
Hälsocentralläkarens dilemma

HANS BLOMBERG

Läkarbristen drabbar igen vårt offentliga hälsovårdssystem. Speciellt hårt drabbas hälsocentralerna. I september var 381 av de 3 385 hälsocentralläkartjänsterna obesatta. Sämst är läget i Mellersta Österbotten där en tredjedel av tjänsterna är obesatta [1]. Orsakerna till läkarbristen inom primärvården är många, och det är inte första gången som vi har blivit tvungna begrunda dem och försöka hitta lösningar på problemet.

Finska Läkaresällskapets Handlingar uppmärksammade allmänmedicinen och läkarbristen vid hälsocentralerna med ett nummer år 1987 (4/87). Då drabbade läkarbristen bl.a. hälsocentralerna i det svenska Österbotten samt i Hangö och Lovisa. Orsaker till läkarbristen såg man i hälsocentralläkarnas låga anseende och yrkesidentitet, deras stora arbetsbörda och bundenhet till arbetet, det myckna pappersarbetet, statliga sparbudgeter samt nya uppgifter utan ökade resurser. Som en lösning såg man satsning på utbildningen i allmänmedicin, möjligheter till fortbildning bl.a. genom tjänstgöring på sjukhus och en satsning på forskning inom primärvården. Möjligheten till ledig tid borde garanteras trots läkarbristen och onödiga rutiner, såsom vissa läkarintyg, borde slopas.

SATSNING PÅ ALLMÄNMEICINEN

Allmänläkarutbildningen har befast sin ställning inom alla våra medicinska fakulteter och ansvaret för specialistutbildningen i allmänmedicin överflyttades i slutet av åttiotalet på universiteten. Man har utvecklat uppföljnings-

system (loggböcker och portfolio), som läkarna som specialiserar sig i allmänmedicin kan utnyttja som en garanti för att de erhåller tillräckligt omfattande färdigheter och kunskap. Forskningen inom allmänmedicinen och primärvården har tagit fart, och nu ordnas årliga allmänläkardagar, där hälsocentralläkare presenterar projekt av olika omfattning. Utbudet av internationella kongresser, möten och samarbetsprojekt är också imponerande. Läkarföreningar, sjukvårdsdistrikt och läkemedelsföretag ordnar en mångfald av kurser som riktar sig till allmänläkarna.

I början av nittiotalet, då kommunerna sparade på grund av recessionen, fanns det många sökande till läkartjänsterna. För att uppmuntra arbetsgivarna att anställa legitimerade läkare för sin "euro-utbildning" och läkare som

FÖRFATTAREN

ML Hans Blomberg är chefsläkare vid Sibbo hälsocentral

specialiserade sig för den obligatoriska tjänstgöringen införde staten ett bidrag på 6 000 mk, som främst skulle användas för att täcka kostnader för handledning och utbildning, men största delen av pengarna bara försvann i kommunens bottenlösa kassa.

Trots obesatta tjänster finns det i dag flera kommunalt anställda läkare än år 1990. År 1990 fanns i den kommunala primärvården 3 200 läkare och i den specialiserade sjukvården 5 400 läkare, och år 2000 var motsvarande siffror 3 700 respektive 7 000 läkare. Det är inte bara primärvården som drabbas av läkarbrist, inom den kommunala specialiserade sjukvården var cirka 600 läkartjänster obesatta år 2001. [2]

STORA FÖRVÄNTNINGAR PÅ HUSLÄKARSYSTEMET

Husläkarsystemet infördes för att bl.a. förbättra läkarnas möjligheter att ordna sitt arbete och öka läkarens ansvar för sin befolkning, samtidigt medförde läkaravtalet högre lön för husläkare. Politikerna såg i husläkarsystemet förbättrad tillgänglighet till läkare för befolkningen. De flesta läkare, som hade övergått till husläkarsystemet var nöjda. Den egna ansvarsbefolkningen gjorde att arbetet kunde begränsas. Men det fanns en grupp läkare, som upplevde att deras arbetsbörda hade ökat och bundenheten till arbetet blivit större, när de inte längre skyddades av fastställd arbetstid.

