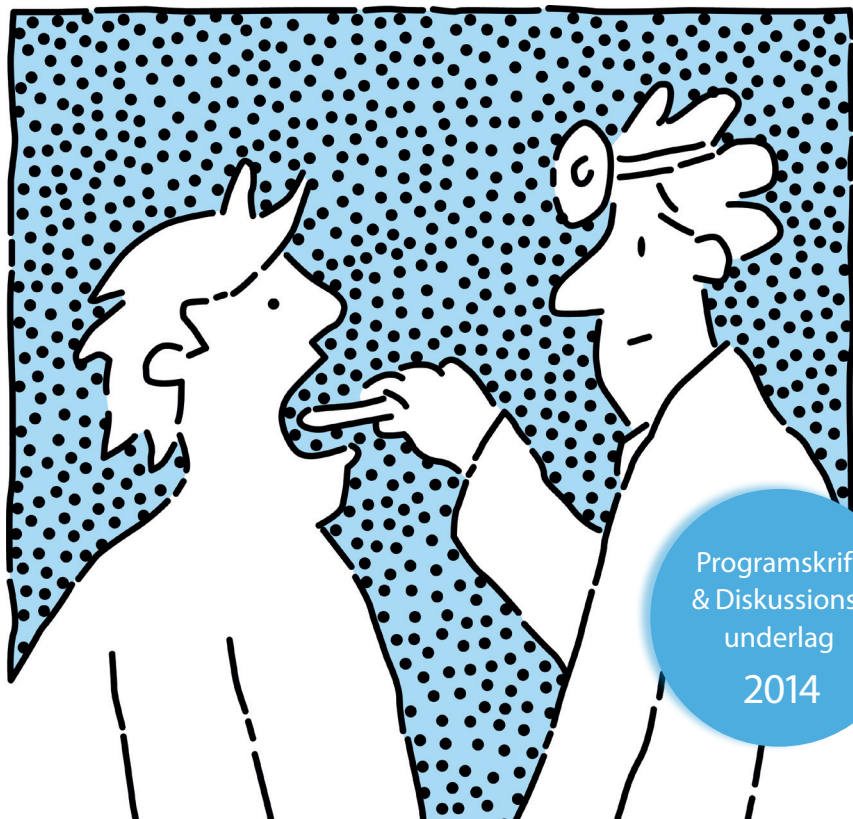




Svenska Distriktsläkarförbundet



Programskrift
& Diskussions-
underlag
2014

Allmänläkarens uppdrag – och andras ...

OM UPPDRAGSVÄXLING, KOMPETENS OCH
KOMPETENSUTNYTTJANDE I PRIMÄRVÅRDEN

Läkarrollen i primärvården

1. BAKGRUNDEN

Läkarnas roll i primärvården har över tid genomgått genomgripande förändringar. Som en resa under vilket den självständigt, ofta ensamarbetande provinsialläkaren, blivit en "kugge" i ett stort och komplext maskineri. Läkarnas inflytande och frihet i yrkesrollen har av naturliga skäl förändrats i motsvarande grad – från professionell expert till utförare av uppdrag, som ofta andra har bestämt. Från att själv kunna planera sin arbetsdag till att tvingas lämna kontrollen över vardagsplanering till andra. Mycket av det som tidigare var självklara läkaruppgifter har lagts på andra yrkesgrupper samtidigt som nya uppgifter tillkommit. Till viss del är detta en konsekvens av en medicinsk utveckling i vilken delar av det som tidigare krävt slutenvårdens speciella resurser numera ofta kan utföras i primärvården. En annan del av förändringen, som ofta debatterats på senare tid, är att mer och mer tid går åt till administrativa uppgifter på bekostnad av det patientnära kliniska arbetet. Trots att en del av allmänläkarens arbetsuppgifter överförts till andra, och nya tillkommit, är den samlade bilden att uppdraget som helhet är mer omfattande än vad resurserna tillåter. Något som pekar på betydelsen av att antingen förändra uppdraget eller tillskjuta mer resurser. Eller finns det andra lösningar?

! Allmänläkarnas uppdrag är sällan anpassat till befintliga resurser. Den samlade effekten av senare tids förändringar är att åtagandet ökat utan att resurser tillförts i motsvarande omfattning.

Läkarrollen är en stor och viktig fråga som ofta diskuterats i Svenska Distriktsläkarförbundet. Det finns ett uppenbart behov av en diskussion om vad allmänläkarrollen skall innehålla och hur den skall kunna avgränsas. Detta inte minst för att kunna klara uppdraget i framtiden. Primärvården kommer även i fortsättningen att förändras och nya förväntningar kommer att knytas till dess roll i sjukvården och i samhället som helhet. Som en del i diskussionen kring läkarrollen finns den viktiga frågan om vilka uppdrag som kan lämnas till andra (task shifting i eng. litteratur). Frågorna om allmänläkarens uppdrag, dess avgränsning och vilka uppdrag som kan lämnas till andra, är några av de sammanhängande frågeställningarna som behöver penetreras noggrant under den närmaste tiden. Föreliggande dokument är tänkt som en sammanfattning och ett diskussionsunderlag för att stimulera denna viktiga diskussion.

**! Vilket är allmänläkarens GRUNDUPPDRAG och vilka uppgifter kan, utan risk för försämrad kvalitet, lämnas till andra?
Hur kan man bäst dra nytta av allmänläkarens kompetens?**

2. ETT KOMPLEXT OCH SAMVERKANDE SYSTEM

Begreppet *task shifting* är ett viktigt samlingsbegrepp i diskussionen om fördelning av uppdrag. Det finns ingen direkt vedertagen svensk definition av begreppet, men i princip kan det översättas med uppdragsväxling. Vanligen menar man då att avgränsade arbetsuppgifter överförs från en personalkategori till en annan och som då oftast även har annan och kortare utbildning. Ett praktiskt exempel är överföring av läkaruppgifter till sjuksköterskor. Mest aktuellt har *task shifting* möjligen varit i Afrika där man p.g.a. HIV-spridningen behövt överföra mycket av vården av HIV-/AIDS-patienter till sjuksköterskor, eller annan för uppdraget specialutbildad vårdpersonal, eftersom det inte finns tillräckligt med läkare.

I primärvården skulle man till viss del kunna tala om *task shifting* i de fall man överfört en del av allmänläkarens uppdrag till sjuksköterskor med speciell kunskap för att kunna ta hand om till exempel astma-, diabetes- och hjärtsviktpatienter. En viktig skillnad är dock att om man utgår från den i internationella sammanhang mer omfattande innebörden av begreppet är det mer än arbetsuppgifterna som överförs. I princip är det hela ansvaret för patienterna som förs över till dem som övertar uppdraget.

! Skall allmänläkarna överföra avgränsade uppdrag till exempelvis specialutbildade sjuksköterskor – eller skall både uppdrag och ansvar överföras? För- och nackdelar med TASK SHIFTING?

