

Allmänmedicinare och sjukhusspecialist – när mötas de två?

|| Då jag själv har mycket god erfarenhet av ortopedier i »öppen vård« välkomnar jag Hans Fredins inlägg i Läkartidningen 37/2005 (sidan 2589). Att på ett informellt och nära sätt ha tillgång till en spjutspetskompetens, i mitt fall en dag per vecka på vårdcentralen, ger ett enkelt och snabbt remissförfarande och upplevs som mycket positivt av patienterna. I flera fall kan man även slippa remittera med endast en kort diskussion i korridoren.

Det måste därtill anses lovvärt att vilja bidra med all den kunskap som inhämtats under ett helt yrkesliv och låta detta komma patienterna till godo.

Med detta sagt vill jag dock komma med en kommentar till Fredins inlägg.

Reagerar mot beskrivningen

Som blivande specialist i allmänmedicin reagerar jag starkt mot den beskrivning av vår specialitet som framkommer i texten. Fredin skriver att »Detta är en relativt ny specialitet, som har byggts ut i en så snabb takt att läkarna många gånger inte hunnit eller haft tillfälle att skaffa sig en fördjupad utbildning«.

Ny specialitet? Fördjupad? Rent formellt kan väl allmänmedicin ses som en ung specialitet då Socialstyrelsen »införde« den först 1981 och vi fick vår första professur i ämnet. Men detta är samma typ av missuppfattning som att säga att Columbus »upptäckte Amerika« år 1492.

Vår specialitet

I beskrivningen av vår specialitet är den första distinktionen att »självständigt kunna bedöma och initialt handlägga alla i landet förekommande hälsoproblem«. Den typen av uppgifter för en läkare är givetvis de ursprungliga om man ser till historien. Under tidernas gång har det så småningom avknoppats vissa subgrupper som valt att endast ägna sig åt vissa utvalda problemställningar och därigenom givit upphov till de sk specialisterna.

I vårt land har den ursprungliga generella kompetensen tillvaratagits och utvecklats hos provinsialläkare, distriktsläkare, husläkare, familjeläkare eller vad man nu har valt att kalla oss, men som vår kollega Poul Christensen skriver i inlägget bredvid Hans Fredins i LT 37: »Jag och mina kollegor har hela tiden haft samma arbete!«

Specialiteten allmänmedicin har en bredare medicinsk kunskap än någon annan existerande specialitet, men den är inte en summa av kunskaper från de andra. Det är inte som Hans Fredin skri-



Rätt kurs måste tas ut.

ver så att vi »många gånger inte hunnit eller haft tillfälle att skaffa [oss] en fördjupad utbildning« – det är helt enkelt inte målet med vår verksamhet att kunna det som de andra kan, men vi räknar inte heller med att de ska kunna det vi kan!

Utgör grunden

Specialister i allmänmedicin i primärvård utgör grunden i välfungerande och ekonomiska hälso- och sjukvårds-

Replik:

Allmänläkarens helhetssyn utesluter inte specialiststöd

|| Tack för kommentar, en förutsättning för en fortsatt debatt.

Faktum kvarstår: en allmänläkare kan inte äga total kunskap om hela sjukdomspanoramat. Det är inte heller att förvänta sig. Så har t ex en allmänläkare två veckors grundutbildning i ortopedi för att handlägga de cirka 20 procent av sitt patientklientel som söker med besvär från rörelseorganen!

Ansvar utanför sjukhuskliniken

Det är därför rimligt att en slutenvårdsspecialitet har ett ansvar som sträcker sig även utanför sjukhuskliniken. Den öppna vårdens behov är annorlunda än den slutna och har ett stort inslag av sk enklare åkommor. Dessa kan av sjukhusspecialister upplevas som oväsentliga, men tar i själva verket åtskilligt av resurser om de inte handläggs rationellt.

