

Sjukhusläkare och allmänläkare:

Vi är beroende av varandra och vinner alla på en samverkan

Förutsättningen för sjukhusspecialisten är att det finns allmänmedicinare som hanterar vanliga sjukdomar. Samtidigt är allmänmedicinaren beroende av kompetenta sjukhusläkare. Vi vinner alla på en samverkan.

»Läkarfack splittrat om patientkontakt«, trumpetar rubriken på Dagens Medicins förstasida (11/2007). Märkligt, tänker jag som just läst Eva Nilsson Bågenholms kloka ledare i Läkartidningen 11/2007, där hon, med stöd av förbundets policyprogram »Framtidens när-sjukvård«, argumenterar för samverkan mellan specialister i allmänmedicin och sjukhusspecialister och de synergieffekter vårt samarbete har.

Jag har däremot svårt att följa med i Marie Wedins debattinlägg i Dagens Medicin 11/2007, orsaken till den förmodade sprickan. Man kan väl inte jämföra shoppande på lågprisvaruhus med en situation där man oroligt söker hjälp för något man tolkar som en sjukdomsyttring. Då är det bäst att få kontakt med någon som man känner sedan tidigare, någon man har förtroende för och känner sig trygg med.

Yrkesmässigt har vi mycket att vinna på en samverkan mellan olika specialister. MW tar som exempel den som behöver kontakt med en cancerläkare. Ingen kommer att motsäga att man då skall ha kontakt med en specialist som har den bästa kompetensen vad gäller just den cancerformen. Men förutsättningen för att sjukhusspecialisten skall

kunna fortsätta att vara just en bra specialist inom sitt medicinska område är att det finns tillgång till allmänmedicinare som hanterar vanliga sjukdomar, symtom som kanske inte ens beror på sjukdom, och andra hälsoproblem, så att superspecialisten kan ägna sig åt det som kräver just den kompetensen. Samtidigt är allmänmedicinaren beroende av kompetenta sjukhusläkare som kan hjälpa patienten när det behövs. Vi vinner alla på en samverkan med patienten i centrum.

Även samhällsekonomin har vinster att hämta. Omfattande forskning visar att länder med en välutvecklad primärvård har lägre sjukvårdskostnader, längre livslängd och i huvudsak bättre hälsa i befolkningen. Och att områden med hög tillgång till allmänläkare har friskare befolkning än de som inte har det. Dessa förhållanden gäller inte för andra speci-

alistläkare [1]. En studie från 2003 visar att det är just relationen till den egna familjeläkaren som är utslagsgivande, och att den även har en utjämnande effekt på sjuklighet som beror på socioekonomiska faktorer [2].

Så, för vår yrkes stolthets, våra patienters och för samhällsekonomin skall vi måste vi samarbeta – inte dra åt olika håll – kollegor sjukhusläkare och allmänmedicinare!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequity, and mortality in US States, 1980–1995. *J Am Board Fam Med.* 2003;16:412–22.

Replik:

Ökad frihet att välja vårdgivare bör bejakas av läkarkåren

Jag har ingenting mot samverkan mellan läkarkollegor runt patienten och förespråkar inte att sjukhusläkare och allmänläkare skall dra åt olika håll. Däremot anser jag att Ansvarsutredningens förslag om att människors fasta läkarkontakt skall kunna vara en läkare med annan specialitet än allmänmedicin är ett bra och ändamålsenligt förslag.

Ansvarsutredningen föreslår en ny patientlag som ökar patientens rättighet att välja sin fasta läkarkontakt:

»För närvarande skall den fasta läkarkontakten vara en specialist i allmänmedicin. Kommittén föreslår att det inte längre skall anges vilken specialistkompetens den fastaläkarkontakten skall ha, vilket ökar den enskildes valmöjligheter.«

»Förslaget är ett steg i riktning mot en bredare och mer resursstark första linjens sjukvård. Det kan vidare ses som en mer medborgarpassad sjukvård, eftersom medborgarens inflytande och valfrihet ökar liksom möjligheten att få

en fast läkarkontakt.« (Ansvarsutredningen)

Bristande tillgänglighet är svensk sjukvårds och primärvårds stora problem. Att då inte bejaka förslag som syftar till att förstärka första linjens sjukvård och den enskildes valmöjlighet är kontraproduktivt. Jag förutsätter att de flesta även fortsättningsvis väljer sin fasta läkarkontakt i primärvården, men ökade frihetsgrader och större valmöjligheter för människor att välja vårdgivare är av godo och bör bejakas av Sveriges läkarkår.

Jag instämmer i Björn Nilssons ord om att vi »för vår yrkes stolthet, våra patienters och för samhällsekonomin skall vi måste vi samarbeta, inte dra åt olika håll, kollegor sjukhusläkare och allmänmedicinare!«



Marie Wedin
ordförande i Sjukhusläkarföreningen, förste vice ordförande i Läkarförbundet
Marie.Wedin@skane.se



BJÖRN NILSSON
specialist i allmänmedicin, Västerås; studierektor i Västmanland; vice ordförande i Svensk förening för allmänmedicin
bjorn.nilsson@ptj.se

Primärvård och sjukhusvård – intet nytt under solen, men vem tar ansvar?