Viktiga frågor i sammanhanget blir då naturligtvis vilka uppdrag som kan bli aktuella för denna typ av uppdragsväxling samt vilka konsekvenser detta kan medföra. Skall överföringen begränsas till ett definierat och avgränsat uppdrag och inte ett totalansvar för de i sammanhanget aktuella patienterna? Om man väljer ett partiellt överförande, med enbart överföring av uppdrag, behövs en diskussion om fördelningsprinciper och handlingsfrihet. Om delar av allmänläkarens uppdrag överförs till speciellt utbildade sjuksköterskor (eller annan vårdpersonal) kan detta på sikt medföra att den sammanlagda kompetensen på vissa områden ökar (t.ex. bättre vård för astmapatienter, hjärtsviktpatienter etc.). Något som då kan förknippas med begreppet *skill mix*, eller fritt översatt – en kombination av kompetenser. Det kan även användas för att beteckna en uppsättning kompetenser för att klara av ett visst uppdrag. Samtidigt har det dock framförts farhågor med att vissa uppgifter överförs från allmänläkare till annan vårdpersonal genom att detta riskerar att minska möjligheterna för allmänläkarna att bygga upp en egen kompetens inom det överförda området.

! SKILL MIX – en samling av kompetenser, fördelade på olika yrkeskategorier och som tillsammans utgör vårdenhetens totala kompetens.

Den samlade kompetensen på en vårdcentral innebär i sig en viss form av begränsning. Detta till följd av att man inte kan ta på sig uppdrag som man inte har kompetens för att klara av. Den samlade kompetensen är samtidigt den som ligger till grund för en vårdcentralers konkurrensmöjligheter. En hög kompetensnivå är i sig även förutsättningen för att kunna erbjuda en vård av hög kvalitet. Det finns dock ett absolut villkor – att uppdraget begränsas. Ett *avgränsat åtagande* är något av grundförutsättningarna för ett kompetent, effektivt och *professionellt läkararbete* i primärvården.

! Grundläggande förutsättningar för ett professionellt och effektivt läkararbete i primärvården är att uppdraget är definierat och avgränsat.

Det krävs tillräckligt med tid för att kunna arbeta professionellt. Ett effektivt läkararbete innebär att man sparar tid och därmed även ökar kapaciteten. En ökad kapacitet med bibehållen kostnadsram är nära förknippat med begreppet *kostnadseffektivitet*, som beskriver det minst kostnadskrävande sättet att nå ett uppsatt mål (t.ex. diagnossättning, rätt behandling m.m.).

! KOSTNADSEFFEKTIVITET – det minst kostnadskrävande och mest effektiva sättet att bedriva primärvård med bibehållen hög kvalitet.

De uppdrag som förväntas utföras i primärvården kan vara mer eller mindre lämpliga relaterat till den kompetens som finns. Det kan även handla om uppgifter som inte alltid är av tydlig medicinsk karaktär. Något som i sin tur leder fram till ett annat viktigt begrepp – *illegitimate tasks*.

Med detta avses att våra resurser i vissa fall används för uppgifter som skulle kunna lösas av andra. Som till exempel när läkarresurser används till uppgifter som annan personal skulle kunna klara och som inte kräver läkares kompetens och utbildning. Det viktiga i sammanhanget är dock att nogsamt notera att det inte avser onödiga uppgifter.

Begreppet *illegitimate tasks* handlar om vikten av att till exempel allmänläkare arbetar med de uppgifter som kräver vår speciella allmänmedicinska kompetens. Den forskning som finns på detta område visar på att läkare vars tid utnyttjas till arbetsuppgifter som egentligen inte kräver deras kompetens upplever sitt arbete som stressande och saknar stimulerande utmaningar.

! ILLEGITIMATE TASKS – arbetsuppgifter som läggs på läkare, men som egentligen inte kräver läkares speciella kompetens eller kunskap. ILLEGITIMATE TASKS upplevs som mer stressande och belastande än övriga uppdrag.

3. ALLMÄNLÄKARENS ÅTAGANDE

Uppfattningarna om allmänläkarnas åtagande och dess omfattning varierar inom ett spann från – *lika konturlöst som en amöba* – till, enligt vissa platsannonser – *tydligt och avgränsat uppdrag*. Den stora spännvidden pekar på behovet av att åtagandet diskuteras och tydliggörs. Detta inte i första hand för att markera skarpa gränser utan mer för att klarlägga vilka faktorer som bestämmer och påverkar gränsdragandet.

Ett konstruktivt sätt att diskutera åtagandet är att indela detta i tre principiellt olika delar:

- Förutsättningarna.
- Innehållet.
- Reglering och uppföljning.

Gällande förutsättningar för ett åtagande är i sig grundläggande och sätter ramarna för dess omfattning. Till de grundläggande förutsättningarna för ett åtagande hör att:

- Åtagandet har en tydlig koppling till de ekonomiska resurser som ställs till förfogande.
- Det finns ett tydligt partsförhållande mellan finansierare och de som åtar sig uppdraget.
- Ett klart särskiljande mellan vad som skall göras och hur det genomförs.
- Vilka kompetenser behövs för att klara åtagandet?

! Grundläggande förutsättningar för ett uppdrag är att det kopplas till en finansiell ram och att det finns ett tydligt partsförhållande kring vad uppdraget skall omfatta och vilka resurser som krävs för dess genomförande.

För ett åtagandes innehåll är det avgörande att respektive landsting har samma syn på vad som är primärvård som de kliniskt verksamma allmänläkarna. Lika viktigt är att tydligt ange vad som ingår, och vad som *inte* ingår, i åtagandet. Några av de mer basala frågorna kring ett uppdrags innehåll är:

- Vad ingår i åtagandet som helhet?
- Vilka patienter omfattas?
- Vilken prioriteringsordning skall gälla?

Efter vårdvalsreformen har landstingen fått formulera vad som skall ingå i respektive landstings åtagande. De flesta har i grunden samma utformning, men med smärre variationer kring delar av åtagandet (BVC, Ungdomsmottagningar, kostnadsansvar för läkemedel etc.). Vilka patienter som tillhör primärvården är mera generellt

preciserat i HSL (d.v.s. patienter som inte kräver slutenvårdens speciella resurser och kompetens). Ur ett lokalperspektiv brukar patientunderlaget utgöras av till exempel listade respektive olistade patienter. Ur tillgänglighetsperspektiv finns det intressen som strävar efter att patienter skall ha möjlighet att välja helt fritt – även över landstingsgränserna. Mot detta talar dock problemet med att upprätthålla en tillfredsställande kontinuitet och svårigheterna för vårdenheterna att ha en rimlig kontroll över patientflödet. Innehållet i åtagandet riskerar att bli alltför diffust.



På vilket sätt kan primärvårdens patientunderlag regleras? Behövs regleringar? För- och nackdelar med regleringar? Allmänmedicinens yttre gränser?

Vilka principer för prioriteringar som skall gälla bör tydligt framgå i åtagandet. I grunden gäller i nuläget den prioriteringsordning som utgår från Prioriteringsdelegationens utredning [SOU 1995:5]. SFAM har, med Prioriteringsutredningens utredning som grund, utarbetat ett kompletterande dokument som på ett bra sätt beskriver primärvårdens speciella situation när det gäller prioriteringar [Andersson, Ahlzén 2006].

