

När vi blir fullbemannade...

En primärvårdsdröm

För 15 år sedan såg vi fram emot att få våra vakanta distriktsläkartjänster tillsatta – »att bli fullbemannade». Då skulle vi kunna förverkliga vår vision om en bra primärvård. Detta innebär att vi i Luleå skulle vara en distriktsläkare per 2 000 invånare.

Men våra arbetsuppgifter har förändrats. Nu tillgodoser denna dimensionering vare sig befolkningens behov av en god och lättillgänglig primärvård eller distriktsläkarens egna krav på en acceptabel arbetsmiljö.

Det är nu 15 år sedan jag för första gången vikarierade som distriktsläkare på »min» vårdcentral i Luleå där jag nu sedan 10 år tillbaka har en fast tjänst. Det fanns då *en* ordinarie läkare där. Många var de gånger då vi talade om vad som skulle kunna göras om vi blev fullbemannade, dvs alla vakanta tjänster skulle vara tillsatta.

Vi såg distriktsläkararbetets stora möjligheter att skilja banalt från allvarligt, att vid behov lotsa patienten rätt i slutenvården och på ett bra sätt ta hand om de vanligare folksjukdomarna. Vi var beredda att ta ett stort ansvar för att sjukvårdens resurser användes där de bäst behövdes.

Vår ambition var att ha en hög »täckningsgrad». I den mening som jag nu använder ordet betyder det den andel av läkarvårdsbehovet som jag tillgodoser för den befolkning/lista som jag ansvarar för.

Den del som jag inte täcker söker själv andra läkare, remitteras till andra specialister eller vårdas inläggande. Om jag fungerar bra som distriktsläkare/familjeläkare/husläkare ska patienterna inte behöva söka många olika läkare eller i onödan hänvisas vidare.

För att ha en hög täckningsgrad fordras tillgänglighet, gott patientbemötande, goda kunskaper och bra relationer med övriga specialister. Patienternas möjlighet att lätt komma i kontakt

med sin läkare och bristen på ordinarie distriktsläkare var påtagliga faktorer som tidigare hindrade en sådan täckningsgrad. Många patienter valde andra alternativ än den offentliga primärvården.

Nu är vi »fullbemannade» – och arbetet ännu tyngre!

Så småningom blev alla vakanser tillsatta. Vi är äntligen fullbemannade enligt den dåvarande planen. Men arbetet är tyngre än någonsin tidigare! Täta larmrapporter angående distriktsläkarnas arbetsmiljö har kommit de senaste åren.

En uppenbar orsak är de ökade kunskaper som lett till att allt fler sjukdomar och symtom nu kan behandlas. Detta delar vi med övriga specialister. Dessa har i många fall löst problemet genom en ökad subspecialisering.

Därigenom har behovet av medicinsk samordning blivit allt större. En patient som går hos lungläkare, kardiolog och gastroenterolog kan ha svårt att veta vilken läkare som ska kontaktas vid obehag i bröstet.

Trots att dessa tre specialister arbetar på samma klinik kan patienten behöva en samordnande läkarkontakt – något som inte alltid tillgodoses på kliniken. Oftare går patienter på flera kliniker, och många gånger är andra än läkare vårdaktörer.

Ökad tillgänglighet

En annan viktig faktor för arbetsbelastningen är att vår tillgänglighet har ökat. På många ställen har detta sammanfallit med olika varianter av husläkarreformen. I Luleå skedde denna förändring tidigare.

Detta berodde till stor del på att det i Luleå fanns många privata läkare. God läkartillgänglighet var deras främsta konkurrensmedel. Vi listade patienter och införde öppna mottagningar på många vårdcentraler före husläkarreformen.

Ytterligare en orsak till den ökade arbetsbelastningen är den överföring av patienter som nu sker från sjukhusen till vårdcentralerna. I och med husläkarreformen underlättades denna överföring – det blev lättare att remittera ut patienten till en namngiven husläkare i stället för som tidigare till »vårdcentralen».

Personligen tycker jag att denna effekt av husläkarreformen bidragit mer till arbetsbelastningen än de öppna mottagningarna.