Hälsocentraler som ville rekrytera nya läkare såg sig tvungna att införa husläkarsystemet bl.a. för att lönemässigt kunna konkurrera. Svårigheterna att locka läkare till hälsocentralerna under de senaste åren har ökat bördan för husläkarna, eftersom de måste ta hand om överstora befolkningsunderlag.

LÄKARNAS ÅSIKTER UNDERSÖKTA

I Finland har läkarnas arbetsförhållanden, utbildning och framtidsplaner undersökts i fyra landsomfattande undersökningar. Läkarnas utbrändhet har ökat på 1990-talet och allmänast var utbrändheten bland hälsocentralläkare. Unga läkares motivation att förbinda sig till ett långvarigt och helhetsbetonat befolkningsansvar utgör ett problem. För att trivas i arbetet vill hälsocentralläkarna enligt en undersökning i Helsingfors ha mera utbildning, bättre lön, klarare planering och organisering samt önskar att informationen på arbetsplatsen skall skötas bättre. Enligt en enkät som Kumpusalo et al. gjorde i april 2002

trivdes hälsocentralläkarna på administrativa poster bäst. Läkare på små och medelstora orter trivdes bättre än läkare på stora orter, vilket antogs bero på att de bättre kan påverka sitt arbete.[3] Hälsocentralläkarna påtalade bl.a. stress och bundenhet i arbetet, svårigheten att få vikarier, svårigheter med ledningen och svårigheter att kunna forska. Däremot upplevde man att samarbetet med övriga läkare och vårdpersonal samt möjligheterna att konsultera kolleger var bra [4].

PRIMÄRVÅRDENS UTMANINGAR

Medicinen utvecklas hela tiden, och kostnadsökningen inom specialsjukvården har under de senaste åren varit stor. Samtidigt ställer man förhoppningen att primärvården skall kunna lösa många av de problem som har uppstått. Det innebär ett minskat kostnadstryck inom hälso- och sjukvården för att den har lägre krav på dyra tekniska lösningar samt för att den är lättare tillgänglig och därigenom kan förhindra att svårare problem uppstår. Man förväntar sig att primärvården skall kunna förebygga och sköta allt större grupper av sjukdomar såväl med att sälla ut personer med risker som med att åtgärda problem genom medikamentell behandling och råd om omläggning av livsstilen.

För olika sjukdomstillstånd har Duodecim tillsammans med specialistläkarföreningarna utarbetat vårdmodeller (Käypä Hoito), som är evidensbaserade och som redogör för styrkan i forskningsresultat de bygger på. Samtidigt som vårdmodellerna ger den enskilda läkaren en god grund för att begrunda sina egna rutiner, kan arbetsbördan öka om de används som kvalitetskriterier. Professor emeritus Amos Pasternack har förtjänstfullt diskuterat vad som är rätt och vad som är fel i vården av patienter [5]. Stora kontrollerade undersökningar väljer ofta bort flera patienter med egenskaper som stör undersökningen, och därför kan resultaten vara svåra att använda för den enskilda oselecterade patienten inom primärvården. Han anser också att en snäv biologisk referensram leder till felaktiga åtgärder och att alla läkare borde ha möjlighet att studera humanistiska vetenskaper för att öka sin förmåga till empati och vinnlägga sig om kollegial gemenskap samt skala bort överflödigt kantighet i sin person.

Hypertension, övervikt och diabetes (som alla ingår i metaboliskt syndrom) är tillstånd som man länge har ägnat uppmärksamhet. Här innebär strängare vårdgränser nya utma-

ningar och krav på större arbetsinsatser. Folkpensionsanstaltens ersättningspolitik, som beaktar lönsamhetsaspekter ur nationell synvinkel, har inte följt med specialistläkarför-eningarnas utvecklingsprogram. Osteoporos har fått ett eget vårdprogram, som har så många infallsvinklar och resurskrävande delar att någon enhetlig vårdpraxis ännu inte har uppstått trots att läkemedelsföretagen med sina ekonomiska intressen i vården har gjort synlig reklam för sina läkemedel och även kraftigt stött utbildningen.

