

SFAM nytt

Nr 3 1981 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNMEDICIN



Foto: Annika Johansson

Ur innehållet:
Distriktsläkaren som radiodoktor · Värk i befolkningen · Vårdlag

OBS!

SFAM-nytt kan man
prenumerera på.
50 kronor/år till
postgiro 65 59 74-4.

Ange prenumerationsavgift
vid betalningen.

Ledare: Värk i befolkningen. <i>Bo Haglund</i>	60
---	----

Föreningsnytt: Medlemsmöte i Västerås. Läkarna och läkemedelsindustrin (remissvar). Allmänmedicinska symposier vid rikstämman 1981.	60
--	----

Kurser och konferenser: Program för SFAM:s höstmöte i Västerås/Eskilstuna 17–19 septem- ber 1981. Konferenser vid Nordiska hälsovårds- högskolan hösten 1981. Sjätte världskongressen i psyko- somatisk medicin. Internationellt: Stipendium från SIMG.	62
--	----

Pressklipp om SFAM-nytt	64
-------------------------	----

PROBLEMORIENTERADE JOURNALER:

Problemorienterad medicinsk registrering enligt en variant från Gråbo vårdcentral. <i>Bengt Dahlin, Gert Ljungqvist</i>	66
--	----

Varning – förstör ej den problem- orienterade journalen! <i>Christer Gunnarsson</i>	68
---	----

BASDATA I PRIMÄRVÅRD:

En genomgång av utländsk litteratur med kommentarer och funderingar. <i>Bengt Dahlin, Britt-Gerd Malmberg</i>	70
---	----

Litteraturfördjupning angående symptom och kontakthanledning. <i>Bengt Dahlin, Britt-Gerd Malmberg</i>	71
--	----

Klassificering av kontakt/besöks- orsaker – en översikt med kommentarer. <i>Bengt Dahlin, Britt-Gerd Malmberg</i>	72
---	----

Vårdprogram i Sverige. En översikt. <i>Kjell Agnhage</i>	75
---	----

VÅRDLAG:

Vårdlag – en nödvändighet för genomförande av primärvården? <i>Mogens Hey, Leif Svanström</i>	77
---	----

Sjöbos väg mot vårdlagen <i>Bengt Olsson, Leif Svanström</i>	80
---	----

70-talet – ett decennium fullt av allmänmedicinsk utbildningsaktivitet. <i>Christer Gunnarsson</i>	83
--	----

VÄRK I BEFOLKNINGEN:

Epidemiologiska synpunkter på reu- matiska sjukdomar – en översikt. <i>Margus Mägi, Anders Bjelle</i>	84
---	----

Reumatiska besvär i befolkningen. <i>Margus Mägi, Erik Allander, Anders Bjelle</i>	90
---	----

Vårdprocessen och "värken" hos Vännäsbor. <i>Sven-Olof Andersson, Sven Ferry, Margus Mägi, Göran Westman</i>	93
---	----

Det muskuloskelettala sjukdoms- panoramat – en specialstudie av allmänläkarbesök vid Hallunda vårdcentral. <i>Agneta Vigborg</i>	97
---	----

Vårdsökandes inställning till sjuk- sköterskors telefonrådgivning. <i>Helen Hansagi, Britt-Gerd Malmberg</i>	99
--	----

Distriktsläkaren som radiodoktor. <i>Olle Lyngstam</i>	101
---	-----

Recensioner. Olav Evjenth och Jern Hamberg: Töjning av muskler, varför och hur? Del 1 och del 2. <i>Kjell Hultsten</i>	102
---	-----

Värk i befolkningen

Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa i befolkningen. "Värk i rörelseorganen" som är den enskilde individens upplevelse av dessa sjukdomar utgör en av de tre vanligaste orsakerna till besök på vårdcentraler. Omkring 12 procent av samtliga läkarbesök förorsakas av "värk", enligt olika primärvårdsstudier.

"Värk" har stor samhällsekonomisk betydelse då den förorsakar ett stort produktionsbortfall pga sjukskrivningar, förtidspensioneringar och sjukvård.

Förekomsten av sjukdomar i rörelseorganen i befolkningen och hos patienter vid vårdcentraler beskrivs i tre artiklar av Mägi och medarbetare och dessutom av Vigborg i en specialstudie av allmänläkarbesök vid Hälunda vårdcentral.

Eftersom "värkpatienter" utgör en stor del av allmänläkarens vardag får vi anledning att återkomma till diagnostik, behandling och förebyggande möjligheter.

Redan finns en del kunskap inom dessa områden. Diagnosregistrering för skelett och muskelsjukdomar i allmänläkarpraxis finns redovisad av Borchgrevink och medarbetare (1).

Försöksverksamheter med reumatologisk behandling vid vårdcentraler finns beskrivna från några håll i landet (2-5). Bättre reumatikervård förutsätter ökat patientinflytande (6). Är primärvården öppen för detta?

Ett uppmärksammat symposium vid läkaresällskapets riksstämma 1978 handlade om lumbala smärttillstånd. Symposiet finns presenterat som Sprirapport, 22 1979, med ett försök till vårdprogram (7). Nordisk Medicin har också i två nummer helt nyligen diskuterat behandling och förebyggande möjligheter av ryggsmärtor (8, 9). Patienter med långvariga ländryggsbesvär fordrar ett socialmedicinskt omhändertagande. Goda behandlingsmöjligheter kan uppnås hos dessa patienter om intresset vidgas från ryggen till personen (10).

BO HAGLUND

Litteraturförteckning:

- (1). Borchgrevink och andra: Skjelett/muskelsjukdommer i almenpraxis. Tidsskr Nor Laegeforen 1980, 100, 439-445.
- (2). Recht L: Försöksverksamhet med reumatologisk specialmottagning på vårdcentralsnivå. Läkartidningen 1975, 72, 1683-1685.
- (3). Sprirapport 24 1980: Sjukvårdsplanering byggd på behovsgrupper, Försöksverksamhet med reumatiska sjukdomar i Malmöhus läns landsting.
- (4). Socialmedicinsk tidskrift: Temanummer om "Patienter, experter, politiker och reumatikervård". 1977, 54, 134-173.
- (5). Nordisk Medicin: Nordiskt rundabordssamtal om reumatikervården, 1977, 92, 111-125.
- (6). Allander E: Bevarad läkarmakt kontra ökat patientinflytande - en konflikt belyst med exempel från reumavård. Läkartidningen 1980, 77, 4835-4838.
- (7). Sprirapport 22 1979: Lumbala smärttillstånd. Försök till vårdprogram.
- (8). Nordisk Medicin: Temanummer om ryggsmärtor, dess behandling och förebyggande möjligheter. 1980, 95, 234-252.
- (9). Nordisk Medicin: Uppföljande artiklar om ryggsmärtor. 1981, 96, 9-18.
- (10). Forsgren K och andra: Erfarenheter av psykosociala insatser hos patienter med långvariga ländryggsbesvär. Läkartidningen 1980, 77, 3881-3885.

SFAM nytt

Periodisk tidskrift för Allmänmedicin.
Ansvarig utg. Ingvar Krakau
Medicinsk red. Bo Haglund, Hälsovårds-
enheten, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde.
Huvudred. Magnus Eriksson.
Adress: SFAM-NYTT c/o M. Eriksson,
Repslagareg. 3A, 951 35 Luleå.

Annonsred. Göran Sjönell,
Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66,
113 27 Stockholm.
Prenumerationsavgift: 50:- år.
För studerande: 25:- år.
(Prenumerationsavgiften ingår i medlemsav-
giften till Sv. Förening För Allmän Medicin.)
Tidningen utkommer med ca 4-6 nr/år.
Prenumerationsavgift inbetalas på postgiro
65 59 74-4, Svensk Förening För Allmän
Medicin - ange att avgiften avser prenume-
ration.
ISSN 0349-4772.
Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1981.

Förenings nytt

Medlemsmöte i Västerås

SFAMs styrelse kallar till medlemsmöte i samband med höstmötet i Västerås.

Styrelsen anser en stadgeändring är nödvändig för föreningen. Två medlemsmöten krävs för stadgeändring.

Styrelsen önskar därför ha det första medlemsmötet i Västerås för att därefter kunna genomföra en stadgeändring vid det ordinarie årsmötet i samband med höstens riksstämma.

Förslag till stadgeändring för svensk förening för allmän medicin

Paragraf 5 i föreningens stadgar har idag följande lydelse: "Medlem som uppnått 65 levnadsår samt hedersledamot är befriad från erläggandet av årsavgift".

De förhållanden som rådde när denna stadga antogs var annorlunda än de som idag råder för föreningen. Medlemsavgiften var liten och antalet medlemmar över 65 år var obetydligt. Sedan dess har medlemsavgiften i föreningen mångdubblats och samtidigt har antalet avgiftsbefriade medlemmar över 65 år ökat starkt. Kostnaderna har bla stigit genom ökat behov av administrativ hjälp, ökad distribution till medlemmarna samt utgivningen av föreningens tidskrift SFAM-NYTT.

För att i möjligaste mån motverka ytterligare höjningar av medlemsavgiften nu eller i framtiden, så föreslår styrelsen för SFAM följande: Medlemmar som uppnår ellet uppnått 65 års ålder ska i framtiden betala full medlemsavgift, i likhet med föreningens övriga medlemmar.

Samtidigt föreslår dock styrelsen att Med kand kan ingå i föreningen mot erläggande av halv medlemsavgift. Genom ett sådant förfarande anser styrelsen att vi tidigare kan få kontaktkanaler till blivande läkare, samtidigt som de som är intresserade av allmänmedicin ges en ökad möjlighet till kontakt med denna specialitet.

Styrelsen för SFAM föreslår mot bakgrund av vad som ovan sagts att paragraf 5 får följande lydelse:

§ 5: "Hedersledamot är befriad från årsavgift. Med kand som ännu ej avlagt läkarexamen, kan vinna medlemskap i föreningen mot erläggande av halv medlemsavgift".

Styrelsen för Svensk Förening för Allmän Medicin

Läkarna och läkemedelsindustrin

I en socialdemokratisk motion (1980/81:1640) till riksdagen om läkarnas ekonomiska förbindelser med läkemedelsindustrin, mm framhålls bla följande:

"Läkemedelsindustrins inflytande över information skall minskas. Större tyngd ges åt den problemorienterade istället för åt den preparatinriktade informationen. Information och utbildning av allmänhet och personal förbättras. De lokala läkemedelskommittéerna ges vidgade uppgifter för problemorienterad information och utbildning. Verksamheten bör omfatta både den öppna och slutna vården. Samverkan mellan apotek och läkemedelskommittéer byggs ut. Åtgärder för ett allmänt ökat kostnadsmedvetande i fråga om läkemedel vidtas.

Detta är åtgärder som på kort sikt kan vidtas för att förbättra den icke-kommersiella läkemedelsinformationen. På längre sikt bör den av oss i motion 1978/79:884 skisserade utvecklingen av apoteksbolaget leda till att bolaget tar över huvuddelen av läkemedelsinformationen från läkemedelsföretagen. Detta kan innebära att apoteksbolaget i sina inköpsavtal reglerar informationsfrågorna. På detta sätt kommer de hälsopolitiska målsättningarna inte längre att få stå tillbaka för kommersiella vinstintressen.

Vi föreslår att riksdagen som sin mening ger regeringen tillkänna de riktlinjer vi här förordat.

Med hänvisning till det anförda hemställs

1 att riksdagen hos regeringen anhåller om utredning rörande de mellanhanden om kommersiell natur som finns mellan läkemedelsföretagen och läkarna.

2 att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad som i motionen anförts om riktlinjer för läkemedelsinformationen".

Svenska Läkaresällskapet har beretts möjlighet att yttra sig angående motionen och med anledning av detta har Svensk Förening för Allmän Medicin avgett följande remissvar:

Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM) vill med anledning av riksdagsmotionen i ovanstående fråga framföra följande:

Den största delen av läkemedelsförskrivningen i svensk sjukvård sker i öppenvård, och en mycket stor proportion av detta på allmänläkarmottagningar. En både saklig och grundlig samt

aktuell läkemedelsinformation är därför mycket angelägen för samtliga allmänläkare. Läkemedelsinformationen kan inte alltid ses fristående utan måste inplaceras i sitt kliniska sammanhang.

I dagsläget finns allmänläkare representerade i de flesta läkemedelskommittéer. Allmänläkarna själva är dessutom allt mer följsamma till läkemedelskommittéernas förslag. Prismedvetenhet och prisdiskussioner har alltid förekommit vid allmänläkarnas val av läkemedel. Detta har inte minst använts som försäljningsargument av läkemedelsindustrin i en fri marknad.

På många håll i landet förekommer redan obunden problemorienterad läkemedelsinformation. En sådan information är av värde, men resurserna för en riksomfattande och tillräckligt aktuell verksamhet har varit svår att erhålla. Vi upplever att en utvidgning av denna verksamhet är önskvärd. Apoteksbolaget bör få ökade resurser här till. Framför allt är bristen på kliniska farmakologer kännbar.

Svensk Förening för Allmän Medicin anser dock inte att en obunden läkemedelsinformation skall utesluta läkemedelsindustrins möjligheter att vara medicinsk kunskapsspridare.

CHRISTER GUNNARSSON
ordf

Svensk Förening för Allmän Medicin

Riksstämman 81. SYMPOSIER

Svensk Förening för Allmänmedicin kommer att stå som huvudarrangör för två symposier vid höstens riksstämman. Dessa har titlarna: *Den mänskliga faktorn - människan i det högteknologiska samhället. Gränser för prestationsförmåga och tolerans. Det andra: Vad har svenska läkare i U-länderna att göra? Vad har vi att ge dem och de oss?*

Bakgrunden till det första symposiet om den mänskliga faktorn presenteras separat nedan.

SFAM kommer också att delta i andra symposier och dessa har följande rubriker: *Allmänläkarens roll i ögonvården, Familjemedicin - verksamhet utvecklingstendenser och forskningsområden, Handikappåret 1981 - möjligheter och hinder, Samhällsmedicinska funktioner i utbildning och vård, Den differentierade långvårdsmedicinens roll och Ryggproblem hos barn och skolungdomar.*

Sektionen för socialmedicin är huvudarrangör för symposiet om samhällsme-

dicinska funktioner i utbildning och vård och vi är medarrangörer.

Begreppet samhällsmedicin har vunnit gehör under senare delen av 1970-talet inom såväl den förebyggande som behandlande vårdverksamheten liksom även i utbildningssammanhang. Landstingsförbundet har som huvudtema vid 1981 års kongress *samhällsmedicinska funktioner på länsnivå*. Nyligen har också HS 90-sekretariatet i sina sex skrifter (SOU-rapporter) framhållt den samhällsmedicinska planeringens betydelse som central när det gäller framtidens hälso- och sjukvård. Internationellt liksom även här i Sverige planeras fn på universitetsnivå samlade samhällsmedicinska storinstitutioner eller samhällsmedicinska centra för att bättre tillgodose kraven på såväl grundutbildning som vidareutbildning och efterutbildning. Inom dessa centra planeras samverkan mellan ämnena allmänmedicin, socialmedicin, hygien, yrkesmedicin och i vissa fall långvårdsmedicin.

De samhällsmedicinska funktionerna utgör på länsnivå betydelsefulla samarbetspartner för allmänläkare omkring framtida förebyggande verksamhet.

BO HAGLUND

"Den mänskliga faktorn" - Människan i det högteknologiska samhället. Gränser för prestationsförmåga och tolerans

Symposiet avser att belysa hälsorisker som uppstår pga den snabba tekniska utvecklingen i det moderna samhället.

Syftet med den teknologiska utvecklingen är att öka välfärden. Ur medicinsk synvinkel bör man dock ifrågasätta om nyttan av den teknologiska förnyelsen alltid uppväger effekterna på hälsoområdet. Här kan nämnas de stigande sjukvårdskostnaderna och de ökade problemen på det psykosociala området.

Arbetslivets förändring medför bla att yrken som tidigare inneburit fysisk ansträngning och handgrepp utbyts mot uppgifter av kontrollerande och övervakande natur förenade med ringa fysisk aktivitet. Fysisk påfrestning utbyts mot psykisk stress av delvis ny karaktär. Detta är en följd av förändringar ex inom industrin, jordbruket och kommunikationsväsendet.

Vi möter samhällsförändringar i riktning mot centralisering och storskalighet. Effektivitetskraven framtvingar andra typer av påfrestningar, ex skiftesarbete, ökad arbetstakt, önskade byten av bostads- och arbetsmiljö.

Även barnen drabbas. Genom överkrav och överstimulering ex i trafiken med dess signaler och buller, genom det

stora utbudet av TV-program, genom de opersonliga miljöerna i de stora skolorna. Å andra sidan blir de understimulerade inom andra områden. De har begränsade möjligheter att få utlopp för sina kreativa aktiviteter, de möter endast enstaka långvariga personliga kontakter, de har att leva i enformiga miljöer. I planeringen i arbetslivet så lägger man alldeles för liten tonvik just vid barnens speciella behov.

Samhällsplaneringen måste i fortsättningen byggas på en större medvetenhet och strävan efter att tillvarata den kunskap som redan finns i fråga om människan och hennes behov. De medicinska insatserna har till allra största delen varit inriktade på att bota uppkomsten av psykiska och kroppsliga sjukdomar. Visserligen talas alltmer om betydelsen av information till allmänheten vad gäller ex kost och motion. Läkaren skulle dock kunna använda sina specifika kunskaper om människan och hennes miljö på ett vidare plan. De borde ge sig i kast med frågor som har ett direkt samband med samhällsplaneringen och där igenom söka motverka utvecklingstenden- ser som kan bli ett direkt hot mot befolkningens hälsa.

Följande personer planeras delta i symposiet:

1. Marianne Frankenhauser, professor i medicinsk psykologi vid Karolinska Institutet.
2. Lars Kristiansson, professor i informationsteori med datakommunikation vid Chalmers.
3. Lennart Levi, professor i klinisk stressforskning vid Karolinska Institutet.
4. Leif Svanström, professor i socialmedicin, Socialmedicinska institutet, Sundbyberg.
5. Representant för sektionen för Pediatrik och skolhygien.
6. Representant för sektionen för Psykiatri.

Moderator: Matts Beling, Svensk Förening för Allmän Medicin.