Ett viktigt observandum kring primärvårdens verksamhet, och även läkarens roll i sammanhanget, är att noga skilja mellan *vad* som skall göras i primärvården och *hur* det skall utföras. Vad som skall göras kan relateras till landstingens "beställning" av primärvård från både offentliga och privata aktörer. Vad denna beställning i sin tur innefattar framgår mer eller mindre tydligt i landstingens vårdvalsdokument. Frågan om vad som skall göras påverkar även vilka kompetenser som behövs för att genomföra uppdraget.



Vad som skall göras i primärvården utgår från landstingens beställning av primärvård. Hur primärvård skall bedrivas måste vara något som den allmänmedicinska professionen bestämmer.

Hur vårt åtagande skall utföras är något som måste bestämmas inom den allmänmedicinska professionen. I detta ligger då en viss reglering eftersom utformningen måste styras av dels allmänmedicinska principer och dels tillgången på allmänmedicinska specialister. Hur detta utformas praktiskt framgår av figur 1 på nästa sida.

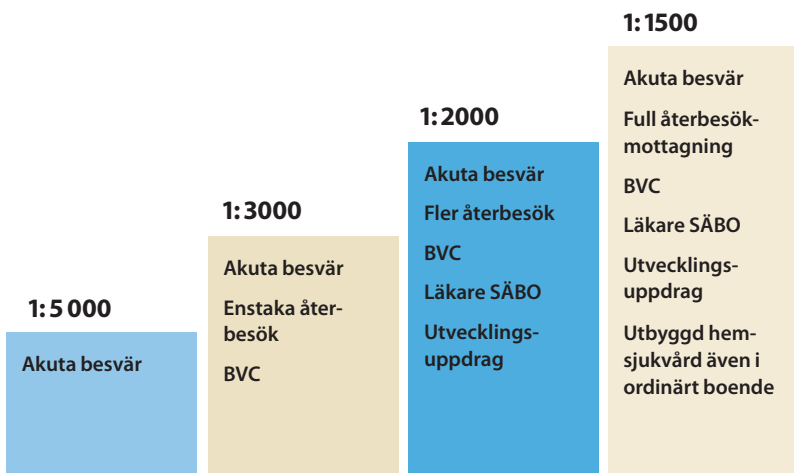
Antalet allmänläkare relaterat till befolkningsunderlag reglerar vilket åtagande som är möjligt. Ett viktigt observandum i sammanhanget är att det som beskrivs i de olika staplarna representerar i sig uppdrag som behöver utföras. Ett riktvärde som fortfarande förefaller vara relevant är att det behövs en allmänläkare per 1500 individer för att till fullo klara primärvårdens åtagande. Detta då även med en för utförarna acceptabel arbetsmiljö.

Det är dock av stor vikt att uppmärksamma att det finns primärvårdsområden med så tung belastning att en läkare per 1500 invånare är för lite (socialt belastade områden, hög andel äldre multisjuka patienter etc.).

! **Antal allmänläkare per invånare är en viktig beräkningsgrund för att bedöma behovet av läkare, men även för att visa på vilket åtagande som är möjligt relaterat till bemanningen.**

De delar av åtagandet som inte hinner genomföras till följd av bristande bemanning måste tas omhand av andra. Något som dels ökar kostnaderna för hälso- och sjukvården som helhet, dels ofta medför olägenheter för patienterna. En välkänd konsekvens av sviktande bemanning i primärvården är att slutenvårdens akutmottagningar belastas. Något som tyvärr inte sällan medför långa väntetider, mer eller mindre i onödan, för äldre multisjuka patienter som skulle kunnat omhändertas i primärvården om dess bemanning varit tillräcklig.

FIGUR 1. Vad vill du att din allmänläkare skall åstadkomma? – möjligheter vid olika bemanningsnivåer (allmänläkare/invånare).



Källa: Berg, Haglund 1982

Andra minst lika allvarliga konsekvenser är att reella vårdbehov i samhället riskerar att lämnas utan den vård som skulle behövas. Vid sviktande bemanning i primärvården sker en "självregering" som innebär att man i första hand måste ta hand om de akuta patientfallen. Detta på bekostnad av de patienter som behöver ett mer kontinuerligt omhändertagande (äldre multisjuka patienter, patienter med psykiska problem m.fl.).

Allmänläkare med generalistperspektiv träffar ett mycket stort antal patienter vilket i sin tur genererar en omfattande empirisk kunskap. Något som även innebär unika möjligheter att utforma verksamheten för att åstadkomma en optimal primärvård. Det är viktigt att värna om allmänläkarens roll som patientens första kontakt med sjukvården. Allmänläkarens bedömning och beslut har ofta en avgörande betydelse för om patienten dels kommer rätt i systemet, dels omhändertas på rätt vårdnivå. Det är klart visat att det inte finns någon alternativ lösning som skulle kunna ge samma professionella bedömning på denna nivå.

! Allmänläkare med generalistperspektiv bör, med få undantag, vara patienternas första kontakt med sjukvården. Detta är i sin tur en grundförutsättning för att patienten skall bli omhändertagen på rätt vårdnivå.

Ett definierat åtagande behöver, som framgår ovan, ha tydliga mål. Dessa mål måste vara realistiska utifrån gällande förutsättningar, men även möjliga att mäta. Ett grundläggande villkor för att hitta realistiska och mätbara mål är att allmänläkarna har inflytande över uppsatta mål och dess utvärdering. En annan given förutsättning, som dock inte verkar helt självklar för alla på beslutandenivå, är att det måste finnas möjligheter för verksamheten att påverka resultaten. Mål som enbart i begränsad omfattning kan påverkas i primärvården är i sig tämligen ointressanta som kvalitetsmått för den enskilda mottagningen. Utfallen av det som mäts måste vara möjligt att påverka genom förändringar i verksamheten.

! Primärvårdens mål måste vara realistiska och mätbara. Allmänläkare måste få vara med och utforma vilka mål som skall sättas och hur dessa skall utvärderas. Målen måste vara möjliga att påverka på verksamhetsnivå.

4. EN FÖRÄNDRAD ARBETSFÖRDELNING – UPPDRAGSVÄXLING

Att behovet av uppdragsväxling (task shifting) hamnat på agendan och diskuterats i primärvården kan av naturliga skäl relateras till bristen på allmänläkare. Ett annat viktigt skäl är att det allmänmedicinska kunskapsområdet ständigt växer. Diagnoser som tidigare krävde slutenvårdens speciella resurser och kunskaper har nu i allt

större omfattning överförs till primärvården. Det sammantagna behovet av aktuell kunskap är idag så stort att det knappast kan täckas av någon enskild läkare. Det behövs således ett komplement som då även leder till att man klarar av att täcka ett större kompetensområde.

Begreppet task shifting (eller uppdragsväxling) är egentligen inget nytt. Ovan relaterades till WHO:s diskussioner kring begreppet task shifting som till stor del kretsar kring behovet av utökad medicinsk kompetens för att klara HIV/AIDS-sjukvården.