Visioner i primärvården

DEBATT

”Med distriktsläkare som är utbrända eller går ned i arbetstid faller också förutsättningarna för en bra primärvård. Den vision som vi hade när vi började för 15 år sedan känns nu så nära – men ändå långt ifrån.”

Jag vill till sist nämna Ädelreformen. Sjukhem och långvårdsavdelningar var tidigare knutna till de geriatrika kliniker. Läkartillgången var på de flesta ställen relativt god. På det sjukhem med 200 vårdplatser som var knutet till vår vårdcentral arbetade två underläkare, och överläkare gick också rond ett par gånger i veckan.

Efter Ädelreformen har vi aldrig haft mer än en halv läkartjänst för detta sjukhem. Samtidigt har de patienter som legat där blivit allt sjukare, och omsättningen av patienter har varit hög.

På många ställen skedde inget som helst resurstillskott i samband med denna överföring. Man räknade med att läkarinsatserna via primärvården helt skulle skötas inom den ordinarie verksamheten!

Kronikerna – en huvuduppgift

En viktig uppgift för distriktsläkaren är att ta hand om patienter med kroniska sjukdomar. Nästan alltid är det flera sjukdomar som ska kontrolleras vid ett och samma besök.

Distriktsläkare Anders Överby fann i en undersökning av eget patientmaterial att antalet diagnoser per patient ökade från i medeltal 3,0 till 4,6 under en femårsperiod mellan 1986/87 och 1991/92 [1]. Av mina egna hypertoni-patienter är det mindre än 10 procent som har hypertoni som enda diagnos.

Kraven på god handläggning av de enskilda sjukdomarna har ökat, bl a i och med vårdprogram och kvalitets-

Författare

ANNA KARIN FAHLÉN
distriktsläkare, Björkskatans vårdcentral, Luleå.

säkringsrutiner. Som nämnts tillkommer också ofta behov att ta kontakt med andra specialister. Patientens egna förväntningar inför läkarbesöket kan vara helt annorlunda och ta den mesta tiden i anspråk.

Krävande men intressanta

Detta tycker jag är den tyngsta – men också mycket givande – delen i mottagningsarbetet. Ofta känns det som om jag inte lyckats handlägga alla problemen riktigt bra, särskilt inte i förhållande till vårdprogram och kvalitetssäkringsrutiner.

Detta bekräftas också i en undersökning av distriktsläkarnas arbetsinnehåll i primärvården i Dalarna som företaget Helseplan utförde 1996 [2]. Man finner där att 30 procent av patienterna kan slutbehandlas vid ett besök, remitteras eller följas upp vid återbesök. Detta bedöms som enkla fall. Övriga 70 procent är patienter som kräver en längre genomgång och en långsiktig behandlingsrelation.

Mer kvalitetshöjande än avlastande

Förhoppningar har knutits till att sjuksköterskor ska kunna avlasta läkarens arbete genom egna mottagningar, exempelvis för diabetes eller astma. Jag tycker att dessa mottagningar mer fungerar som en kvalitetshöjande verksamhet.

En diabetespatient som går till en sköterskemottagning behöver fortfarande ett läkarbesök där t ex hjärtbesvär, behov av sjukskrivning, övriga sjukdomar och mediciner behandlas. Astma är oftare ensam diagnos, och där kan sköterskebesök ibland ersätta läkarbesök.

Den andra huvuduppgiften är att bedöma oklara symtom – att skilja banalt från allvarligt. Detta tar ofta all vår erfarenhet i anspråk. Att vi arbetat på många sjukhuskliniker och har en fortlopande vidareutbildning, bl a genom dialog med andra specialister, är en förutsättning för detta.

Vilka behöver tillgängligheten?

I detta sammanhang vill jag kommentera den kritik som framförts – inte minst från våra egna led – mot den ökade tillgängligheten till läkare. En av de schabloner som förekommer är att den ökade läkartillgängligheten stjäl tid från de kroniskt sjuka. Man kan i stället fråga sig om det inte är just dessa patienter som behöver hög tillgänglighet.