Program för SFAM:s höstmöte

i Västerås/Eskilstuna 17-19 sept. 1981

Arrangörer:

Mälardalens distriktsläkarklubb i samarbete med landstingen i Södermanlands och Västmanlands län

Egenvård

- är temat för höstens SFAM-möte!

Vår målsättning för konferensen är att ge en samlad beskrivning av egenvården idag, med utblickar mot framtiden. Konferensen vill också stimulera till ett utbyte av erfarenheter om egenvård mellan distriktsläkare, företagsläkare och privatpraktiker. Eftersom konferensen är den första i sitt slag i landet kommer den att dokumenteras i sin helhet och även publiceras. Dokumentationen ingår i konferensavgiften.

Mälardalens distriktsläkarklubb har till syfte att vara ett forum för utveckling av primärvården inom de båda landstingen. Redan efter tre års verksamhet har vi nu fått förtroendet att arrangera SFAM:s höstmöte.

Konferenspriset för de tre dagarna är 950 kronor. Det inkluderar konferensavgift, mat och hotellrum. Deltagarna bor på hotell i Västerås. Antalet deltagare är maximerat till 250 personer.

Konferensen är godkänd av Landstingsförbundets kommitté för samplanering av externa kursgivare (SEK).

Anmälan till konferensen skall vara insänd till landstingets kansli i Västerås före den 20 juni 1981.

Administratör för konferensen är utbildningssekreterare Karl-Erik Lindqvist, landstingets kansli, Hållgatan 2, 72211 Västerås. Tel. 021/185300.

Välkommen till SFAM:s höstmöte i Södermanland och Västmanland!

För Mälardalens distriktsläkarklubb: Jerzy Leppert, distriktsöverläkare, Västra sjukhuset, Västerås. Tel. 021/313287. Sven Kullman, distriktsläkare, Vårdcentralen, Torshälla. Tel. 016/104109.

Program

torsdagen den 17 september

12.00-13.00

Samling med lunch på stadshotellet i Västerås

13.30

Avresa till Eskilstuna

14.30-18.00

Deltagande i valfria seminarier:

Seminarie I

Volvo, BM Eskilstuna Gränsdragningar; samarbete distriktsläkarvård och företagshälsovård. Ansvarig Kjell Söderberg

Seminarie II

Vårdcentralen, Torshälla

MVC i allmänmedicinskt arbete. Ansvarig Sven Kullman, medverkande från kvinnokliniken i Eskilstuna

Seminarie III

Centrallasarettet, Eskilstuna

ADB-system inom primärvården, a) hjälpmedel i vårdsplanering b) hjälpmedel i forskning och utvecklingsarbete. Ansvarig Curt Bark, Södermanlands läns landsting

18.00 Bussresa till Sundbyholms slott

19.00-21.00 Byffé. Vård: Sandoz AB

21.00 Återresa till Västerås

Fredagen den 18 september

Konferenslokaler: Folkets Hus, Kopparbergsvägen 27 B, Västerås.

Rubrik: Egenvård idag och inför framtiden.

08.00 Inledning

Presentation av vårdnivåbegreppet och analys av egenvårdsbegreppet. Carl-Gunnar Eriksson, lärare på Socialmedicinska institutionen i Örebro.

08.30 Egenvården ur internationellt perspektiv

Redovisning av hur man ser på egenvård inom några olika nationer. WHO:s primary health care-begrepp och Hälsa åt alla år 2000 presenteras. Gösta Tibblin, distriktsläkare i Sollentuna, för närvarande gästprofessor i Kanada.

09.00 Egenomsorgen ur norsk synvinkel

De norska erfarenheterna av egenvård. Docent Harald Siem, Institutet för allmänmedicin, Oslo.

09.30 Kaffe

10.00 Den svenska egenvårdsmodellen

Redogörelse för egenvårdsdebatten i Sverige. Dessutom redovisas en del resultat av projektet Aktig egenvård. Något berörs även de etiska och politiska sidorna av egenvården. Carl-Gunnar Eriksson.

10.30 Lekmannavård och prevention i Finland

Detta föredrag utgår ifrån erfarenheterna i Nord Karelia-projektet där man lyckats engagera och stimulera olika organisationer och även vårdapparaten till att aktivt stödja människors egna ansvarstaganden i det förebyggande hälsovårdsarbetet. Professor Pekka Puska.

11.00 Kunskapsförmedlingens dilemma

Svårigheterna och möjligheterna att förmedla kunskap i egenvårdsfrågor till allmänheten. Nils Östby, byrådirektör på Socialstyrelsens hälsonämnd

11.30 Lunch

13.00 Seminarier

Konferensdeltagarna kan välja ett av seminarierna och får möjlighet att själva presentera studier, idéer och planerade åtgärder. Efter inledningarna blir ordet fritt och därefter summeras seminariet under rubriken "Hur kan vi arbeta vidare?"

Epidemiologi

Metoder att kartlägga människors arbete med hälsoproblem. Inledning av medarbetaren till Karin Tengvald, som arbetat med en epidemiologiskt inriktad undersökning av barnfamiljers arbete med hälsoproblem.

Förebyggande

Friskvård idag. Indelning av Ulf Karlströmmer, företagsläkare i Filipstad, som tidigare arbetat med Hedeprojektet i Härjedalen.

Pedagogik

Metoder att stödja egenaktivitet. Inledning av Nils Östby eller medarbetare där särskilt olika pedagogiska metoder redovisas med avseende på för- och nackdelar.

Vårdinnovationer

Nya vårdformer och vårdmiljöer. Gösta Tibblin inleder med att redovisa erfarenheter från vårdinnovationer och deras betydelse för människors ansvarstagande.

15.00 Kaffe

15.30 Egenvård som vårdnivå

Paneldebatt. Inledare Gösta Tibblin, moderator Carl-Gunnar Eriksson.

Ca 17.30

Deltagare: Representer från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Läkarförbundet SHSTF.

Lördagen den 19 september

09.00-12.00

Deltagande i valfria seminarier

Seminarie I

Vårdcentralen, Arboga

Hur man bedriver epidemiologiskt orienterade studier på vårdcentral. Ansvarig Birger Thorell, medv Björn Smedby.

Seminarie II

Västra sjukhuset, Västerås

Åtgärdsregister - vilket är viktigast, diagnos eller symtom? Ansvarig Jerzy Lepert, medv Bertil Marklund och Bengt Dahlin samt medarbetare, Spri

Seminarie III

Asea Forum, Västerås

Sjukfrånvaron - prevention - rehabiliteringsmöjligheter. Samverkan sjukvård och företagshälsövård, försäkringskassa och AMS. Ansvarig Björn Franzén, medverkande representer från försäkringskassa och länsarbetsnämnd.

13.00 Lunch, stadshotellet

14.00 Konferensen avslutas

Nordiska hälsovårdshögskolan

i Göteborg, en samnordisk institution för högre utbildning och forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet, anordnar under höstterminen 1981 följande specialkurser och konferenser:

KURSER

- | | Ansöknings-
tiden utgår |
|---|----------------------------|
| 1. Omvårdnad
(Nursing research)
7/9- 2/10 1981 | 26/6 1981 |
| 2. Social-
psykiatri
21/ 9- 2/10 1981 | 26/6 1981 |
| 3. Handicapped
children -
medical, social
and educational
integration
5/10-16/10 1981 | 1/8 1981 |
| 4. Social-
pediatrik
16/11-11/12 1981 | 15/8 1981 |
| 5. Sjukhus-
hygien
16/11-11/12 1981 | 15/8 1981 |

Kursernas innehåll: Program över kurserna kan rekvideras från Nordiska hälsovårdshögskolan.

Undervisningen sker i form av föreläsningar, praktikfall, övningar och seminarier med diskussion tillsammans med handledare. I huvudsak sker undervisningen på de nordiska språken. Vissa föreläsningar och en del av kurslitteraturen är på engelska, varför kunskap i detta språk är nödvändig. Kurs 3. Handicapped children, ges i samarbete med International Children's Centre i Paris och är helt engelskspråkig.

Antal kursdeltagare för varje kurs är 25. De fördelas på de nordiska länderna. Kurserna riktar sig till olika personalkategorier inom hälso- och sjukvården med erfarenhet av ledning, samordning och planering. Läkare, tandläkare, sjuksköterskor, administratörer, socionomer, psykologer, fysioterapeuter, pedagoger mfl.

Stipendier, avsedda att täcka del av ökade levnadskostnader under kurstiden, utdelas och uppgår till 500 svenska kronor per månad. Nordiska hälsovårdshögskolan betalar dessutom inkvartering på studenthotellet Olofshöjd.

Resekostnader från och till hemorten ersätts av Nordiska hälsovårdshögskolan.

Ytterligare upplysningar kan erhållas från Nordiska hälsovårdshögskolan, telefon 031/418251, varifrån ansökningsblanketter också kan rekvideras.

Ansökan skall vara Nordiska hälsovårdshögskolan tillhanda senast vid ovan nämnda datum under adress:

Nordiska Hälsovårdshögskolan
Medicinaregatan S-41346 Göteborg

Genom omläggning av läsåret ges inga huvudkurser under höstterminen 1981. Nästa kurs i hälso- och sjukvårdsadministration, socialmedicin och preventiv medicin, epidemiologi och biostatistik samt miljömedicin kommer därför att starta på vårterminen 1982. Annonsering sker i september 1981.

KONFERENSER

A. Mätning av hälsa

7/9-11/9 1981

Konferensen syftar till att beskriva metoder och problem vid mätning av en befolknings hälsa och att diskutera idéer, planer och utvecklingslinjer för framtiden.

Konferensen riktar sig till planerare, administratörer, medicinsk personal, epidemiologer, statistiker och andra med ett intresse inom området.

Ansökningstiden utgår 26/6 1981.

B. Att förebygga trafikolyckor

19/10-23/10 1981

Konferensen syftar till att på en bred tvärvetenskaplig basis ge kunskaper om tekniska, medicinska, sociala, juridiska, beteendevetenskapliga och planeringsmässiga möjligheter att förebygga trafikolyckor i de nordiska länderna.

Konferensen riktar sig till medicinsk och teknisk personal samt till administratörer, planerare och pedagoger med ledande uppgifter i nordiskt trafik-säkerhetsarbete.

Ansökningstiden utgår den 15/8 1981.

C. Hälsoekonomi

4/11-6/11 1981

Konferensen syftar till att presentera frontlinjer och utvecklingstendenser inom ekonomi och organisation för hälso- och sjukvården i Norden.

Konferensen riktar sig till ledande hälso- och sjukvårdspolitiker, planerare och administratörer.

Ansökningstiden utgår den 5/9 1981.

För varje konferens utgår en avgift om 1 500 svenska kronor, vilket inkluderar bostad (enkelrum med dusch och toalett) samt måltider. Avgiften inbetalas sedan antagning skett till konferensen. Deltagarna får själva betala sina resor.

Ansökan (särskild blankett rekvideras från Nordiska hälsovårdshögskolan) skall vara högskolan tillhanda senast ovan nämnda datum under adress:

Nordiska Hälsovårdshögskolan
Medicinaregatan S-41346 Göteborg
Telefon 031/418251



SOCIETAS INTERNATIONALIS MEDICINAE GENERALIS SIMG

International Society of General Practice
Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Société Internationale de Médecine Générale

SIMG-Janssen Price

S.I.M.G. (Societas Internationalis Medicinæ Generalis) claims to improve the G.P.'s function. Its activities concern the vocational training, continuing education, research, general practice and exchange of information at an international level.

SIMG stimulates Research by allocating a Price annually.

Thanks to the financial support of the Janssen Research Foundation, SIMG in this way helps to develop a specific project.

This message is addressed to those European General Practitioners, who think about doing Research, even remotely.

To compete for this Price, applicants have to describe the significance, the aims, the hypothesis and the methods of the prospected research.

This draft, written in English, German or French, has to be sent to the secretary of the Jury, whose name and address are mentioned below, before the 31st of October 1981.

The text of no more than 1.000 words should be typed on a blank sheet, with a code number. The author will give his name and address separately.

An international jury will judge the applications.

The international significance of the subject, the scientific value of the method and the feasibility of the project will be taken into account.

The value of the award is 30.000 Bfr, a further 20.000 Bfr being made available to the successful applicant on presentation of the results.

The winner has to complete his project within two years and to present his results at an SIMG Congress.

Up to now the Price has been awarded to Dr Bolden (U.K.), Dr Murdoch (U.K.), Dr Delbrouck (b), Dr Hull (U.K.) and this year to Dr Borbély (H).

The first winner has published his work in International General Practice, 1979, 3, pp. 113-119; the second has presented his results at the Autumn Congress in 1980. The third will describe his on-goings at the forthcoming Congress in Budapest.

*Prof Dr R De Smet
Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Akademisch Ziekenhuis - Blok A
De Pintelaan 135
B-9000 Gent (Belgium)*

6:e Världskongressen i psykosomatisk medicin

Montreal 13-18/9 1981

Program bla:

Prevention of Psychosomatic Disorders
Psychopharmacology Psychosomatic Disorders

Anorexia Nervosa Revisited

Hypnosis in Psychosomatic Medicine
Epidemiology and Psychosomatic Disorders

Psychosomatic Medicine: Sociological Studies

Teaching Psychosomatic Medicine to Physicians and Allied Professionals

Child Psychosomatics

Psychosomatic Aspects of Cardiovascular Disorders

Psychosomatic Medicine in Adolescence

Gynecology and Psychosomatics

Psychosomatic Aspects of Skin Disorders

Psychosomatic Medicine and Immune Mechanisms Part II

Psychosomatic Aspects of Respiratory Disorders

Education in Psychosomatic Medicine

Researrangör: Resespecialisterna

Adress: Birger Jarlsgatan 32,
Box 5112, 10243 Stockholm

Olika alternativ med anslutningar i USA och Canada

Anmälan till: Jeanette Ståhlberg
Resespecialisterna Resebyrå AB,
tel 08/2284 20

Press- klipp

SFAM-nytt
har upp-
märk-
sammats
i pressen.
Är det så
här vi vill
ha läke-
medels-
informa-
tionen
på vård-
centraler?

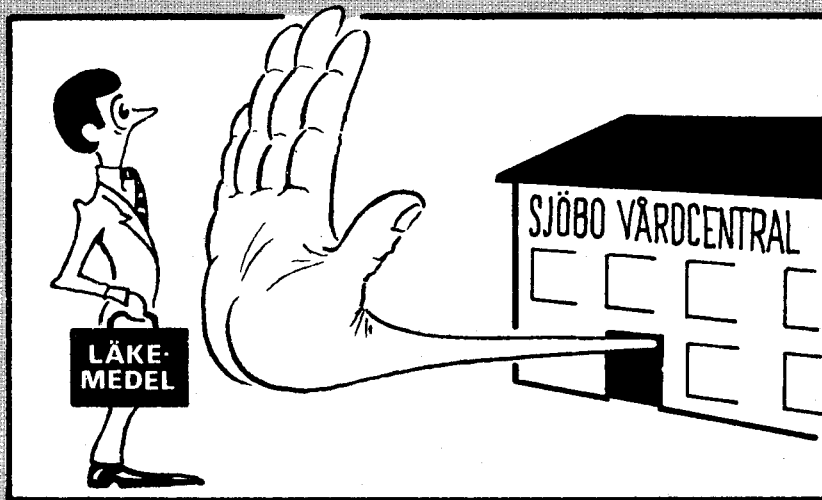
(SFAM-nytt 1981,
2:49-51)

DN 81-05-18

Förbrukningen av mediciner ändras kraftigt om läkemedelsindustrins säljare "portförbjuds" på läkarmottagningarna — och ersätts av opartisk information. Det visar ett unikt försök vid Sjöbo vårdcentral utanför Lund.

Recepten på medicin mot urinvägsinfektioner har minskat med 80 procent. Även järnpreparat och slemlösningsmedel används långt mindre än tidigare.

Så här bromsade Sjöbo vårdcentral medicinfloden:



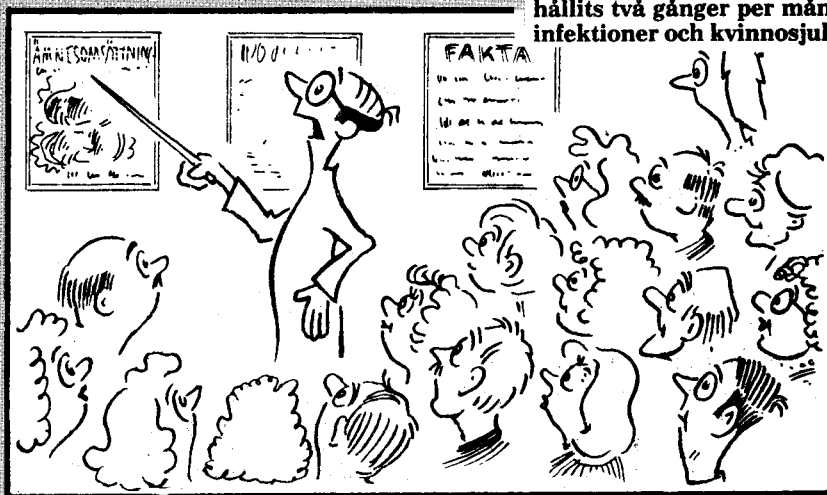
PORTFÖRBUD

för samtliga läkemedelsföretag. I ett brev tackade vårdcentralens läkare nej till alla nya besök från försäljarna. Personalen skulle själva ta kontakt om de vill diskutera med något särskilt företag.



OPARTISKA

specialistläkare från närliggande lasarett inbjöds istället att hålla föreläsningar. Sådana lektioner har hållits två gånger per månad och tagit upp olika områden som diabetes, infektioner och kvinnosjukdomar.



Teckning: LENNART LINDGREN

HELA PERSONALEN

deltog och lyssnade på föreläsningarna — alltså även biträden, undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och apoteksanställda. Var och en förde anteckningar och spred kunskaperna vidare till kamraterna.

Problemorienterad medicinsk registrering enligt en variant från Gråbo vårdcentral

BENGT DAHLIN, GERT LJUNGKVIST

Jornalen är ett viktigt instrument i sjukvårdsarbetet. Av tradition har detta instrument utvecklats och förfinats inom länssjukvården.

Diskussionen kring primärvårdens speciella behov i sammanhanget behöver intensifieras. Inte minst upplevde vi detta vid 1980 års riksstämme-symposium "Journalen – ett viktigt instrument i sjukvården".

