

Offensiv primärvård trots budgetnedskärningar

Från 1992 till 1997 har vår budget för Fränsta vårdcentral minskat från 10,7 till 6,3 miljoner kr/år och personalstaben har minskat med åtta heltidstjänster. Allt sjukare patienter skickats ut från sjukhusen och patienternas legitima krav på vårdkvalitet och tillgänglighet har ökat. Samtidigt som vi har fått en allt äldre och sjukare befolkning.

Det är lätt att man resignerar inför denna hartnär omöjliga ekvation. Rädningen för vår del blev när vi beslutade oss för att datorisera 1994. Samtidigt gjorde vi en analys och översyn av hela verksamheten med målet att försöka effektivisera, rationalisera, »slakta heliga kor» och vara beredda att ifrågasätta hela vårt tidigare arbetssätt. Hela personalgruppen delegerades till egna ansvarsområden och mottog datoriseringen med stor entusiasm. I denna positiva anda var det enkelt att gå vidare och lansera nya tankar och idéer. På kort tid kunde vi införa dynamisk spirometri, ambulatorisk blodtrycksmätning, datoriserad EKG med arbets-EKG i samar-

bete med fysiologiska kliniken vid länsjukhuset, telemedicinsk utrustning för bildöverföring mellan olika vårdenheter, cPAP, saturationsmätare och blodtransfusionsvärmare.

Vi sökte anslag och bidrag

Givetvis har finansieringen inte kunnat ske inom ramen för vår krympande budget utan även här har vi aktivt sökt nya vägar genom tex anslag från Landstingets projekt och utvecklingsfonder, forskningsfonder, Hjärt-lungsjukas förening, Lions m m.

De kommersiella företagen som tillhandahåller utrustning har villigt lämnat rabatter och i vissa fall gåvor för att vi testat nya produkter. Vår sekreterarstab har t ex deltagit i att utveckla ett nytt datoriserat kommunikationssystem där man med talet styr sin dator. Läkarebemanningen med tillfälliga vikarier har alltid varit ett stort problem för oss i glesbygd men genom att rekrytera sjukhusspecialister med lämplig inriktning och passande helhetssyn kunde vi båda dra nytta av deras särskilda kunskaper

samtidigt som vår bemanningssituation löstes. En gynekolog och en invärtesmedicinare från vårt eget länsjukhus anställdes och till deras förfogande införskaffades ultraljud för gynekologiska undersökningar och endoskopiutrustning. Min ambition är att dessa kolleger ska kunna behålla och helst vidareutveckla delar av sina specialistkunskaper parallellt med allmänläkarens ordinarie arbete.

En verklig satsning

Det är min bestämda uppfattning att vi lyckats höja arbetsmoralen, trivseln och kvaliteten på vår arbetsplats till stor uppskattning från vår befolkning. Det skulle ligga nära till hands att bara resigera inför minskande budgetanslag och personalminskning men genom offensiv satsning, framtidstro och delegering av ansvar kan man skapa en tekniskt avancerad och progressiv primärvård.

Robert Hagman

verksamhetschef,

Fränsta vårdcentral Västernorrland

Hur skall det gå med den medicinska dokumentationen?

Läkarsekreterarna har idag många skiftande arbetsuppgifter – receptionsarbete, tidsbeställning, remisshantering, IT-administration med systemansvar, patientadministration på vårdavdelningar m m – men det stora tunga, klassiska läkarsekreterarbete är att sköta den medicinska dokumentationen, dvs se till att göra en patientjournal av det material läkaren tillhandahåller via diktering.

Journalen har blivit ett allt viktigare dokument och har från att ha varit några av läkaren handskrivna rader svällt till en betydande samling handlingar. Själva journaltexten som läkaren dikterar och läkarsekreteraren skriver ut kan för långtidssjuka uppgå till både 40 och 50 sidor. Behovet att dokumentera har ökat enormt på grund av samhällets, ansvariga myndigheters och allmänhetens krav. Det blir fler och fler specialundersökningar att tillgå, vilket också ger mer dokumentation. Det medicinska språket fordrar utbildad personal. En stor del av läkarnas tid går idag åt till att

syssla med papper. Journalanteckningar ska dikteras och en mängd olika intyg utfärdas till försäkringskassa, försäkringsbolag, rättsliga myndigheter, patienten själv m m.