Den specialiserade sjukvården har anammat behandling med Marevan i förebyggande syfte mot tromboser och uppföljningen av vården har ökat hälsocentralläkarnas arbetsbörda med ökade kontroller och problem med hur andra mediciner inverkar på behandlingen. Bland barn och ungdomar hittar man en ökande mängd tillstånd, som man anser behöva åtgärder för att inte senare ge större problem. Allt fler kroniska sjukdomar sköts med allt fler mediciner även i primärvården, och allmänläkaren ställs inför problem med läkemedelsinteraktion. I de flesta fall är det klokt att gå in för så få mediciner som möjligt, men ofta återstår trots det flera nödvändiga mediciner. Man förväntar sig också att primärvården skall kunna öka sina rehabiliteringstjänster för vitt skilda sjukdomar.

Eftersom resurserna är begränsade finns det förhoppningar om att man inom större områden kunde se vilka resursbehov nya undersöknings- och behandlingsformer för med sig samt väga dem mot den faktiska nyttan. Här kunde riskanalyser och hälsoekonomiska utredningar ge svaret på vilka risker den enskilda individen kan, bör eller vill utsätta sig för, och till vilken kostnad samt vilka åtgärder samhället har råd att satsa på. Prioriteringsdiskussionen dyker upp då och då men har inte lett till några större överenskommelser. Ryyänen et al [6] konstaterade att det är mer etiskt att sköta patienter enligt vilken den förväntade nyttan av vården eller enligt hur hotande sjukdomen är än att använda en odefinierad prioritering eller ge vård i den ordningsföljd patienterna söker hjälp.

FRAMTIDEN

Det nationella projektet för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden lovar många förbättringar för framtiden. Man vill i fortsättningen också satsa på ett system som finansieras med skatter, övervakas av staten och organiseras av kommunerna. Det skall vara

lättast att komma till primärvården där patienten bör få en bedömning av en läkare eller sjukskötare inom tre dygn. Man utgår från att det är mest förmånligt att undersökning och vård så långt som möjligt sköts av hälsocentralerna. Arbetsfördelningen mellan den allmänna och privata sektorn skall göras klarare. Man skall utveckla informationssystemen för att informationen bättre skall löpa mellan olika producenter. Regionala vårdprogram skall göras; kompletterande utbildning och fortutbildning skall garanteras personalen. Arbetsgivaren skall stå för kostnaderna för den kompletterande utbildningen minst 3–10 dygn per år. Man skall förbättra ledarfunktionerna bl.a. genom att använda en motiverande lönepolitik och genom att understödja samarbete och arbetsfördelningen mellan olika personalgrupper. Sålunda kunde man överföra uppföljningen av vissa sjukdomar och vissa intyg till sjukskötare eller hälsovårdare. Det slås fast att det, om man inte kan öka andelen av skatterna för hälso- och sjukvården, finns bara två andra vägar: prioritering eller en radikal förändring av finansieringen. Man får hoppas att de i projektet utlovade förbättringarna och uppskattningen av primärhälsovården också skall förbättra hälsocentralläkarnas möjlighet att planera och behärska sitt arbete. Problemet med rekrytering av läkare till primärvården är inte enastående för Finland och kommer att vara huvudtemat på Nordiska allmänläkarkongressen i Helsingfors i 31.8–3.9. 2003.

ML HANS BLOMBERG, CHEFSLÄKARE
SIBBO HÄLSOCENTRAL PB 23, 04131 SIBBO
hans.blomberg@sipoo.fi

REFERENSER

1. Kangas, M. Finska Läkarförbundets utredning av läkarbristen personligt meddelande 12.11.2002
2. Det nationella projektet för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgruppspromemoria 2002:3, Social- och hälsovårdsministeriet 9.4.2002
3. Kumpusalo E, Haggren O, Vehviläinen A, Liukko M, Kujala S, Takala J. Miten terveystieteiden tutkimus 2002-tutkimus I, Finl Läkart; 57:4235–4239
4. Kumpusalo, E., Anförande vid Kunnallislääkäri- ja yleislääketieteidenpäivät. Terveystieteiden tutkimus 2002-tutkimus. 22.11.2002.
5. Pasternack, A., Oikea ja väärä lääketieteessä, Duodecim 2002; 118:2173–82
6. Ryyänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Turunen K.E. Priorisointikriteerit, Finl Läkart 1999; 54:5145–47.