■ »Nytt stort slag i luften för nomadiserande patienter«. Så karakteriserar förbundsordföranden i ledaren i Läkartidningen 11/2007 den nya patientlagen och uttrycker sin besvikelse över att man, »när man nu samlar patienternas rättigheter i en ny lag, inte tagit tillfället i akt och stärkt de vårdsökandes rätt till ett system som underlättar vägen genom vården«. Ansvarskommittén hävdar att den anlagt ett medborgarperspektiv som, i motsats till dagens producentstyrda inriktning, tydligt skulle visa vilka krav medborgarna kan ställa på vårdgivarna/politikerna och personalen. Var finns de bestämmelser som är möjliga att omsätta i utkrävbara rättigheter? Finns det/har det funnits någon/några politiker i riksdag, regering, kommuner och landsting eller dess organisationer som brytt sig om patienternas reella inflytande över vården?

I en vänbok till Tage Erlander 1951 presenterade J Axel Höjer (Medicinalstyrelsens chef 1935–1952), baserad på socialdemokraternas sk efterkrigsprogram, en plan för förnyelse av den svenska sjukvården inriktad mot att ge god vård och att främja hälsa och välfärd för medborgarna bl a genom betydande förstärkning av verksamheten utanför sjukhusen. Höjer och hans planer mötte starkt motstånd från läkarkåren. Han fick inte heller sitt statsråds (Gustav Möller, 1939–1951) och därmed inte heller regeringens stöd. Möller var liksom en av sina senare efterträdare (Sven Aspling, 1962–1976) främst intresserad av socialförsäkringssystemet och generella reformer. Höjer abdikerade och efterträdaren (Arthur Engel 1952–1967) fick regeringens uppdrag att utarbeta en plan för den högspecialiserade sjukhusvården.

Under 1950-talets senare del diskuterades på nytt en vårdorganisation där »fältet« skulle få större relativ betydelse i förhållande till sjukhusen. Regeringen tillkallade Richard Sterner (generaldirektör i Försäkringsinspektionen och ordförande i såväl Hälso- och sjukvårdsutredningen (ÖHS-kommittén) som Läkarprognosutredningen). Parallellt med denna kommitté tog Läkarförbundet fram en plan som fram till 1970 skulle resultera i 40 läkarhus utanför storstadsregionerna och medföra att 75 procent av landets befolkning skulle bo i re-

gioner med välutrustade och välbemätnade sådana.

När Läkarförbundets utredning presenterades för det avgående respektive tillträdande statsrådet 1962 uttryckte Sven Aspling sina farhågor för att läkarkollektivet skulle komma att utgöra ett hot mot det generella välfärdssystemet. Regeringen sökte finna motmedel och hade tveklöst stöd av en röststark falang inom Sylf som krävde reglerad arbetstid och totallön. När 7-kronan kuppstatat infördes försvann momentant intressenterna för arbete i läkarhusen.

I december 1967 tillsatte Bror Rexed (Medicinalstyrelsens siste chef) på egen hand en utredning med syftet att reformera såväl den allmänna som den specialiserade öppna sjukvårdens organisation. Dess resultat fanns med i fundamentet för senare förslag om vårdstrukturen inför 1980-talet och därefter kommande decennieplaner, men vem i landstingsvärlden brydde sig vad än sjukvårdsdelegationer och beredningar deklarerade?

Under perioden 1976–1982 försökte fyra borgerliga sjukvårdsministrar att, med hjälp av dåvarande landstings- och kommunpolitikern i Stockholm, Gunnar Hjerne (fp), bryta upp producentmonopolet och därmed förbättra den enskilda medborgarens vård- och omsorgskvalitet. Vem brydde sig om att genomföra de förslagen? Genomslaget för denna utrednings (Kontinuitetsutredningen) »reformförslag« blev långsiktigt lika effektivt för patienterna som den patientansvarige läkare som tillkom i Hälso- och sjukvårdslagen 1991.

Den nuvarande Alliansen sitter med dels ett urvattnat utredningsförslag, dels insiktsfulla synpunkter från den medicinska professionen. Skall patienten fortfarande tvingas sitta med Svarte Petter?



Skall patienten sitta med Svarte Petter? undrar skribenten.

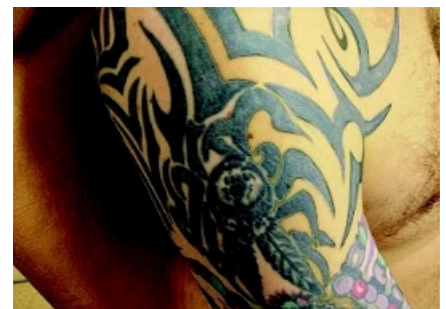
S Åke Lindgren

professor, Lidingö
08-6365936@comhem.se

Farligt sticka i tatueringar?



Figur 1. Vänster axel.



Figur 2. Höger axel på samma patient.

■ Vid vaccination stöter man ibland på patienter som är tatuerade där man tänker ge sprutan. Figur 1 och 2 visar en sådan patient, där stickstället trots allt var lättvalt! I ökande utsträckning händer det också att damer är tatuerade över ländryggen med någon vacker tatuering i form av en fjäril eller liknande. Den sitter då ibland i »LP-området« eller där de kanske framöver behöver en epiduralbedövning vid förlossning, eller ännu längre fram när kollumfrakturen behöver spikas.

Det sägs att man inte ska göra LP eller vaccinera genom en tatuering. Förmodligen är man rädd för att peta in tatueringspigment. Är det sant? Jag hittar inga referenser om att detta skulle vara farligt. Vet Läkartidningens läsare något om detta?

Rickard Eitrem
infektionsläkare, Karlskrona
rickard.eitrem@ltblekinge.se

Foton: Rickard Eitrem

Egmont Kärran AB