

»Alla generalistinriktade läkare – främst inom allmänmedicin, internmedicin och geriatrik – borde kunna samlas i en ny övergripande verksamhet.« Det föreslog Gunnar Akner och medförfattare i ett inlägg i LT nyligen. Här publicerar vi tre repliker med synpunkter på förslaget.

Sammanslagning fel väg att gå

Det vi upplever som problem i sjukvården i dag är en urholkad primärvård och geriatrik, två generalistspecialiteter som redan finns och som behöver stärkas, inte slås samman. Det skriver Annika Eklund-Grönberg, ordförande i Svensk förening för allmänmedicin, och Anne Ekdahl, ordförande i Svensk geriatrisk förening.

De tankar som Gunnar Akner och medskribenter för fram i sin artikel »Stort behov av generalistläkare« (LT 8/2008, sidorna 551-2) väcker funderingar. Varför är generalistläkaren så viktig för patienten och sjukvården? Varför är generalistbegreppet så svårt att få grepp om? Som företrädare för två specialitetsföreningar för generalister vill vi med detta inlägg föra diskussionen ett steg vidare.

Vad är en generalist? Det är en »forskare eller tänkare som vill skapa överblick och sammanhang i en värld av långt driven specialisering« [1]. Vad är då en generalistläkare? En läkare som vill skapa både överblick över patientens totala hälsotillstånd



ANNIKA EKLUND-GRÖNBERG
ordförande
i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
annika.eklund-gronberg@sfam.a.se



ANNE EKDAHL
ordförande
i Svensk geriatrisk förening (SGF)
anne.ekdahl@lio.se

och ett för denna patient begripligt sammanhang? Det finns säkert många sätt att definiera det på, men kärnan är densamma: En äkta generalistläkare är specialist på sina patienter, en specialistkunskap grundad på en bred medicinsk och social kompetens, en långvarig personlig kontakt samt ett ömsesidigt förtroende. Generalisten arbetar också ofta i ett multiprofessionellt team.

Varför är generalistläkaren viktig för sina patienter? Troligen kan det grovt sammanfattas i ett ord – trygghet. Den person som har »sin egen läkare« blir lugnare, är trygg i att våga berätta och räknar med att bli förstörd (och kan ha överseende och våga säga ifrån när kontakten någon gång klickar). Medikaliseringen av livets svårigheter kan motverkas, onödiga besök på akutmottagningar undvikas.

Ta den äldre kvinnan i Akners artikel som exempel. Denna 84-åriga kvinna förefaller i första hand behöva ett gott boende med trygg tillsyn, stimulans och god mat, där efter en stadig läkarkontakt, allmänmedicinare eller geriatriker, med ett tydligt definie-

rat och genomförbart uppdrag. Framför allt ska hon inte skickas runt till olika andra specialister för sin inkontinens, nedstämdhet och värkande höft (för att nu bara nämna några av alla de besvär hon hade). Faktum är att detta gäller även den medelålders mannen med med prostatabesvär, lindrig astma och upprepade fotledsvrickningar. Eller knattarna med sina hösnuvor, oroliga magar och sårskador.

På sjukhusen behövs en välfungerande akutvård, men också en välfungerande vård för de patienter, främst multisjuka äldre, som har behov av ett helhetsomhändertagande såväl fysiskt, psykiskt som socialt, helst också i nära samverkan med deras egen doktor på hemmaplan.

Varför är generalistläkarna viktiga för sjukvården? För att de utgör den effektivaste första linjens sjukvård? Därför att en byggnad utan stadig grund tenderar att bli ganska svajig? För att de är kostnadsbesparande? Ja, allt detta och säkert mer därtill. Egentligen borde frågan omformuleras – hur kan det komma sig att det inte är en självklarhet? Hur kommer det sig att alla de satsningar som gjorts på papperet inte har realiserats, inte kommit primärvården och äldre multisjuka till del? Det är en fråga som vi gärna skulle vilja se bättre belyst.

Enligt Socialstyrelsen kommer »tillgången på allmänläkare i hälso- och sjukvården att minska de kommande 15 åren förutsatt att inte fler specialister i allmänmedicin utbildas än vad som gjorts

under 2000-talet«. För vården av äldre anges att »Betydligt fler landsting jämfört med 2005 nämner också insatser för att förbättra läkarmedverkan. Det går dock inte att ange hur omfattande dessa insatser är eller om de generellt sett har resulterat i en förbättrad tillgång till läkare« [2].

Både riksdagens och Socialstyrelsens revisorer har tidigare konstaterat att utlovade satsningar inte nått fram. Att den tilltagande subspecialiseringen inom internmedicin har minskat tillgången på internmedicinare med tillräckligt bred internmedicinsk baskompetens för att klara primärjourns- och bakjourns-uppdragen är problematiskt, men till stor del en annan diskussion. Det vi upplever som problem i sjukvården i dag är en urholkad primärvård och geriatrik, två generalistspecialiteter som redan finns och som behöver stärkas, inte slås samman med internmedicin.

Bristen på specialister i allmänmedicin respektive geriatrik är skriande och växande. Men att lösa det genom att flytta färdiga specialister till en annan verksamhet tycker vi inte är helt genomtänkt. Inte heller tror vi att det kommer att öka rekryteringen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Nationalencyklopedin.
2. Socialstyrelsen. Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldrevård och psykiatri. Slutrapport, februari 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.