

Läkarrollen i Tierpsprojektet

Per G Swartling

Att utvärdera primärvård är inte bara en fråga om att finna bästa möjliga organisationsform för primärvården. Det är även en process som i hög grad påverkar de utvärderades arbetssituation. Olika aspekter på primärvården i Tierp har studerats i tjugio år och Per G Swartling ger här sin bild av hur det är att vara läkare i en försöksverksamhet som fortlöpande utvärderas. Förutom att svara för sjukvården har läkarna i Tierp varit engagerade i samverkansförsök, levererat data till hälso- och sjukvårdsforskning, varit föremål för studier och bedrivit egna studier.

Per G Swartling är chefsöverläkare och chef för vårdcentralen i Tierp.

Primärvården med provinsialläkare och numera distriktsläkare har under de senaste decennierna varit föremål för ett flertal utredningar. Åsikterna har varierat relativt mycket om det rätta innehållet i distriktsläkarens/allmänläkarens arbete och hur vården lämpligen bör organiseras. När Tierpsprojektet startade för 20 år sedan låg det i tiden att pröva en ny modell med stora vårdcentraler, där även andra specialister än allmänläkare ingick. Så skedde när en ny vårdcentral i Tierp togs i bruk 1974 för omkring 20 000 invånare och de tidigare enläkarmottagningarna i Söderfors, Örbyhus, Lövestabruk och Tierp stängdes.

Syftet med Tierpsprojektet angavs vara "att i försöksverksamhetens form tillämpa helhetsprincipen, främst inom socialvård, hälso- och sjukvård och skola".

Helhetssyn kräver samverkan och projektet skulle finna effektiva former för detta. I projektet ingick även forskning för att studera innehållet i vården och effekten av olika förändringar.

Tierpsläkarnas roll i projektet har varit mångfacet-

terad. Jag skall uppehålla mig vid några aspekter, nämligen

- att ge primär hälso- och sjukvård i distriktet,
- att pröva organiserad samverkan med distriktsköterskor och personal från kommunen,
- att leverera data för forskning,
- att själv vara föremål för studier och granskning,
- att bedriva egna studier och undersökningar.

Rollen i hälso- och sjukvård

När de fyra ordinarie distriktsläkarna drogs samman i en gemensam vårdcentral 1974 ändrades deras roller högst påtagligt. De hade tidigare varit ensamansvariga för vården inom sitt eget distrikt, kände sannolikt befolkningen relativt bra och hade ekonomiskt ansvar för relativt billiga mottagningar med ringa personal och de gjorde även hembesök. Man kunde kalla dem husläkare. Allt detta ändrades.

Koncentrationen till Tierp gjorde det ekonomiskt försvarbart att skaffa mer avancerad utrustning inom laboratorium, röntgen, sjukgymnastik, hörselvård, ögonvård och inte minst en akutmottagning för Tierp-Älvkarleby område som var bemannad dygnet runt och betjänade omkring 30 000 människor. Specialistläkare på heltid tillkom för invärtesmedicin, kirurgi, öron, barn och gynekologi. Sjuksköterskor och undersköterskor samt sekreterare anställdes vid mottagningarna och skötte rådgivning, tidsbeställning och assistans åt läkarna. Verksamheten fick karaktär av ett mindre sjukhus. Denna bakgrund är viktig att ha innan jag går in på läkarrollen i själva projektet.

Läkarbemanningen var dock problematisk under många år. Exempelvis kan nämnas att i början på 80-talet gjordes endast 20–25 % av samtliga besök hos ordinarie distriktsläkare och resten sålunda hos vikarier eller AT/FV-läkare.

När vårdcentralen startade förändrades läkararbetet på många sätt. Akutbesöken ökade medan övriga lä-

.....
Allmänläkarbersöken minskade när heltidsanställda specialister tillkom.
.....

karbesök minskade. Allmänläkarbesöken minskade när heltidsanställda specialister tillkom. Relativt snabbt fann man dock att kirurgen, invärtesmedicinaren och öronläkaren tog hand om patienter utanför egen specialitet och fungerade alltmer som allmänläkare. En stor del av patienterna inom deras egen specialitet var dessutom mycket lämpade för allmänläkare och det blev därför slöseri med specialistresurser.

