

## Frustration på Backens vårdcentral i Umeå:

# »De som bäst behöver oss får vänta«

Under senare år har vi på Backens vårdcentral känt alltmer frustration över att inte kunna tillgodose befolkningens krav på insatser från oss. En ökande andel av kontakterna med oss handlar inte om symtom på sjukdom, utan om en oro för att man skulle kunna vara sjuk. Man ringer oss ofta i ett tidigt skede, ofta för banala övre luftvägsinfektioner. Samtidigt har vi bekymrats över att dessa ganska friska tar sig fram, medan de svagare och ordentligt sjuka, de som bäst behöver oss, får vänta.

**GUNNAR ÅSTRÖM**  
distriktsläkare,  
Backens vårdcentral, Umeå  
([gunnar.astrom.us@vll.se](mailto:gunnar.astrom.us@vll.se))

■ Vi beslöt oss för att öva oss i att nivåbedöma patientkontakterna utifrån ett prioriteringsperspektiv. Undersökningen var frivillig och pågick under två arbetsveckor hösten 1998. Vi utgick ifrån ett förslag från Prioritetsutredningen [1] till kliniska prioriteringar i grupperna IA, IB, II, III, IV och V. Där betyder grupp IV »vård av annat skäl än sjukdom (gränsfall)« och grupp V »egenvård tillräcklig, lindriga besvär«. Grupp I–III överensstämmer med riksdagsbeslutets prioritetsordning.

Deltagarna hade i uppgift att göra en markering på lämpligaste nivå efter varje patient. Distriktsköterskor deltog såväl vid telefonrådgivning som på mottagning och vid hembesök. Vidare deltog distriktsläkare, distriktssjukgymnaster, distriktsarbetsterapeuter och kuratorer. Man kunde också notera sina problem eller reflektioner och återkomma till dessa vid den efterföljande diskussionen vid en internutbildning.

### Prioritering – en process

Patientkontakterna blev sammanlagt 313, varav 200 var patientbesök och 113

telefonrådgivningar. De 200 patientbesöken till alla olika vårdgivare fördelade sig enligt Tabell I.

En annorlunda fördelning sågs i telefonrådgivningen, hela 89 procent (101/113) föll under nivå V.

Några av de kommentarer personalen antecknade:

- Vad händer med sjukdomen hos den som inte kommer?
- Kristillstånd är olika allvarliga beroende på vem det är som drabbas; den jagsvage är en riskpatient, liksom den med svagt socialt nätverk.
- Patienter med reumatoid artrit tycks inte betrakta sig som sjuka.
- Egentligen skulle behovet av social kontakt avhjälpas på annat sätt än av sjukvården.

Intresset för övningen var stort. Den har givit inte bara personliga erfarenheter av problem förknippade med att om-sätta teori i praktik utan också en större

### Tema: Prioritering i praktiken

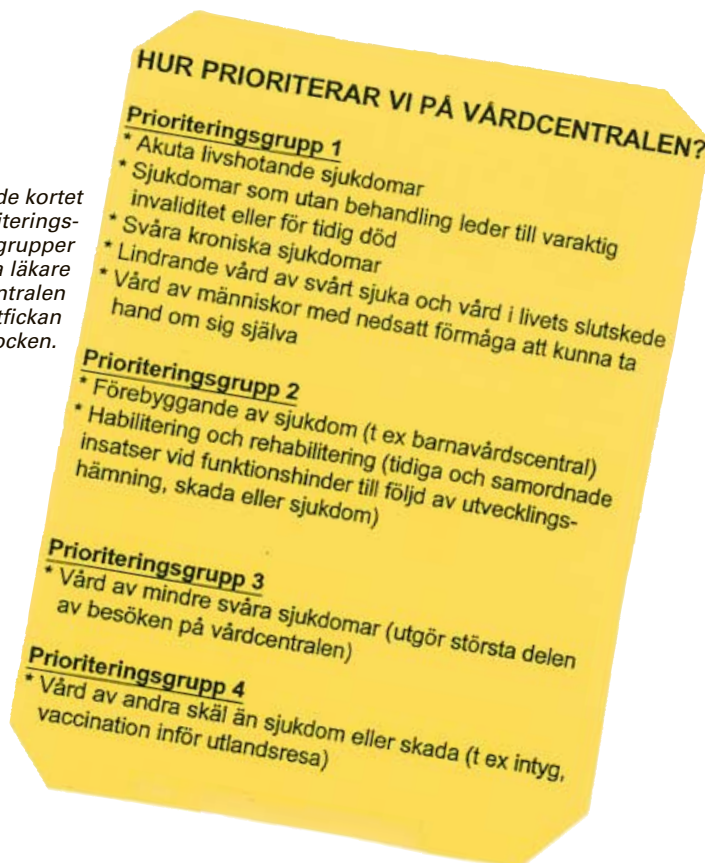
övertygelse att prioriteringar behövs för att vi skall arbeta med rätt saker. Flera var inne på att detta var bara ett första litet steg i prioriteringsarbetet här på vårdcentralen.

