« kan tydliggöras och få konkretion under den tid som studenterna kommer i kontakt med all-

mänmedicin. Till ämnets innehåll hör vissa grundläggande insikter om den sjuka människan som tenderar att gå förlorade i dagens sjukvård. Det är viktigt att denna allmänmedicinska erfarenhet också genomsyrar arbetet på sjukhusen. På samma sätt som man i primärvården tar del av sjukhusmedicinens framsteg, måste man på sjukhusen ta del av den sakkunskap som allmänmedicinen lyft fram och utvecklat genom många år.

De kvaliteter som vi vill framhålla som betecknande för allmänmedicinen i detta avseende är: patient-läkarrelationen, individsynen och det psykosomatiska betraktelsesättet.

## Patient-läkarrelationen

Centralt i allt läkararbete är kontakten med patienten. Hur relationen mellan läkare och patient utvecklas och fördjupas är avgörande för både diagnostiken och behandlingen. Patientens beskrivning av avmagring, oro, trötthet och feber eller värk skall tas emot och förstås. Patienten skall bli respekterad och tagen på allvar, samtidigt som läkaren skall förstå den beskrivning som patienten, så fritt och otvunget som möjligt, presenterar.

Man kan säga att det skall till ett brobygge. En kontakt skall etableras mellan personerna, och den länken skall vara så stark och ha sådan bärighet att det skall vara möjligt att på den kunna överlämna både tungt och nyckfullt stoff. Det viktigaste är att det är sanna beskrivningar av patientens kontaktsak som överlämnas och som gör att man kan gå en rak väg till diagnos och behandling.

Man kan fråga sig om det är något speciellt med patient-läkarkontakten inom allmänmedicinen. Alla läkare sysslar väl med att möta patienter? Det är dock några villkor i allmänläkarens arbetssätt som gör att den kontakten har särskild betydelse.

När patienten knackar på allmänläkarens dörr för att få hjälp med ett symtom eller ett problem är den första uppgiften att söka lokalisera var upplevelsen har sin källa. Allmänläkaren har en första kontakt-funktion som är unik, och hur den uppgiften genomförs har stor betydelse för hur kvaliteten på det fortsatta arbetet blir. En ensidig och tidig inriktning mot en särskild förklaring kan få ödesdigra konsekvenser. Det är svårt att göra omval i det diagnostiska arbetet, varför öppenhet och ett »rörligt sikte«

blir av största betydelse. Det finns studier som visar att upp till 50 procent av patienterna presenterar ett symptom som i en senare fas omvärderas och etiketteras på annat sätt (»presenting symptoms«) [8].

Det är nödvändigt i denna begynnelsefas eller »O-fas« (tillståndet är O-diagnostiserat, O-behandlat, O-rört) att ha inte bara ett rörligt sikte utan också ett brett synsätt. Patientens problem ligger kanske långt utanför det biomedicinska fältet och får sin näring från livsvillkor där tillämpning av ett traditionellt medicinskt betraktelsesätt blir överksam, i sämsta fall direkt skadligt. Blir det omedelbart datortomografi på alla former av långvarig eller tillfällig svår huvudvärk är det inte bara ett ekonomiskt misslyckande utan leder också till ett personligt bryderi. »Har vi endast hammare blir det spik av allt det vi ser.«

Många patienter presenterar också flera problem vid samma besök på en vårdcentral. Det gäller särskilt äldre. Till allmänläkarens uppgift hör att tillsammans med patienten handlägga och rangordna de olika typerna av besvär. Det är många gånger en vanskelig uppgift att komma överens om vad som har prioritet och att avgränsa utan att samtidigt avvisa.

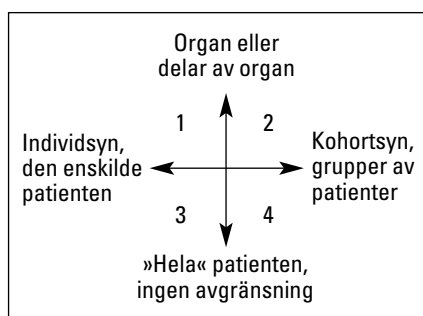
Allmänläkare i sig har inga särskilda talanger vad gäller att se patientens problem i ett brett perspektiv. Men allmänläkaren har genom sina arbetsvillkor och utgångspunkter unika möjligheter att ta del av en rikhaltig och omfattande patientinformation. Den kliniska utgångspunkten och perspektivet är annorlunda på vårdcentralen än på sjukhuset.