Även behandling av dessa åkommor ingår i slutenvårdsspecialitetens ansvar. Så kan exempelvis recidiverande och infekterade nageltrång behandlas konservativt vid flera tiotals sjukvårdsbesök med återkommande antibiotikabehandlingar. En radikaloperation med ett till

system. Övriga specialister i sekundär vård kan användas när vi ser ett behov därav. Skall jag vara tillspetsad och frånga den vilja till samsyn och samarbete som oftast styr mina åsikter kan jag säga att jag använder mig av ortopedier och andra sekundära specialister som utrednings- och behandlingsverktyg – men då mitt mål med detta inlägg inte är att retas eller vara elak vill jag avsluta med att åter säga: Välkomna med Edra smala kunskaper till vårt breda fält, det uppskattas!

Utrymmet här är för litet för att ytterligare definiera specialiteten, men för den som är intresserad finns »The European Definition of General Practice/Family Medicine« tillgänglig på Internet (www.euract.org under fliken »Publications«).

Pontus Stange

livläkare, ST i allmänmedicin,

Mullsjö vårdcentral;

ledamot av SFAMs ST-råd, svensk

representant i Vasco da Gama Movement

pontus.stange@telia.com

två läkarbesök kan däremot eliminera patientens problem för gott. Liknande skillnader finns för andra åkommor.

Behov av decentralisering

Den slutna vården kan inte enbart finnas tillgänglig via remiss till sjukhus. Därför finns ett faktiskt behov av en decentralisering med specialistläkarrepresentation i den öppna vården. Antalet konsultremisser till sjukhuskliniken kan ge en indikation på vilken insats som krävs.

Samarbete i allas intresse

Samarbete mellan öppen och slutna vård är en nödvändighet för en effektiv och rationell vård. Även patienterna är höggradigt intresserade av detta, vilket kan medföra kortare kötid och sjukskrivning. Den slutna och nu ganska stängda sjukhusvården bör alltså mer öppna dörrarna och ställa sina kunskaper till förfogande på ett mer lättillgängligt sätt.

Allmänläkarens helhetssyn utesluter inte specialiststöd!

Hans Fredin

docent, Malmö

hansfredin@tele2.se

Oförsiktighet med generaliseringar bidrar till dålig attityd mot minoriteter

Prevalensen av STD (sexuellt överförda infektioner) är högre bland homosexuella män än bland heterosexuella, eftersom promiskuitet är vanligare bland homosexuella män än bland heterosexuella, vilket i sin tur beror på ett flertal olika faktorer (inte minst att det enbart handlar om män). Därför är det alldeles rätt att peka ut homosexuella män som riskgrupp för STD. Men pekar man så måste man peka försiktigt, välja sina ord väl och akta sig så att man inte råkar ut för generaliseringar.

Exempel på slarvigt språkbruk

I Peter Örn's nyhetsartikel i Läkartidningens 35/2005 (sidan 2380) står det att läsa att »en mötesplats för homosexuella har alltid varit parker, och tidigare gick de som inte besökte parker till bl a bastuklubbar«. Det är ett bra exempel på slarvigt språkbruk i ett känsligt sammanhang. Tar man meningen bokstavigt så står det nämligen att precis alla homosexuella som inte ville gå till parker gick till bastuklubbar i stället.

Jag förstår mycket väl att skribenten inte hade för avsikt att uttrycka det, men ändå är sådana – medvetna eller omedvetna – generaliseringar kränkande för de många homosexuella män som lever i monogama förhållanden. Det är inget fel på parker och bastuklubbar, och de som går dit är på inget sätt sämre människor än monogamt levande homo- och heterosexuella, men de får inte vara ensamma om att utgöra offentlighetens uppfattning om vad homosexualitet är.

Vardagen duger tydligen inte

Gör de det händer det nämligen att skribenter, såsom Elise Claeson i »Inlägg utifrån«, Läkartidningen 39/2005 (sidan 2816), får för sig att karakterisera samtliga hbt-personer (homo-, bi- och transsexuella) som folk »som mest älskar sig själva som coola sexuella varelser« och »bögar i läderkalsonger och flator med bara bröst i parad på Stockholms gator«, som trots allt till vardags önskar sig att bli vanliga och normala.

Man tackar för upplysningen. Jag måste fundera över min egen vardag, som hittills såg ut så här: jag steg upp alldeles för sent, småsprang till jobbet, tillbringade 8,5 mest glada timmar där, kom glatt hem till min man, åt middag med honom; lite smågräl över vems tur det var att diska, en sväng ut med hunden, lite lagom våld från världens alla hörn i kvällens »Rapport« och sedan till sängs.