Som exempel kan nämnas att akut otit utgjorde ungefär 25 procent av öronläkarens diagnoser 1975. Vidare svarade extern otit, otosalingit, vaxpropp ÖLI och tonsillit tillsammans för drygt 45 procent av diagnoserna. Detta innebär att ungefär 70 procent av öronläkarens diagnoser utgjordes av sådana fall som i allmänhet kan klaras av allmänläkaren.

Numera har vi endast distriktsbarnläkare på heltid. Övriga specialister är konsulter 1–2 dagar/vecka eller månad.

Läkarrollen i organiserad samverkan

Samverkan är nog det som Tierpsprojektet blev mest känt för runt om i Sverige, många gjorde också studiebesök i Tierp för att se hur samverkan mellan primärvård och socialtjänst fungerade. Med tanke på den stora omsättningen av läkare, ofta unga vikarier, är det märkligt att dessa samverkansstudier kunde genomföras så bra som faktiskt skedde. Övrig personal var dock relativt stabil.

Tierps kommun var indelad i fem områden, där gränserna i stort sett var gemensamma för socialvård, sjukvård och skola. I varje område bildades ett socialmedicinskt lag med läkare, distriktssköterska, socialsekreterare och hemhjälpssledare. Dessa personer träffades 1–2 timmar varje vecka i området och diskuterade patienter/klienter av gemensamt intresse.

En gång i månaden förstärktes det socialmedicinska laget med representanter från skola, kultur och fritid. Gruppen kallades nu områdesgrupp och träffades 2–3 timmar. Uppgiften för denna grupp var att identifiera problem och hinder i områdets miljö, i samverkan söka

avhjälpa problemen, informera och påverka problem för nämnder och styrelser och slutligen medverka i samhällsplaneringen såsom remissinstans.

Direktiven till grupperna var mycket vida och något diffusa – ingen fråga var för liten, ingen var för stor för att inte kunna behandlas. Avgränsningen av arbetet var därför svårt. Jag är säker på att arbetet i dessa grupper gav många unga tierpsläkare vidgade vyer – för dem som var mottagliga, medan andra åter starkt ifrågasatte sin medverkan.

En del av vårdcentralens övriga personal som ej deltog i projektet var också kritiska ibland. De såg läkarna försvinna från patientmottagningen för att ägna sig åt något som kunde uppfattas som flummigt eller onödigt. Kanske fick denna personal för lite information och kände sig inte delaktig.

Många läkare som under en period i karriären passerade Tierp kommer med glädje ihåg den så kallade socialmedicinska dagen då läkarna fick lämna vårdcentralen och ge sig ut i distriktet, fick träffa personal från andra förvaltningar, göra hembesök med distriktssköterskan, besöka ålderdomshemmet i området och eventuellt ha barnavårdscentral.

Vad har hänt med samverkan efter projektet?

Mycket har tonats ner eller upphört av praktiska skäl. Vissa samverkanskontakter fortsätter och känns självklara. Läkarna har kvar sina områden och socialmedicinska dagar. Samarbetet med distriktssköterskan har utvecklats ytterligare och flera läkare har mottagning i distriktssköterskemottagningen varje vecka. Kommunens hemtjänst och distriktssköterskorna har fått ännu närmare samarbete, vilket underlättat övergången enligt Ädel-reformen. Socialsekreterarna träffar man numera endast vid behov. Det upparbetade samverkansklimatet lever dock kvar på alla nivåer mellan förvaltningarna.

.....
I varje område bildades ett socialmedicinskt lag med läkare, distriktssköterska, socialsekreterare och hemhjälpssledare
.....

.....
Läkarna har även upptäckt att journalen vinner i klarhet om besöket alltid sammanfattas i en diagnos
.....

