

Stort behov av ny generalistläkare – förslag till övergripande verksamhet

Alla generalistriktade läkare – främst inom allmänmedicin, internmedicin och geriatrik – borde kunna samlas i en ny övergripande verksamhet. Syftet vore att tillföra vården en samlad kompetens för den komplexa differentialdiagnostik som behövs för handläggningen av bl a multisjuka äldre patienter.

Vad är »klinisk kompetens« ur patientens synvinkel? Vilka kvalifikationer fordras av läkaren för att på ett adekvat sätt handlägga hälsoproblem av den art som framgår av fallbeskrivningen om den 84-åriga kvinnan (se nästa sida)?

Utän att närmare känna till resultatet av olika objektiva undersökningar föreligger ett stort antal differentialdiagnostiska möjligheter – symptom är ju till sin natur ospecifika. Några tänkbara diagnoser är t ex följande: depression, malign sjukdom, hjärtsvikt, förmaksflimmer, ortostatisk hypotension, anemi,



GUNNAR AKNER
professor, specialist i internmedicin, geriatrik och klinisk nutrition, Örebro

gunnar.akner@orebroll.se

JOHAN BERGLUND
med dr, universitetslektor, specialist i allmänmedicin, Karlskrona

OVE DEHLIN
professor emeritus, specialist i internmedicin och geriatrik, Malmö

PETER MONTNÉMERY
docent, universitetslektor, specialist i allmänmedicin, Lund

ÅKE RUNDGREN
tf professor, specialist i internmedicin och geriatrik, Göteborg

BENGT VON ZUR-MÜHLEN
med dr, specialist i internmedicin och medicinska njursjukdomar, Uppsala

frozen shoulder, undernutritionstillstånd, läkemedelsbiverkning(ar) till aktuell polyfarmaci, hypertyreos, dehydrering med rubbad saltbalans, debuterande diabetes mellitus, multipel artros m m.

Troligen föreligger flera samtidiga sjukdomar och riskfaktorer samt troligen betydande inslag av psykisk, fysisk och social understimulering. Det potentiella diagnosspektrat är mycket stort, och utredningen kräver gedigna medicinska kunskaper, gott kliniskt omdöme (för att utreda »lagom« mycket och i rätt ordning), tillräckligt med tid och god kontinuitet. Den nya typ av komplex differentialdiagnostisk analys av äldre personer är en av de mest komplicerade analysuppgifterna inom hälso- och sjukvården.

Vilken medicinsk specialitet är då lämplig för att ansvara för kvinnans utredning? Allmänmedicin? Geriatrik? Internmedicin? Endokrinologi? Psykiatri? Många olika specialister skulle troligen känna sig manade, och en vårdgivardiskussion dem emellan skulle nog snabbt bli animerad.

Men hur är det ur *vårdtagarsynpunkt* – spelar det någon roll för handläggningens kvalitet vilken typ av specialist som ansvarar för utredningen? Skulle det vara möjligt att iaktta någon skillnad mellan

läkare inom de ovan nämnda specialiteterna?

De tre stora generalistområdena allmänmedicin, internmedicin och geriatrik betecknas som »specialiteter« [1, 2], trots att detta egentligen är en språklig självmotsägelse – hur kan man vara specialist på något allmänt eller generellt? I stället för »specialitet« förordar vi därför beteckningen »generalistverksamhet«.

Generalister brukar vara stolta över att ha en bred, allround kompetens och framhåller att de är just generalister och att de inte vill avgränsas som specialister. Några tänkbara förklaringar till att generalister ändock kallas »specialister« kan ligga i administrativa förhållanden (behov av en enhetlig struktur för läkarnas olika kompetenser) eller den status som ligger i att kallas »specialist«.

Som ett ekumeniskt syftande tankeexperiment vill vi framföra förslaget att samla ihop alla generalistriktade läkare – främst inom allmänmedicin, internmedicin och geriatrik – till en »generalistverksamhet« (G-verksamhet). Vår modell har tre utgångspunkter:

- 1. Definitionen av generalist.** Generalist (efter latinets generalis, »allmän«) definieras som motsats till specialist; forskare eller tänkare som vill skapa överblick och sammanhang i en värld av långt driven specialisering [3].
- 2. Mer som förenar än som skiljer.** Vi anser att det är långt mer som förenar än som skiljer läkare och övrig vårdpersonal inom G-verksamheterna allmänmedicin, internmedicin och geriatrik. G-uppdraget varierar främst beroende på tidsaxeln, dvs vilket skede av patienternas sjukdomar man

betraktar: akut, subakut eller elektiv vård.

