

Varför är det bra med vårdlag?

Ingalill Eriksson

Är vårdlag i primärvården något bra eller inte? Hur skall man mäta effekterna av vårdlagsarbetet? Dessa och andra frågor om utvärdering av vårdlagsorganisationen diskuteras i nedanstående artikel av Ingall Eriksson, fil doktor i sociologi och verksam vid högskolan i Sundsvall/Härnösand.

SPRI:s kampanj

SPRI, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, driver ett flertal kampanjer. En av dessa kampanjer gäller införandet av *vårdlag* inom primärvården. Personalen på vårdcentralerna (läkare, distriktssköterskor, undersköterskor), mottagningssköterskor och biträden) delas upp på lag med skilda geografiska upptagningsområden. 2–3 000 personer anses som ett lagomt stort område. Förutom detta arrangemang, ingår i vårdlagsorganisationen att de olika personalkategorierna har vissa samarbetsrutiner. Distriktssköterskan och läkaren gör hembesök tillsammans, man rådfrågar varandra i det dagliga arbetet, träffas och diskuterar patienter på vårdlagskonferenser etc. Här kommer sjukgymnaster och arbetsterapeuter in, liksom kommunens hemvårdassistenter. Vårdlaget är enligt SPRI ett samarbetsorgan, som skall ha kontakt med andra instanser: sjukhem, psykiatriska verksamheter, socialtjänst, företagshälsövård m.m.

Är det bra eller dåligt det här? Innebär införandet av vårdlagsprincipen inom primärvården en förbättring?

SPRI har bestämt sig för att vårdlag är bra, utan att egentligen undersöka några patienteffekter. Man hänvisar till de *motiv* som angetts för att gå över till ett vårdlagsorienterat arbetssätt. Till dessa motiv

hör ökad effektivitet, bättre kontinuitet, större personaltillfredsställelse, ökade möjligheter att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens intentioner plus ett antagande om ett bättre omhändertagande av patienten.¹

Det är underligt att SPRI inte tvingats att mer än ytligt undersöka om motiven är välgrundade innan propagandadriven satts igång. Åtminstone hade man kunnat vänta sig en ifrågasättande attityd i stället för den helgjutna optimismen och den förljunga vissheten.

Jag har haft möjligheten att följa vårdlagsarbetet på en vårdcentral i Sundsvall, en av de första att införa den nya organisationen. Min uppgift har varit att utvärdera vårdlagsarbetet, sett ur patientens synpunkt. Hur skall man mäta effekterna? Artikeln tar dels upp några begreppsmässiga distinktioner, som kan vara till nytta vid bedömningen av vårdlagseffekter, dels några resultat från Sundsvallsundersökningen.²

Bättre omvårdnad hos husläkaren?

I och med att vårdlaget får ett begränsat upptagningsområde, ökar kontinuiteten. Patienterna får oftare träffa samma läkare. Ordningen störs visserligen av läkarnas deltagande i kurser och möten av olika slag, varför kontinuiteten även med vårdlag blir långt ifrån hundra procentig. Den ökade, om än inte fulländade, läkarkontinuiteten är intressant ur patientsynpunkt. För att låna sjuksköterskornas terminologi, så kan *omvårdnaden* påverkas och *vårdprocessen* bli annorlunda.

¹ Primärvårdens organisation, SPRI-rapport 147, 1983

² En mer fullständig redovisning återfinns i Eriksson, I, Patienterna, husläkaren och vårdlaget, Högskolan i Sundsvall/Härnösand, 1984 (stencil)

.....
Läkaren kan träffa samma patient 8–9 gånger utan att ens komma ihåg patienten och dennes besvär
.....

Att omvårdnaden blir bättre med ökad läkarkontinuitet bygger på följande tankekedja: Patienten öppnar sig, berättar och frågar – Läkaren engagerar sig, frågar och undersöker – Ökade kunskaper gör att läkaren ställer en säker diagnos – Patienten får en bra omvårdnad, bättre än annars. Patienten skall alltså tryggt kunna avslöja mer kring sina besvär och kunna ta till sig mer av råden och anvisningarna från den bekante läkaren. Man slipper "ta om alltihop igen". Läkaren har lagrade kunskaper utanför det som finns antecknat i journalerna. Diagnostiseringen underlättas och åtgärderna kan anpassas efter patientens behov.

Men tankekedjan kan spricka, vilket erfarenheter och mina empiriska studier visar. Patienten som kommer till en viss läkare för första gången kan spontant få en mycket fin kontakt och därmed skapas den önskvärda öppenheten. Å andra sidan kan läkaren träffa samma patient 8–9 gånger, utan att ens komma ihåg patienten och dennes besvär. Läkare-patientmötet kan inte formaliseras mer än andra möten och det gäller för patienten att ha tur att få komma till en läkare där det "stämmer" och förtroendefull kontakt kan uppstå. I vissa lägen har läkaren *makt* över patienten, i sjukbidragsärenden m.m., och då uppstår ingen positiv anda i mötet. Patienten sluter sig så gott det går.