I samarbete med Gert Ljungkvist – SYSTEMA – har personalen vid Gråbo vårdcentral efter diskussioner och studiebesök i riket under 1980 utformat och prövat en variant av problemorienterad journal, som här beskrivs. Vi presenterar också vår dokumentordning i journalmappen.

I arbetsgruppen har bla ingått: Lizzie Bergström är läkarsekretärare. Bengt Dahlin, Lennart Hallerbäck och Olof Wik, distriktsläkare, Gert Ljungkvist, organisationskonsult.

Bengt Dahlin och Gert Ljungkvist är samordnare av projektet.

Nyckelord: Problemorienterade journaler, Primärvård.

Problemorienterad journal – en bakgrund

Mycket finns skrivet om den problemorienterade journalen sedan den första gången beskrevs av Weed 1969. En god översikt ger docent Paul Hall och Christer Gunnarsson i Läkartidningen nr 15 1974. Paul Hall pekar på den problemorienterade journalen som "Morgondagens journal".

Primärvården har ett problemorienterat arbetssätt. Vår målsättning är att arbeta för en helhetssyn på patienten. Det finns därför ett stort behov av att arbetslaget kring patienten och speciellt patientmottagaren har en lättillgänglig och överskådlig journal. Primärvårdens journal bör ha en sådan utformning att den kan vara ett instrument för

beskrivning och analys av verksamheten.

Våra erfarenheter talar för att vi i primärvården är bäst betjänta av att använda en problemorienterad journal – POMR-journalen.

Varför har POMR inte allmänt accepterats trots att idén nu är drygt 11 år gammal?

Christer Gunnarsson sände 1978 en enkät till de 23 sjukvårdsenheter, som då i Sverige använde sig av POMR. Några exempel på svårigheter framkom:

- 1 – systemet ledde ibland till att läkarna band vissa problem till en specifik diagnos, när de i stället borde registreras som symptom
- 2 – många tyckte att det var svårt att koppla problemnummer och diagnos när det gällde återkommande sjukdomsepisoder av likartad karaktär med osäkert inbördes sammanhang, tex upprepade infektioner
- 3 – på en del håll ansågs att sekretärerna fick merarbete
- 4 – några framhöll att man tvingas sätta onödiga diagnoser även om patienten egentligen var frisk
- 5 – i öppen vård finns ofta många storkonsumenter av sjukvård och det blir svårt att konsekvent föra en problemlista.

När vi vid Gråbo vårdcentral kände behov av att pröva POMR våren 1980, var alla överens om att det var POMR:s fördelar vi ville ha men samtidigt undvika dess negativa effekter. Vi har därför gjort vår modifierade form av POMR.

Vi är helt medvetna om att problembeskrivningen i vår variant inte uppfyller alla krav, som uppställs för den ursprungliga POMR. Möjligheten att ta steget fullt ut finns dock, när tiden för detta känns mogen.

POMR ad modum Gråbo vårdcentral

POMR omfattar två väsentliga delar. Problemlista (journalöversikt) och problembeskrivning.

Problemlista

Problemlistan skall ge oss helhetssynen över patienten. Genom problemlistan skall alla i arbetslaget kring patienten snabbt få en uppfattning om patientens problem. Man skall också snabbt i journalen kunna finna de problem eller närliggande problem man för tillfället har behov av att lösa tillsammans med patienten.

Problemen skall vara de av patienten upplevda, helst uttryckta på svenska. Samtidigt skall man lätt kunna se när ett problem övergår i en relativt säker diagnos. Man bör snabbt kunna identifiera "kroniska" sjukdomar då dessa alltid påverkar ett ställningstagande när nya problem dyker upp. Problem och diagnoser skall vara kodbara, så att man genom kodning kan skilja på problem och ställda diagnoser.

Hur relativt ofta patienten sökt för resp problem bör också framgå av problemlistan.

Två typer av problemlista finns i användning. Dels en modell där samtliga kontakttillfällen finns upptagna och översatt i problem, diagnoser eller symptomtabeller. Dels en modell som bla används i Örnsköldsvik och vid de nya "utvecklingscentralerna" i Stockholm, där problemet anges enbart en gång på problemlistan.

Vi valde att arbeta vidare på en variant av den senare modellen bla pga den ovan beskrivna svårigheten – "i öppen vård har man ofta storkonsumenter av sjukvård och det blir då svårt (oöversiktligt) att konsekvent föra en problemlista".

Vi anger således problemet eller diagnosen enbart en gång på problemlistan tillsammans med årtal och datum för första kontakttillfället då problemet aktualiserades. För att ange hur ofta patienten sökt för problemet samt för att snabbt finna det i journalen hänvisar vi i en specialkolumn på problemlistan till de sidnummer i journalen, där man kan finna problemet beskrivet vid olika kontakttillfällen.

På detta sätt blir problemlistan en innehållsförteckning (journalöversikt) för journalen, där sidhänvisningarna dels gör det lätt att finna problembeskrivningarna, dels antyder hur vanligt eller dominerande problemet är. Dessa effekter erhåller vi utan att ge avkall på överskådlighet eller lätthanterlighet.

I nästa steg har vi för avsikt att låta våra distriktssköterskor och barnmorskan vid vårdcentralen i journalen föra in de patientproblem som distriktsvården handhar. Detta kommer att ge oss den "helhetsbild" av patienten vi nu saknar pga att fler journaler förs inom enheten/vårdcentralen.

Ett problem kan övergå i ett annat, mer specificerat problem eller i en diagnos. För att kunna följa symptombeskrivning/problem/diagnos anger vi

Exempel på problemlista (journalöversikt)

Inrättning		JOURNALÖVERSIKT, POMR		
		Personnr 251101-6435		
Spec anm överkänslighet Cave Pc		Namn NN		
Datum	Problem		Klassifikationskoder	Sid hänv
650902	1	Lunginflammation		1
700210	2	Ryggbesvär		1, 4
700513	2 a	Ischias sin		1,2
710612	2 b	Prolapsus disc intervertebralis L3-L4.		3
720112	3	X Hypertoni		2, 3, 4
730113	(4) 6	Trötthet		3
730113	(5) 6	Stickningar i fötterna		
730126	6	X Perniciosa		4, 5
750905	7	X Diabetes mellitus		5, 6

med samma nummer de problem/diagnoser som i realiteten är av samma ursprung. Allt eftersom problemet specificeras och ändrar namn, läggs en bokstav till den ursprungliga problemsiffran. Se ovanstående exempel.

Flera problem kan övergå i ett gemensamt eller i en diagnos, som då får ett eget problemnummer. De tidigare problemen byter till detta nummer. Detta markeras på problemlistan genom att numren sätts inom parentes, följt av det nya gemensamma numret.

För att uppmärksamma kroniska diagnoser sätter vi ett stort X i problemkolumnen invid diagnosen. Se också ovanstående exempel.

Vi anser oss på nämnda sätt ha löst de i enkätsvaren angivna svårigheterna 1, 2, 4 och 5 samt lyckats att få en god översiktlig problemlista med de informationer som vi behöver och som i ett senare skede också kan komma att finnas tillgänglig på en bildskärm. Vi tror nämligen att det inte kommer att ta alltför lång tid innan dessa "basdata" kommer att kunna presenteras med en sådan ADB-teknik, till nytta inte minst för patientmottagarna, antingen det är en sjuksköterska vid vårdcentralen eller en "utlokaliserad" distriktssköterska.

Kodningen av problem och diagnoser har vi funnit svår, då de öppnavärds-koder, som nu finns, inte är probleminriktade och ej tillräckligt tar hänsyn till primärvårdens behov. Utvecklingsarbetet på området efterlyses! Se fö artiklar i detta nummer av SFAM-nytt om Klassifikationsproblematik.

Problembeskrivning

Framför allt för läkare och sekreterare kan POMR:s problembeskrivning förefalla stressande.

Problembeskrivningen skall enligt den ursprungliga POMR göras problem för problem med anamnestic data, objektiva data, analys av data samt beskrivning av åtgärder för att lösa problemet.

Vi anser att svårigheten enligt punkterna 3 och 5 ovan är så väsentliga att vi måste frångå den ursprungliga modellen. Vi tror också att motståndet mot POMR till en del ligger i problembeskrivningen i dess ursprungliga form.

För att motivera oss själva som läkare, patientmottagare eller sekreterare och för att inte "spola ut barnet med badvattnet", föredrog vi följande modifierade problembeskrivning i stället för att avstå från POMR.

Exempel på problembeskrivning

1, 2, 6 Hypertoni, hjärtinsufficiens, glucosuri

Problembeskrivning

- hypertoni
- hjärtinsufficiens
- glucosuri

Status

Bedömning och åtgärder

- hypertoni
- hjärtinsufficiens
- glucosuri

återbesök

Problemen för besöks-/kontakttillfället numreras enligt problemlistan. Problemnumren finner man till vänster i marginalen på journalbladet. Problemen skrivs ut i klartext på samma rad.

Därefter följer en anamnes som kan struktureras problem för problem. Som vanligt kommer sedan status där "hela kroppen beskrives" eller i de delar som behövs för problemanalysen.

Problemanalys och åtgärd för vi under sökorden: "Bedömning" och "åtgärd".

Exempel på journalblad

1974	741003	Lennart Hallerbäck, distr läk/bb
3,6		Hypertoni, Perniciosa
		Årskontroll. Mår bra, inga bekymmer med medicinerna. Inga nyttillkomna problem.
	Status	
	At	gott
	Mos	ytt lytt, u.a
	Hjärta	Lungor, buk u.a
	Bltr	145/90
	Neurol	grovt u.a
	Öb	u.a
	Bedömn	Välreglerad hypertoni och perniciosa
	Åtgärd	Fortsätta medicin som förut. Läkemedelslista
	Åb	R/P LH okt -75

Med denna variant stör vi inte ett invariant beteende vad gäller journalskrivning. Vi behåller problemorienteringen och den kritiska analysen. Vi behåller också den goda översikten och lättheten att finna resp problemnummer i journalen. Vi tror att vi snabbare hittar i journalen, samt att vi sparar text och därmed sekreterartid.

Spris grundjournalens utformning innebär i sig ett problem för POMR, eftersom man inte tagit hänsyn till den problemorienterade journalens behov. Ett behov som måste tillgodoses är nämligen att problemnumren skall ha ett eget utrymme för att ge oss möjlighet att snabbt finna det aktuella problemet.

Spris grundjournal, som är källorienterad med besöksdatum som sökord längst till vänster och övriga sökord i tabulatorlägen 0 eller 1, medger inte ytterligare ett tabulatorläge för problemnummer utan att detta alltför mycket skulle inkräkta på utrymmet för journaltexten. Att minska de standardiserade tabuleringsavstånden är opraktiskt och bör undvikas.

Vi anser att problem och problemnummer i POMR har högre dignitet än besöksdatum, vilket säkerligen kan stöta ett invariant, besökstidsorienterat synsätt.

Besöksdatum "degraderas" till ett av övriga sökord och förs i kolumner för sökord (tabulatorläge 1). Vänstra marginalen blir härigenom fri att användas för problemnumren. I vänstermarginalen (se exemplet ovan) anger vi också fortlöpande journalanteckningens årtal.

I vänstra marginalen på journalbladet kan också anges var problemet är handlagt t ex om POMR används som gemensam journal vid vårdcentraler med flera specialiteter (gyn, barn, ögon, öron etc). Detta underlättar för specialistföreträdaren att finna sina anteckningar. På samma sätt kan anteckning från distriktssköterska eller barnmorska förtydligas.

Sammanfattningsvis anser vi att POMR är ett så utomordentligt verktyg vid vårdcentralen för helhetssyn, för möjlighet att snabbt ta del av journalinformation och som utvärderingsunderlag att vi inte kan undvara POMR i primärvården. Med dessa små anpassningar tycker vi att POMR gjorts attraktiv för all personal vid vårdcentralen.

Den utformning av POMR som vi i Gråbo funnit användbar, publiceras som ett diskussionsinlägg för att åter uppmärksamma POMR och primärvårdens behov av en journaldokumentation, som är helhetsinriktad, problemorienterad och lätthanterlig.

Dokumentordning i Gråbojournalen

Vi vill också presentera våra anvisningar till berörd personal angående dokumentordning i journalmappen. Det är viktigt att inte försumma denna nog så angelägna detalj i sammanhanget. Mycket irritation och letande kan sparas med en välstrukturerad och konsek-

vent genomförd dokumentordning i journalen.

Allmänt

I vår journalmapp förvarar vi journaldokumenten uppdelade i aktiva och passiva handlingar samt blanketter "i reserv". De passiva journaldokumenten har vi samlat i en tunn plastmapp. Denna ligger mellan aktiva journalhandlingar och "reservblanketter".

Med "reservblanketter" avser vi tex receptblanketter, R/P-blanketter, journalblad m fl som vid patientbesök rutinemässigt läggs upp med hjälp av patientkortet.

Dokumentordning

Journaldokumenten förvaras i omvänd kronologisk ordning, dvs det senast utskrivna (daterade) ligger överst.

Aktiva journaldokument (framför plastmapp)

- journalöversikt
- senaste journalbladet
- läkemedelslista
- lab lista nr 5
- ev kompletterande, aktuell lab-lista 1-4 eller Diabeteslista

Passiva journaldokument (i plastmapp)

- tidigare journalblad sammanhållna med pappersbindare med senaste datum överst och i nummerordning tex 5, 4, 3, 2, 1
- onummerade gamla journalblad/kort, jourcentralsanteckningar
- epikriser, remissvar, läkarutlåtanden
- röntgenutlåtanden
- gamla lab-listor, labsvar
- EKG

"Reservblanketter" (bakom plastmapp)

- patientidentifierade recept, R/P-blanketter, kallelseblanketter, provsvarsblanketter, tomma journalblad, lablistor, remisshandlingar m fl.

Litteraturlista

Gunnarsson Christer
Problemorienterad journal i öppen vård
Läkartidningen 71 (1974): 1527-29

Gunnarsson Christer
Enkät om POMR i Sverige
Stencil 1978

Hall Paul
Problemorienterad journalföring - en allmän översikt
Läkartidningen 71 (1974): 1524-26

Nystrup Jörgen, Rössner Stephan
Problemorienterad journal - bra verktyg eller enbart gammalt vin i nya läglar.
Nordisk medicin 93 (1978): 261-264

SPRI-råd 4.7 Grundjournal. 1976

Weed Lawrence
Medical Records, medical Education and patient Care. The Problemoriented Record as a Basic Tool.
Cleveland. The Press of Western Reserve University. 1969.

Varning - förstör ej den problemorienterade journalen

CHRISTER GUNNARSSON

Problemorienterad journalföring (POMR) kan höja kvaliteten i primärvården. Metoden har många fördelar, men har även skapat några praktiska svårigheter. I artikeln varnas för att överbetona svårigheterna och presentera lösningar, som helt förfuskar idén med den problemorienterade journalföringen.

Nyckelord: Problemorienterade journaler, Primärvård.

Bengt Dahlin och Gert Ljungkvist har på annan plats redovisat ett förslag till öppenvårdsjournal som är en blandning av problemorienterad journal (POMR) och vår traditionella skällorienterade journal. Författarna hänvisar till den studie av POMR i öppen vård som jag gjorde 1978 där jag hade samlat både kritiska och positiva omdömen om denna journalform. Blä för att bemöta de kritiska omdömena säger sig nu författarna ha konstruerat sitt nya journalförslag.

För utvecklingen av ett strukturerat arbetssätt i primärvården är POMR ett mycket viktigt instrument. Det är därför glädjande att författarna debatterar hur vi skall lösa journalproblemen. Några av de tekniska lösningar som gjorts i Gråbo finner jag tilltalande. Så tex är sättet att markera hur ett problem går över i ett annat, respektive hur flera problem sammanflyter till ett på den sk problem-listan, överskådligt. I primärvårdens mångfasetterade redovisning har det även varit svårt att skilja det bagatellartade från de mera tunga problemen. I Örnsköldsvik försöker vi flytta dessa tunga problem till en särskilt spalt i problemlistan. I Gråbo har man försökt markera de tunga kroniska problemen med ett X och jag tror att denna metod bör prövas på flera ställen.

Jag ställer mig dock tveksam till att problemlistan belastas med sidhänvisningar. Det merarbete som sekreterarna får genom dessa sidhänvisningar tror jag inte motsvarar den arbetsvinst som övrig sjukvårdspersonal har när de skall leta reda på ett problem i journalen.

Förstör ej det problemorienterade tänkandet

Jag ställer mig mycket kritisk till den nya varianten på problembeskrivning. Det

känns som författarna spred en irrlära. Även om man har ett snyggt försättsblad (problemlista) så gör inte den nya Gråbovarianten skäl för namnet problemorienterad och tar inte vara på de värden som POMR kan erbjuda. Jag är här kritisk mot att man gör sammanfattande problemskrivningar på flera samtidiga problem på traditionellt journalskrivningssätt. För att läsaren skall förstå denna min kritik måste jag få beskriva grundidén i POMR.

Forskningsmetodik

I forskningsverksamhet utgår man från en logisk kunskapsuppbyggnad enl fig 1. Utifrån en informationspool formar man hypoteser som leder till experiment. Experimenten ger resultat som i sin tur ökar informationspoolen. Därefter kan nya hypoteser formas osv. Samma logiska uppbyggnad används i den medicinska analys som dokumenteras i den problemorienterade journalen. Här har dock beteckningarna bytts till problembeskrivning, problemlista, planer, förloppsnoteringar - återbesöksanteckningar fig 2. Det är logiken i denna uppbyggnad, där man i såväl tanke som ord följer sambandet mellan åtgärd och resultat, som är så viktig. För att detta samband skall kunna dokumenteras måste man hålla isär alla olika problem, annars blir strukturen förvirrad, och man kan inte utan förkunskaper eller speciella insikter förstå analysgången eller skilja de olika momenten från varandra.