Det finns dock andra viktiga infallsvinklar. Under WMA:s (World Medical Association) möte i New Delhi 2009 presenterades en definition med följande lydelse; – *Task shifting is used to describe a situation where a task normally performed by physician is transferred to a health professional with a different or lower education and training, or to a person specially trained to perform a limited task only, without having a formal health education.*

I dokumentet framhålls att task shifting förekommer både i länder med bristande tillgång på vårdpersonal och i länder som inte har några större brister. WMA presenterade en rad rekommendationer kring hur vi som profession bör ställa oss till task shifting. Rekommendationer som i sin tur ligger till grund för den modell som presenteras nedan. Den europeiska organisationen CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) publicerade samma år som WMA ett dokument kring task shifting som i princip motsvarar det ursprungliga dokumentet. Det som dock särskilt tillkommit är att man även pekar på risken med att task shifting genomförs på initiativ från sjukvårdens huvudmän utan att man först konsulterat den medicinska professionen. Om task shifting blir aktuellt i länder med förhållandevis god tillgång på vårdpersonal är det av yttersta vikt att man inte överför uppdrag av ekonomiska skäl eller som ett alternativ till att exempelvis utbilda fler specialister.

! Uppdragsväxling (task shifting) i primärvården skall inte ske av ekonomiska skäl eller som ett alternativ till tillräckligt med allmänmedicinska specialister.

Uppdragsväxling skall ske för att öka den samlade medicinska kompetensen på vårdnheten.

Genom task shifting kan primärvården tillföras kunskap och resurser inom ett avgränsat område, men det skall inte genomföras för att ersätta dem som svarar för helhetsperspektivet. Av WHO:s, WMA:s och CPME:s dokument framgår, vilket även tidigare påpekats, att man menar något mer än t.ex. det som redan sker i primärvården för avgränsade patientgrupper (astma-, hjärtvikts- KOL-patienter m.fl.) som handläggs av specialutbildade sjuksköterskor. Det man avser är snarast att helt överföra patienterna till annan personalkategori, som då även tar hela ansvaret för vården av dessa patienter.

Frågan är då om uppdragsväxling/task shifting är en positiv utveckling i primärvården? Det viktiga i sammanhanget är att klart definiera vad som avses med överföring av arbetsuppgifter och hur detta regleras. Den allmänmedicinska specialisten är den högsta medicinska kompetensen i primärvården vilket i sig medför ett speciellt ledningsansvar. En fungerande modell för uppdragsväxling kan vara att:

! Läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens alltid är den högsta medicinska kompetensen i primärvården.

- Allmänläkare svarar för diagnostik och beslutar om behandling (i samråd med patienten).
- Fortsatt uppföljning och behandling kan utföras av annan, legitimerad personal, för vissa utvalda diagnoser.
- För de diagnoser och patientgrupper som överförs genom uppdragsväxling förutsätts att det fulla ansvaret för uppföljningen tas av den personal som tar på sig uppdraget.
- Samtliga aktörer kring de patientgrupper som berörs av uppdragsväxlingen måste vara överens om hur samarbetet skall fungera och vem som har ledningsansvaret.
- Den personalkategori som tar på sig uppföljningen av utvalda patientgrupper/diagnoser måste ha en adekvat utbildning för uppdraget. Något som därmed innebär specialkunskaper på hög nivå.
- Huvudmotivet för uppdragsväxling får inte vara att lösa bristen på allmänläkare eller för att minska kostnaderna för omhändertagandet av patienterna.
- Uppdragsväxling måste ske som ett kontinuerligt samarbete mellan läkare och de som åtar sig uppdragen. Det praktiska genomförandet måste regelbundet omprövas.

En mycket viktig del i diskussionen kring uppdragsväxling och överföring av uppdrag från läkare till annan personal är behovet av att förankra detta bland befolkningen. Uppdragsväxling får inte uppfattas som en nödlösning för att kompensera bristen på allmänläkare eller som en besparingsåtgärd.

5. EN SAMLAD KOMPETENS – SKILL MIX

I de ovan citerade dokumenten från WMA och CPME framhålls vikten av att uppdragsväxling inte förväxlas med att vissa uppgifter handläggs av andra yrkeskategorier, som i princip alltid haft egna särskilda uppdrag (fysioterapeuter, arbetsterapeuter etc.). Det skall heller inte förväxlas med teamarbete i primärvården, vilket är en helt annan form av arbetsfördelning. Denna arbetsform är däremot mer likt det som betecknas som skill mix – eller fritt översatt – den samlade kompetensen. Som fram-

hållits inledningsvis saknas även här någon svensk definition, men en reviewuppsats beskriver skill mix som [Richards m.fl. 2000]:

- Mix of disciplinary groups involved in the delivery of a service.
- Mix of skills within a given disciplinary group.
- Mix of skills possessed by an individual.

Det är således ett sätt att beskriva den samlade kompetensen på en vårdcentral. Denna består av olika yrkeskategorier som samarbetar och den samlade kompetensen är sammantaget summan av vad samtliga medlemmar bidrar med. Den samlade kompetensen har på ett särskilt sätt blivit av intresse efter vårdvalsinförandet. Detta eftersom det främsta konkurrensmedlet i vårdvalssystemen är vårdkvalitet och vårdutbud. En samverkan breddar kompetensområdet och ökar konkurrenskraften.

! En blandning av kompetenser i primärvården – SKILL MIX – breddar den sammantagna kompetensen och ökar konkurrenskraften.

Vilken samlad kompetens kan då en vårdcentral erbjuda utifrån en given ekonomisk ram (den ram som baseras på respektive landstings ersättning per patient)? Även här finns ett visst inslag av gränsdragning, eftersom den ekonomiska ramen begränsar vilka resurser och kompetenser som kan rymmas inom den finansiella ramen. Något som i sin tur gör det angeläget att dels fundera över hur gränserna kan flyttas "utåt" kompetensmässigt, dels vilka uppgifter man bör fokusera på för att klara konkurrensen med övriga vårdgivare.

! Hur skall den samlade kompetensen på vårdcentralen vara utformad för att vara konkurrenskraftig och möta de krav som ställs på primärvården?

En primärvårdsmottagning får inte bli någon "diversehandel" som inriktas på att i första hand erbjuda de tjänster som är mest ekonomiskt lönsamma. Den samlade kompetensen måste fokuseras på att bedriva allmänmedicin med högsta möjliga kvalitet.

! Primärvårdsmottagens mål får inte vara att bedriva den ekonomiskt mest lönsamma verksamheten.

6. ILLEGITIMATE TASK – MISSHUSHÅLLNING MED RESURSER

Som framhölls inledningsvis är illegitimate task även detta ett begrepp som är svårt att översätta. Närmast ligger möjligen onödiga eller illegitima arbetsuppgifter, men denna översättning riskerar att blir något missvisande. Det som avses är egentligen inte onödiga arbetsuppgifter utan t.ex. uppgifter som utförs av läkare, men som

utan olägenheter skulle kunna utföras av annan personalkategori med lägre utbildning. Något som då naturligtvis inte innebär att uppgifterna är direkt onödiga. Det handlar snarast om att kvalificerad arbetskraft sysselsätts med uppgifter som inte kräver deras speciella kunskande.