### Dubbla budskap

En arbetsgrupp har fört processen vidare genom utbildningsaktiviteter och utarbetande av policydokument. Vi har också haft ett inspirerande utbyte med en annan vårdcentral, Sundets vårdcentral i Härnösand, som har erfarenhet av att praktisera prioriteringar. Vi diskuterade särskilt det svåra i att prioritera ner.

Ett hinder i prioriteringsarbetet är dubbla budskap från våra politi-

*Det inplastade kortet med prioriteringsgrupper bär alla läkare på vårdcentralen i bröstfickan på läkarrocken.*



**Tabell I.** Fördelning av patientbesök

Prioriteringsgrupp	Antal patientbesök	Procent
IA	5/200	3
IB	17/200	9
II	55/200	27
III	112/200	56
IV	4/200	2
V	7/200	4

ker. Landstingspolitikerna lovar att medborgarna vid icke-akut sjukdom skall få tid hos läkare i primärvården inom åtta dagar, riksdagen lovar sjukvården rätten – om våra resurser inte räcker till – att ge prioritet till de patienter som har de största behoven. Vi måste ha politikernas fulla stöd om vi skall vara framgångsrika, och befolkningen måste få veta dels att sjukvården tillämpar riksdagens prioriteringsbeslut (av den 1 juli 1997), dels vad det betyder konkret.

#### I riskzonen för utbrändhet

Vi har haft glädje av att diskutera i grupper med en arbetspsykolog om faktorer som bidrar till utbrändhet. Vi på vårdcentralen har yrken som ställer krav på relationer, och vi befinner oss därmed i riskzonen. Vi behöver alla bekräftelse på att det vi gör är bra, och då kan prioritering bli ett bekymmer. Den bekräftelse vi får är i regel den som patienterna ger – och dem måste vi säga nej till!

Vi måste lära oss att se skillnad på vård och service, vid stor efterfrågan måste vård gå före. »Det är akut« betyder olika beroende på om man är patient eller arbetar i vården. Vad lägger vi professionella in i begreppet?

Vi har studerat Edgar Borgenhammars tankar om den nya epoken, »tillits-ohälsans« epok [2]. Brist på trygghet och tillit och bristande mänskliga relationer leder till att man söker sjukvården. Vid det utbildningstillfället diskuterade vi hur vi i mötet med patienten kan bli bättre på att se samband mellan kroppens signaler och otrygghet i livet. Genom att låta samtalet handla mer om patientens liv kan vi så viktiga frön.

#### Olikheter mellan professionerna

Under tiden vi har arbetat med policydokument har vi sett intressanta olikheter mellan professionerna. Läkaren och sjuksköterskan tänker diagnoser på de olika nivåerna, arbetsterapeuten tänker ADL-funktionsnivå, kuratorn psykiskt välbefinnande. Vi arbetar med olika typer av policydokument: ett gemensamt för vårdcentralen, ett för respektive

vårdgivarkategori och slutligen policydokument för vanliga åkommor. Hittills har vi hunnit utarbeta ett för övre luftvägssymtom, där vi lägger betoning på egenvård.

Prioriteringsresonemanget på vårdcentralen behöver vi också ta med oss till primärvårdens arbetsplats under kvällar, nätter och helger, dvs till jourcentralen. Att ge sjukvårdsupplysning under jourtid är ett viktigt steg. Ännu är det dock bara ett mindre antal patienter som ring-er innan de åker in. Andelen egenvårdsfall eller kroniska tillstånd som jag ser som jourhavande är alltså alltför stor.

För mig som allmänläkare är prioritering detsamma som hushållning med resurser. Kollegiala träffar, där vi diskuterar utifrån fallbeskrivningar, bidrar till att jag kritiskt granskar min egen praxis i fråga om laboratorieprov, medicinering, sjukskrivning. Här är SBU-rapporter, Läkemedelsverkets och läkemedelskomitéernas rekommendationer till nytta.

#### Referenser

1. Calltorp J. Provsialläkarstiftelsens kurs i Ekonomi, etik och ledarskap, Nordiska hälsovårdshögskolan, 18–22/11, 1996
2. Borgenhammar E. Att vårda liv. Stockholm: SNS förlag; 1993.

## Särtryck

Läkartidningen

**K**unskaperna om lungcancerens biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter.

Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. De har nu samlats i ett 36-sidigt häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 60 kronor.

## Lungcancer



Beställer härmed.....ex  
av "Lungcancer"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

[www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)  
under särtryck, böcker