

## Att orka eller inte orka – det är en primär fråga!

**Primärvårdens villkor är i fokus. Allmänheten kräver, i takt med politikernas uttalade löften, att vården ska finnas lätt tillgänglig så snart behoven uppstår. Och helst hela dygnet! Doktorsn telefontider är aldrig nog många och långa, och besökstiderna är för få.**

Allmänhetens behov kommer nämligen alltid att överstiga de resurser samhället har att erbjuda (= anser sig ha råd med). Vissa patienter anser att sjukvården helt ska rätta sig efter deras arbetstider, viktiga möten, resor etc. Allt annat anses som »brist på telefon- och mottagningstider» eller »dålig service».

### Geografiska skillnader

Självfallet finns det geografiska och populationsmässiga skillnader i attityder, t ex mellan Lidingö/Djursholm/Östermalm och glesbygden! Och det har väl inte undgått någon att privata läkarmottagningar är ett sällsynt alternativ på landsbygden, varför naturligtvis befolkningen där »rättar mun efter matsäcken» och håller tillgodo med vad som erbjuds. I städerna är det också nära till akutsjukhusen, medan långa, dryga och dyra mil i glesbygd gör att krämpan gott kan få vänta på sin bot tills byns enda läkarmottagning öppnar nästa morgon! I Djursholm hinner knappt snuvan komma igång förrän ...!

### Akuten överbelastas

I Stockholm Norrort, där jag arbetar sedan sju år, finns en utmärkt liten tidning som delas ut gratis till alla hushåll. Där finns detaljerade, aktuella uppgifter om var och när man finner hjälp inom sjukvården dag som kväll/natt. Ändå åker många till våra stora överbelastade akutsjukhus med åkommor som definitivt hör hemma hos en husläkarjour.

Det kan inte vara rimligt att t ex på Astrid Lindgrensjukhuset tillbringa 6–7 timmar med ett förkyllt barn och eventu-



I verklighetens primärvård är det knappast slagsmål om grindvaktsfunktionen ... (»Grindslanten», målad av August Malmström, 1829–1901. Foto: Östergötlands länsmuseum).

ellt få träffa en jourhavande »specialist», vars erfarenheter många gånger understiger en erfaren husläkares! Vissa tycker att det är »bekvämt» att söka (på dyr akutmottagning) efter sitt arbete, som ju inte får »störas» med ett läkarbesök på dagtid hos ordinarie husläkare!

### Holistisk grundsyn

För att klara våra uppgifter i primärvården måste vi ha fler husläkare, men då i första hand allmänmedicinskt skolade doktorer med en holistisk grundsyn på människans totala hälsotillstånd. Inte – som antytts i debatten från en del håll – »omskolade» sjukhusspecialister, eller gynekologen som kvinnans husläkare respektive barnläkaren som barnens dito!

Dessa specialister är redan för få och inser nog själva att de varken ska eller kan sköta »allt» hos sina patienter. Hur skulle det då gå med deras egen specialitet? Är man ovan att simma medley, trampar man bara vatten som gammal crawlare! Och ursprungsidentiteten rinner ut i bottenavloppet!

Men om t ex sjuksköterskefackets ordförande menar allvar med sitt debattinlägg i Dagens Nyheter för en tid sedan kan kanske vi trötta distriktsläka-

re börja lämpa över barn och kvinnor till specialistkollegerna? Jag ser ett sjunkande Primärvårdsskepp framför mig nu! »Kvinnor och barn i livbåtarna!» Övriga stannar kvar hos kaptenen som nu lättare kan räta upp skutan och få ett överskott på kojplatser!

Sjukhusläkarna har nog med sitt slit på sjukhusen och är nog mer än nöjda när epikrisen är skriven och patienten sitter i taxin med de sista ljuva orden i öronen: »Åter till husläkaren!»

### Ett hån mot glesbygden

Jag tror inte många sjukhusläkare kommer att omskola sig till husläkare, och framför allt vill ingen tvingas till det! Och var hittar man barnspecialister och gynekologer i uttalad glesbygd? Det är ett hån mot barnen i Stekenjokk och kvinnan i Karesuando!

Självklart ska en kvinna ha rätt att välja en gynekolog vad gäller gynekologiska tillstånd utan att gå vägen via sin husläkare för en remiss. En gynekologisk undersökning innefattar nuförtiden ej sällan vaginalt ultraljud och det ska vi distriktsläkare inte syssla med. Men öv-

### Författare

MATS ANDERSSON  
husläkare, Djursholm.

**”För att vi ska orka med att hålla primärvårdshagen innanför grinden grönskande och harmonisk för alla, inklusive herden och vallhundarna, vill det till att rätt proportioner mellan flock och herde uppnås.”**

riga krämpor hos kvinnan tar primärvården med fördel hand om!

Vad gäller barnen har vi självklart en dialog med barnspecialisten i öppenvården när vårt kunnande inte räcker till! Vad gäller åldringsvården är jag dock positiv till fler geriatriker, framför allt som trygg och kontinuerlig läkarkontakt på sjukhem/servicehus/demensvårdsenheter etc. Då kanske »skandalerna» i pressklippen minskar (nolltolerans kanske är möjlig?).