! ILLEGITIMATE TASKS – arbetsuppgifter som läggs på läkare, men som egentligen utan olägenhet skulle kunnat utföras av annan personal.

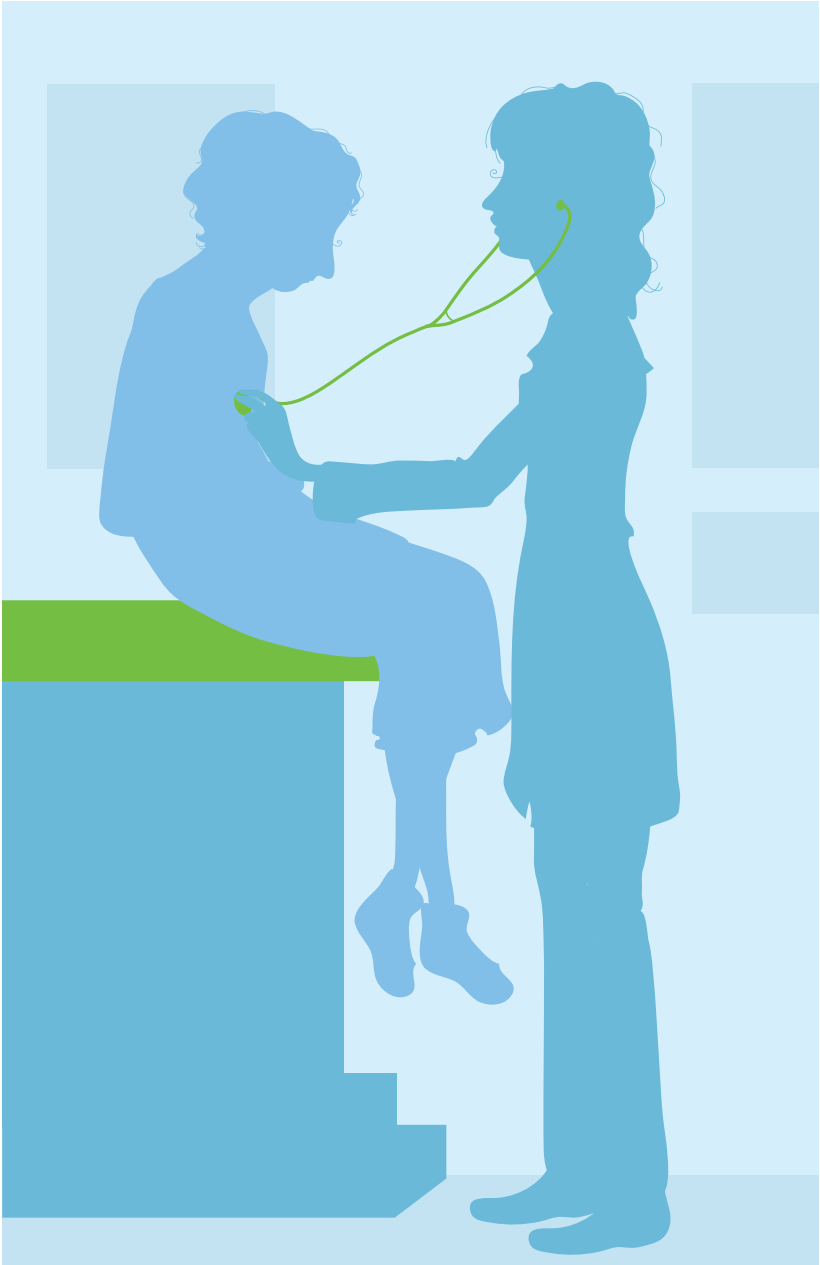
Det finns en omfattande forskning på området som är väl värd att uppmärksamma [Arnetz 1997, Semmer m.fl. 2007, Aronsson m.fl. 2012]. Om läkare i sitt dagliga kliniska arbete sysselsätts med lågkvalificerade arbetsuppgifter har det visat sig att detta är betydligt mer stressande än annan belastning. Något som tydligt framkom i den av Läkarförbundet nyligen genomförda arbetsmiljöenkäten. Under förhållanden där läkares arbetstid används till uppgifter som utan problem skulle kunna utföras av andra minskar av naturliga skäl möjligheterna till att hinna med de uppgifter, och de patienter, som läkare annars borde ta hand om. Detta om man utgår från vår allmänmedicinska kompetens.

! Onödiga arbetsuppgifter (illegitimate tasks) förbrukar tid som annars skulle kunna läggas på mer angelägna uppgifter. Onödiga arbetsuppgifter upplevs som betydligt mer belastande.

I den ovan nämnda forskningen på temat illegitima arbetsuppgifter har man i vissa studier delat upp dessa i *onödiga* respektive *oskäligen* arbetsuppgifter [Aronsson m.fl. 2012]. Med onödiga avses uppgifter kring vilka man kan ha anledning att fråga sig om dessa behöver utföras överhuvudtaget. Skulle de kunna göras annorlunda om man hade en annan organisation?

Med oskäligen arbetsuppgifter avses de som man direkt kan uppleva att de borde kunna göras av någon annan. Den kliniskt verksamma allmänläkaren har sannolikt ofta haft anledning att ställa sig flera frågor på detta tema. Träffar jag "rätt" patienter? Har mina insatser någon betydelse för patienten och för patientens tillfrisknande? Det finns all anledning att fundera över fördelningen av våra resurser. Onödigen arbetsuppgifter förbrukar primärvårdens samlade resurser, medan oskäligen uppgifter riskerar att förbruka allmänläkartid för att lösa problem som andra klarar att utföra utan risk för kvalitetsminskning.

Tillgängligheten har alltid varit viktig i primärvården. Det finns dock en risk för att tillgängligheten, ibland av konkurrensskäl, blir uppluckrad och kommer att utnyttjas för oskäligen arbetsuppgifter. En god tillgänglighet förbrukas av patienter som egentligen inte skulle behövt någon läkarbedömning eller i några fall knappast någon sjukvårdsbedömning överhuvudtaget.



! En god tillgänglighet kan förbrukas av patienter som egentligen inte behöver någon läkarbedömning – detta på bekostnad av tid som skulle kunnat användas till patienter med större behov.

7. RISKER OCH KONSEKVENSER

Förändringar medför alltid konsekvenser. Vissa önskade, andra mindre önskvärda. Bristen på allmänläkare ger konsekvenser och medför även risker både för sjukvården som helhet och för patienterna. Övrig vård får en ökad belastning och omhändertagandet av patienterna blir inte optimalt. Det kan även visas att patienter som hamnar på "fel" vårdnivå tidvis får en betydligt kostsammare vård än vad som kan motiveras utifrån det medicinska problemet.

! Det optimala för hela hälso- och sjukvården är att primärvården bemannas med tillräckligt med allmänläkare och kan ta hand om merparten av sjukvårdsbehovet och detta på det mest kostnadseffektiva sättet.