Problemorienterad journalskrivnings- och arbetsmetodik

Det innebär, att varje *problem* (symtom eller specificerad diagnos) som patienten och läkaren gemensamt tar ställning till vid ett besökstillfälle, blir analyserat och presenterat *separat* i journalhandlingarna. Det finns ingen huvuddiagnos (i mitt tycke är detta ett mycket konstlat begrepp). Första gången ett problem (diagnos) dyker upp får den ett löpnummer, som är specifikt kopplat till såväl individen som den turordning som problemet har i analysen. Samma nummer återkommer sedan så fort problemet handläggs vid sjukvårdsinrättningen, även om handläggningen - återbesöket - skulle ske flera år efter första konsultationen. Hos oss i Örnsköldsvik kopplas även varje nummer till en diagnoskod. Om man under förloppet upptäc-

ker att symtomet förändras, preciseras, eller diagnosen förändras, kvarhålles problemnumret men den diagnostiska kodningen förskjutes. På detta sätt har man möjlighet att studera sjukdomsflöde, resursförbrukning och resultat, även om tex pats problem första gången rubricerades som trötthet, andra gången som blodbrist och tionde gången som cancer ventriculi.

Mot denna bakgrund vill jag bestämt varna för att sammanföra flera icke sammanhängande problem till en gemensam beskrivning i journalen. Detta inte bara för principens skull, utan för de nackdelar som ett sådant förfarande ger. Journalen kan ej på samma

sätt användas som utbildningsinstrument.

1 - Det blir svårare att följa en underläkares tankegångar när han inte behöver precisera sitt handlande till ett specifikt problem.

2 - Det blir svårare för övrig sjukvårdspersonal att följa analysen av de olika sjukdomstillstånden och därigenom, med journalen som ledtråd, effektivt göra sin insats i patientvården.

3 - Det blir svårare att använda journalen som ett strukturerat forskningsunderlag, när man inte kan dra direkta sjukdomsrelaterade slutsatser.

4 - Det blir svårare att använda journalen som ett kvalitetshöjande instrument.

Att skriva problemorienterad journal tvingar skrivaren till att dokumentera ett strukturerat tänkande.

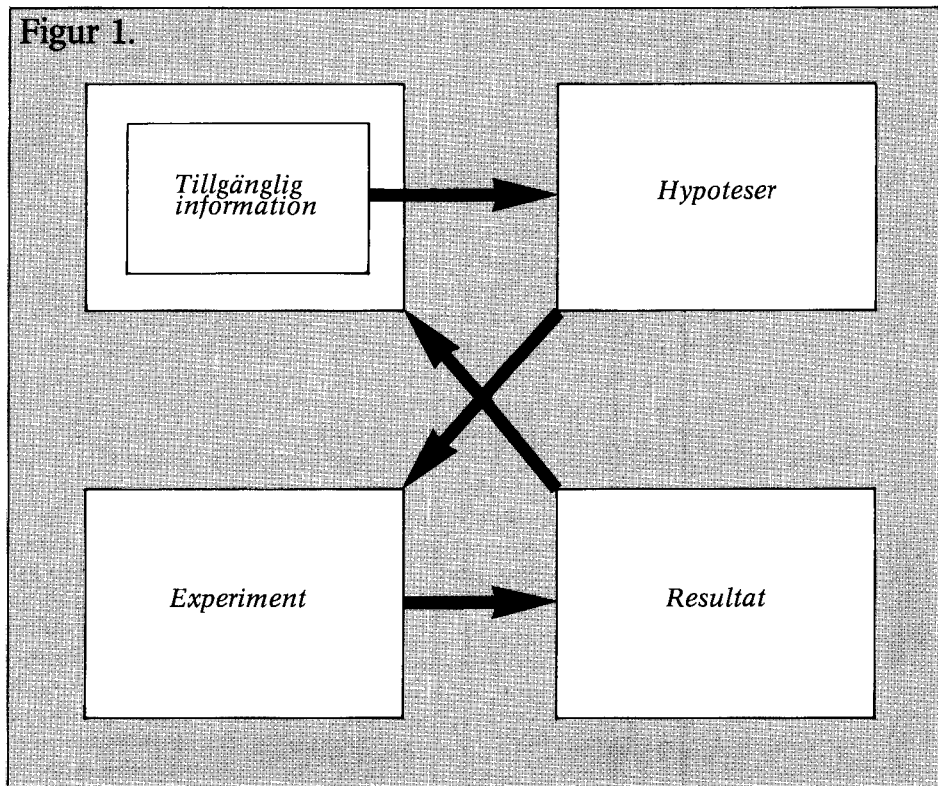
Slutord

POMR - problemorienterad journalföring används på allt fler vårdcentraler i Sverige. Vi måste därför fortsätta debatten om dess former och göra den så rationell som möjligt. Kanske kan det snart vara dags för ett större symposium om POMR, arrangerat av SFAM.

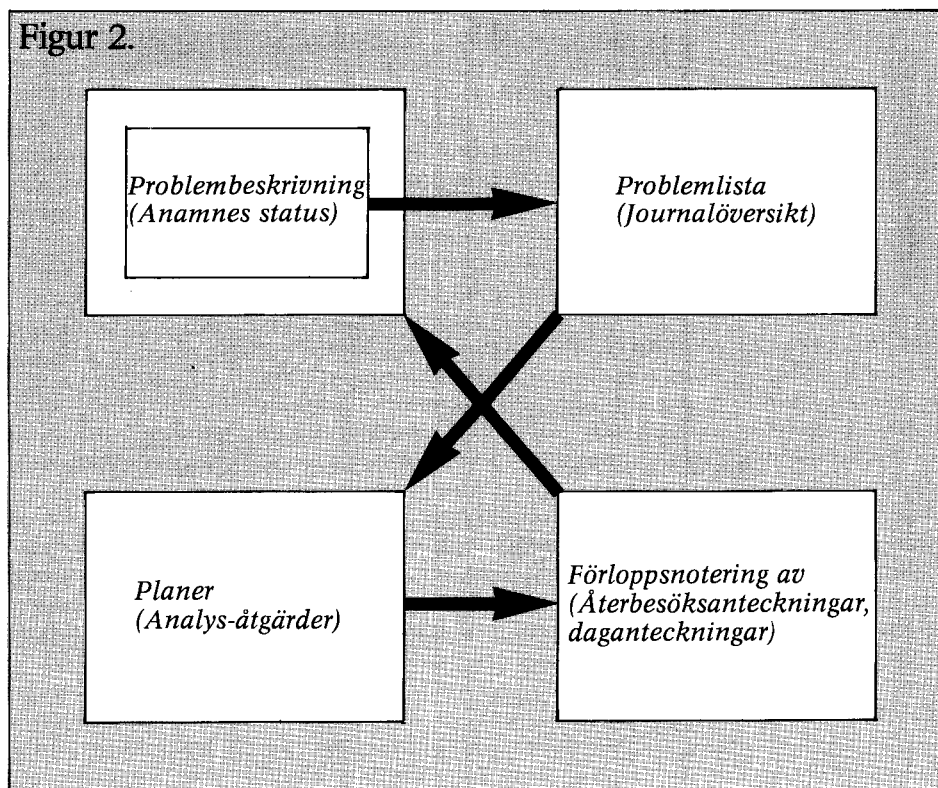
Författarpresentation

Christer Gunnarsson, distriktsöverläkare i Örnsköldsvik.

Figur 1.



Figur 2.



En genomgång av utländsk litteratur med kommentarer och funderingar

BENGT DAHLIN BRITT-GERD MALMBERG

En utveckling av klassificeringen har länge känts angelägen inom primärvården. Vid distriktsläkarföreningens årsmöte i Stockholm våren 1980 framkom bland motionerna önskemål om att se över frågan. Denna hänsköts till SFAM som vid årsskiftet 1980/1981 tillsatte en arbetsgrupp. Bengt Dahlin, distriktsläkare i Lerum och Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare i Tumba, representanter för arbetsgruppen, presenterar i tre avsnitt några av de problemställningar som arbetsgruppen brottas med. Arbetsgruppen hoppas därigenom att från SFAM-Nytts läsekrets få synpunkter som kan leda fram till ett enhetligt klassifikationssystem i primärvården.

Kontaktperson i referensgruppen är distriktsläkare Britt-Gerd Malmberg, Tumba Vårdcentral, Samaritvägen 2-6 14700 Tumba.

Nyckelord: Basdata i primärvård. Symptomregistrering, diagnosregistrering, kontaktregistrering.

- Symptom och hälsoproblem är hälso- och sjukvårdens input; Diagnoser och dödsfall dess output - (White, 1967).
- Nästan 25% av öppenvårdsbesök resulterar aldrig i en slutlig diagnos - (Mc Farlane, 1973).
- Om man håller med om att data bör samlas för patientens primära vårdbehov, då måste man vara redo att acceptera hela spektrum av problem och symptom, som en valid databas och utveckla något logiskt och uppbyggt system för dess klassifikation - (NCHS, 1974 National Center for Health Statistics, Rockwill, Meiland 20852 USA).
- ICDA:s symptomkapitel (780-796) är en "slasktratt" för odiagnostiserade tillstånd. Det är inte en komplett symptomlista och har aldrig varit avsedd att tjäna som en oberoende symptomrelaterad klassifikation - (NCHS, 1974).

Ovanstående citat liksom den littera-

tur som beskrivs i artikel 2 belyser problematiken med nuvarande registrering av diagnoser, symptom och kontaktsaker i primärvården.

Klassifikationer av symptom, krämpor och problem är för primärvården otroligt väsentligt - här söker patienter med odeciderade vaga symptom, som kan vara tidiga tecken på sjukdom, men likaväl vara en inträdesbiljett till sjukvårdsapparaten.

(Att den gängse diagnosklassifikationen bitvis står på bräcklig grund gör inte problemet lättare. För den intresserade rekommenderas stimulerande läsning av Feinstein: Clinical Judgment och Henrik Wulff: Rationell Klinik).

I "kontaktytan" primärvård - allmänhet förekommer ett delvis medicinskt, delvis lekmanpräglad språk, som bättre behöver beskrivas.

Antalet symptom/krämpor allmänheten uppger är betydligt färre än de sjukdomstillstånd medicinalpersonalen handskas med. Det finns tex 24.000 synonymer för att beskriva 3.800 sjukdomstillstånd (Gordon).

Vid mötet patient/medicinalpersonal reduceras allmänhetens beskrivningar av symptom/krämpor ytterligare till ett antal problemställningar, som ofta dessutom är misstänkta diagnoser. Man kan alltså urskilja två nivåer av symptom/krämpor. Dels den, som beskrivs av patienten, dels den som patientmottagaren/läkaren beskriver.

Den förstnämnda nivån kan innehålla mycket irrelevanta beskrivningar. I den andra kan å sin sida beskrivningen vara störd/styrd av de beslut/avväganden, som då redan tagits mot ett diagnosställe.

Det som primärvården gör, dvs åtgärder riktade mot olika individer eller grupper av individer och de eventuella effekter detta har måste kunna relateras till vad individen söker för. Man frågar sig tex "Vilka besvär är vanligast? Hur är besvaren/symptomen relaterade till våra diagnoser? Vilka vårdinsatser behövs för att möta av befolkningen upplevda problem? Hur utbilda personalen att tackla problemen?

Vi har svårt att kontrollera om vi verkligen uppfyller individens/befolkningens upplevda behov av vårdinsatser eller om den vård vi producerar och prioriterar är den mest effektiva för individen/befolkningen. En av orsakerna är att vi inte ägnat tillräckligt intresse åt vad som sker i "frontlinjen" befolkning/patientmottagare.

Även av sjukvårdsadministrativa skäl

är det väsentligt att försöka beskriva, analysera och värdera, vad som händer vid kontakten mellan sjukvårdspersonal och allmänhet. Tex vad och hur mycket vårdkonsumtion initierar sjukvårdsapparaten själv?

Vad är en "kontakt" för Vårdcentralen och varför behöver vi ha kontaktsaker, som basdata?

Kontakter kan vara

I. Av sjukvårdspersonal initierade kontakter

II. Patientinitierade kontakter

Under I har vi alla våra föregående besök, beslutade återbesök, vilket är ungefär 50% av en distriktsläkarmottagnings samtliga besök. Det är av stort värde för Vårdcentralens ledning att för läkarinitierade besök fortlöpande kunna svara på frågorna vad (diagnos/problem), hur mycket (antal och tid) och till vem (kontinuitet).

De patientinitierade kontakterna (II) kan vara:

- tidigare presenterade problem, där patienterna uppmanats höra av sig vid behov eller som skötts av annan i vårdkedjan.

I dessa fall finns redan uppgifter om problemet i någon journal att arbeta vidare på. *Behovet att registrera patientflödet individrelaterat mellan enheterna är uppenbart ur flera synvinklar.*

Patientinitierad är också:

- av individen upplevda nya problem/symptom.

Dessa utgör c:a 1/4 av alla kontakter. Det är i denna fjärdedel av kontakterna, som patientmottagaren (sjuksköterska, distriktsköterska, undersköterska etc) har att ta ställning till

- om råd kan ges, - om patienten skall komma till Vårdcentralen och i så fall till vem, - om patienten skall hänvisas till annan vårdnivå.

För att närmare kunna kommunicera, analysera och prognostisera denna kontaktgrupp behöver vi veta mycket mer om vad som verkligen sker, där i Vårdcentralens frontlinje mot befolkningens upplevda behov. För detta fordras möjlighet att bygga upp kontaktorsaksregister logiskt, att koda symptom och problem, som de upplevs, och att kunna koppla dessa till de åtgärder, som bör bli följden av kontaktorsaken. Det känns otillfredsställande att i detta sammanhang använda ICD:s klassifikation med den ofullständiga symptomlistan 780-796.

Hur man senaste 10-årsperioden sökt lösa klassifikationsproblematiken i

andra länder beskrivs översiktligt i artikel 3.

Att finna ett enda klassifikationssystem, som täcker hela spektrum av behov går inte – det visar all litteratur. Dessutom är det sannolikt inte ändamålsenligt.

Vi bör mot bakgrund av nödvändiga basdata i primärvården inrikta vårt arbete på tre områden

1. att definiera den för primärvården ändamålsenliga diagnosklassifikationen
2. att finna eller utarbeta en klassifikation som tar hänsyn till vårdökandes kontaktsak, problem och krämpor
3. att klassificera åtgärder och resultat av kontakterna.

Tablåmässigt kan behoven av klassifikationsmöjligheter inom område 2 beskrivas enligt nedan.

I. Kontakttyp

- I. Av sjukvårdspersonal initierade kontakter
 - för behandling eller uppföljning av ett tidigare definierat problem eller diagnos
 - för kontroll av tidigare problem/diagnos
 - för provtagning
 - för meddelande av resultat
2. Patientinitierade kontakter
 - nya problem
 - tidigare presenterade problem/symptom

II. Symptom/problem klassificering

"Skelettet" bör byggas upp både organ- och symptomrelaterat på ett logiskt lättbegripligt sätt. Klassifikationen måste vara användbar för primärvårdens alla behov. I ett senare nummer av SFAM-Nytt kommer artikelförfattarna att vidareutveckla en idé om en Symptom/problem-klassifikation.

Ett antal ansatser till denna typ av klassificering finns beskrivna i artikel 3.

Av dessa är (IV,4), IDC/C/80.21 Bain and Spaulding (IV,6) mest intressanta i sammanhanget (Lamberts, Osnes, Meads, Wood, 1979, (IV, 7)).

Diagnos och åtgärdsregistrering är de båda övriga områden som särskiljas ur problematiken.

Diagnosregistreringen bör ansluta till ICD och betyda hårddata i primärvården. ICD-koden bör endast användas när diagnosen är ställd.

Ett urval ur ICD-koden bör göras för primärvårdens behov. Socialstyrelsens öppnavårdsklassifikation är en god ansats till detta. Åtgärdsregistrering bör för att inte upplevas för grov inte enbart beskrivas i termer av vaccination, injektion och liknande.

Skelettet måste utgöras av

1. Utredningsåtgärder (1ab, rtg etc)
2. Behandlingsåtgärder (typ läkemedel, vaccination, sjukgymnastik)
3. Uppföljningsåtgärder.

BASDATA I PRIMÄRVÅRD · 2

Litteraturfördjupning angående symptom och kontakthanledning

BENGT DAHLIN, BRITT-GERD MALMBERG

Aagaard et al

Ugeskrift för læger 1972, 48, s 2549

- Kontaktmönster i almen praksis – (ganska ytlig beskrivning av kontakter inåtgående och utåtgående i primärvården) – gäller även

Aagard et al

Ugeskrift för læger 1972, 49, s 2607 –

- Kontaktmönster i almen praksis

Alan Mc Farlane and Geoffrey Norman

- Medical Care 1973 vol XI No 2 suppl s 101–108

Som god läsning och för att i viss mån belysa sekundärvårdens tidigare dominans på det här området rekommenderas

Axelsson et al

- Användningen av diagnos-frekvens-schema som planeringsinstrument i öppen vård. Läkartidningen nr 51, 1973, s 4756–4760

När det gäller användandet av olika klassifikationer kan nämnas, förutom det som redovisas i artikel 3, en artikel i Ugeskrift för læger nr 21, 1980 s 1375–1382

Juul, Ovesen

- Sygdomsmonsteret i almen praksis, där man påpekar svagheter i Jacobséns klassifikation, (en stor del kontakthanledningsorsaker kunde inte klassificeras, dels delar denna klassifikation med de andra svagheter att inte klassificera psykiska besvär eller problem).

Översiktligt kan man beskriva de olika nivåerna av klassifikationsbehov, som diskuterats och antytts enligt nedan.

- Kontakthanledning (Varför kontakt?)
- Symptom/krämpa (Vad uppger patienten?)
- Problem (Hypotes enligt problemorienterad journal)
- Diagnos (Efter utredning. Kan kopplas till samtliga tidigare nivåer)
- Resultat (Inte mycket gjort på detta område)

Orsaken till de ofta förvirrande klassifikationssystemen finner man i att försök görs att få in alla nivåer i ett gemensamt kods-system.

Databehandling av besöksanledning har utvecklats vid bla Johns Hopkins, se artikel

Johns Hopkins, Ambulatory care Coding Scheme, med författ Steinwacks, Mushlin. Health Service Research, 13 (1978): 1 s 36–49

Systemen är hierakiskt uppbyggda men blir troligen för detaljerade. Författarna belyser vikten av att skilja på av patienter uppgivna problem, symptom och av sjukvården definierade problem.

I en artikel från 1971 tar författarna Hurtado, Greenlick delvis upp symptomklassifikation (Health Research 3:235, 1971), en föregångare till RFVCS.

