

Vi behöver en kombination av specialkunskap och allmän kompetens

”Sjukdomsmönstret bland befolkningen håller på att ändras och som yrkeskår måste vi reagera”. Så uttrycker sig en namnkunnig och auktoritativ grupp brittiska kliniker, utbildningsansvariga och administratörer i British Medical Journal i januari 2020. De gör gällande att sjukhusen i framtiden behöver mera generalister och färre specialister och rekommenderar en kraftig satsning på generalism i läkarutbildningen inklusive i specialistutbildningen och fortbildningen

Tack vare vetenskapens framsteg och bättre medicinsk vård har vår livslängd ökat ansevärt under det senaste seklet. I takt med nya behandlingsmöjligheter, ökad specialisering och uppkomsten av specialiserade vårdteam har behandlingsresultaten förbättrats avsevärt. En stor andel av befolkningen lever ett relativt friskt liv upp i hög ålder.

När vi blir äldre ökar ändå vår risk att insjukna i kroniska sjukdomar såsom hjärtsjukdomar, diabetes, cancer, osteoporos, depression och demens. Och eftersom vi lever längre löper var och en av oss ökad risk att få inte bara en utan två eller rentav många kroniska sjukdomar; faktum är att detta börjar vara mer regel än undantag. Dessutom begränsar sig multimorbiditet på intet vis till den äldre befolkningen.

En del multimorbiditet, i synnerhet den som orsakas av vanliga sjukdomar, uppstår slumpmässigt. All multimorbiditet är däremot inte slumpmässig eftersom det bakom många tillstånd kan finnas en gemensam genetisk eller av omgivning-en betingad underliggande mekanism.

Vi kan med fog fråga oss hur våra sjukhus ska klara av det kontinuerligt ökande antalet patienter med många olika sjukdomar och komplicerade behov. Både läkare och skötare måste vara beredda att ta på sig mer sammansatta roller än tidigare. Också kostnaderna ökar när allt sjukare och allt äldre patienter ska tillbringa en allt längre tid på sjukhus.

I läkarutbildningen utgår man i allmänhet från *ett* organ eller *en* sjukdom och de flesta avdelningar vid våra sjukhus har redan länge tenderat att fokusera på en enda sjukdom eller grupp av sjukdomar. Patienterna ses av läkare som är specialiserade på ett specifikt organ eller organsystem eller behärskar en specifik form av behandling. Hur yrkeskunniga specialisterna än är är de inte alltid tillräckligt väl utrustade för att ta sig an de patienter som inte har endast en sjukdom. Många patienter med en kombination av sjukdomar behöver en generalist snarare än en specialist eller ännu hellre en specialist som har upprätthållit sin

allmänna kompetens. Hur vi bättre ska kunna bemöta personer med många samtidiga fysiska och ofta också psykosociala problem borde därför ingå i den medicinska utbildningen, i specialistutbildningen och i den kontinuerliga yrkesmässiga fortbildningen oberoende av specialitet.

Också när det gäller diagnostisering av sjukdomar finns det argument som talar för att göra större satsning på generalister eller för att hos specialisten bevara en generalists sätt att närma sig problemen. Risken är att en specialist ser och diagnostiserar framför allt sådana sjukdomar som hör till hans eller hennes specialområde. Faran för både överdiagnostik och underdiagnostik är under sådana omständigheter överhängande. Det finns många exempel på patienter som har slussats in på "fel" avdelning och vars diagnos och behandling därför har blivit fördröjd.

Också inom den kliniska forskningen finns det skäl att beakta förekomsten av multimorbiditet. Fortfarande utesluter man i allmänhet i kliniska prövningar personer som har flera än en sjukdom. På basis av studier på patienter med en enda sjukdom görs också behandlingsrekommendationerna upp, rekommendationer som förvisso baserar sig på statistiskt signifikanta

resultat men vars betydelse hos de personer som inte fyller den kliniska prövningens inklusionskriterier är osäker.

De brittiska kollegorna är förvisso ute i ett angeläget ärende. Kärnan i resonemanget är att specialisten inte ska glömma sitt allmänna medicinska kunnande utan bevara generalisten inom sig. Det ska dock inte tolkas så att vi inte behöver våra specialister. Specialisterna för sina områden framåt och är de som genom klinisk forskning utvecklar nya behandlingsmöjligheter. Men det är önskvärt och till och med möjligt för en specialist att också bevara en generalists tänkande.

Föreliggande nummer av Handlingarna behandlar koagulationsmedicinen, en multidisciplinär och gränsöverskridande specialitet vars utövare samarbetar intimt med specialister inom andra grenar av internmedicinen och flitigt konsulteras av kollegor inom många andra specialiteter, bland dem kirurgi, obstetrik och gynekologi, onkologi, neurologi och allmänmedicin. Koagulationsmedicinen är därmed ett utmärkt exempel på en specialitet där både specialkunskaper och allmänna kunskaper är av största värde.

Tom Pettersson