### Individen kontra gruppen

Det finns en svårighet i kliniska beslutsituationer som ofta är förbisedd: dilemmat att avväga mellan individ- och gruppsyn i patientkontakten. De flesta allmänläkare har patientkontinuitet som en del i arbetet. Många besök ger tillägg till redan känd kunskap om den enskilda patienten. Varje person får möjlighet att erhålla en egen kontur, och som allmänläkare skönjer man trovärdigheten i det ofta citerade hippokratiska visdomsordet att »det är viktigare att veta vilken person som har en viss sjukdom än att veta vilken sjukdom en viss person har«.

Om man stannar som allmänläkare längre tid på ett ställe blir man hyggligt förtrogen med varje patients karaktär. Personkännedomen ökar, och en individ med sjukdomen blir alltmer synlig. (Det nuvarande sk stafettläkarsystemet är en direkt motkraft mot denna arbetsinriktning.) Ingen »depression« eller »diabetiker« blir identisk med en annan med samma diagnos, utan varje patient får sin egen profil och det unika växer fram.

Det biomedicinska paradigmet läg-



Figur 1. Principiellt olika arbetsfält beroende på skilda arbetsvillkor (för förklaring, se text).

ger vikt vid att patienter med samma laboratorievärden och medicinska villkor är lika och bör behandlas på ett likartat sätt. Att människor med samma ålder, kön, civilstånd och sjukdom är lika och jämförbara är gruppsynens kännetecken. Det epidemiologiska perspektivet är i centrum, och så är det ibland. Men om varje person skall få en unik behandling blir följden att många patienter med samma sjukdom blir behandlade på olika sätt.

Skillnaden i individsyn och gruppsyn framgår av Figur 1, där den horisontella axeln sträcker sig mellan dessa synsätt. Den vertikala axeln spänner mellan intresse för enskilda organ (eller delar av organ) och hela människan, där ingen särskild del eller särskilt organsystem har företräde eller intresse framför något annat. Allmänläkaren placerar sig med fördel i ruta 3 medan sjukhusläkaren vanligen har sin position i ruta 2 [9]. (»På sjukhusen är sjukdomarna de samma medan patienterna kommer och går – på vårdcentralerna är patienterna de samma medan sjukdomarna kommer och går.«)

### Psykosomatikbegreppet

Vid världskongressen i psykosomatik i Göteborg på sensommaren 2001 hölls ett symposium med titeln »Vem tar hand om den psykosomatiska patienten?«. I panelen fanns enbart psykiatrer och kliniska psykologer, och man uttryckte i varierande ordalag självklarheten i att den egna yrkesgruppen var bäst lämpad att hjälpa patienter med psykosomatiska besvär. En israelisk psykiater kom med symposiets enda avvikande uppfattning: »I mitt hemland finns det bara en läkargrupp som kan sägas vara den som verkligen har erfarenhet av, bemöter och behandlar dessa patienter, och det är allmänläkarna. Skulle jag påstå något annat i Israel skulle jag inte bli trodd. Allmänläkarna är de som har både mest erfarenhet och mest kompetens för att ta hand om dessa patienter.« Vi håller med den israeliske kollegan.

Begreppet psykosomatik är tvetydigt. I begreppet antyds en dualism som

tenderar till polarisering – »är det något psykiskt eller något somatiskt?«. Det gäller att skilja agnarna från vetet. Men psykosomatiska besvär betecknar inte en viss typ av ohälsa som står i kontrast till andra rent medicinska sjukdomar. Begreppet »socosomatik« används ibland för att illustrera hur även de sociala och kulturella villkoren bidrar till ohälsa och sjuklighet [10].