### Grindvaktfunktion?

En del kallar vår uppgift för grindvaktfunktion! Lite nedlåtande!? Den

enda association jag får till grindvakt är den blygsamma ersättningsnivå i förhållande till den tunga grind jag har att sköta! För övrigt känns det som om grinden stod vidöppen jämt!

För att vi ska orka med att hålla primärvårdshagen innanför grinden grönskande och harmonisk för alla, inklusive herden och vallhundarna, vill det till att rätt proportioner mellan flock och herde uppnås. Och nu är vi alla, inklusive de folkvalda, rörande överens om en distriktsläkare per 1 500 invånare som norm.

Men vi arbetstygda distriktsläkare sviktar under större börda än så, idag ofta 2 000–2 500 patienter per läkare, och på sin håll nästan det dubbla (Göteborg t ex). Är normen en önskedröm eller utopi?

Om vi ska ha en basal primärvård värd namnet måste vi inom allmänmedicinen snarast få en bättre arbetsmiljö framför allt genom att vi blir fler, får möjlighet till kontinuerligt inlagda avbrott för vila, miljöombyte, fortbildning och tjänstledigheter för annat arbete eller hobby. Vi ska både orka njuta av och unna oss god musik, litteratur och konst. Helt allmänt måste vi erkännas

en högre »status» inom kåren och hos allmänhet, premierat med bättre lönevillkor i relation till det mycket ansvarsfulla, krävande, viktiga värv vi har att sköta.

### Hur övertyga yngre kolleger?

Den onda spiralen är dock lite knepig att lura sig ur. Hur ska vi stressade, tröttkörda eskulaper inom primärvården med hedern i behåll kunna övertyga våra yngre kolleger att välja just vår specialitet, när vi och tidningsartiklar nästan dagligen talar om problemen som finns, underbemanningen ej att förglömma!

Jag kan dock från djupet av hjärtat utbrista att jag har ett brinnande (dock icke utbrännande) intresse kvar av ett i grunden intressant och givande yrke, utifrån alla aspekter: från handfasta nageltrång och flimrande hjärtan till invecklade psykosomatiska tillstånd, där det rent kroppsliga inslaget ofta visar sig vara både förstaeligt och mindre skrämmande för patienten om han/hon får möjlighet att i en avspänd, trygg atmosfär hos sin husläkare få reda ut begreppen. Och det mina kära läsare, är vi generalister bäst på! •

## Bristande rutiner vid hantering av Creutzfeldt–Jakobs sjukdom

**Socialstyrelsen bör snarast utfärda anvisningar om hur patienter med misstänkt Creutzfeldt–Jakobs sjukdom skall hanteras inom hälso- och sjukvården. Inte minst skiftande besked om sjukdomens smittsamhet gör att vårdpersonal på olika nivåer behöver vägledning om adekvata rutiner.**

Följande redogörelse ämnar blottlägga den brist på kunskap och rutiner som försvårar hanteringen av patienter med Creutzfeldt–Jakobs sjukdom eller misstänkt sådan, och hanteringen av

kroppen efter en avliden.

(Fallet är främst av principiellt intresse. Jag använder beteckningarna »lasarettet», »hemortssjukhuset», »infektionskliniken» och »universitetssjukhuset» för fyra olika sjukhus på olika orter, detta för att om möjligt undvika att identifiera patienten eller inblandad personal.)

### Yrsel och nedsatt hörsel

Patienten, född 1920, söker läkare den 20 januari på grund av nedsatt hörsel samt yrsel. Remissvar från öronläkare visar att patienten lider av en kärlsjukdom med påverkan på de centrala balansnervbanorna.

Under mars, april och maj vårdas patienten sedan vid två olika tillfällen på medicinska kliniken på huvudortens lasarett, under diagnoserna »vertigo (arteriosklerotiskt orsakad) samt cerebral arterioskleros», respektive »desorientering».

Den 10 maj flyttas patienten till ett vårdhem i den ort där undertecknad arbetar. Tre dagar senare kommer epikrisen, som nämner att Creutzfeldt–Jakobs sjukdom kan vara ett tänkbart alternativ enligt konsulterande neurolog. Medicinöverläkaren delar dock inte denna uppfattning då EEG och CT-undersökning inte bekräftat misstanken.

### Detaljerade direktiv

Personalen på vårdhemmet upplever dock epikrisen som oroande och kontaktar hygienavdelningen på universitetssjukhuset för rådgivning. Hygienavdelningen svarar med detaljerade direktiv om handhavandet vid misstänkt CJ-patient via fax.

Då detta handhavande kräver specialkunskaper i infektionsförebyggande verksamhet, uppkommer frågan huruvida ett vårdhem på landsbygden är den rätta platsen för en patient som skulle kunna ha CJ-sjukdom. Jag och vård-

### Författare

OLLE LIUNGMAN

specialist i internmedicin, Munka-Ljungby.