På vår vårdcentral kommer de ofta på den öppna mottagningen och deras problem kräver i regel en kvalificerad bedömning. Det fåtal »onödiga» patienter som söker för ett helt banalt symtom behöver bara en enkel undersökning

och tar inte mycket tid eller kraft i anspråk.

När det gäller psykiatriska tillstånd kan det vara en fördel att tröskeln till att söka hjälp inte är så hög. För Ädelpatienterna är ofta tillgängligheten oacceptabelt låg – vilket leder till medicinska risker och onödiga inläggningar.

Är det egentligen inte så att denna tillgänglighet är kärnan i vårt arbete och det som behövs för att vi ska leva upp till en bra primärvård? Kritiken kan i stället bero på att vi inte mäktar med den uppgift som är oss tilldelad.

Brist på tid

En tredje viktig uppgift – som jag tycker att jag försummar – är att vara medlem i arbetslaget på vårdcentralen. Bristen på läkartid är så stor att andra yrkeskategorier ofta behöver vänta och stå i kö för att diskutera patientärenden med läkaren.

Detta är en situation som inte är bra för arbetsmiljön och som kan påverka samarbetet kring patienten. Ibland har vi också frånsagt oss eller inte orkat med utvecklingsuppgifter – något som inte är hållbart i längden.

Otillräcklig bemanning

Ännu har inga tydliga signaler kommit från Landstingsförbundet eller från enskilda landsting att man insett att en distriktsläkare per 2 000 invånare inte tillgodoser vare sig befolkningens behov av en god och lättillgänglig primärvård eller distriktsläkarens egna krav på en acceptabel arbetsmiljö.

Med ansvar för en befolkning eller lista på 2 000 personer är det svårt att ha en hög ambitionsnivå. Men å andra sidan tycker jag att det är svårt att inte utnyttja de kunskaper jag har.

Det känns inte bra att remittera eller hänvisa patienter vidare på grund av tidsbrist, att successivt sänka ambitionsnivån i handläggningen av olika sjukdomstillstånd eller att fatta beslut på ständigt allt tunnare anamnestic underlag.

Flykt till deltidsarbete

Vi är nu många distriktsläkare som mer eller mindre tillfälligt löst våra problem med överbelastning genom att arbeta deltid. Detta bekräftas i tidigare nämnda rapport från primärvården i Dalarna [2]:

»Sammanfattningsvis visar enkätundersökningen en distriktsläkargrupp i övre medelåldern, flest män, med lång erfarenhet och som i hög utsträckning väljer att inte arbeta heltid. Skälet till detta är i de flesta fall att man inte orkar arbeta heltid.»

Så nära – men ändå så långt ifrån...

Arbetet som distriktsläkare är trots allt det mest givande och intressanta jag kan tänka mig. I en tid då patienterna får allt fler sjukvårdskontakter, ingår i alltfler projekt, har kontakt med många rehabiliteringsaktörer och ständigt utsätts för ett massmedialt informationsflöde behövs generalisten.

Vår ofta långvariga kännedom om patienten och dennes omgivning, tillsammans med bred medicinsk kunskap, ger oss här en särställning. En trygg och lättillgänglig läkarkontakt i primärvården har hittills varit en bristvara. Många är de patienter som i brist på en sådan kontakt remitteras mellan klinikerna på grund av diffusa symtom.

Det arbetsinnehåll som vi har och de uppgifter som tilldelats oss känns riktiga – och tidvis tror jag att vi är frestande nära vår vision om en bra primärvård – kanske Ädelpatienterna undantagna. Det har dock oftast skett till priset av ett alltför högt arbetstempo och/eller betydande övertid.

Detta är inte hållbart i längden. Med distriktsläkare som är utbrända eller går ned i arbetstid faller också förutsättningarna för en bra primärvård. Den vision som vi hade när vi började för 15 år sedan känns nu så nära – men ändå långt ifrån.

Referenser

1. Överby A. Kontrollpatienter ofta allt sjukare med tiden. Läkartidningen 1995; 92: 3445-6.
2. Helseplan Sverige AB. Distriktsläkarnas arbetsinnehåll. Primärvården i Dalarna. Västerås 1996. Rapport H107.