- 3. Vidareutveckling av AT.** Läkarnas knappt två år långa allmäntjänstgöring (AT) efter läkarexamen har ett utpräglad generalistperspektiv och betonar fyra huvudområden: allmänmedicin, internmedicin, kirurgi och psykiatri. AT syftar till att lägga en bred bas för läkarnas fortsatta verksamhet. Vårt förslag innebär en utveckling av detta tänkande även till vidareutbildningen efter AT.

I februari 2007 fanns 9 044 läkare under 65 år med specialistbevis inom de tre G-specialiteter vi diskuterar här [4]. Enligt samma källa fanns det samtidigt totalt 27 034 läkare med någon typ av specialistbevis (där läkare som har flera specialistbevis redovisas dubbelt). Detta innebär att mer än var tredje läkare har specialistbevis inom någon av G-specialiteterna.

Vi förmodar att om läkare från dessa tre G-verksamheter får i uppgift att bedöma t ex den 84-åriga kvinnan i fallbeskrivningen kommer handläggningen att vara ganska likartad vad gäller både eventuellt kompletterande utredning, uppläggning av behandling och uppföljning av behandlingseffekt. Vi tror inte att den samlade handläggningen på något avgörande sätt skiljer sig mer *mellan* dessa tre områden än *inom* respektive område.

Om detta antagande är korrekt är det uppenbarligen olämpligt från både vårdgivare- och vårdtagarsynvinkel att betona skillnaderna och »läsa« dessa i olika specialiteter. I stället är det angeläget att framhålla det som förenar i en samlad kompetensbeskrivning. Redan under ut-

FALLBESKRIVNING

En 84-årig kvinna har beställt tid på vårdcentralen på grund av trötthet. Änka sedan fem år och bor ensam i en lägenhet i en Stockholmsförort. Har två barn: en dotter i USA och en son i Norrland. Ålderspensionerad vid 65 års ålder, tidigare arbetat som kontorist.

Hon äter frukost och lagar själv ett mål lagad mat per dag, vilket hon i regel äter ensam cirka kl 15. Har fått avslag på ansökan om kommunal hemtjänst för matinköp och städning.

Symtom: Anger spontant trötthet och oföretagsamhet – sitter mest hemma i lägenheten, går sällan ut. Tröttheten har ökat smygande de senaste 1–2 åren och är nu mycket besvärande.

Utöver tröttheten framkommer successivt en rad olika symtom, här angivna i den ordning de framkom under samtalet:

- Urininkontinens
- Gångsvårigheter/falltendens – ramlat vid upprepade tillfällen. Har inga gånghjälpmedel
- Andfåddhet vid ansträngning
- Förstoppning – har avföring var 3:e–4:e dag
- Nedsatt aptit – tycker ej maten smakar något
- Viktminskning – har minskat ofrivilligt 8 kg i vikt (12 procent) det senaste året, BMI 19,1

- Sväljningsbesvär
- Obehagskänslor i buken
- Hjärtklappning
- Hudsår – har ett svårtäkt sår på utsidan av höger fotled
- Nedstämdhet – grundstämningen sänkt merparten av dygnet
- Sömnbesvär
- Rethosta – maken rökte, hon själv har aldrig varit rökare
- Ensamhetskänslor – har några bekanta, men inga nära vänner
- Smärtor i båda knäna och i vänster höft vid gång, ingen vilosmärta. Värk och stelhet i axlar/skuldror.

Patienten kan på begäran ej rangordna de olika hälsoproblemen efter svårighetsgrad.

Sporadiska kontroller vid vårdcentralen någon gång per år, mestadels för kontroll av blodtrycket och för att förnya sina recept på nio kontinuerliga och fyra tillfälliga (vid behov) ordinationer; hon har betraktats som en »välinställd patient«. De olika läkemedelsbehandlingarna har inletts av flera olika läkare under den senaste 5-årsperioden, bl a i samband med två korta inläggningar på sjukhus.

bildningstiden bör man tillåta profilering inom G-verksamheten efter läkarnas olika intresseområden, t ex mot akutvård, subakut vård eller elektiv vård. Denna profilkompetens kan certifieras i form av t ex profilkompetensbevis.