Tre spännande artiklar ang besöksanledningar är följande:

Ingham, Miller Journ of Epid and Community Health 1979, 33, 191–198: Symptom prevalence and severity in general practise pop. (betonar sjukdomens svårighetsgrad som viktig).

Banks et al:

Internat J of Epid vol 4, nr 3 1975 s 189 – Factors influencing demand for primary medical care och

Beresford et al

British Journal of Preventive and Social Medicine 1977, 31, s 220–226 – Why do women consult doctors? –

Därtill kommer bla Morells artiklar i början av 70-talet, som presenteras i artikel 3.

Sammanfattningsvis:

Vi har för närvarande i primärvården mycket lite basinformation om vad som händer från patientkontakt till problemdefiniering och diagnosställande. Detta gäller både besöksorsak, besöksåtgärd till typ, antal, tidsåtgång och slutresultat.

Vår nuvarande möjlighet att klassificera för analys är snarare förvirrande än klargörande.

Kraven på en säkrare diagnosklassifikation i primärvården är kopplad till möjligheten att särskilja problem/symptom från diagnosregistrering, så att "mjuk"- och "hårddata" – kan urskiljas i processen från patientkontakt till diagnos.

Basdata, som behövs i primärvården, är i detta sammanhang:

Ålder, kön, adress, typ av patientkontakt, vårdgivare, problem, åtgärd, diagnos (ev resultatsvariabel).

Klassificering av kontakt/besöksorsaker – en översikt med kommentarer

BENGT DAHLIN BRITT-GERD MALMBERG

- I. 1. ICD - den internationella sjukdoms- och dödsorsaksregistreringen
2. Socialstyrelsens öppenvårds-klassifikation
3. ICHPPC
4. Nomesko

II. System som bygger på samma huvudgruppering som ICD

1. NAMCS
2. Oxmis Problem Codes

III. System som är uppbyggda på regionfördelning av kroppens yta.

1. Knut Jacobsen. Patientkodning i almen praksis.

IV. Diverse blandade system

1. Morell, Gage, Robinsson
2. RFVCS
3. Egilstadir-projektet
4. ICD/C/80.21
5. Johns Hopkins Ambulatory care Coding Scheme
6. Bain S.T., Spaulding W.B.
7. RFC, (Lamberts, Osnes, Meads, Wood, 1979)

I. 1 ICD

innehåller ung 1 000 huvudkoder. Med underkoder och specifikationer kommer man upp i 5 000 koder. Koderna är 4-5 siffriga. ICD är en kompromiss mellan etiologisk, anatomisk och symptomatologisk klassifikation och är utformad för sekundärvårdens behov. För primärvården är ICD för detaljerad samtidigt som den saknar väsentliga bitar tex symptom och besöksorsaker i tillräcklig detaljutformning. Saknas gör kodningsmöjligheter för prevention, administrativa rutiner, social- och familjeproblematik.

I. 2 Socialstyrelsens öppenvårdsklassifikation

är en komprimering av ICD - 338 koder, tresiffrig med enstaka bokstavstillägg. Symptomkapitlet (780-799) är otillräckligt för sitt behov, så är också Y-serien med andra anledningar än sjukdomar och symptom, skadekapitlet dessutom "torftigt".

I. 3 ICHPPC

International Classification of Health Problems in Primary Care, godkänd av **Wonca** är en förkortad ICD-kod anpassad till primärvård. Tresiffrig kod, som

innehåller 446 kodningsmöjligheter. En nackdel är att en del kodnummer betyder annat än ICD:s motsvarande kod.

Finns beskriven i The Journal of Royal College of General Practitioners Occasional paper 1. December 1976.

ICHPPC-2 finns beskriven i en artikel av Froom Journal of Family Practise vol 10, nr 5, 791-729, 1980.

I. 4 Nomesco

II. 1 NAMCS

The National Ambulatory Medical Care System Classification

Ett mycket detaljrikt symptomklassifikationsregister, som baseras på organsystem som ICD. 197 rubriker grupperade i 13 klasser, fyrsiffrigt kodade. Koden kan misstolkas som ICD-kod och får då helt annan innebörd, vilket är en nackdel. Om den skall användas bör en bokstav läggas till.

Klassifikationen beskrivs i DHEW publication No 63 Ser 2 (HRA) 74-1337.

Här beskrivs också ett besöksformulär med 12 specificerade basdatagrupper, som i sin tur är undergrupperade.

Besökstid, personnummer, kön, ras, problem, problemets svårighetsgrad, ny- eller återbesök, besöksorsak, läkarens diagnos, behandling/åtgärd, följden av besöket, tidsåtgång.

II. 2 Oxmis problem Codes

Oxford Medical Information System code.

Bygger på ICD och ICHPPC, uppdateras till nya versioner. Problemorienterade listor använda i primärvården kan kodas enligt dessa system. Användes speciellt i "Oxford Community Health project" är ett alfanumeriskt system av typ

A
Prefix

7 2 8 8
(ICD)

A B
(höggrad av detalj)

Prefix är en sorts identifiering av vilket system som används och det betecknas med stora bokstäver såsom F, H, K, L etc.

ICD-Kodningar har inga prefix, bokstäver kan hänvisa till olika typer av koder eller problem som inte kan kodas med kända system.

III. 1 Knud Jacobsen, Patientkodning i almen praktis Ugeskr Laeg, 1974 136 (38) 2168-2173

Koden är tresiffrig och symptombeskrivande baserad på en enkel regionsfördelning av kroppens yta. Systemet saknar klassifikation av andra anledningar än sjukdom, och framför allt då psykiska och psykosomatiska problem.

IV. 1 Morell, Gage, Robinsson. Symptoms in General Practise J. Roy. Coll. Gen Practit 1971, 21, 32-40.

Klassifikationen bygger på nio huvudgrupper, som i sin tur fördelar sig på 3-9 undergrupper. Uppdelningen är på organsystem och funktionsstörningar. En särskild grupp finns för diverse anledningar och andra än sjukdomssymptom. Författarnas klassifikation avsåg en undersökning av **nya** kontakter enbart.

IV. 2 RFVCS

The Reason for Visit Classifications System beskrivs i An Ambulatory Care Classification System: Design, Development and Evaluation, Don Scheiner, Health Service Research, 1979. 77-78, Spring.

Klassifikationen har sju bokstavsdefinierade huvudgrupper. Varje grupp har en tresiffrig kod från 001-999. Huvudgrupperna i besöksorsakskoden är:

Symptoms (S), Diseases (D), Diagnostic, screening and prevention (X), Therapeutic procedures, Problems and Counselling (T), Injuries and Adverse effects (J), Abnormal and Follow up for Test results (R), Administrative Reasons for Visits (A). Uncodable Entries U 990-999.

En till synes heltäckande besöksorsaksklassifikation, vars fördel är att huvudgrupperna definieras med en bokstav, varför förväxling ej kan ske med ICD:s koder.

Behovet av en särskild diagnoskodning (D) kan ifrågasättas. Möjligheten att efter bokstaven D använda ICD kod-siffror nämns av författaren i artikelns summary. Här görs också en jämförelse med NAMCS varvid författaren anser RFVCS 3 ggr mer "consistent", 50% mer "specific" och 50% "faster"...

IV. 3 Egilstadir-projektet

En grupp islänningar har i ett projekt med problemorienterad journal och individbaserat informationssystem för

primärvården (Nomesko, 1980) använt en förkortad kod av den som presenterades, som ett förslag vid förberedelserna till nionde revisionen av den internationella sjukdomsklassifikationen (WHO/ICD 9/Rev Conf 75.2)

Besöksorsakerna är indelade i nio grupper med symptom relaterade till kroppsregion samt onormalt undersökningsresultat, olycksfall, orsaker till olycksfall, illa definierade orsaker och övriga anledningar. Indelningen upplevs ej helt ändamålsenlig av gruppen. Tre av klassifikationsgrupperna har inte behövt användas alls i projektet.

Diagnoskodning har skett enligt ICD. Obs-diagnoser angivna med Q som prefix. Till koden Y079 har man lagt sociala problem på fjärde decimalen.

Åtgärder har klassificerats enligt en egen bokstavsklassifikation (E Ph MRA-system).

Vissa åtgärds-koder är kopplade till isländska läkarföreningstaxan.

IV. 4 ICD/C80. 21

WHO- Meeting of Heads of WHO Centres for Classification of Diseases Dublin 2-5 sept. 1980.

Kontaktsorsaksklassifikationen som bygger på sex grupper kontaktsaker (1-6) med tillägg av bokstav och/eller 2-3-siffriga koder kopplade till ICD:s kapitel eller diagnoskod.

Verkar intressant men har inte kunnat studeras i detalj, ej heller refererad i någon artikel.

IV. 6 Bain S.T., Spaulding W.B.

The importance of coding presenting symptoms 1967 Can. Med. Assoc. Journal Vol 97, 16 s 953-959.

Beskriver en klassifikation av patientens upplevda besvär kopplade till organsystem, där de två första siffrorna beskriver anatomiska regioner, tredje siffran symptom.

Icke organrelaterade symptom beskrivs med för-siffran 0 och två siffror kopplade till organsystem som ICD.

Kodningen verkar mycket ändamålsenlig och lätt. För ökad specificering kan fyra siffror användas.

IV. 7 RFC, Lamberts, Osnes, Meads, Wood

Reasons for contact with Primary Health Care Services - A model classification - (working dokument May 21, 1979, Lamberts, Osnes, Meads and Wood) kan rekvideras hos Ms Sue Meads, senior adviser, WHO Center for Classification of diseases for North America, National Center for Health Statistics, 3700 East-West Highway, Hyattsville, Mariland, USA).

Arbetsgruppen, tillsatt av WHO, presenterar en klassifikation för kontaktsaker och symptom, undersökningar, behandling, provresultat, administrativa procedurer samt diagnoser.

Klassifikationen bygger på tidigare systematik (ICD-9, ICHPP-2, NAMCS-RVC) vad gäller kapitelindelning i

kroppsfunktioner. Sexton funktionskapitel, varav ett betecknas "allmänt", bokstavskodifieras, synbarligen utan något speciellt system. Varje kapitel har en 3-4-siffrig kod varav första siffran är kontaktsaksrelaterad. Kontaktsaker är indelade i sju grupper 1-7, varav 1 anger symptom, 2 undersökningsförfarande, 3 behandlingsprocedur, 4 provtagning, 5 administrativa procedurer, 6 övriga orsaker, 7 diagnos.

Ex: D1.. anger ett allmänt symptom inom digestionssystemet.

D2.. diagnostisk inom digestionssystemet etc.

D3.. behandling inom digestionssystemet etc.

Vad gäller de 2-3 följande siffrorna varav den tredje föregås av komma, kan man urskilja ett visst system inom kontaktsaksgrupperna, dock icke genomgående.

Klassifikationen är av de granskade den mest intressanta och mest heltäckande, dock har man en känsla av att den trots sin systematik kan vara svår att finna i för olika personalgrupper vad gäller koderna efter kontaktsaker. Även kapitelbokstavskoden kan diskuteras med tanke på att redan nu inleds vissa kodifieringar med bostäver jmf E-serien, Y-serien, vilket kan orsaka missförstånd.

Prislista för särtryck ur SFAM-nytt 1981

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	1.350:-	80:-
8 sidor	700:-	65:-
4 sidor	475:-	45:-
2 sidor	340:-	40:-

Tillkommer för särskilt omslag med tryck i svart på frambaksida

460:- 65:-

Priserna är exkl. nysättning och originalarbete.

Mervärdesskatt tillkommer.

Vid beställning av särtryck, uppge rubrik på artikel, författare samt i vilket nummer artikeln varit införd.

Beställningen insändes till Strokirks Tryckeri AB, Box 22, 541 01 Skövde, tel. 0500/830 20.



Astra-Syntex,
som ägs till 50% var
av svenska Astra
och amerikanska Syntex,
är verksamt inom
följande terapiområden:
Reumatologi, Gynekologi,
Hematologi och Synvård.



Astra-Syntex Scandinavia AB, Box 9078, 151 09 SÖDERTÄLJE, Telefon: 0755-328 10.

Vårdprogramarbetet i Sverige – en översikt

KJELL AGNHAGE

Handlingslinjer för hur patienter med specifika sjukdomar skall omhändertas har funnits under lång tid och formulerats på olika sätt i råd och anvisningar till olika personal-kategorier. Utarbetandet av handlingslinjer kan inte sägas ha bedrivits särskilt systematiskt eller strukturerat utan snarare blivit resultatet av sporadiska ansträngningar från en eller annan special-intresserad läkare. Dessutom har dessa handlingslinjer aldrig strävat efter att täcka flera aspekter på diagnostik och behandling utan oftast inriktat sig på någon eller några särskilt viktiga delar av det medicinska handlandet.

Det värdefulla i tillgången till sådana handlingslinjer både i det dagliga arbetet på avdelningarna och i utbildningen förnekas knappast av någon. Skulle handlingslinjerna dessutom kunna kompletteras med hur insatserna i hela vårdförloppet bör fördelas mellan olika personalkategorier, vårdnivåer etc skulle man säkert nå en bit på vägen mot en effektivare vårdorganisation och en bättre hushållning med sjukvårdens begränsade resurser.

Denna tanke kom till uttryck i en gemensam programförklaring från socialstyrelsen och Spri redan 1975. Däri menade man att ett systematiskt vårdprogramarbete – inriktat på särskilt frekventa eller resurskrävande sjukdomar – skulle kunna "tjäna som stöd för sjukvårdspersonalen i det löpande arbetet och utgöra ett

hjälpmedel för den fortlöpande utbildningen och metodutvecklingen. Intentionerna med tillämpningen av vårdprogram är att bli åstadkomma ökad medicinsk säkerhet samt undvika dubbelarbete genom att programmen kan förenkla kommunikationerna och leda till en rationellare arbetsfördelning mellan tex öppen och sluten vård".

Nyckelord: Vårdprogram.

Framtagna vårdprogrampublikationer och pågående utvecklingsarbete

Följande "underlag till vårdprogram" har hittills framtagits av socialstyrelsens vårdprogramnämnd: diabetes, högt blodtryck, tumör i bröstet, socialt innehåll i sjukvården. Underlag till vårdprogram för suicidalt beteende och urin-vägsinfektioner är i det närmaste klara. Dessutom pågår arbete med underlag till vårdprogram för astma hos barn.

Genom kontakter med läkare och administratörer ute i landstingen vet vi att utarbetandet av mer eller mindre omfattande vårdprogram sker på åtskilliga håll. I följande översikt redovisas endast det vårdprogramarbete i vilket Spri är involverat.

Spri praktiska arbete med vårdprogram inleddes i samband med att ett vårdprogram för högt blodtryck avseende Skaraborgs läns landsting färdigställdes 1977. Under de cirka fem år som Spri nu medverkat vid framtagandet av vårdprogram har följande program publicerats såsom Spri-rapporter:

*)

- Vårdprogram (en ideskrift)
- Vårdprogram för högt blodtryck, Skaraborg
- Metoder för utvärdering av vårdprogram för högt blodtryck, Skaraborg
- Vårdprogram för bröstcancer, Stockholm-Gotlandregionen
- Vårdprogram för höftfrakturer hos äldre, Malmö
- Vårdprogram för akut leukemi, Stockholm-Uppsala-Örebro-regionerna

*) Dessa program kan beställas från Spris publikationstjänst, tel. 08/63 05 60.

- Lumbala smärttillstånd, Göteborg

För närvarande medverkar Spri i följande vårdprogram ute i landet:

Utvärdering av vårdprogrammet för högt blodtryck, Skaraborg

Syftet med detta arbete är att noggrant prova för- och nackdelarna med vårdprogrammet. Utvärderingens olika avsnitt kan sammanfattas i följande frågeställningar:

- är det möjligt att genomdriva ett vårdprogram i praktiken
- vilka är de medicinska för- och nackdelarna med detta vårdprogram
- är det humanitärt försvarbart
- är det ekonomiskt försvarbart

En redovisning av utvärderingen, som bygger på den metod som publicerats i ovan nämnda metodrapport, kommer att ske troligen under senare delen av 1982.

Vårdprogram för barndiabetes, Östergötland

Våren 1979 konstituerades en referensgrupp, sammansatt av representanter från ett flertal landsting, samt en lokal arbetsgrupp i Östergötland för att inleda arbetet med att utveckla ett vårdprogram för barndiabetes. Verksamheten leds från barnmedicinska kliniken, regionsjukhuset i Linköping. I grupperna finns representanter för ett flertal personalkategorier såsom läkare, sjuksköterska, kurator och dietist.

Vårdprogrammet tar upp följande avsnitt:

- Inledning, definition, klassifikation, etiologi, epidemiologi, kliniska manifestationer i olika åldrar
- Målsättning för behandling. Kriterier för adekvat sjukdomskontroll
- Det första omhändertagandet
- Kostbehandling
- Insulinbehandling
- Motionsbehandling
- Hemmakontroll av urin och blod
- Organisation av diabetesmottagning vid barnmedicinsk klinik. Diabetesbarn i skolan
- Interkurrenta sjukdomar
- Patientinformation
- Psykologiska problem, familje-problematik

- Angiopatoprefylax, senkomplikationer
- Vårdkontinuitet, ungdomsproblem
- Genetisk information
- Socioekonomiska frågor, vårdbidrag m m
- Registerhållning, journalhandlingar

Under de två första åren har programmens olika avsnitt tagits fram och genomarbetats. Under 1981 prövas programmet i praktisk tillämpning i Östergötlands län och kommer efter hand att utvärderas och revideras. Dokumentationen kommer att slutföras under första halvåret 1982.

Utveckling av riktlinjer för omhändertagande av patienter med slaganfall

Vid Serafimerlasarettet i Stockholm startades hösten 1976 ett projekt för utredning och behandling av cerebrovaskulära sjukdomar. I december samma år inleddes en studie med liknande syfte på Huddinge sjukhus.

Sedan Serafimerlasarettet nedlagts har verksamheten överförs dels till Danderyds sjukhus och dels till region-sjukhuset i Umeå.

Huvudsyftet med projektet är att ta reda på:

- Hur går det för patienterna på kort och lång sikt
- Vilka undersökningar behövs för att man enklast och med minsta möjliga obehag och risk för patienten skall komma fram till en säker diagnos
- Kan man med någon form av akut medicinsk behandling förbättra utsikterna för tillfrisknande
- Kan man hos patienterna som tillfrisknat efter en hjärtinfarkt minska risken för återinsjuknande med hjälp av blodproppsmedicinering

Projektet berör såväl det akuta omhändertagandet och sekundärprofylax som rehabiliterande insatser och omhändertagandeprogram efter akutskedet inom primärvården.