Läkaren kan vidare störas i sin diagnostisering av för neurotiskt prägata patienter. Mer intressant är kanske att läkarna, genom att engagera sig i vårdlagsarbetet, kan få ökade kunskaper via textstruktssköterskorna och därmed verkligen ställa en riktigare diagnos. Allmänläkarna kan i framtiden bli *specialister på psykosomatik* och få se många fall där patientens sociala situation spelar roll för sjukdomsbilden. Men vilka *behandlingsinstrument* följer på den klarare diagnostiseringen? Bland annat inom psykosmatiken krävs ett utvecklande av behandlingsmetodiken. Idag står läkarna ofta maktlösa inför ensamhetsproblematik m.m. De kan endast ge lite tröst och hjälp med lugnande mediciner.

Jag har dock sett exempel på läkare, som på sin fritid och av eget intresse utbildat sig i krissamtal och liknande.

För äldre och ängsliga patienter, som lyckats få kontakt med "sin doktor", har den ökade läkarkontinuiteten en stor betydelse. Patienterna i min undersökning tycker till 70% att det är viktigt med kontinuitet. Det är emellertid förhastat att tro att husläkarsystemet automatiskt och generellt leder till bättre omvårdnad av patienterna.

Hur är det med patienttryggheten?

Trygghet är ett luddigt begrepp, som dock är centralt i målsättningen för införande av vårdlagsprincipen och en hög läkarkontinuitet. Jag har försökt skilja på tre olika typer av trygghet, som alla står för ett psykologiskt känsloläge inför läkarbesöket. Hur känns det när man sitter i väntrummet för att komma in till läkaren?

Igenkänningstryggheten innebär att patienten vet vilken läkare han/hon skall till, att patienten känner igen personalen som går förbi eller kallar in till undersökning. Enligt vad jag kommit fram till, finns det en grupp patienter på ungefär 20% som så ofta går till läkarmottagningen att de känner sig *bekant* med personalen. Andra känner igen dem till utseende. På den aktuella vårdcentralen i Sundsvall var det dock hela 30% som inte visste namnet på den läkare de skulle till. Detta är en informationsfråga, som antagligen lätt går att åtgärda.

Kunskapstryggheten innebär att patienterna tror att läkaren vid det aktuella besöket skall kunna hjälpa dem med deras besvär. Drygt 60% hade någon slags kunskapstrygghet i väntrummet. Resten var tveksamma eller otrygga, mest p.g.a sjukdomens art, men i vissa fall för att de inte trodde på läkaren och dennes kunskaper.

Sekretesstryggheten slutligen är stor i den meningen att omkring 95% av patienterna litar på att personalen inte för vidare vad de berättar om sina sjukdomar och om hur de har det.

I huvudet på distriktssköterskan eller på data

Förutom omvårdnaden och tryggheten har jag undersökt vårdlagsorganisationen och den *sociala kontrollen*. Bland annat har jag tittat på om patienten

.....
*Vårdlagsorganisationen ökar möjligheterna
till en utökad social kontroll*
.....

ternas bevisligen höga sekretesstrygghet är en falsk trygghet.

Enligt SPRI skall man försöka inplantera en *distriktssköterskeanda* i vårdlaget. Distriktssköterskeandan innebär att det finns ett ömsesidigt förtroende mellan sköterskan och patienten, att hon står nära patienten och vet mycket om dennes sociala situation. Vårdlaget skall enligt SPRI samla kunskaper om patientens förhållanden. Samarbetet med andra myndigheter och instanser poängteras sedan. Socialtjänsten och företagens anpassningsgrupper nämns som samarbetspartners. Vidare har SPRI:s basdatagrupp vidlyftiga planer på att samla vårdlagets spridda journalanteckningar till ett datoriserat journalsystem. Journalerna skall vara "problemorienterade" och innehålla uppgifter om arbets- och skolförhållanden, alkoholkonsumtion, tidigare problem mm. Hotbilden av det Orwellska samhället tonar upp sig. I ett socialteknokratiskt samhälle blir distriktssköterskeandan en omöjlighet.

Men vårdcentralens personal är inga slavar under SPRI eller planeringsgrupper för datoriserade journalsystem. Läkare och sköterskor kan hålla på att

inte föra ut patientuppgifter utanför vårdcentralerna. Riskerna för social kontroll kan minskas av en vaken och klarsynt personal. Vårdlagsorganisationen ökar *möjligheterna* till en utökad social kontroll via större kunskaper och information om patienterna, vilka inte blir anonyma nummer i lika stor utsträckning som tidigare. Möjligheterna till kontroll bör bromsas.

Olika skäl att införa vårdlag

De landsting som står inför en omorganisation av primärvården kan ha olika skäl att införa vårdlag på vårdcentralerna. Det kan vara ett sätt att få olika personalkategorier att satsa på ett *gemensamt mål*, ett områdesansvar. Sköterskor, biträden och läkare skall inte dra åt olika håll, trots olikheter i löner och privilegier, utan samlas kring organisationens och patientens bästa.

Primärvården kan vidare framhålla sin *särart* i kampen om resurser genom vårdlagsorganisation. "Vi har den samlade omvårdnaden, som inte specialistvården har!"

Slutligen kan man hävda att omvårdnaden och patienttryggheten går att öka med hjälp av vårdlagsarbete. Men här måste man vara *realist* och inte fara med generaliserande lovord. Ingen torde vilja säga sig införa vårdlag för att öka statens sociala kontroll av befolkningen via uppgifter om socialmedicinska förhållanden.