Vilka konsekvenser kan man förvänta sig till följd av uppdragsväxling m.m. enligt den modell som beskrivs ovan? Fördelar respektive nackdelar? För att börja med fördelarna skulle dessa kunna vara:

- Den samlade kompetensen blir större om andra än läkarna inhämtar specialkunskaper inom avgränsade områden.
- Det totala utbudet av resurser och kompetens ökar – ibland även en mer kostnadseffektiv verksamhet även om detta aldrig skall vara ett huvudmål.
- Rätt fördelning av arbetsuppgifterna – rätt man på rätt plats – innebär att de negativa konsekvenserna som man kan se till följd av illegitimate tasks minskar.
- Mottagningar med sviktande läkarbemanning skulle kunna få en något förbättrad kontinuitet, åtminstone för patienter med kroniska sjukdomstillstånd (astma, hjärtsvikt etc.).
- Den sammanlagda informationen som samlas om enskilda patienter blir större om flera personalkategorier träffar patienterna.

Det är dock viktigt att understryka, något som framhållits tidigare, att uppdragsväxling inte skall vara något som väljs för att kompensera bristen på allmänläkare. Den huvudsakliga målsättningen måste vara att öka kompetensen och kunna erbjuda ett bra omhändertagande av patienter med till exempel kroniska sjukdomstillstånd. Alla mynt har dock som bekant två sidor. Förutom de positiva faktorerna enligt ovan finns det naturligtvis risker och negativa konsekvenser. Bland de risker vi kan se finns:

- Risk för att kunskapsutvecklingen blir fragmenterad. Om allmänläkare inte träffar patienter med kroniska sjukdomar lika ofta som tidigare finns risk för att man missar en del av den empiriska kunskapsutveckling som detta kan ge. Helhetssynen förloras?
- Kontinuitets- och möjligen även ett legitimitetsproblem om patienterna upplever sig "nedgraderade" och hänvisade till annan personal. Det kan krävas en omfattande insats för att patienterna skall acceptera förändringen och se dess fördelar.
- Risk för att specialmottagningar blir autonoma och genererar mer arbete istället för att vara avlastande.
- Att påverka primärvårdens åtagande är en aktiv insats. Det finns risk för att arbetsuppgifter fördelas till primärvården för att ingen annan vill ta dessa uppgifter. Det finns även risk för att uppgifter utlokaliseras till primärvården när man omorganiserar andra klinikers verksamhet.

Inte minst i tider då mer och mer av primärvårdens verksamhet får en ekonomisk valör, finns risk för att man åtar sig uppdrag utan någon närmare reflektion över vilka konsekvenser detta kan medföra. Primärvården är inte bäst på allt – och kommer heller aldrig att bli det. Det är mycket viktigt att dess resurser, och kompetens, används optimalt. Åtagandet måste vara anpassat till de resurser, och den kompetens, som finns tillgängligt. Om man inte gör denna anpassning kan man inte uppnå den kvalitet som är önskvärd.

! En grundförutsättning för primärvård med hög kvalitet är att uppdraget anpassas till tillgängliga resurser.

Kvalitetssäkring är ett slitet begrepp, men i detta sammanhang kan det ha en viss relevans. Förutsättningen för att primärvården skall kunna uppnå den kvalitet som är efterfrågad, och även önskvärd, är att:

- Primärvårdens kunskap och våra resurser används på rätt sätt – uppdraget måste vara förenligt med förutsättningarna för dess genomförande.
- Det måste finnas tillräckligt med allmänmedicinska specialister för att bedriva primärvård utifrån en allmänmedicinsk arbetsmodell.
- Primärvården måste respekteras som en egen disciplin och inte som ett serviceorgan till slutenvården.

8. ALLMÄNLÄKARROLLEN I FÖRÄNDRING

Allmänläkarens roll och kliniska vardag samt det sedan decennier aktuella problemet med att rekrytera läkare till disciplinen är en sammanhängande problematik. Varför

är det så svårt att rekrytera läkare till primärvården? En otydlig roll kan vara en bidragande orsak. Bland andra troliga orsaker som lyfts fram har nämnts ett utlämnande ensamarbete och en klinisk vardag med orimliga krav från patienter och uppdragsgivare. Det finns ibland inga rimliga förutsättningar för att klara det åtagande som man förväntas klara av. Läkare tvingas till att improvisera och göra avkall både på sin egen strävan efter att utföra ett medicinskt högkvalitativt arbete och på att få arbeta i en dräglig arbetsmiljö.

! Allmänläkarens kliniska vardag kännetecknas ofta av orimliga krav, höga förväntningar och påtvingade kompromisser. Allmänläkarrollen riskerar att bli deprofessionaliserad.

Det finns en tendens till deprofessionalisering av läkarrollen i primärvården. En tendens som har allvarliga konsekvenser både gällande rekryteringen av nya kollegor och för fortbildningen av redan verksamma allmänläkare. Efter vårdvalsreformen verkar allmänläkaren i hög grad blivit en produktionsfaktor, till viss del på bekostnad av sin professionella specialistroll. Allmänläkaren har hamnat i en situation under vilken patienten inte sällan "beställer" olika insatser och förväntar sig att få det man beställt. Allmänläkaren är inte i första hand en medicinsk kompetens utan lika mycket en "ingångsport" till andra specialister och undersökningar.

! Allmänmedicin är en egen disciplin med speciellt kunskapsområde och inte en remissinstans för att få komma till andra specialister.

Som en kontrast mot ovan beskrivna negativa upplevelsorna verkar de flesta allmänläkare trivas med sitt arbete, trots villkoren. De upplever det som en inspirerande utmaning att klara av varje ny dag på mottagningen. Avhoppet till andra specialistinriktningar är förhållandevis få. Vad skiljer de som trots allt trivs från de kollegor som har en negativ upplevelse av sitt arbete? Sannolikt handlar det om ett komplext, och interagerande mönster, med variabler som läkares personlighet, arbetsledningen, arbetskamrater (inkl. kringpersonal) samt möjligheterna till att påverka den egna arbetssituationen. I en enkätstudie som DLF nyligen genomförde visades på att det som upplevdes som det absolut viktigaste för att trivas och stanna kvar på sin arbetsplats var att man hade goda arbetskamrater.

! En god arbetsmiljö i primärvården förutsätter bra arbetskamrater och ett välfungerande ledarskap.

Läkarrollen i primärvården är även i hög grad relaterad till de ovan diskuterade begreppen kring åtagande och rätt arbetsuppgift. Den egna personligheten och attityder till arbetet är andra faktorer som påverkar läkarrollen och hur denna utformas för den enskilda individen. Det är med all säkerhet stor skillnad mellan de som upplever sitt arbete som *"lika konturlöst som en amöba"*, och de som verkar kunna sätta egna gränser och få detta till att fungera i verksamheten. Variationerna väcker frågor både kring hur utbildningen skall utformas och vilka som har bäst förutsättningar för att klara ett arbete som allmänläkare. Utbildningen till allmänmedicinsk specialist kan behöva anpassas på alla nivåer. Att vara allmänläkare är ett mycket krävande, men samtidigt stimulerande arbete. För att klara arbetet, och trivas med arbetsuppgifterna, krävs att man är förberedd och har en adekvat utbildning för att möta de krav som ställs.

