

Jönköping september 2010

EN ALLMÄNMEDICINSK UTOPI I SEX PUNKTER

1: Vi känner ett genuint stöd från politiker och tjänstemän i ledningen i frågor kring distriktsläkarbemanningen, inte minst ST-rekryteringen.

(Regeringens nationella handlingsplan från år 2000 satte målet 1 DL/1500 invånare vilket skulle vara uppfyllt år 2008. Det bidde en tumme, eller kanske ett lillfinger. Referens: Socialstyrelsens rapport "Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldrevård och psykiatri", februari 2008.) (Citat från tidningen Allmänmedicin, nr 3/2010, Bertil Hagström: "Jag kan inte förstå att man på högre ort inte begriper att behovet av vanlig vård är mycket större än behovet av ovanlig vård. Att båda delarna visserligen behövs, men att en grundförutsättning för att ovanlig vård skall kunna bedrivas är att det finns en välfungerande vanlig vård. Det sätt man tillåtit den övertunga slutenvården att tillväxa är som att bygga ett slott med tinnar och torn, men glömma att gjuta ett bra fundament. Det behövs många allmänläkare för att slutenvårdens läkare skall kunna utföra sitt arbete av ovanligare vård! Betydligt fler, helst uppåt 30-40% av läkarkåren, som i de flesta andra västländer. I Sverige är allmänläkaren en förhållandevis sällsynt fågel och utgör bara cirka 15% av läkarna. Prognosen för de närmaste 10 åren är dyster med ett sjunkande antal allmänläkare. Vid sjukhusen pågår en ständig subspecialisering eller snarare superspecialisering, som kräver allt fler specialiserade läkare. Nya enheter, mottagningar och kliniker växer fram. Läkarna får en alltmer specifik kunskap. Men har allt mindre av allmän basal medicinsk kunskap. Följden blir att så fort organspecialisten hamnar utanför sitt allt smalare kompetensområde måste denne frånhända sig ansvaret för patienten. Man anar, att sjukhusets läkare som kan så mycket om så litet att de till slut vet allt om ingenting, till och med själva bekymrar sig över detta faktum. Superspecialiseringen börjar bli vårdens paradox. Många vet väldigt mycket om lite, men ingen vet vem som vet vad. Då uppstår problem.")

2: Vi har fullt ledningsstöd i våra allmänmedicinska prioriteringar: framför allt vår strävan efter kontinuitet för patienten och att lägga mest resurser på de sjukaste – vilket ofta innebär de gamla, kroniskt multisjuka som inte ringer och kräver en tid omgående utan tålmodigt väntar på "sin" doktor.

(Citat från tidningen Allmänmedicin, nr 3/2010, Bertil Hagström: "Vårdvalets trolleritrick var att man i ett nafs sa att nu är det inte så viktigt med kvalitet och kontinuitet i primärvården längre. Nej, nu gäller en sjukvård där vem som helst, utan krav på allmänläkarkompetens, kan studsa runt i primärvården. Nu ska istället tillgängligheten premieras, men inte till en läkare trogen sina patienter utan oftast till en läkare vem som helst, sen är

det inte så noga om det är en vikarierande narkosläkare eller en läkare utan specialistkompetens överhuvudtaget som veckoknacker. Man har skapat ett slags kravlös tillgänglighetens Lidl-sjukvård. En McDonaldisering av patientmötet – vilsna patienter shoppar runt för diagnoser och behandling – när man så otvetydigt vet att det man som patient sätter högst på önskelistan är en kompetent läkare. Att det är bra med en sjukvård som har kontinuitetsbärande allmänläkare finns det både beprövad erfarenhet och bevis för, inte minst genom professor Barbara Starfield, som undersökt hur det står till med den saken i europeiska länder och delstater i USA. I de länder där patienten först får träffa en allmänläkare, har befolkningen lägre dödlighet, lägre sjuklighet, kostnaderna inom vården är lägre och tillgängligheten till vård är god.”

3: Vi har tillgång till effektiva administrativa stödsystem som minimerar den tid som stjåls från direktkontakt med patienten och minimerar onödig datainsamling.

(Citat från L-E Adolfsson: ”Cosmics existentiella frågor måste lösas innan man går vidare. För vem/vad är Cosmic designat? Vad är värdet för enskilda patienter och vårdgivare? Hur långt ska man sträcka sig i allmän insamling av data ”som kan vara bra att ha”? Cosmic är en extremt flödesorienterad ”one size fits all” lösning som kommer att bli svårhanterlig på sikt. Det är knappast troligt att ex vis urologi och allmänmedicin har behov av samma informationsstruktur. De obligatoriska delarna i Cosmic måste därför minimeras och en mer individorienterad struktur måste tillåtas. All datainsamling som inte är av värde för enskilda patienter och/eller vårdgivare måste tas bort. Det finns annars stora risker för enorma entropiförluster i datatillförlitlighet och därmed ökande kostnader för parallella kontrollsystem.”