Läkarens roll att leverera data för forskning

Sedan projektet startade har alla läkare vid vårdcentralen vid alla besök satt en diagnos och diagnosnummer enligt öppenvårdskod. Detta har legat till grund för den fortlöpande statistik som förs rörande öppenvårdsbesök och som ofta citeras. Utan tvekan har denna rutin upplevts betungande många gånger för alla läkare, särskilt under stressad akutmottagning. Det har varit svårt att ständigt informera och motivera nya läkare, men de allra flesta har ändå lojalt ställt upp. Återkommande redovisning av resultat och diskussion om diagnosprinciper har varit viktigt att genomföra för att registreringen skall ske med god kvalitet. Läkarna har även upptäckt att journalen vinner i klarhet om besöket alltid sammanfattas i en diagnos. Läkaren tvingas att tänka till lite extra, vilket patienten kan ha nytta av.

Läkarens roll att själv vara föremål för studier och granskning

Under projektets gång har läkarna själva blivit utsatta för granskning i ett flertal studier. Denna roll har väckt blandade känslor men övervägande positivt intresse. Man vill gärna veta hur läkare som grupp har uppfört sig, men är inte helt oväntat mån om att den individuella sekretessen skyddas avseende den enskildes resultat. Detta kan ibland t o m gälla en redogörelse för diagnosprofilen i mottagningen. Vid en enkät om patienternas tillfredsställelse med läkarbesöket förklarade en distriktsläkare att "Jag skulle inte orka med och jag skulle ha svårt att fortsätta arbeta om jag fick veta att patienterna ej är nöjda med mig."

Jag tror detta speglar något som de flesta av oss kan känna, nämligen en oro att vi misslyckats eller inte räcker till. Samtidigt är det viktigt att inte bygga vidare på illusioner utan våga se verkligheten.

En studie gällde ett försök att belysa tillförlitligheten i psykiatriska diagnoser. Dessa registrerades i förvånande låg andel av samtliga diagnoser, nämligen endast 2–3 %. Samtidigt rapporterades från andra håll att

10–20 % av allmänläkarens patienter sökte för psykiska besvär. Under en månad fick alla läkare i Tierp ange på ett särskilt formulär vid sidan om journalen om patientens besök eller besvär uppfattades ha betydande psykisk eller psykosocial orsak. Detta ansåg läkarna gälla i 17 % av besöken men med en stor variation mellan olika läkare på 5–33 %. Psykiatrisk diagnos i journalen sattes i endast 5 % av fallen. Studien gav underlag för många diskussioner angående bland annat läkarrollen, varför vi ibland undviker vissa diagnoser och även angående sekretessproblem. Studien upprepades efter fyra år och samma resultat erhöles, trots att de flesta läkarna var helt nya.

Vissa studier gällde kvalitetssäkring, såsom kriterier för behandling med vitamin B₁₂. I 10 fall av 15 visade sig utredningen vara icke acceptabel, vilket ledde till en genomgång med de för tillfället tjänstgörande läkarna samt en skriftlig PM.

I en annan undersökning studerades om förskrivningen av psykofarmaka var kopplad till en psykiatrisk diagnos i journalen. Så skedde endast i en fjärdedel av fallen. Även hos de patienter som fick depressionshämmande medel – vilket får anses vara en något tyngre terapi – kunde psykiatrisk diagnos återfinnas endast i 60 %. I 10 % av alla förskrivningar fanns ingen anteckning alls i journalen.

Redovisningar som dessa kan vara smärtsamma för självkänslan, men är nyttiga och bör leda till självreflektion och eftertanke.

Läkarens roll som forskare

Trots hård belastning med sjukvårdsuppgifter har en del läkare tagit på sig forskningsuppgifter. En studie, som skedde i samarbete med Akademiska sjukhuset, gällde 260 patienter med s k gastrit eller icke-ulcusdyspepsi. Denna grupp patienter visade sig söka oftare än andra människor även för andra besvär än magen och hade ökad sjukskrivning och ofta besvärlig psykosocial situation.

.....
Läkarna bedömde att 17 procent av patienterna hade psykiska besvär. Psykisk diagnos sattes dock endast i 5 procent av fallen
.....