I den tidigare skissade »O-fasen«, som allmänläkaren befinner sig i vid många patientmöten, saknas distinktionen psykiskt eller somatiskt. Problemet träder fram i sin helhet. Ett inte ovanligt patientmöte i primärvården kan vara:

*Herr A har sedan en tid varit orolig, haft värk i epigastriet, halsbränna och omväxlande lös och hård avföring. Han är frånskild och f d hustru har sedan flera år sökt läkare för muskelvärk och depressionsbesvär, och herr A:s person har ofta varit kommenterad. Herr A:s arbetssituation präglas av konflikter mellan chef och anställda, där A har en mellanställning.*

Vi framhöll individsynen som ett kännetecken för allmänmedicinen, och ordet individ kan härledas från latinets *in* = ej, *dividere* = dela. Individ betyder således odelbar. Herr A:s problem är varken psykiska eller fysiska utan ligger före en sådan konstruerad distinktion. De insatser av oss som herr A bäst behöver för att återvinna sin hälsa kan vara gastroskopi, Helikobacter-test och medicinering, men lika viktigt är att ha en öppen attityd gentemot personliga eller sociala villkor. »Hur lever han?« är en legitim fråga att ställa, och att ge herr A möjlighet att själv berätta om sina livsvillkor är ett spår som måste hållas levande.

Inledningsvis får inte ett av perspektiven gynnas på bekostnad av ett annat. Om man senare i kontakten gör ett val och en vidare fördjupning (en somatisk precisering, en mer psykologiskt inträngande behandling eller bidrar till sociala åtgärder) måste det åtföljas av en medvetenhet om herr A:s ursprungliga situation. En smidig övergång eller återgång till en annan betoning är nödvändig att hela tiden ha i beredskap. Någon har kallat det att »byta spår«, men ett sådant spårbyte måste ske utan att hela tågsättet får över ända.

Det sägs ibland att många patientproblem i primärvården är psykosomatiska. Det finns förklaringar till det. Patientens personliga villkor blir lätt synliga på en vårdcentral. Man träffar patienter för olika typer av problem under lång tid, och en personlig relation fördjupas. Både doktorn och patienten investerar i varandra. Allteftersom man får känne-

**Tabell I.** Förekomst av allvarliga sjukdomar i en population på 2 500 individer [11].

Allvarlig sjukdom	Antal patienter per 2 500 individer och år
Akut bronkit	100
Pneumoni	20
Svår depression	10
Suicidförsök	3/4 år
Suicid	1/4 år
Akut hjärtinfarkt	8
Akut appendicit	5
Slaganfall	5
Nydiagnostiserad cancer	5
Lungor	2
Bröst	1
Kolon	2/3 år
Ventrikel	1/2 år
Prostata	1/2 år
Cervix	1/4 år
Hjärna	1/10 år
Lymfadenom	1/15 år
Tyreoida	1/20 år

**Tabell II.** Förekomst av mindre allvarliga sjukdomar och krämpor hos en population på 2 500 individer [11].

Åkomma	Antal patienter per 2 500 individer och år
Allmänt	
Övre luftvägsinfektioner	600
Hudåkommor	325
Psykiatriska problem	300
Gastrointestinala besvär	300
Olycksfall	200
Specifika åkommor	
Akut tonsillit	100
Akut otitis media	75
Cerumen (vaxpropp)	50
Akut urinvägsinfektion	50
Akuta ryggbesvär	50
Migrän	25
Hörsnuva	25
Ospecifika besök	
Vaccinationer, kontroller, körkortstyg, förebyggande mödra- och barnavård etc	300

dom om människan/patienten får sjukdom och besvär en förklaring och förståelse som ligger på ett annat plan än det medicinska.

Till primärvården kommer också personer för mindre allvarliga, ibland självläkande och övergående besvär (»krämpor«). Med en begränsad utredning finner man vanligen inga organiska förändringar bakom symtomen, och med den tolkningstradition som råder inom det medicinska etablissemangen blir allt som inte är »somatiskt« något »psykiskt« eller »psykosomatiskt«. Psykosomatiska sjukdomar förekommer egentligen inte oftare hos allmänläkaren än hos sjukhusläkaren.

Det är snarare ett annorlunda perspektiv och en annan utgångspunkt i ar-

betet som ger allmänläkaren en annan bild av den sjuka människan. Psykosomatiska sjukdomar förekommer därför lika mycket eller lika litet på sjukhus som utanför sjukhus.

### Vad skall man lägga vikt vid?

Vid praktisk tjänstgöring på en vårdcentral eller allmänläkarmottagning kan man erfa och ta del av den praxisorienterade kunskap som ämnet rymmer. Kunskaperna bjuder sig rikligt, oplanerat och ofta rätt oförutsägbart. Vid sidan av det kontinuerligt löpande kan följande fokuseringar göras:

### Individuella fallbeskrivningar

Vi vill hissa flagg för den individuella fallbeskrivningen. Den är försummad i

medicinsk utbildning och forskning. Ny och bredare insikt och förståelse kan väckas genom att man lyssnar till *en* enskild patient och dennas berättelse. Många läkare har upplevt det. Det finns alternativ till de stora gruppstudier som presenteras regelbundet och som kräver statistisk säkerhet för att vara trovärdiga. Allt som inte mäts med denna måttstock blir lätt »ovetenskapligt«.