4: Vi tillåts utforma mått och mål som är relevanta för vår specialitet och slipper styrning som härstammar från flöden och processer definierade av organspecialister och sjukvårdsadministratörer.

(Citat från tidningen Allmänmedicin nr 6/2008, Christer Andersson: ”I Sverige finns det idag ungefär 4 800 allmänläkare och 23 000 kliniska specialister. Detta borde inte vara något stort problem då allmänläkarna som grupp betraktat har en enormt stor gemensam erfarenhet av kliniskt arbete, något som borde vara intressant att ta del av för såväl sjukvårdspolitiker som övriga läkargrupper. Detta sker dock, enligt min mening, i mycket liten utsträckning och man kan fråga sig varför? Den erfarna och duktige allmänläkarens yrkeskunnande rör sig, enligt min egen bedömning, mellan kunskapssynerna *métis* och *fronesis*, med visst inslag av *epistheme*. Det är ett kunnande som ytterst är kontextberoende och partikulärt, såsom läkarens specifika kunskaper om en viss person. **En viktig delförklaring** är förmodligen det som James C. Scott skriver om i *Seeing like a state*, hur den *generaliserbara påståendekunskapen* i vårt moderna samhälle tränger bort

den *lokala, praktiska kunskapen, mêtis*. Det moderna, rationalistiska samhället värderar helt enkelt kunskap som kan hänföras till *epistheme* högre. Det handlar, enligt min förklaring, om hur olika maktstrukturer, i det här fallet landstingspolitiker och tjänstemän, ser på olika typer av kunskap. Den vetenskapliga medicinen har haft ett stort gehör hos beslutsfattare på alla möjliga nivåer i samhället och fortsätter att så ha. Problemet blir att om man som beslutsfattare inom området sjukvårdspolitik begränsar sig till att låta sig påverkas av den evidensbaserade medicinen och utesluter den erfarenhetsbaserade, praktiska kunskapen, så kommer man att bidra till att driva sjukvården i en *tayloristisk* riktning. Med detta menar jag försöken att formalisera, specificera och bryta ned de olika vårdprocesserna för att göra läkarens arbete mer likt en industriarbetares i den meningen att man vill kunna detaljstyra vad mötet mellan läkare och patient skall innehålla. **I ansträngningen att** påverka dagordningen för det sjukvårdspolitiska området förefaller det som om allmänläkarna ständigt misslyckas med att få gehör för sina uppfattningar. Det som i stället vinner genklang hos regioner och landsting är den evidensbaserade medicinen. Min bedömning av varför organspecialisterna nästan alltid ”vinner” dessa kraftmätningar har att göra med hur våra respektive områdens kunskap är *organiserad*. Mina kollegor och jag har samtalat om detta vid flera tillfällen och det förefaller som om problemet ligger i att allmänmedicinen inte har någon egen domän (inom medicinen) av påståendekunskap, där vi så att säga kan ”slå organspecialisterna på fingrarna”. Inom alla de områden inom den vetenskapliga, evidensbaserade medicinen där vi arbetar, till exempel diabetes, finns det någon som är expert, i det här fallet diabetologen och han eller hon kommer att ha mer kunskap om de senaste studierna kring just diabetes. Varför skall en landstingspolitiker lyssna på några allmänläkares praktiska erfarenhet av att behandla diabetes när det finns de som gör fina studier och besitter så kallad *expertkunskap*? **Konsekvensen av detta** blir att kunskapen som ligger bakom de riktlinjer och vårdprogram, som exempelvis Västra Götalandsregionen vill att vi som allmänläkare skall följa, blir av teoretisk *epistheme*-karaktär, medan den mänskliga erfarenheten lämnas därhän. Vi, allmänläkarna, blir reducerade till en slags *medicinens fabriksarbetare* som skall utföra det som den universella kunskapen i detalj säger att vi skall göra. Inte så sällan får vi inbjudningar till kurser med rubriker i stil med: ”Hur minskar vi gapet mellan riktlinjer och praxis?” Det är ett uttryck för den utopiska strävan mot att alla skall göra exakt på samma sätt och komma bort ifrån den ”irrationella” praxis som utgår från det enskilda. Till slut kan man på det här sättet sätta stopp för den enskilda läkarens utövande av sina specifika, partikulära, yrkeskunskaper. **Finns det då något** existensberättigande för en medicinsk specialitet som fortsätter att hävda *mêtis* som en viktig del av vår kunskap? Hur skall i så fall detta existensberättigande hävdas i ett sjukvårdspolitiskt landskap där expertkunskapen, den artikulerbara påståendekunskapen, samverkar med politikerns önskan om en så kostnadseffektiv vård som möjligt? **Ett uttryck för att** det blir allt svårare att skapa ett utrymme för *mêtis* inom medicinen är hur exempelvis Västra Götalandsregionen gör sina upphandlingar av primärvård. Upphandlingsunderlagen är dokument som försöker *detaljstyra* vad vi skall och inte skall göra, i vilket styrmedlet är pengar. Ännu så länge kan man hitta ”hål” i deras sätt att sätta ihop sina