Läkartidningens lifestyle-guide

Men enligt Läkartidningens lifestyle-guide ska jag nu ta och förändra mitt liv; jag ska skaffa läderkalsonger, springa tvärs över Hötorget iförd dem, viftande och skrikande, för att sedan försvinna i en park och sprida lite HIV och annat smått och gott. Så mycket roligare.

Michael Hunze

*läkare, München och Kalix
michael.hunze@web.de*

Vi förbereder studie om pisksnärtsskada och ögonsymtom

I ett inlägg i Läkartidningen 24/2005 (sidan 1925) har dr Bo Sonnsjö föreslagit att apoptos och kärlskada i det centrala nervsystemet skulle kunna förklara sådana syn- och ögonrelaterade symtom som är vanligt förekommande hos patienter med kvarstående problem efter pisksnärtsvåld mot nacken.

181 patienter från Sverige har opererats

Sedan 2002 har till dags dato 181 patienter från Sverige opererats vid University of Nebraska Medical Center för kronisk huvudvärk och nacksmärta under diagnosen Whiplash Associated Disorders (WAD). En av dessa patienter har kontaktat oss med anledning av att hennes till Läkartidningen insända invändning mot dr Sonnsjö's förklaringsmodell har refuserats. Som skäl till att hennes korrespondens inte ansågs lämpad för publicering lär ha angivits en policy med innebörden att patienter som skriver »i egen sak« inte bereds spaltutrymme såvida författaren inte är en läkare som skriver om sig själv.

Vår patient uttryckte uppfattningen att ett irreversibelt tillstånd (apoptos) inte kan förklara en reversibel komplikation till pisksnärtsvåld (ögonsymtom). Vi fann hennes resonemang övertygande och ett giltigt skäl för en pilot-

undersökning, vars resultat vi velat erbjuda Läkartidningens läsare som kommentar till dr Sonnsjö's inlägg.

Ögonrelaterade besvär

Då Läkartidningens policy även utesluter publikation av preliminära data under rubriken Korrespondens, kan vi i dagsläget endast meddela att en majoritet (5/6) av samtliga patienter som den 23–24 augusti sågs i samband med rutinundersökning efter kirurgi för kronisk huvudvärk och nacksmärta till följd av whiplashtrauma [1] angav en signifikant minskning av ögonrelaterade besvär i form av ljuskänslighet, fokuseringssvårigheter och periorbital huvudvärk. För skattning användes en VAS-skala, arbiträrt graderad 0-10.

Bristfälliga förklaringar

Många vanligt förekommande symtom efter pisksnärtsvåld mot nacken är bristfälligt förklarade med avseende på den underliggande skadans natur. Den av dr Sonnsjö framlagda hypotesen att bestående oftalmologiska problem (inklusive de ovan angivna) orsakas av irreversibla förändringar i det centrala nervsystemet eller dess kärl, kan emellertid testas. Symtom som uppstått till följd av apoptos kan nämligen inte förväntas minska

genom aldrig så effektiv behandling av en annan skada.

Preliminär slutsats

De aktuella fynden är preliminära och ofullständiga men tillåter med viss reservation slutsatsen att ögonproblem som ofta associeras med WAD (dubbelseende, ljusskygghet och fokuseringssvårigheter) är potentiellt reversibla och kan utgöra sekundäreffekter av nacksmärta och/eller huvudvärk.

Vi tackar dr Sonnsjö för att han fäst vår uppmärksamhet på ögonsymtomens betydelse med avseende på den övergripande problematiken efter pisksnärtsskada. Som direkt följd av dr Sonnsjö's inlägg förbereder vi nu en formell studie.

David C Buck

MD,

*Department of Orthopaedic Surgery, University of Nebraska Medical Center
dbuck@unmc.edu*

Referens

- Duffy MF, Stuber W, DeJong S, Gold KV, Nystrom NA. Case report: whiplash-associated disorder from a low-velocity bumper car collision: history, evaluation, and surgery. *Spine* 2004;29:1881-4.