! **Allmänläkares utbildning måste på alla nivåer vara anpassad till de kunskapskrav som kan ställas på en specialist i allmänmedicin.**

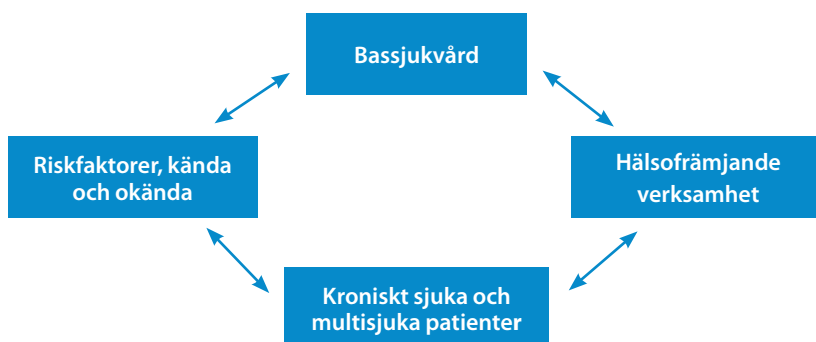
9. PRIMÄRVÅRDEN UR ETT HELHETSPERSPEKTIV

För att diskutera primärvårdens roll och åtagande måste man utgå från ett helhetsperspektiv. Varför behövs primärvården? Skulle primärvården kunna ersättas av andra vårdgivare? Vad kan primärvården, med sina allmänmedicinska specialister, tillföra som ingen annan skulle kunna i motsvarande omfattning? Vilka unika kunskaper besitter primärvården som samhället behöver få del av? Frågorna är många och har ställts inte minst i diskussioner kring hur man skall kunna bemanna primärvården framöver. För att sammanfattande beskriva den roll primärvården bör ha, och vilka förutsättningar som måste finnas för att detta skall vara möjligt, kan man utgå från vad som redan beskrivits ovan:

- Primärvården skall vara förstalinjens sjukvård och tillgänglig för befolkningen.
- Allmänmedicinska specialister skall vara högsta kompetensen i primärvården och tillförsäkras möjligheter att genom fortbildning utveckla sin kompetens.
- Primärvårdens åtagande måste utgå från tillgängliga resurser för att kunna bedriva en kvalitativ primärvård.
- Primärvården är egen disciplin med eget kunskapsområde – som själv måste ha rätt att bestämma över sitt åtagande.
- För att kunna erbjuda en god och välfungerande primärvård måste man ha möjligheter till att välja samarbetspartners efter behov.

Primärvården kan inte fylla sin förväntade roll om dessa förutsättningar saknas. En utbyggd, och välfungerande, primärvård är det mest kostnadseffektiva alternativet för hälso- och sjukvården som helhet.

DEN ROLL PRIMÄRVÅRDEN bör ha i samhället kan sammanfattningsvis beskrivas med följande modell:



Ansvar för bassjukvården är, som framgår av beskrivningen ovan, en given roll. En roll som väl knappast har ifrågasatts. Till detta har primärvården en unik möjlighet att arbeta med kända, och även mindre kända, riskfaktorer. Både detta, och att bedriva hälsofrämjande verksamhet med olika inriktningar, kräver resurser utöver de som behövs för att bedriva den basala sjukvården. Här kommer uppdragsväxling och en sammansättning av flera olika kompetenser in i bilden. Det finns i detta sammanhang även anledning att uppmärksamma verksamheter som kan ha stor betydelse i framtiden, som till exempel insatser mot psykosocial ohälsa och ohälsa till följd av arbetslöshet. Något som även belyser betydelsen av primärvårdens behov av att välja olika, ibland helt nya, samarbetspartners inför framtiden. Detta då framtidens primärvård inte enbart kan inriktas på bassjukvård och tillgänglighet utan även måste bedriva ett effektivt förebyggande arbete. Den effektivaste "behandlingen" är med all säkerhet att förebygga och minska risken för att samhällets medborgare blir sjuka överhuvudtaget.

! Det behövs tillräckligt med allmänläkare för att dels kunna bedriva en adekvat bassjukvård, dels hinna med preventiva och förebyggande insatser.

Kroniskt sjuka, och multisjuka äldre patienter, har på ett särskilt sätt uppmärksammats på senare tid. Detta oftast p.g.a. att vården för dessa patienter inte fungerat optimalt.

! Allmänläkarna är de som har bäst förutsättningar för att kunna erbjuda en fullgod vård för multisjuka äldre patienter – förutsättningen är dock att det finns tillräckligt med allmänläkare.

Även här har primärvården en viktig roll som huvudansvarig för vården av dessa patienter och för att avlasta övrig vård på ett effektivt sätt. Det är ett välkänt problem att slutenvårdens akutmottagningar belastas hårt av multisjuka äldre patienter vars vård inte fungerar. Det krävs dock fler allmänläkare för att klara åtagandet. En satsning som dock med all sannolikhet skulle medföra en betydande vinst för alla parter.

10. NÅGRA STEG FRAMÅT...

Rom byggdes inte på en dag. Även svensk primärvård har behövt betydligt mer än en dag för att byggas upp och fortfarande är bristen på allmänläkare lika påtaglig som för flera decennier sedan. För att komma några steg framåt i diskussionen av primärvården och dess uppdrag kan antalet allmänläkare vara ett första steg.

! Antalet allmänläkare är otillräckligt för att primärvården skall kunna uppfylla sitt åtagande.

Socialstyrelsen anger i en sammanställning om antalet specialistläkare att det 2011 fanns 5 951 läkare med specialistkompetens i allmänmedicin [Socialstyrelsen 2014]. Bland dessa anges 1 690 som ej sysselsatta vilket innebär att det återstår 4 261 läkare. Det finns inga uppgifter rörande andelen som arbetar deltid, men om tidigare överlagsberäkningar stämmer är denna andel omkring 20 procent, vilket skulle medföra en ytterligare reduktion till drygt 3 400 heltidstjänster. Till detta antal skall sedan läggas ST-läkare som enligt Socialstyrelsens redovisning uppgick till 325 läkare år 2011, samt läkare med annan specialistkompetens som arbetar i primärvården. Med en befolkning på drygt 9,5 miljoner invånare i Sverige innebär detta, egentligen oberoende av hur man räknar, att antalet läkare i primärvården är otillräckligt för att klara av hela uppdraget. Nästa viktiga steg är därför att...



Göra allmänmedicin till en attraktiv specialistkompetens och öka antalet ST-läkare i allmänmedicin.