De skilda avsnitten är olika långt framskridna. En sammanställning och slutlig dokumentation beräknas ske under våren 1982.

Vårdprogram för ont i ryggen, Göteborg

Vid medicinska riksstämman 1978 genomfördes ett symposium om lumbala smärttillstånd. Symposiet doku-menterades senare i Spri rapport nr 22/1979. Med utgångspunkt från detta material bedrivs för närvarande en försöksverksamhet med vårdprogram för ont i ryggen inom distrikt Väster i Göteborg.

Ett av målen för verksamheten är att ge patienterna ett snabbt och adekvat omhändertagande och därmed åstadkomma att patienten tillfrisknar fortare. Enligt vårdprogrammet skall det primära omhändertagandet skötas av distriktsläkare som erhållit särskild utbildning härför. Om patienten ej blir återställd efter förhållandevis kort tid

skall specialisläkare i ortopedi i samråd med rehabiliteringsläkare och specialutbildade sjukgymnaster snabbt ta över patienten. För att realisera detta krävs dels programmerad utbildning av distriktsläkarna, dels en specialistenhet som helt koncentrerar sig på arbetet med dessa patienter.

I utvärderingen av vårdprogrammet kommer man att visa på bl a eventuella förändringar i patienternas sjukskrivningstider och i antalet remisser till ortopedspecialist.

En slutrapport om projektet och dess utvärdering kommer att publiceras under 1982.

Utveckling av vårdprogram för tunga diagnosgrupper inom primärvården

Genom en regeringsproposition har man velat accentuera betydelsen av att vårdprogram utvecklas för sjukdomar som huvudsakligen handläggs inom primärvården. Spri har erhållit särskilt anslag för detta arbete och till sig knutit en expertgrupp med företrädare för bl a primärvården. Spri har också kontaktat samtliga sjukvårdshuvudmän och kartlagt de områden som de anser mest angelägna för utveckling av vårdprogram. Ett upprop i SFAM-nytt var också ett led i denna kartläggning.

Resultatet av denna kartläggning blev att följande områden anses som mest angelägna för utveckling av vårdprogram:

- Örsprång för barn
- Urinvägsinfektioner
- Bensår och åderbräck
- Ledvärk, speciellt ledgångsreumatism
- Gallstensbesvär
- Astma, bronkit, emfysem
- Smärtor i ländryggen
- Smärtor i halsryggen
- Slaganfall
- Kärlekram i hjärtat
- Alkoholmissbruk

I ett första skede kommer Spri att inleda samarbete med skilda huvudmän i syfte att initiera vårdprogramarbete kring följande problemområden: ledvärk, speciellt ledgångsreumatism, bensår, smärtor i ländryggen. Kontakter kommer också att tas med några landsting för att diskutera omhändertagandet av alkoholmissbrukare och patienter med magsmärtor.

De erfarenheter som görs hos de olika huvudmännen i samband med detta vårdprogramarbete kommer givetvis att dokumenteras och delges dem som har intresse därav.

Övrigt arbete i samband med vårdprogram

Ett utvidgat informationsutbyte mellan landstingen bidrar säkerligen till möjligheten att effektivare utnyttja befintliga sjukvårdsresurser. När det gäller information om vårdprogram finns sedan tidigare tankar på något slag av vårdprogrambank.

I syfte att etablera en sådan bank tog Spri under 1979 kontakt med samtliga landsting för att få kännedom om de eventuella vårdprogram som utarbetats i landet. Åtskilliga landsting uttryckte stort intresse för vårdprogramarbete, men hade ännu inte själva bedrivit något sådant. Ett omfattande material insändes emellertid till Spri, bestående till största delen av kortare PM kallade "principer/riktlinjer för omhändertagande" och liknande. Många vårdinrättningar visade emellertid ett stort intresse även för detta material och Spri registrerade därför allt inkommet material i en "Förteckning över vårdprogram och behandlingsrutiner m m som insänts till Spris 'vårdprogrambank'". Förteckningen upptar cirka 250 olika "program" och har delgivits samtliga huvudmän. Den som är intresserad kan erhålla såväl förteckningen som kopior av de flesta programmen från Spri.

Även om kompletta vårdprogram ännu inte framtagits i någon större omfattning ute i landstingen, har många huvudmän meddelat att programarbete nyligen startat, antingen genom speciella vårdprogramgrupper eller på annat sätt. En omfattande utveckling av vårdprogramarbetet är således att vänta ute i landstingen.

Har ni frågor, synpunkter och funderingar i samband med ovanstående översikt får ni gärna ta kontakt med Spri på telefon 08/63 05 60.

Författarpresentation

Civilekonom Kjell Agnhage var fram till mitten av mars utredningssekreterare vid Spri och arbetade med frågor som berörde vårdprogram. Kjell Agnhage är nu anställd vid hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting. Han är där chef för utredningssektionen inom det södra förvaltningsområdet.

Vårdlag – en nödvändighet för genomförande av primärvården?

MOGENS HEY · LEIF SVANSTRÖM

De numera välkända principerna för primärvårdens innehåll: helhetssyn – primärt ansvar – kontinuitet kommer under de närmaste decennierna att ställa stora krav på utbildnings- och planeringsansvariga. Konkreta lösningar på arbetsformerna i framtidens primärvård måste utformas. Vårdlagsmodellen belyses i artikeln i historiskt och internationellt perspektiv. En för svenska förhållanden anpassad variant definieras och beskrivs. Vårdlaget bör på ett obyråkratiskt sätt kunna bli den centrala bäraren av primärvårdens principer och därmed förverkligandet av framtidens primärvård.

Nyckelord: Vårdlag, Primärvård.

Primärvårdens historiska utveckling

I den första provinsialläkarinstruktionen från 1744 ålades läkarna att inom ett distrikt vårda sjuka utan särskild betalning. Provinsialläkarna var statligt anställda och provinsialläkarsystemet präglades av statens intresse för folkhälsan med inriktning mot förebyggande och samhällsmedicinskt arbete. Distriktssköterskor och barnmorskor var tidigt verksamma ute bland befolkningen. Landstingen har under de senaste femtio åren övertagit ansvaret för denna verksamhet. 1935 övefördes distriktssköterskorna, 1938 barnmorskorna, men först 1963 överfördes provinsialläkarna och 1968 större delen av stadsdistriktsläkarna.

Förändringar i samhället

Senare delen av 1960-talet kom att sammanfalla med reaktionen på vad efterkrigstidens ekonomiska uppsving effektivt hade dolt i form av missbruk, sjuklighet och socialt armod.

Skatteintäkterna, som möjliggjorde en generös utvidgning av de så kallade välfärdsinrättningarna utan noggrannare planering, fortsatte inte att öka lika snabbt som tidigare. Nödvändigheten att planera verksamheten blev alltmer uppenbar inom offentlig förvaltning. Primärvårdens ursprungliga inriktning på prevention och miljöarbete togs i planerna åter fram i förgrunden och inrymdes i centrala utredningar och instansers definition av primärvård.

Primärvårdens utbyggnad

Utbyggnad av primärvården och byggandet av vårdcentraler följde efter den stora klinikutbyggnaden inom länssjukvården och gick parallellt med kommunsammanslagningarna. Ett skäl till centraliseringen, som angavs, var att det skulle vara lättare att rekrytera läkare till vårdcentraler med "sjukhuskaraktär" och tillgänglighet till mer fulländad teknisk utrustning. Storheten och driftsammanslagningen garanterade effektiviteten, trodde man. Det kunde inte bli bättre. Ledstjärnan för denna utveckling var uppfattningen om att sjukvårdens huvuduppgifter var att utveckla diagnostik och terapi. De senaste tio årens erfarenheter pekar mot att det är dags att omvärdera denna utveckling.

Utveckling mot vårdlag

Inför 1980-talet har därför behovet av en ändamålsenlig organisation av de sjuk- och hälsovårdande resurserna framstått som alltmer påtaglig. Kravet på helhetssyn, områdesansvar och kontinuitet omöjliggör en specialistmedicinsk uppdelning av den primära vården. Den motsatta organisationen med områdesbaserade basenheter som den första länken i vårdkedjan synes vara bättre lämpad som modell. Vårdlagsidén inom primärvården har vuxit fram som en logisk lösning på de problem som uppstår då organisationen ålägges nya och "nygamla" arbetsuppgifter. Under alltför lång tid har allmänheten och primärvårdens egen personal frustrerats av det faktum att man för samma sak har kunnat vända sig till flera instanser inom samma organisation (primärvården) eller tom direkt kontaktat annan sjukvård eller länssjukhusens mottagningar.

Patientmottagarfunktionen, en "omöjlig" uppgift?

Specialfunktionen med "patientmottagare" som blivit allt vanligare inom primärvårdens distriktsläkarmottagningar, har visat sig vara en orimlig modell. Bedömning av problem per telefon förutsätter en god kännedom om de patienter som tar kontakt i detta syfte eftersom tidgivning skall kombineras med rådgivning och gemensamma beslut mellan patient och mottagare om adekvat åtgärd. Ärenden av en viss svårighetsgrad kräver samråd med läkare innan åtgärd kan bestämmas och i övrigt kräver mottagningsplaneringen medverkan av den personal som berörs, inklusive läkare. Dessa nödvändiga kontakter och uppgifter är näst intill omöj-

liga att klara av för patientmottagare med distrikt på 10 000–25 000 invånare. Områden med befolkning på 1 500–2 000 invånare gör situationen helt annorlunda. Här finns möjligheter till såväl miljö- som personkännedom.

Samtidigt som gruppvårdstankar vinner allt större framgång inom slutna vårdformer, bland annat primärvårdens lokala sjukhem, har tanken på formaliserat lagarbete i primärvårdens öppna vård blivit allt mer aktuell. I diskussionen har olika laggrupperingar varit aktuella samtidigt som nomenklaturfrågan har diskuterats.

WHO's definition

I WHO's Moskva-rapport, 1973, definieras "The primary care team" som "en icke hierarkisk grupp av personer med olika kompetens samt gemensamt mål och som har till syfte att förse individer och familjer inom ett avgränsat område med ett samlat hälsovårdsutbud".

Baslaget

Centralt i denna definition av gruppen (baslaget) är dess sammansättning med personer med kompetens inom olika områden. I många länder innefattas även det vi här i landet kallar primärkommunal service. Därför består baslaget ofta av läkare, sjuksköterska och socialarbetare. Ibland tillkommer även en präst. Vidare diskuteras medverkan av psykolog, pedagog, skyddsingenjör och administratör.

Till baslaget kan för speciella uppgifter knytas olika terapeuter som sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.m. Befolkningsunderlaget för ett baslag varierar enligt WHO mellan 5 000 och 15 000 invånare.

I Holland föreslås för ett befolkningsunderlag om 5 000 invånare ett lag bestående av två läkare, två assistentläkare, två distriktssköterskor och två socialassistenter.

Vårdlagets inre arbete

Centralt för baslagets inre arbete är, enligt WHO, kunskaper om såväl egen som övriga i lagets kompetens samt förmåga att utnyttja lagets samlade kunskaper. Dessutom krävs förmåga att se över egna professionella gränser samt att arbeta under självständigt ansvar inom det egna kompetensområdet.

Läkarnas traditionella roll som gruppledare kommer därmed att förändras mot en rådgivande roll, varvid lagets ickehierarkiska arbetssätt klart markeras. Den lilla gruppen, baslaget, bör enligt WHO arbeta informellt och formellt efter behov kring de ständigt växlande problem som laget har att lösa.

Primärvårdens uppgifter i svensk "tapping"

Den svenska definitionen av primärvårdsbegreppet har klart markerat att primärvården är den offentliga hälso- och sjukvårdens bas, den primära nivån i sjukvårdsorganisationen med sekundärnivån länssjukvård och tertiärnivån regionsjukvård.

Primärvården skall svara för miljö- och individinriktade förebyggande och behandlande medicinska insatser utanför sjukhus av lasarettstyp samt all omvårdnad av sjuka utanför sådana sjukhus.

Denna definition avgränsar primärvården mot privatläkarvård, sjukhuspolikliniker och specialistmottagningar samt mot primärkommunernas sociala service. Primärvårdsdefinitionen inkluderar däremot lokala sjukhem. Det är mot denna bakgrund som primärvårdens vårdlagsmodell bör definieras och diskuteras.

Vårdlaget – definition, kompetens och personal

Primärvårdens vårdlag är den personalgrupp som basalt svarar för hela primärvårdsinnehållet och som har hälsoansvaret inom ett avgränsat befolkningsområde.

Vårdlaget skall ha en bred allmänmedicinsk kompetens byggd på såväl biologisk-naturvetenskaplig som samhällsmedicinsk grund.

Vårdlaget skall dessutom uppvisa kunskaper och färdigheter inom områdena omvårdnad och beteende- och samhällsvetenskap.

Vårdlaget bör bestå av distriktssköterska, distriktsläkare och undersköterska (sjukvårdsbiträde).

Vårdlagets ideologiska grund

Grunden för vårdlaget är primärvårdens, nämligen helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

För att kunna tillämpa denna behövs lösningar på en lång rad problem som skapats av den hittillsvarande utvecklingen inom primärvården med sitt byggnadsbestånd, sin lokaldisposition, personalsammansättning m.m.

En beskrivning av problemen kan lämpligen anknytas till vårdlagets arbetsformer.

Helhetssynen

Eftersom med helhetssyn inte enbart avses människan som helhet utan människan i sin när- och samhällsmiljö är kunskapsgrunden av central betydelse. Detta förutsätter både biologisk naturvetenskaplig och samhällsmedicinsk grundutbildning. Dessutom förutsättes orientering inom beteende- och samhällsvetenskap.

En förutsättning för tillämpning av helhetssyn är befolkningsunderlaget och därmed avgränsningen av den befolkningsgrupp som vårdlaget skall svara för. Vårdlaget behöver anpassa sina kunskaper till befolkningsgruppens sammansättning, aktuella miljöfaktorer

samt övrig vård och service. En ständig fortbildning/efterutbildning blir därvid aktuell.

Samverkan med övrig vård och service är av största betydelse för tillämpning av helhetssynen.

Primärt hälsoansvar

Med hälsoansvar menas den offentliga hälso- och sjukvårdens ansvar att ställa resurser till förfogande för befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov och det yttersta ansvaret har den första instansen i organisationen (primärvården).

Då samhällets alla (professionella och icke-professionella) organ måste samverka för att befrämja och upprätthålla befolkningens hälsa måste en geografisk områdesindelning genomföras. Denna baseras på gränser som tillgodoser möjligheter till samverkan med andra samhällsorgan: i första hand primärkommunen med social service, skolans elevvård m.m.

I det primära hälsoansvaret ingår att klara primärt ställningstagande till de flesta hälso- och sjukvårdsproblem och dessutom följa de vanliga kroniska sjukdomstillstånden.

Vårdlagets hälsoansvar är dock mer omfattande än ett renodlat sjukvårdsansvar. Personalens grundutbildning är framför allt skolning i diagnostik och behandling. En välutbildad distriktssköterska har kunskaper och färdigheter inom såväl förebyggande som rehabiliterande arbete, emedan läkarens och undersköterskans utbildningsbakgrund är mer bristfällig. Ett primärt hälsoansvar förutsätter en bättre fördelning och prioritering mellan områdena, uppsökande/förebyggande – diagnostiserande/behandlande – rehabiliterande/omvårdande verksamhet än den vi har idag.

Närhet, tillgänglighet, kontinuitet

Vårdlaget ger de bästa förutsättningarna för en optimal tillämpning av närhets-, tillgänglighets- och kontinuitetsprinciperna.

Vårdlaget bör ha en gemensam fast stationeringslokal: om denna är placerad utanför vårdcentralen bör den eventuellt kompletteras med en mindre lokal inom vårdcentralen där mer kliniskt krävande vårdinsatser kan bedrivas. I samverkan med primärkommunen bör utnyttjande av lokaler i pensionärshem, förskolor och skolor prövas. Här kan enklare undersökningar och kontroller utföras, hälsoarbete med grupp bedrivas etc.

Kontakten med befolkningen bör förenklas med gemensamt telefonnummer, helst med direktval. Kontakt via flera steg av växelsortering bör undvikas. Samtliga kontaktorsaker bör handläggas av laget och fördelas inom laget eller till annan lämplig vård- och servicenivå.

Ett väl fungerande kontakt- och bokningssystem kommer även att gynna kontinuiteten. Ett välutbyggt system av vårdlag förenklar bokningsrutinerna då

vårdutbudet handlägges i första hand inom vårdgruppen och informationsflödet minimeras därmed. Någon i vårdlaget bör vara tillgänglig ständigt och målet är att kunna erbjuda "dygnet-runt"-tillgänglighet inom primärvårdens upptagningsområde. Principen om vårdlag favoriserar kontinuitetskraven. Patienten möter samma doktor, sköterska – nämligen de som betjänar hans bostadsområde.

Kvalitet och säkerhet

Vårdens kvalitet och därmed patientens (och personalens) säkerhet sammanhänger med vårdlagets förmåga att utnyttja egna och övriga lagmedlemmars kunskaper samt tillgängliga resurser av lokaler och utrustning. Laget bör ej acceptera vare sig över- eller underbelastning av medlemmarna. Även om vårdlagets medlemmar har olika utbildningsbakgrund bör deras stora gemensamma kunskaps- och färdighetsområden skapa förutsättningar för flexibilitet och ständiga omprioriteringar av arbetsfördelningen. Då vårdlagsprincipen innebär en "decentralisering" av ansvar och handläggning ställs speciellt stora krav på administrativ service i form av utarbetande av lokala handlägningsprogram för olika sjukdomsgrupper etc. Krav på utbildning i olika former ökar också. Primärvårdens ledningsfunktion överlämnar en större del av ansvaret och påtar sig service- och samordningsfunktionen.

Samverkan

Vårdlagsarbetet ställer också större krav på samverkan med övrig primärvård, samt samhällets allmänna service och övrig hälso- och sjukvård, inte minst på grund av att processerna i vårdlaget bör skjuta fram kvalitetskravet i förgrunden.