Förskrivningsmönster hos diabetiker har kartlagts i Tierp och jämförts med Gotland och Skellefteå med avseende på metabolisk kontroll. Något nedslående fann man, i alla tre områdena, att endast i omkring 10 % av fallen uppfylldes kriterierna på god metabolisk kontroll både avseende HbA1c och kroppsvikt. Detta gällde oavsett om man använde mer eller mindre intensiv farmakoterapi, dvs behandling med insulin eller tabletter.

En öronintresserad AT-läkare efterundersökte alla patienter som ett år tidigare sökt vårdcentralen för röstbesvär och han granskade även journalerna. Resultatet visade att larynx aldrig undersöktes i 40 % av fallen vid den primära kontakten och rökning och röstvanor var oftast ej noterade. Vid efterundersökningen hade 44 % fortfarande någon röstrubbning, i regel fonasteni. Av åtta rökare hade sju röstrubbning.

Avslutning

Den ursprungliga tanken med långt gående samverkan mellan sjukvård och socialvård förverkligades aldrig i

Tierpsprojektet. Planer fanns att ha en gemensam ingång och gemensamma mottagningslokaler för alla som söker sjukvård och socialvård. Så blev det nu inte och efteråt kan sägas att tur var väl det. De flesta inom sjukvården behöver inte socialvården och vice versa. En mindre grupp människor har dock en klar nytta av att samverkan sker över förvaltningsgränserna och här kommer i hög grad även in försäkringskassa och arbetsförmedling.

Det är intressant att se hur den gamla husläkaren åter kommer till heders. De politiska partierna är nu rörande eniga om detta och alla invånare i Uppsala län skall få en egen närvårdsläkare inom ett par år. I Tierp planerar vi att bygga en treläkarstation i Örbyhus och i övrigt utveckla våra filialmottagningar i distrikten. Patienterna kan då söka sin doktor antingen i distriktssköterskemottagningen eller vid vårdcentralen i Tierp, där dyrbarare teknisk utrustning finns liksom konsult och akutmottagning. Vi hoppas på detta sätt kunna förena små mottagningar i samverkan och även erbjuda närhet.

Du som arbetar med människor – önskar du å utveckla dine kreative sider eller trenger du "påfyllning"?



Sommerkurs i Dynamisk pedagogikk

holdes i tiden 22 – 28 juni 1992

– Samarbeid – Kreativitet – "Mind maps" – Farge og form – Musikk og bevegelse – Kroppsbevissthet – Lederskap – Gruppeprosesser –

Sted: Follo Folkhøgskole, 1540 Vestby, Norge (35 km syd for Oslo).

Kursavgift: NOK 4 500, inkl. kursmaterieil.

Opphold: NOK 2 400. Påmelding snarest.

Kursbrosjyre/nærmere opplysninger, henv. SENTER FOR DYNAMISK PEDAGOGIKK, Øvre Fredlundv. 5 b, 5032 Minde, Norge, tel 00947–5 29 08 20.



HÄLSOHÖGSKOLAN

Höstterminen 1992 startar vi följande fristående kurser:

Kursort Jönköping: Gerontologi, 21-40 p; Idrottsmedicin, 6-10 p; Olycksfall och akutsjukvård, 20 p; Omvårdnadens teori och empiri, 5 p; Omvårdnadsprocessen, 5 p; Vetenskapsteori, 5 p; Vård och behandling av drogmissbrukare, 1-20 p och 21-40 p.

Kursort Eksjö: Forskningsmetodik, 10 p.

Kursort Värnamo: Farmakologi, 5 p; Psykogeriatrik, 5 p samt Vård vid livets slut, 5 p.

Distansutbildning i Eksjö, Jönköping och Värnamo: Undervisningsmetoder i praktisk utbildning, handledarutbildning, 10 p

Anmälningshandlingar och informationsblad kan rekvireras från Hälsöhögskolan, Box 1038, 551 11 Jönköping, tel. 036-10 48 00

Sista anmälningsdag är den 15 maj 1992

1992 års Jönköpingskonferens i social omsorg handlar om förändringar i äldre vården och arrangeras den 19 november. Ring 036-10 49 00 så får du mer information och anmälningsblankett.