Vi argumenterar för en kompletterande trend: kunskapen om den enskilda och unika patienten, vars symtom och berättelse (»livets röst«) bör flyttas fram och ges tyngd i undervisningen. Detta bör gälla för alla specialiteter. Allmänmedicinen har genom sin bredd och möjlighet till kontinuitet en särställning vad gäller att förmedla det unika och särskilda hos den sjuka människan.

### Specifik epidemiologi

Sjukdomar förekommer i olika grad på respektive utanför sjukhus. »Vanliga sjukdomar ser man oftare än ovanliga«, sade primärvårdsepidemiologen och allmänläkaren John Fry för 30 år sedan och stödde sig på de siffror som framgår av Tabell I och II. Siffrorna står sig än i dag [11]. Huvudvärk i primärvården har allvarlig orsak i cirka ett fall av 65 och blod i avföringen i cirka ett fall av 20. Detta måste man veta när remiss till datortomografin övervägs eller när man funderar på koloskopi när proktoskopin redan avslöjat hemorrojder som sannolik orsak till rött blod i avföringen (Tabell III).

Som allmänläkare möter man i sitt upptagningsområde i genomsnitt en person med hjärntumör ungefär vart tionde år, medan personer med övre luftvägsinfektioner kommer dagligen (Tabell II och III). Av det stora bruset av vanliga krämpor man ser inom primärvården återfinns bara ett litet antal som patienter på universitetssjukhuset (Figur 2) [12].

### Leva med osäkerhet

I den tidiga fasen av en allvarlig sjukdom är det svårt att värdera ett symtoms karaktär. Vill man som allmänläkare undersöka alla tänkbara orsaker till ett besvär ger man sig i kast med en omöjlig uppgift. En marginal av osäkerhet, ibland en ganska bred sådan, finns alltid kvar, och den skall man leva med. Dessa betingelser skall göras tydliga.

Villkor i arbetet som underlättar i denna bistra belägenhet kan emellertid anföras. Finns det kontinuitet i patientkontakten hjälper det avsevärt. Det nya ses i relation till något tidigare känt. Då blir precisionen och säkerheten bättre, och den diagnostiska tillförlitligheten ökar. Forskningen stöder det antagandet [13, 14].

Att ha kollegiala samtal och att und-

**ANNONS**

**ANNONS**

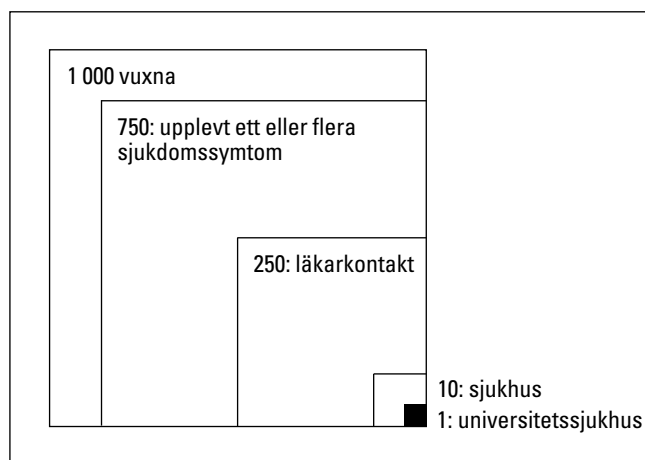
**ANNONS**

**ANNONS**

**Tabell III.** Förhållandet mellan funktionella eller triviala orsaker och allvarliga orsaker till några vanliga symtom [11].

Symtom	Trivial orsak	Allvarlig orsak
Diarré	100	1
Huvudvärk	65	1
Hosta	57	1
Heshet	55	1
Buksmärtor (nedre delen)	20	1
Blod i avföringen	20	1
Blodiga opphostningar	7	1
Blod i urinen	2	1*
Blodiga kräkningar	1	2

\*Om njursten räknas till trivial orsak blir förhållandet 65:1.