Vårdlaget är primärvårdens fasad och brevlåda inåt och utåt. Vårdlaget utgör en självklar remissinstans för förmedling av medicinska insatser inom primärvården. Specialister, konsulter, laboratorier etc blir serviceorgan för vårdlaget. Eftersom vårdlaget har det totala ansvaret för sin befolkningsenhet kräver det intima samarbetsrelationer inte bara med specialistkonsulter utan med länssjukvården som helhet.

I samband med utskrivning från sjukhus blir det naturligt för vårdlaget att ta nödvändiga kontakter för samordning av vård och service och planering av handlingsprogram. Vårdlaget fungerar dessutom som befolkningsgruppens medicinska ombud vid kontakt med försäkrings- och arbetsmarknadsorgan.

I samverkan med övrig hälso- och sjukvård måste vårdlagets primära hälsoansvar betonas. *Samtliga* medicinska insatser för befolkningen bör på sikt kanaliseras och rapporteras till vårdlaget. En från primärvården fristående företagshälsovård bör tex avstå från individbaserade vårdinsatser och i stället ägna sig åt arbetsproblematik. Vårdlaget blir på sikt den enda instans i vårt

komplikerade sjuk- och hälsovårdssystem som till fullo har överblick över vem som skall ombesörja vård – med eller utan "remisstvång". Vårdlaget bär helt ansvaret för vissa funktioner inom primärvården: hemvård, hemsjukvård, äldreomsorg, ålderdomshems- och sjuk-hemsvård.

Vårdlagets samarbetspartners – arbetslagen

Vårdlaget är basenheten i primärvården. I många sammanhang behöver laget kompletteras. Därvid bildas större arbetslag med inriktning mot speciella problemområden. Den mest naturliga samarbetspartnern för vårdlaget är primärkommunen. Ett arbetslag för hemvård/hemsjukvård består tex av vårdlaget samt sjukgymnast och arbetsterapeut från primärvården och från kommunen hemvårdsassistent och -samariter. Ett socialmedicinskt arbetslag består av vårdlaget och från kommunen socialsekreteraren.

Ett *rehabiliteringsarbetslag* består av vårdlaget, sjukgymnast, arbetsterapeut, representanter för arbetsvård (arbetsförmedling), försäkringskassa och socialvård.

I vårdlagets primära hälsoansvar ligger att ta initiativ till att sådana arbetslag initieras, utvecklas (och utvärderas).

Arbetslagens arbetsformer

En viktig förutsättning för smidigt fungerande arbetslag är en gemensam målsättning. Samverkande organ skapar inom sig en arbetsfördelning som medger uppdelning av arbetsuppgifter med inriktning på samarbete med vårdlaget. Av det nämnda följer att tex distrikts-sjukgymnaster och distriktsarbetsterapeuter inte ingår i det primära vårdlaget. De har däremot sin givna plats i flera av primärvårdens arbetslag.

Det har därvid visat sig lämpligt att i de fall flera personer finns anställda, dessa ansvarar för vissa bestämda vårdlag och därvid blir även denna organisation områdesbaserad. Eftersom dessa yrkesgrupper handlägger sitt arbete efter remiss är de att betrakta som serviceorgan till vårdlagen.

Vårdlagets lokalisering

Samlokalisering av vårdlagets medlemmar har central betydelse. Traditionellt har distriktssköterskor och distriktsläkare skilda lokaler. Undersköterskor har ofta en synnerligen "flytande" stationeringsmiljö. Stor möda måste läggas ned på att skapa lokalmässiga förutsättningar för att vårdlagets medlemmar kan utföra sitt mottagningsarbete i intilliggande lokaler. Stor kreativitet krävs för att finna tillfredsställande lösningar i det vårdcentralbestånd som byggts de senaste 15–20 åren. I samlokaliseringsproblematiken ingår även gemensam journal, eventuellt närarkiv. Samlokalisering är ett måste för att minimera byråkrati och sammanträdesbehov. Frågan är av central betydelse inför framtidens fortsatta utbyggnad av primärvården.

Arbetsfördelning inom laget

Ett vårdlag bestående av distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterskor vill av tradition arbeta som två mindre lag bestående av distriktsläkare och undersköterska vid distriktsläkarmottagningen och distriktssköterska och undersköterska inom distriktsvården.

Vårdlagsarbetet förutsätter att gränser suddas ut och att vårdlagets gemensamma arbetsuppgifter och ansvarsområde poängteras. Samtliga vårdlagsmedlemmar bör inom sin kompetens på eget ansvar sköta självständiga arbetsuppgifter. Gränsen mellan undersköterskor, läkare och distriktssköterska bör helt suddas ut och undersköterskorna utgör därmed en inom vårdlaget gemensam resurs för medicinska och omvårdnadsbetonade vårdinsatser med arbetsuppgifter inom både hemsjukvård och övriga vårdformer. Ett välfungerande vårdlag med integrerad verksamhet gynnar möjligheterna för vårdlaget att ta sitt ansvar "dygnet runt" även vid frånvaro av enskilda lagmedlemmar.

Jourberedskap – vårdlagen måste samarbeta

I vårdlagets åliggande ingår beredskap för det egna området under ordinarie veckoarbetstid och under samma tid i vissa fall för akutinsatser åt grannområdena.

Vårdlaget är, emedan det i många lägen kommer att bygga på en person av varje kategori, sårbart för ledigheter. Semestertiden utgör därmed ett speciellt problem. I stället för att ständigt sätta in vikarier bör vårdlaget ingå ett nära samarbete med ett annat vårdlag och bilda *tvillinglag* för avlösning av såväl enskilda medlemmar som helt lag.

Det är vår bestämda uppfattning att vårdlagen ej skall göras så stora att de inom sig själva skulle kunna täcka eventuella vakanser. Sådana *stora enheter motverkar ansvar och engagemang* och likaledes uppkommer alltför ofta gärna barriärer yrkesgrupper emellan. En organisationsform med 10–20 medlemmar har föga med vårdlagsarbete att göra och ger en skenbar trygghet inför framtida krav. Det är primärvårdsledningens uppgift att tillse att vårdlaget tillförs de resurser som krävs för exempelvis medverkan till tvillinglag.

Vårdlagets jouransvar

Under ordinarie tid handlägger självfallet varje vårdlag sina "akuta" patienter. Dessa bör så långt som möjligt "styras" till de tider då bemanning finns, exempelvis förmiddag.

Övriga tider har ett av primärvårdens vårdlag "övergripande jour". Utanför ordinarie arbetstid ingår vårdlaget i distriktets beredskapssystem för bevakning av akuta insatser. Vårdlaget kan därvid exempelvis ha sin bas på det lokala sjukhemmet och/eller vårdcentralen och samverka med sjukhemmets interna personal och från denna stationering ge vårdinsatser såväl till sjukhem

som till övrig befolkning i distriktet, dels genom egna insatser, dels genom hänvisning till lämplig vårdnivå.

Exempel på framtida arbetsfördelning kan vara:

Samjour med andra primärvårdsdistrikt nätter och helger avskaffas. Ett av primärvårdsdistriktets vårdlag svarar för kvällsjour/kvällsmottagning. Efter tex kl 21.00 svarar endast sjuk(distrikts)-sköterska och undersköterska för hela distriktet, inklusive hemsjukvård och sjukhem och läkaren finns i beredskap. Sjuk(distrikts)-sköterskan ansvarar för sjukvårdsupplysningen och bedömning av behov av transport till länssjukvård.

Vårdlagen och framtiden

Under de senaste tio åren har röster höjts för primärvården och vissa röster är outtömliga i sin iver att framlägga nya uppgifter. Det gäller primärt sjuk- och hälsoansvar, områdesansvar, säkerhet och trygghet i arbetsutövande, helhets-syn på människans samlade behov och samverkan, kontinuitet etc. Allt detta är tilltalande men förutsätter en organisation som möjliggör ett förverkligande av intentionerna om inte allt skall förloras i en framtida primärvård fylld av brustna illusioner.

En utveckling av primärvården mot de nya riktlinjer som förespråkas kommer att ställa stora krav på de verk-samma inom vården. Områdesansvaret kommer att kräva en ny och intim relation till allmänheten, präglad av ömsesidigt utbyte. Ett vidgat samarbete med politiker på lokal och central nivå förutsätts, men även ett ökat samarbete med olika ideella och politiska organisationer.

Anpassning av kunskaper till vårdbehoven

Kunskapsutvecklingen med såväl biologisk som samhällsmedicinsk och beteende- såväl som samhällsvetenskaplig inriktning är en nödvändighet för att primärvården skall komma i närheten av de mål som har uppställts. Därtill krävs ett omfattande organisatoriskt arbete för att anpassa den primära inre vårdorganisationen och göra den mottaglig för de nya uppgifterna. Vårdlagsmodellen är *ett* sätt att anpassa hälso- och sjukvårdsutbudet efter de faktiska behoven som råder i ansvarsområdet.

I framtiden kommer vårdlagsmodellen att ytterligare utvecklas. Decentralisering kan komma att föra vårdlagen ännu närmare det område det skall betjäna. Vårdcentralen kommer då att fungera som gemensam lokal där vissa servicefunktioner finns och konsult-läkarverksamhet samt utbildningsaktiviteter bedrivs. Vårdlagets relation till det lokala sjukhemmet kommer att bli intimare och varje vårdlag får sin motsvarighet i en vårdgrupp på sjukhemmet. Lokala sjukhemsenheter i anslutning till vårdlagets lokaler och primärkommunens äldre-vård kan bli aktuella.

Förbättrad utbildning mot prevention och samhällsmedicin

Att höja kunskapen bland personalen inom primärvården är en nödvändig åtgärd för framtiden om säkerhet och kvalitet i vårdutbudet och ett områdesansvar inom ramen för vården skall kunna bli verklighet.

Samhällsmedicinska insatser inom primärvården, som i stor utsträckning består av samordnande uppgifter, kommer med nödvändighet att *vidgas speciellt mot insatser i förebyggande medicin*, vilket kräver utveckling av speciellt allmänmedicinen som kunskapsämne. En utveckling av en central *samhällsmedicinsk enhet* på landstingsnivå som arbetar med metodutveckling i anslutning till hälsovårdsarbetet är en förutsättning. Inom denna bör inte bara områden som traditionellt räknas till socialmedicin, yrkesmedicin och hygien utan också beteende- och samhällsvetenskap räknas in.

Framtidens primärvårdsansvar

Primärvården med upprätthållande av ansvar för sjuk- och hälsovård måste framledes med nödvändighet ta del av utformningen av samhällsplaneringen. Denna kunskap om "friskt och sjukt" som koncentreras inom vårdlagets organisation måste systematiseras dels inom primärvårdsdistriktets och dels inom länets ram. Detta förutsätter att en samhällsmedicinsk enhet har en förlängd arm till primärvården, där samhällsvetare samverkar med vårdlaget och primärvårdens övriga personal. En sådan kunskap *måste komma* hela samhället till del.

Litteratur

Haglund, G: Att ansvara för ett område. Olofström. 1981. Stencil.

Haglund G: Vårdlagsarbete och områdesansvar – erfarenheter från en vårdcentral i landsorten. Olofström. 1981. Stencil.

Hey M: Primärvårdens vårdlag – genomförandeprocessen. Höör. 1981. Stencil.

Olsson B, Svanström L: Primärvårdens utveckling. Rapport från Sjöbo. Sjöbo 1980. Stencil.

Svanström L: Vårdlaget och områdesgruppen – basenheter i primärvården. Läkartidningen 1980; 77:1745–1747.

SPRI: Primärvård – innehåll och utveckling. Stockholm. 1978: S 101.

WHO: "Trends in the development of Primary Care". Regional office for Europe. WHO. Köpenhamn. 1973.

Författarpresentation

Mogens Hey, distriktsöverläkare i Höörs primärvårdsdistrikt. Kursledare för Lunds universitets "Undervisning i primärvård" termin 6. Ledamot i Malmöhus läns landstings projektgrupp för primärvårdens genomförande.

Leif Svanström, professor i socialmedicin och distriktsläkare vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Var tidigare distriktsöverläkare vid primärvården i Sjöbo i Malmöhus läns landsting.

VÅRDLAG I PRIMÄRVÅRDEN · 2

Sjöbos väg mot vårdlagen

BENGT OLSSON · LEIF SVANSTRÖM

Primärvården i Sjöbo har genomgått en utveckling, som säkert påminner om de flestas. Vårdcentralen har inte varit en av landets utvecklingscentraler och inget flaggskepp där myterna har kunnat frodas. Vardagsbekymren att organisera såväl den egna vården som samarbetsformer med exempelvis socialvården har stärkt hopplöshetskänslan i takt med de lovande och entusiastiska rapporterna från olika experimentvårdcentraler. I ett försök till historisk beskrivning av en av vårdcentralerna "i skymundan" beskrivs vägen mot vårdlagsarbete. Kanske den kan hjälpa andra primärvårdsorganisationer att hitta en fungerande arbetsform.

Nyckelord: Vårdlag, Primärvård.

Sjöbo kommun och primärvården

Nuvarande Sjöbo primärkommun med sina 15 000 invånare, har sitt ursprung i de gamla kommunerna Vollsjö, Östra Färs, Sjöbo och ca halva Björsjölagårds kommuner.

För befolkningen innebar kommun-sammanslagningen den 1/1 1974 att de kommunala beslutsorganen och den kommunala servicen kom på längre avstånd från de gamla kranskommunerna. Det var kring detta faktum som kritiken mot åtgärderna i huvudsak riktades.

1974 uppfördes vårdcentralen i Sjöbo, dvs samtidigt med centraliseringen av den kommunala organisationen centraliserades primärvården. Enläkarstationerna stängdes – men inte utan protester. När läget hade "stabiliserat" sig var enläkarstationen i Lövestad ånyo öppnad. Distriktsköterskemottagningarna utanför Sjöbo centralort var kvar i sina respektive distrikt och länssjukhemmet fanns kvar oförändrat. Samtidigt med att vårdcentralen byggdes utökades primärvårdens funktioner med sjukgymnastik, arbetsterapi, större laboratorium och sekretariat. Dessutom placerades i samma byggnad folktandvård och apoteksfilial. Distriktsläkarnas mottagning placerades traditionellt som en egen funktion vid sidan av distrikts-

sköterskeverksamheten. Barnhälsovården förlades till distriktsköterskans lokaler och mödravården i anslutning till dessa.

Primärvården i Sjöbo – ett försök till historik

Det finns säkert mycket i primärvårdens i Sjöbo historia som har parallellitet med de flesta andra kommuners. Genomgående tycks vara att man i grunden inte hade genomtänkta mål för primärvården och i ännu mindre grad en detaljerad uppfattning hur ett eventuellt mål skulle uppnås. Lokaler byggdes (till motsats från den traditionella enläkarstationen) som om det gällde ett litet sjukhus (fast utan sängar). De olika personalkategorierna placerades i lokalerna utan hänsyn tagen till tidigare historia, arbetssätt eller erfarenhet av samarbete. Ledstjärnan var *integrerat samhälle* för planerna men ej för det som planerades. Genomgående tycks detta ha skördat sina offer. I stället för att vårdcentralen blev rekryteringsbefrämjande blev den på många ställen raka motsatsen. Den sk personliga friheten hos distriktsläkare och distriktsköterskor beskars utan att någon fann offret värt. Några vårdcentraler blev utvecklingscentraler och flaggskepp där myterna frodades – de andra fick slåss med otillfredsställelsen. Ingen klarade av att ta tag i problemen – någon garanti för förändringar hade ej byggts in i organisationen. Delarna i organisationen fungerade – som tidigare – men någon helhet var svår att upptäcka. Rationella metoder (som var tidens lovsång) tenderade att vara irrationella vapen att hålla patientens verkliga problem och behov på avstånd – isolerad från både övrig vård och organisation och primärkommunens resurser som man stod. Där man inte – blä på grund av det stående vikariatsbekymret – klarade av att organisera samarbetsformer mellan exempelvis socialvård och sjukvård förstärktes hopplöshetskänslan av de lovande och entusiastiska rapporterna från olika experimentvårdcentraler. Rapporter som 5–10 år senare skulle visa på att den integrerade vården i det integrerade samhället inte löste ens bråkdelar av samhällsproblemen.

Sjöbo var en av dessa vårdcentraler i skymundan – varken sämre eller bättre gynnad än många andra – men luttrad. Här är historien om Sjöbos väg mot vårdlagen. Kanske den kan hjälpa andra primärvårdsorganisationer – åtminstone dem som inte hittat sin modell.

Områdesgrupper – någonstans att börja

Under hösten 1978 påbörjade vi vår omorganisation av primärvården till vad vi kallar *områdesgrupper*. Detta innebar att hela organisationen anslöt till distriktssköterskornas områdesindelning – 5 områden – varav Sjöbo centralort svarade för två. Områdesgruppen kom nu att bestå av distriktssköterska, distriktsläkare, distriktsjukgymnast och distriktsarbetsterapeut samt kurator från hemsjukvårdcentralen i Ystad (eftersom det var hon som i praktiken skötte intagningen till långvården och administrerade hemsjukvårdsbidragen). Från Sjöbo kommun deltog hemvårdsassistent samt hemsamarit. Områdesgruppens huvudfunktion var att vara ett medel för samverkan mellan primärvård och primärkommunal service. Eftersom äldrevårdsproblemen dominerade i kommunen började vi arbeta med dem – det föll sig mest naturligt. Hemsjukvården upptog större delen av områdesgruppens arbetstid. För att dessutom bättre utnyttja ålderdomshemmens (6 st) platser såväl som sjukhjemmet blev det praktiskt att i lagarbete med hela personalen där arbeta på ungefär samma sätt. Detta har beskrivits i detalj i Läkartidningen (Svanström 1980).

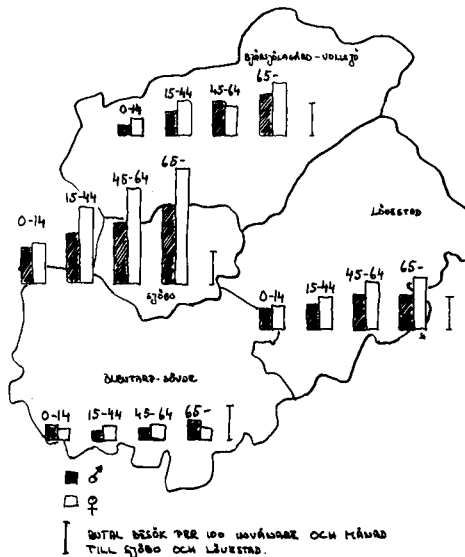
Socialmedicinska arbetslag – en bra fortsättning, men sen?