dokument, med andra ord så finns det ett visst utrymme att erbjuda en verksamhet som ger utrymme åt enskilda läkare att använda sitt omdöme. **Om utvecklingen fortsätter** på detta sätt och regionens tjänstemän kan vässa sina vapen ytterligare och smälta ihop den evidensbaserade medicinen, vårdprogrammen, med ett ännu mer detaljrikt ekonomiskt styrsätt, så kanske utopin om den totala rationaliteten, den hundraprocentiga evidensbaserade vården till slut blir verklighet? Om detta är önskvärt är det lika bra att hoppa över omvägen med ett besök hos läkaren och istället få diagnos och behandling via en automat av ett eller annat slag. Fotnot: 1 Termen *mêtis* löper som en röd tråd i James C. Scott, *Seeing like a state*, YaleUniversity Press, 1998 och motsvarar en viss typ av lokalt, praktiskt kunnande. De båda kunskapssynerna *fronesis* (förtrogenhetskunskap) och *epistheme* (vetenskap) redogörs för i Aristoteles *Den Nichomachiska etiken*.

5: Vi slipper politiskt opportunistiska och dåligt underbyggda dekret om prevention och folkhälsa och tillåts införliva dessa delar naturligt i patientkonsultationen utan tillkrånglade administrativa rutiner och byråkratiskt spel för gallerierna.

(Citat från senaste numret av tidningen Allmänmedicin, nr 4/2010, Jonas Sjögren: I en tid då den allmänmedicinska kulturens grundpelare, det patientcentrerade, relationsskapande, dialoginriktade samtalet attackeras från andra kulturer som styr vården, behövs motkrafter, nu mer än kanske någonsin. Med den goda intentionen att öka intresset för levnadsvanornas betydelse för hälsan, har alla krafter inom den politiskt/administrativa kulturen slagit sig samman till en attack mot den professionella kulturens konsultationskonst. Man inleder med att skapa myten om allmänläkarnas ointresse för livsstilsfrågor. Sedan kommer från Socialstyrelse att utgå riktlinjer, från SKL påbud och från snart alla landsting regler och krav på hur en konsultation ska gå till. Nu ska det screenas med fasta formulär med slutna frågor. Nu skall mätas midjor och stussar. Nu skall matvanor korrigeras. Nu skall det gås stavgång minst 30 minuter per dag. Nu skall envar patient uppge sin veckovisa alkoholkonsumtion. Nu skall varje standardglas nogsamt antecknas i en datajournal som lätt kan bli tillgänglig för tusentals vårdanställda, försäkringsbolag, rättsväsende och försäkringskassa. Den politiskt/administrativa kulturen utövar sin makt och beslutar inte bara om vad allmänläkarens konsultation ska innehålla utan också hur samtalet med patienten skall föras. Med social ingenjörskonst skall allmänläkaren formas till en agent i folkhälsans tjänst som ska se till att alla som visar sig i konsultationsrummet skall uppföra sig bättre. För att ytterligare stärka sitt maktgrepp över allmänläkarna lånar den politiskt/administrativa kulturen tekniker från marknadskulturen. De som följer de politiska riktlinjerna, påbudena, reglerna och kraven belönas med pengar. För att få bukt med de mest motspänstiga försvararna av allmänmedicinsk professionell kultur tillgrips polisiära metoder; böter utfärdas och hot om yrkesförbud föreläggs.”)

6: Vi har stöd från landstingets politiska och administrativa ledning gentemot Försäkringskassans ständigt ökande krav på läkarnas tid.

(Citat från senaste numret av Läkartidningen, nr 38/2010, Christer Sjödin: ”För att Försäkringskassans tjänstemän ska kunna bedöma de medicinska förutsättningarna för arbete krävs, enligt förslaget, att läkaren beskriver aktivitetsbegränsningen i ett standardiserat protokoll. En utgångspunkt är ICF (International classification of functioning, disability and health). En svensk version av protokollet, som beskrivits i Läkartidningen [3], finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats [4]...Många läkare är ovana att handskas med ICF-koderna. Det tar tid att lära sig detta instrument – och det tar också emot på grund av ovissheten om det gagnar vården av den enskilda patienten. *Det kommer också att ta tid att ta att fylla i intygen, 1–1,5 timme eller mer, enligt en bilaga till utredningen. (Min kursivering)* Vad gäller ersättning till intygsskrivande läkare tar varken försäkringskassa eller landsting något ekonomiskt ansvar i dag [6]. Det är anmärkningsvärt att utredaren inte diskuterar hur utbildningen av läkarkåren och den ökade tidsåtgången för intygsskrivande ska finansieras.”)

***Saskia Bengtsson
Distriktsläkare
Bankeryd***