**Figur 2.** Upplevd sjukdom och läkarkontakt under en månad [2]. Figuren visar gamla originaldata, men proportionerna gäller fortfarande.

vika det alltför dominerande ensamarbetet är andra skyddsmekanismer som bör lyftas fram. Att fråga mycket, att uppmontra till självreflektion och uppriktighet och att inte dölja svagheter och begränsningar blir viktigt.

### Tiden som diagnostiskt redskap

Man skojar ibland om att allmänläkarens hemliga vapen är »exspektans«. Att vid ett första patientbesök föreslå avvaktan med utredning och särskild behandling kan låta nonchalant och okunnigt för den som inte har egen erfarenhet. »Något måste väl göras«, yrkar handlingsmänniskan.

Men många patienter som söker läkare har i grunden ett självläkande tillstånd. Oron för sjukdom kan vara ansenlig och behovet av symtomlindring stort, och det genererar ett läkarbesök som kan resultera i symtomlindrande behandling men i övrigt inget »aktivt«.

Det går utmärkt att föreslå exspektans mot bakgrund av epidemiologiska fakta och om tillgängligheten till läkare är tillräckligt god. Uppmaningen »hör av dig om det blir sämre« måste kunna realiseras.

Avvaktan innebär därför oftast en genomtänkt strategi, där utrymme lämnas för självläkande, naturliga krafter – men

med öppenhet för nytänkande. Denna mer stillsamma och inväntande hållning är viktig som motpol till en mer handlingsinriktad och krävande attityd, som är en del av en negativ tidsanda, även inom medicinen.

### Vetenskap och läkekonst

Vad vi sagt tidigare är att man skall söka förena vetenskap med läkekonst. Det går inte att klara sig med bara en av dessa. De senaste 50 årens tekniska utveckling inom sjukvården har varit till nytta och glädje för stora grupper av patienter. Ändå upplever många patienter att »doktorerna inte förstod«, att »det gick för fort« eller att »doktorerna inte lyssnade«. En förklaring till detta är att humanistiska inslag i läkararbetet försummats. En förträfflig plats för handledning i vad sjukdom innebär för den enskilda människan är vårdcentralen. Här träffar studenten personer med en mängd olika sjukdomar och utan sjukdomsetikett. Parallellt med undervisning om olika sjukdomar får studenten ett ypperligt tillfälle att lära sig samtalskonst och bemötande.

Om ämnet får fler handledare och en avsevärt större plats i grundutbildningen kan detta realiseras och skapa förutsättningar för en förnyelse och viktig im-

pulsgivare i de nya utbildningsprogram för läkarstuderande som nu arbetas fram vid flera universitet. Låt oss tillsammans kämpa för denna upprustning av svensk läkarutbildning.

Ett citat från en av Platons dialoger uttrycker vad vi velat säga: »Botandet av många sjukdomar känner många läkare inte till eftersom de inte bryr sig om helheten. Den bör också studeras, för delen kan inte vara frisk om inte helheten mår bra.«

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

- McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. London: Oxford University Press; 1997.
- Getz L, Westin S. Håndbok for specialistutdanningen i allmenmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996.
- Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? AllmänMedicin 1998; 19:32-6.
- Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. CMAJ 1995;152:1423-33.
- Huygen FJ, Mookink HG, Smits AJ, van Son JA, Meyboom WA, van Eyk JT. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. Br J Gen Pract 1992;357: 141-4.
- Rudebeck CE, Mattsson B, Lynöe N. Allmänläkaren möter livsfrågorna i deras medicinska tappning. Läkartidningen 2000; 97:170-4.
- Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care 1992, Suppl 1.
- Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, Mandalia S, Osler K, Vora H. Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. Br J Gen Pract 1994;386:413-6.
- Mattsson B. «Allmänläkarna har verkligt goda förutsättningar ... ». AllmänMedicin 1999; 20:6-7.
- Carlstedt G. Strategier för kvinnohälsa. Socialmedicinsk tidskrift 1985;62:419-25.
- Fry J, Sandler G. Common diseases. Their nature, presentation and care. London: Kluwer Academic Publ; 1993.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
- Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Gluckman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. BMJ 1996;312:1340-4.
- Noren J, Frazier T, Altman I, De Lozier J. A comparison of internists and family-general practitioners. N Engl J Med 1980;302:11-6.