Att diktera är svårt och kvaliteten på diktaten därför oerhört skiftande, men läkarsekreteraren måste, av vilket material som helst, kunna skapa en journalanteckning eller ett intyg. Det innebär ibland en ren redigering av text!

Läkarsekreterarna arbetar också som ett skydds nät i kontakten läkare-patient, de påminner hela tiden om det som missas, t ex en remiss till specialundersökning, remiss till röntgen, svar till patienten och inremitterande läkare m m. Det innebär att de känner ett stort ansvar och att de också måste vara väl förtrogna med gången i det hela.

Det har inom vårt landsting tagits beslut om en sammanhållen hälso- och sjukvård, vilket betyder att patienten ska uppfatta vårdapparaten som en enhet. Vårdcentraler och sjukhus ska alltså arbeta mera gemensamt för patientens

bästa. Landstingsledningen har i principdokument framhållit att ett väl fungerande informationssystem blir en grundbult i det nya sättet att arbeta. Det kommer i realiteten att innebära att medicinsk dokumentation i ännu högre grad än nu ska förmedlas mellan vårdcentraler och sjukhus. Välutbildade läkarsekreterare, inte minst när det gäller IT-området, och tillräckligt många läkarsekreterare, anser vi behövs för att klara av den målsättningen.

Utbildning för läkarsekreterare finns ej

Det har under flera år inte funnits någon läkarsekreterarutbildning inom vårt landsting vilket innebär att det kommer att bli brist på läkarsekreterare. Vi frågar oss nu hur det ska gå med den medicinska dokumentationen som även i fortsättningen måste skötas av kompetent personal.

I höstas skrev vi tillsammans med SKTF till arbetsgivaren, om behovet av utbildning av läkarsekreterare för att

Patienter i vården – lättläst om rättigheter, ansvar, etik

Risken att ge sig sin sjukdom i våld växlar, men många patienter känner stor uppgivenhet inför läkare och vårdapparat. Entusiastiskt skrev jag därför om Läkarförbundets båda små foldrar om patientens rättigheter (Läkartidningen 9/97). Än mer entusiastisk är jag nu inför det lilla häfte, »Tipsextra för patienten inför mötet med doktorn», som Sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) ger ut. Korta texter med glada illustrationer; rubriker i alfabetisk ordning. Den fyller ett stort behov.

Utomordentlig handledning i hur jag som patient tillvaratar mina möjligheter ger också Edgar Borgenhammar och Lars Fallberg i senare delen av sin bok »Våga vara vårdkonsument». Deras enögda marknadsidéologi köper jag dock inte. Gott och väl att Borgenhammar–Fallbergs ambition är att få en alert »konsument» som ställer höga krav på vård och omsorg. Men marknadsfilosofin skär guld bara åt dem som vet att hävda sig: tala för sig eller betala. Med andra ord inget för fattiga och sjuka.

Tillvarons innersta väsen är omsorg om andra. Desavoueras några eroderas det mänskliga inom oss, och på sikt hela

samhället. Mot marknadsfilosofin ställer jag krav på rättvisa och solidaritet. Den alerte konsumenten måste alltid kompletteras med »tillvarons innersta väsen».

Hur kommer råden så många som möjligt till del?

De här böckerna aktualiserar en annan fråga – och jag vill här skärpa tonen. Hur når alla dessa goda råd ut och kommer så många som möjligt till del? Personligen menar jag att alla läkarmottagningar, alla apotek, borde åläggas att väl synlig – bland alla andra trycksaker till besökarnas fromma – ha Spris lilla häfte liggande framme. Utdrag, eventuellt i annonsform, borde dessutom finnas med i en del officiella trycksaker som telefonkataloger, landstingsbroschyrer m m. (Dock att »Landstingskatalogen», Stockholms län, redan ägnar hela 5 sidor åt »Dina rättigheter inom hälso- och sjukvården». Hur är det för övrigt i landet?)