En intressant fråga är hur blivande läkare väljer specialislinriktning när detta blir aktuellt. Personlighet, tidigare erfarenheter och intressen har betydelse för hur man väljer, men även hur olika specialistalternativ "presenterar sig" under till exempel grundutbildningen och AT-läkartiden. Vilken bild förmedlas av allmänmedicin? En slitsam underbemannad disciplin med otydliga gränser för sitt åtagande? Eller en kunskapskrävande disciplin, men som samtidigt har stora utvecklingsmöjligheter och med ett stimulerande innehåll? Statusen för specialiseringen måste höjas – något som i sin tur kan ställa krav på noggrant urval av vilka som är bäst lämpade för att bli allmänläkare. Kvalificerad handledning, avsatt tid till fortbildning, bra arbetskamrater och god löneutveckling är några av de viktigare inslagen vid valet av specialitet. Möjligheter till forskning, inflytande över hur arbetsdagen planeras är andra betydelsefulla faktorer. En annan viktig faktor är att få arbeta med rätt, och kvalificerade, arbetsuppgifter...



Bättre fokus på rätt arbetsuppgifter och ett avgränsat uppdrag som på bästa sätt utnyttjar den allmänmedicinska specialistkompetensen.

Diskussionen ovan kring begreppet *illegitimate tasks* är viktig. Allmänläkarens kliniska arbete bör fokuseras på arbetsuppgifter som kräver allmänmedicinsk specialistkunskap. Något som i sin tur kräver att patientunderlaget selekteras noggrant så att rätt patient kommer till rätt kompetens. Detta kan i sin tur även medföra ett behov av uppdragsväxling...



Genomtänkt uppdragsväxling för att åstadkomma en vidgad kompetens med bättre förutsättningar för att klara de förväntningar som ställs på primärvården.

Uppdragsväxling (task shifting) innebär i dess egentliga mening att uppdrag i sin helhet överförs till annan, som regel legitimerad, vårdpersonal. Något som då även innebär ett eget ansvarstagande för omhändertagande och handläggning av patienterna. Det innebär dock inte att det byggs upp ett antal autonoma "mottagningar" med olika specialinriktningar under primärvårdens tak. Uppdragsväxling innebär snarast att det tillförs kompetenser som till exempel tar hand om patienter med särskilda behov eller med ett mer omfattande omvårdnadsbehov. Läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens är fortfarande den högsta kompetensen på



vårdcentralen, men delar av vårdcentralens verksamhet har överförts till andra. De patientgrupper som kan vara aktuella i sammanhanget är patienter med kroniska sjukdomar (uppföljning, regelbundna kontroller etc.) samt patienter med behov av samtalskontakt under längre tid. Uppdragsväxling berör även behovet av att utveckla ett läkareffektivt sätt att arbeta...

! Ett systematiskt arbete för att utveckla en läkareffektiv klinisk vardag i primärvården.

Att arbeta effektivt uppfattas nästan som något opassande i primärvården, och tolkas som ett annat sätt att ställa krav på så hög produktivitet som möjligt. Med effektivitet avses snarast en beskrivning av hur väl en organisation kan omvandla resurser till produkter eller tjänster. I definitionen finns inget omedelbart krav på att detta skall ske så snabbt som möjligt. Med effektivitet i primärvården kan avses hur allmänläkarnas kompetens och tid används på bästa sätt för att bedriva primärvård med god kvalitet. Indikatorer som visar på god effektivitet är till exempel att patienterna får rätt diagnos och behandling, och att detta uppnås genom ett välgenomtänkt utnyttjande av tillgängliga resurser (rätt laboratorieprover för att ställa diagnos, rätt och verksam medicinering etc.). I tidigare studier på detta område har man kunnat visa på att erfarna läkare gör riktade undersökningar, tar begränsat med prover och når fram till rätt diagnos snabbare. Mer provtagning och mer tid med patienterna är således

inte direkt synonymt med bättre diagnostik utan snarast med mindre effektivitet. Ett effektivt arbetssätt frigör dock tid som kan behövas för andra patienter och för att minska tidspressen. Vikten av att kunna hantera stress och tidspress leder fram till behovet av en god arbetsmiljö...

! En god och stimulerande arbetsmiljö som tillvaratar medarbetarens kompetens och utvecklingspotential.

Som tidigare nämnts visade en nyligen genomförd enkätundersökning i DLFs regi att goda arbetskamrater uppfattades som den i särklass viktigaste faktorn för att trivas och stanna kvar på sin arbetsplats. En god arbetsmiljö med kollegor som har samma mål och inställning till arbetet är tillsammans med bra ledarskap basalt för en välfungerande vårdcentral. Även ett gott samarbetsklimat med övrig personal är betydelsefullt, inte minst för vårdcentralens "ansikte utåt". En vårdcentral där medarbetarna trivs och samarbetar inger förtroende hos patienterna.

! En primärvård som är tillgänglig, effektiv och har högt förtroende som ett naturligt första alternativ vid ohälsa.

Ett förtroende införs inte – det byggs upp genom att man visar sig vara kapabel att genomföra det man påstår sig kunna klara av. Förtroende skapas genom att uppvisa professionella vårdmiljöer där patienten upplever sig omhändertagen och inte minst tagen på allvar. Tillgängligheten är god och patienterna känner sig trygga med att kunna få tid när man behöver hjälp.

De ovan presenterade och många fler frågor är angelägna att arbeta vidare med. Ett arbete som kommer att ta tid, men behöver göras. Teorier och planer måste någon gång omsättas i praktisk handling. För att nå dit behövs en bred förankring bland allmänläkarna och övriga som berörs av behovet av en välfungerande primärvård.

Författare & Kontakt

Christer Olofsson

Distriktsläkare, spec. allmänmedicin

Ledamot DLF

E-post: christer.olofsson@ltblekinge.se

Referenser:

Andersson S, Ahlzén R (2008) *Allmänmedicin och prioriteringar*, Allmänmedicin 4:2008:27-29.

Arnetz BB. *Physicians' view of their work environment and organization*.

Psychother Psychosom 1997;66:155-62.

Aronsson G, Beijerot E, Härenstam A (2012) *Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare*, Läkartidningen vol 48;2216-2219.

Berg L, Haglund B (1982) *Distriktsläkarens arbetsuppgifter – ett bidrag till en modell för rationell vårdplanering*, SFAM-Nytt årg. 3; 106-109.

Richards A, Carley J, Jenkins CS, Richards DA (2000) *Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature*, Int J Nursing Studies 2000;37:185-197.

Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL, et al. *Occupational stress research: the »stress-as-offense-to-self« perspective*. In: Houdmont J, McIntyre S, editors. *Occupational Health Psychology: European Perspectives on Research, Education and Practice*. 2007;2:43-60. Maia, Portugal; ISMAI Publishers.

Socialstyrelsen (2014) *Tillgång på specialistläkare*, Socialstyrelsen, Stockholm.

SOU (1995) *Prioriteringsdelegationens utredning*, SOU 1995:5.

Allmänläkarens uppdrag – och andras ...

OM UPPDRAGSVÄXLING KOMPETENS OCH
KOMPETENSUTNYTTJANDE I PRIMÄRVÅRDEN



Svenska Distriktsläkarförbundet

Box 5610 • 114 86 STOCKHOLM

Tfn. 08-790 33 91

www.distriktslakaren.se • www.svdlf.se