Vårt förslag innebär givetvis att läkare i G-verksamheter även framgent kan bedriva en oselekterad primärvård eller en första linjens närsjukvård för olika åldrar, men finessen är att förslaget även medger en viss grad av profilering inom ramen för en bred G-verksamhet.

Därmed kan läkare med G-kompetens arbeta på sjukhus och ta ansvar för en stor del av den oselekterade slutenvår-

den såväl i akut som i subakut skede, men också vid öppna mottagningar på sjukhus, i primärvården eller i patienternas bostäder. Beroende på önskemål och behov kan G-läkarna även rotera mellan dessa vårdformer.

Förslaget erbjuder även en lösning på frågan om kompetens/träning för att gå primärvård respektive bakjour: I sin utbildning till G-kompetens kan man förvärva primärvårdskompetens för självständigt arbete på en akutmottagning – detta regleras i den individuellt utformade studieplanen till G-kompetens.

Förslaget har uppenbara fördelar för både patienterna, de berörda specialiteterna, övrig vårdpersonal och sjukvårdsorganisationen.

Det stora flertalet *patienter* har behov av att träffa G-läkare med stor breddkompetens, förmåga till integrerad klinisk analys och handläggning samt stort kontaktnät för konsultationer och »second opinion« hos olika typer av specialister. Detta G-behov är särskilt stort i samband med multipel/komplex sjuklighet och behandling, där G-läkare med gedigen utbildning självklart ansvarar för integrering och synkronisering av patienternas kliniska handläggning över tid.

Allmänmedicinare skulle efter eget önskemål kunna arbeta som fast läkarkontakt i primärvården eller inom breda G-enheter på sjukhus.

Geriatriner skulle efter eget önskemål kunna arbeta inom slutenvård och/eller som fast läkarkontakt i primärvården. De skulle därmed få möjlighet att sprida det integrerade geriatriska synsättet inom vården av äldre personer med multipla hälsoproblem.

Internmedicinare skulle efter eget önskemål ha möjlighet att arbeta med akutmedicin på sjukhus men dessutom kunna arbeta inom breda G-enheter på sjukhus samt som fast läkarkontakt inom primärvården. En trolig och angelägen effekt av betoningen på G-kompetens enligt förslaget är att statusen skulle höjas för G-verksamheten inom hela hälso- och sjukvården, vilket skulle underlätta rekryteringen av G-läkare.

G-läkare behöver ha nära samarbete med andra vårdyrkesgrupper. De bör därför i sin vidare- och fortbildning ha strukturerad utbildning i ledarskap och teamsamarbete för att kunna leda och synkronisera patientarbetet, och därmed i praktiken ta det övergripande medicinska ansvar som de har enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Genom att G-läkare har en gemensam, generalistinriktad basutbildning blir de även värdefulla som lärare som kan åta sig vidare- och fortbildningsupp-

drag för olika vårdyrkesgrupper.

G-läkare kommer att bli eftertraktade medarbetare i *sjukvårdsorganisationen*, eftersom de är kvalificerade att arbeta inom både slutenvård och öppen vård samt kommunal omsorg och har god utbildning och träning i teamarbete. Många kommer även att vara kompetenta att arbeta som primärvård eller bakjour för G-verksamheten på sjukhus, vilket kan minska antalet jourlinjer. Det stora behovet av en ny strukturerad, analysinriktad och utvärderingsbar hälsodokumentation kan med fördel fyllas genom G-verksamheterna.

Vi har sedan decennier följt strävandena att öka fokus på och status inom primärvården och konstaterar att många förhoppningar tyvärr grusats. Allmänläkaren Göran Sjönell har beskrivit detta som att »Generalisten förlorade matchen« [5]. Vi tror att vårt »ekumeniska« förslag till G-verksamhet påtagligt skulle öka attraktionskraften och därmed kraftigt förbättra rekryteringen till primärvården.

Om vårt förslag skall kunna förverkligas krävs ett stort mått av om- och nytänkande. Men, eftersom de flesta verkar vara överens om att det övergripande målet är »god vård« för vårdtagarna över tid har vi förhoppningar om att vårt förslag skall falla i god jord och stimulera en konstruktiv diskussion.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. Artikelnr 2003-107-1.
2. Ny indelning av läkarspecialiteterna. Socialdepartementet; 2006. Faktablad nr 3.
3. Nationalencyklopedin.
4. Läkarfakta 2007. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2007.
5. Sjönell G. Generalisten förlorade matchen. Primärvårdens Nyheter. 2004;(8):16-7.