Till läkarnas fromma ger Spri samtidigt ut ett häfte i samma stil. »Tipsextra för doktorn inför mötet med patienten». Tord Bergmark har i Läkartidningen 50/97 retat sig på uppläggningsen som barnbok och »den infantiliserande språkdräkten». Kan det inte vara ett bra sätt ta ner läkarkandidater m fl till den jord där vi patienter befinner oss?

Fem åtaganden

Nu har läkarna det inte för lätt: minst fem och ofta motstridiga åtaganden och uppdragsgivare får jag det till. Patienten först och främst och sedan yrket, professionen. Som tredje och fjärde stat och samhälle, de står ju för resurser och legalitet. Sist men inte minst den egna karriären, att orka med och att hålla ryggen fri. Onekligen kräver läkaryrket ett mått av kallsinnighet.

Rena odågor må dock vara sällsynta i vården. Värre är de rapporter som visar att brister i »kommunikativ kompetens» är mycket vanliga i läkarkåren – Borgenhammar och Fallberg refererar till några. De menar att »konsumentanda» hos patienter och deras företrädare ska förbättra situationen: läkarens kompetens att lyssna in patientens oro; bådas förmåga att ge och ta till sig fullödlig information.

Summa summarum ger Borgenhammar–Fallberg och Spri mig råg i ryggen om de möjligheter jag som patient har att ta till vara! De visar också på mitt ansvar som konsument och patient, mina skyldigheter. Både för min hälsa och för den vård jag vill ha. Med andra ord utgör de ett steg till en etik för patienter!

Börje Markman
fil dr,
Stockholm

trygga en säker medicinsk dokumentation i framtiden.

Vi fick också en debattartikel publicerad i tidningen Barometern med ungefär samma innehåll som denna.

Vi har inte fått något svar från arbetsgivaren. Vi har inte heller fått någon som helst reaktion från läkarkåren på vår artikel. Ska vi tolka det som att patientens journal inte anses tillräckligt viktig för att man ska engagera sig i frågan? Bryr sig läkarna inte alls om ifall det finns adekvat utbildad och ansvarstagande personal som säkerställer en korrekt journal, och andra handlingar, idag när patienten i allt större utsträckning läser sin journal och har åsikter om innehållet och journalen sprids ut i samhället i övrigt?

Birgitta Eriksson,
klinikassistent,
Monica Wikhäll
läkarsekreterare,
Ann-Margret Wansland
läkarsekreterare,
Kalmar

Relevant beteckning önskas

I Läkartidningen 14/98 på sidan 1573 beskrevs ett fall som Ansvarsnämnden behandlat: En patient hade fått sin lungcancerdiagnos förseناد på grund av ett läsfel: Ordet *inger* (malignitetsmisstanke) hade lästs som *ingen* (malignitetsmisstanke) på ett röntgensvar. Ett olyckligt misstag gjort av en privatpraktiker!

Vi befinner oss i en tid av polarisering, snart är det val och den sittande regeringen har med emfas bekämpat den privata sektorn. Det innebär att den sinande skara privatpraktiserande läkare som ännu är i tjänst blir allt mer sårbar. Det är säkert inte av ond vilja Läkartidningen använder rubriken »Anmäld: Privatpraktiker» men det

svider ändock i skinnet på hela privatläkarkåren.

Vi har av hävd använt specialiteter-na som beteckning i liknande sammanhang tidigare och jag anmodar om att denna praxis inte frångås. Är läkarens anställningsförhållanden av relevans för misstaget bör det naturligtvis anföras – inte annars. Läkarens politiska färg, sexuella läggning, kön eller ras liksom religion har sällan betydelse för patienternas prognos och kan därför utelämnas.

J Bergen
legitimerad läkare,
ögonspecialist och
privatpraktiker,
Karlskrona