När vi utvärderade första årets verksamhet med områdesgrupperna tyckte vi att vi kommit en liten bit på väg men tyckte att vi behövde samverka även med primärkommunens socialassistenter. Distriktsläkaren och – sköterskan tog därför socialassistenten till hjälp (och vice versa) i arbetet med gemensamma barnavårds-, nykterhetsvårds- och socialhjälpssärenden. Även denna samarbetsform tycktes de flesta trivas med – åtminstone så väl att man fortsatte arbetet även efter första året.

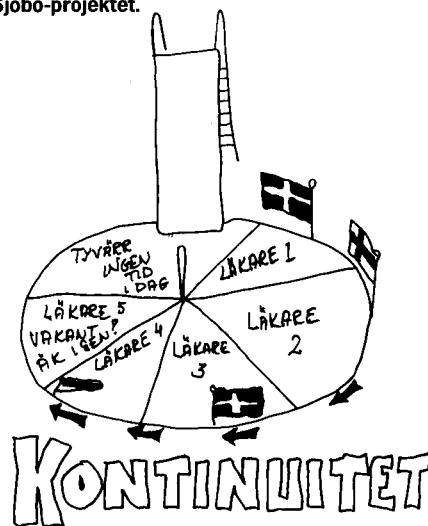
Primärvårdens tre huvudproblem

1978 var ett bemärkelseår – för Sjöbos primärvård inte minst. Det markerade slutet på en period. "Primärvård" – innehåll och utveckling" (SPRI 1978) – huvudmännens samlade målsättning fick vi i handen. Primärvårdens mål och innehåll angavs. *Honnörerna markerades*. Och där stod vi med vår organisation! Hur skulle vi möta sådana framtidskrav? Miljöförebyggande och individförebyggande insatser? Utvecklingsarbete? Vård och omvårdnad? Vi som tyckte att våra samarbetsformer var svar på så många frågor – att vi faktiskt hade en vårdlagsprincip. Men nu måste vi se framåt – planera för 1980 och 90-talen.

Vi tyckte att vår centralort egentligen medförde de största problemen (Sjöbo); bla tog dess 40% av det totala antalet invånare i kommunen 63% av läkarbesöken. Trots att vi upplevde att Blentarp – Sövde hade väl så många medicinska (och sociala) problem, såg vi dess invånare ytterst sällan på vårdcen-



Figur 1. Antal läkarbesök inom primärvården i Sjöbo (Vårdcentralen i Sjöbo; läkarstationen i Lövestad) under 1977 fördelade efter delområde, kön och ålder. Efter studenternas redovisning i det sk Sjöbo-projektet.



Figur 2. Primärvårdens bristande KONTINUITET läkare-patient illustrerad av studenterna i det sk Sjöbo-projektet. Figuren beskriver en "vårdkarusell" där patienten efter att ha åkt in i vårdcentralen via rutschbana "slumpvis" hamnar hos läkare 1, 2, 3 och 4 av olika nationalitet och förståbarhet. Den stora delen upptages dock, enligt studenterna – efter att ha intervjuat allmänheten – av vakanta tjänster eller besked om "ingen tid idag".



Figur 3. Primärvårdens bristande SERVICE-inriktning illustrerad av studenterna i det sk Sjöbo-projektet. Figuren beskriver en vårdcentral "alltid otillgänglig" men möjligheten med råd om "egen" vård. Studenternas uppfattning grundar sig på intervjuer av allmänheten.

tralen. Vårt huvudproblem nr 1 var således: "dålig geografisk balans". (Figur 1). När ett antal studenter intervjuade allmänheten om vårdcentralen visade sig problem nr 2 vara: *dålig kontinuitet* (figur 2). Dessutom var det påfallande hur allmänheten upplevde att vårdcentralen hade en begränsad känsla för service; alltså problem nr 3: *bristande serviceinriktning* (figur 3). Hur råda bot?

Vårdlagen – lösningen på problemen?

En arbetsgrupp bestående av i stort sett en områdesgrupp fick i december 1979 i uppgift att utveckla "vårdlagsprincipen". Innebörden i begreppet framgår av Hey oa (1981). Vårdlaget kom att innefatta distriktssköterskan, läkaren och undersköterskan. Den ideala befolkningsmängden för respektive vårdlag sattes till 1500–2000 invånare. Från 1980 påbörjades omstruktureringsarbete. Centralorten med sina 6000 invånare som tidigare delats på två distrikt, kunde delas upp på tre genom att resp vårdlag åtog sig att sköta telefonkontakterna med sina invånare. På så sätt "frigjordes" en patientmottagare (sjuksköterska) och ytterligare en tjänst som distriktssköterska kunde inrättas. Till hjälp för tid- och mottagningsplaneringen infördes en modifierad Lerumsmodell med sk vård- och resursplanering och en registrerings- och planeringsblankett som underlag för tidbokning och anamnesupptagning. Telefonkontakter med allmänheten skulle skötas helt av vårdlaget medan detta internt själv skulle fördela arbetet med mottagning och övrig verksamhet.

Försöksverksamheten för Sjöbo centralort inleddes den 10/4 1980. Som utgångsläge gällde som för de flesta vårdcentraler en lokalmässig placering av personalen av mycket traditionellt snitt. Distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor och övriga medarbetare var placerade för sig i en vinge av vårdcentralen, distriktsläkarna med sina medarbetare i en annan. Efter den första periodens erfarenheter av vårdlagsarbetet framfördes ett förslag om att *lokalmässigt placera personalen inom ett vårdlag intill varandra* för att förbättra lagkänsla och förenkla arbetsmomenten i mottagningsplaneringen. Vi flyttade om inom huset den 31/10 1980 och därvid placerades hela vårdlaget tillsammans. Då blev det tom lokaler över avsedda för framtida utveckling av individ- och miljöpreventivt arbete.

En erfarenhet rikare hade vi blivit under mellantiden. Trots att distriktssköterskorna tagit över ansvaret för planering och tidbokning redan i april 1980 förblev (områdes-) patient-läkarkontinuiteten skral fram till den dag vi flyttade om och den centrala "patientmottagarens" telefon stängdes. Drastiskt – men tydligen nödvändigt.

Distriktssköterskan är central i primärvården – det är centralt att hon finns mitt i vårdlaget. Hon skall bedöma vårdbehov, leda och fördela arbetet etc.

Några röster på vägen

Under perioden april 1980 – december 1980 intervjuades olika vårdlagsmedlemmar. Svaren är nog så talande – ett halvårs väg av bekymmer – fram till den dag omflyttningen sågs som lösningen och att distriktssköterskan måste flytta med.

Några röster:

– En del var positiva till omflyttningssarbetet med vårdlag, men själv tyckte jag att det var fullt upp med arbetet som det var och följaktligen var jag inte intresserad av att delta (distriktssköterska).

– När vårdlagsarbetet började blev jag helt förvirrad och stod inför faktum (distriktssköterska).

– För att ett sådant system skall fungera, måste det upplevas som meningsfullt, men som det nu förlöpte visar det bara på bristfällig respekt för distriktssköterskornas arbetsuppgifter (distriktssköterska).

– Som helhetsintryck är vårdlagsidén med fungerande teamarbete värdefullt, men frågan om tidbokningen borde däremot omprövas i vårdlagsmodellen (distriktssköterska).

– Tidbokningen var inget problem och telefontid hade man haft tidigare. Under den kunde man lika gärna ha tidbokningen också (distriktssköterska).

– Vårdlagstanken är det enda alternativet i dag för att få primärvården att fungera (distriktssköterska).

– Vårdlagen innebar en förändrad roll för undersköterskorna med mera ansvar och mera patientkontakt (undersköterska).

– För att tidbokningen skall fungera, är det nästan nödvändigt att personalen sitter nära varandra i lagen. Annars blir det ett väldigt springande fram och tillbaka i korridoren (undersköterska).

– Vårdlagsidén gick ut på att överbrygga avståndet mellan de olika personalkategorierna och försöka att bilda en enhet för det aktiva arbetet inom ett distrikt. Det är *en* väg att nå fram till större kontinuitet i förhållande till allmänheten och ur denna kontinuitet kan en bättre vård byggas upp (distriktssköterska).

– Vårdtrycket har flyttats över på läkaren. De som sätts i telefonen klarar inte trycket att styra patienterna (distriktsläkare).

– Tycker att det alltid borde ha fungerat så här (distriktsläkare).

– Det första som fick vårdlaget att fungera var att man flyttade möblerna. Det gav närhet och möjlighet till gott samarbete (distriktsläkare).

– Varje yrkesgrupp får ett bättre värde och dess kunskap utnyttjas effektivare (distriktsläkare).

– I vårdlaget kan man inte gnälla på allt – för man är en del av laget – (distriktsläkare).

Vårdlagen i framtiden – tanke och realitet

För framtiden tänkte vi oss – vi som tror på vårdlag – att laget inom den öppna

primärvården skulle motsvaras av en vårdgrupp på det lokala sjukhemmet. Respektive vårdlags läkare har då tillsyn över patienten på det egna distriktet – även på sjukhemmet. Vi upptäckte också att sjukhemsplatsbehovet för ett vårdlag ganska väl svarade mot platserna i en vårdgrupp.

Att vårdlaget medför förändrad rollfördelning för alla torde var helt klart. Distriktssköterskans funktion tenderar utvecklas mot en arbetsledarfunktion och bedömare av vårdbehovet med bibehållande av en stor del kvalificerade patientkontakter. Undersköterskorna har sin givna roll i den gemensamma mottagningsverksamheten och har dessutom att utföra hembesök och andra uppgifter inom hemsjukvård. Läkaren måste ta mer aktiv del i vårdlagsarbetet – inte minst i planeringen.

I Sjöbo blev vi snart också medvetna om behovet av ett vårdprogramarbete. Om vårdlaget skulle sköta allt, måste kraven vara lika god medicinsk kvalitet som exempelvis en hypertoni- eller diabetesmottagning. Socialmedicinskt fungerar det naturligtvis bättre i vårdlagen. I Sjöbo påbörjade vi därför – i all anspråkslöshet – ett planeringsarbete (för bara oss) när det gällde högt blodtryck, diabetes, reumatoid artrit och alkohol. Andra områden som utvecklades är uppsökande verksamhet bland pensionärens egenvård och gruppvård inom sjukhem. Detta har vi redovisat på annat håll (Svanström 1980).

Vårdlagen i Sjöbo – i dag

– Patientmottagaren/sjuksköterskan och den tidigare ordinarie mottagningsverksamheten med undersköterskor som mottagningsbiträden har avvecklats och varje vårdlag sköter dessa uppgifter internt för sitt område.

– Distriktssköterskan sköter tillsammans med undersköterskan telefonmottagningen, patientrådgivningen och läkartidsbokningen.

– Hembesök i distriktet ombesörjes av distriktssköterska, undersköterska och i enskilda fall biträdda av distriktsläkaren. Ett system med fast hembesöks-tid för distriktsläkare har sedan ett par år tillämpats.

– Någon i vårdlaget finns alltid tillgänglig på vårdcentralen. Någon begränsning i vårdlagets telefontid finns inte under dagen – frånsett under lunch.

– Varje vårdlag har sina egna jourtider dagligen för att så långt som möjligt kunna handha sina egna patienter.

Sekreterarna har fast områdestillhörighet.

Ett av primärvårdsdistriktens vårdlag har sk övergripande jour. Detta ansvar är "rullande". Övergripande jour innebär att stå till tjänst vid eventuellt extra hård belastning liksom vid luncher, medan övriga vårdlag sköter exempelvis äldre- och barnvård, skolhälsovård etc.

Erfarenheterna hittills visar att vårdlagen börjar ha ett ganska bra samarbete internt medan en viss isolering utåt mot andra vårdlag är uppenbar. En viss konkurrens är också tydlig. De olika vårdla-

gen fungerar olika beroende på intresse och förmåga i resp grupp. Olika belastning förekommer också.

Plats för utvärdering

En organisationsförändring av denna karaktär kan svårligen utvärderas med sk "hårda metoder". Att föra statistik över en under årstiderna med olika persontillgång ständigt fluktuerande organisation vet vi av erfarenhet blir misslyckad. Blanketter förs olika under olika tidpunkter.

Vi har hittills kunnat iakttaga att framför allt kontinuiteten läkare – patient radikalt förbättrats. Andelen läkarbesök sjunker (kan dock styras av tillfällig nedgång i läkartillgången). Centralorten tar fortfarande sina 63%; sålunda har ej problem 1 ännu kunnat påverkas. Problem nr 2 har påverkats till det bättre. Vi är övertygade om att problem nr 3 också påverkats till det bättre.

Vi avser att fortsätta utvärderingen – både med hårddata och mjukdata.

Låt ett uttalande från en av våra distriktssköterskor stå som avslutning för vad Sjöbo står för i dag; inte med lösningen men ej heller med uppgivenhet och brustna illusioner – utan i stället stadig på bägge benen – mitt uppe i verkligheten och med hopp om en framtid för primärvården.

– Nu fungerar vårdlagen som *vi* och det ansvarar för allt som skall göras och det behövs ingen chef som skall göra allt.

Vi-andan är skön och man ger och tar hela tiden. Inom lagen gör X hembesök men även distriktssköterskan. Y servar läkaren och det finns tider. Nu har man bara röda och blå tider på grund av att man dagligen har jour.

Vad som märks nu är en viss konkurrens mellan vårdlagen i stället för mellan yrkeskategorierna. Distriktssköterskorna ute i distriktet är väl lite bekymrade och inte alltid så välvilligt inställda till det nya.

– Styrningen av patienter fungerar bättre nu och på det hela taget fungerar det jättebra i vårt lag."

Litteratur

Boden, S., Svanström, L. "Sjöbo-projektet" – en studie i praktisk epidemiologi. Läkartidningen, 77, 2666-7, 1980.

Hey, M. Svanström, L. Vårdlag – en nödvändighet för genomförande av primärvården? SFAM-nytt, 1981, 2, 77-80.

Olsson, B., Svanström, L. Primärvårdens utveckling – Rapport från Sjöbo. Stencil 1980

Sager, B., Strandberg, L. Distriktssköterskan tillbaka i sin gamla och centrala roll Vårdfacket. 1980

Svanström, L. Vårdlaget och områdesgruppen – basenheter i primärvården. Läkartidningen, 77, 1745-1747, 1980

Svanström, L. Utvecklingsarbete inom primärvården i Sjöbo. I: Hälsan i Centrum. SHSTF:s Socialmedicinska rikssektion 2, 27-33, 1980

SPRI. Primärvård – innehåll och utveckling. Stockholm 1978

70-talet – ett decennium fullt av allmänmedicinsk utbildningsaktivitet

CHRISTER GUNNARSSON

Författaren ger en historisk återblick på utvecklingen av utbildningsverksamhet i allmänmedicin under 1970-talet.

Nyckelord: Utbildning, Allmänmedicin, Historia.

På 60-talet kunde man börja som praktiserande läkare eller distriktsläkare med nio månaders sjukhustjänstgöring bakom sig. Praktiskt taget den enda efterutbildningsverksamhet som förekom var provinsialläkarfondskurser. Dessa fick dessutom ofta inställas på grund av för få sökande.

I slutet på 60-talet etablerades Dalbystationen, där sedan mycket utvecklingsarbete på utbildningssidan skett. I juli 1969 startade AT i öppen vård och man utarbetade successivt ett utbildningsprogram för AT-tjänstgöringen men konstaterade redan från starten att på grund av bemanningssvårigheterna i öppen vård så var det svårt att ge en adekvat handledning. Samtidigt konstaterade de dåvarande provinsialläkarna att en god utbildning och handledning bör leda till en god rekrytering på distriktsläkarbanan. För att i någon mån strukturera handledning och skapa ett pedagogiskt kunskapsunderlag tog en arbetsgrupp fram den sk handledarboken i provinsialläkarfondens regi.

Ett flertal konferenser och möten har ägnat sig åt utbildningsideologisk debatt. 1970 hade SYLF tillsammans med berörda myndigheter en stor vidareutbildningskonferens där de kvalitativa kraven på utbildning nog redovisades. 1972 hade distriktsläkarförbundets årsmöte som huvudtema utbildningsfrågor, varvid de olika inledningstalarna belyste olika faser i utbildning och den dynamik och kursändring som förväntades under 70-talet. De nordiska ländernas läkarföreningar brukar

en gång vartannat år träffas för att diskutera allmänläkarproblem och vid samtliga dessa möten har utbildningsfrågor intagit en väsentlig plats. I alla nordiska länder har dynamiken varit stor och vi har successivt tillgodogjort oss varandras erfarenheter. Utvecklingen har ju gått något olika.

Även internationellt har allmänläkarens utbildning väckt allt större intresse såväl på speciella pedagogiska symposier som på sedvanliga vetenskapliga kongresser. Många ideologer har försökt formulera sig och inte minst framkom detta vid en konferens i OECD:s regi i Stockholm 1978 rörande primärvården och den medicinska utbildningen. Här presenteras för första gången för svensk publik Kohn and Whites och Thomas McKeown teorier om "sjukvården, befolkningens behov och följderna i en förändrad undervisning".

Successivt har allmänläkarutbildningen byggts upp "från intet" till nuvarande slutförslag som upprepade gånger presenterats i SFAM-nytt som resultat av den sk översynsutredningen – AGA-arbete. 1972 hade vi endast ett fåtal fungerande NLV-kurser för allmänläkare och i slutet på 70-talet närmade vi oss 90. Allmänläkarblocket, som från början var 3-åriga, blir 4 1/2-åriga. Från början hade socialstyrelsens öppenvårdsutredning tänkt sig att allmänläkaren skulle syssla med invärtes medicin, psykiatri och socialmedicin. Utbildningen har dock successivt byggts upp med möjlighet till utbildning inom flera olika specialiteter.

Efterutbildningen har successivt fått allt större betydelse för samtliga allmänläkare även om i rådande ekonomiska klimat en del snåla vindar blåser. 1973 startade för första gången av läkemedelsindustrin sponsrade efterutbildningskurser för allmänläkarna. Dessa 2-3-dagars kurser har varit mycket uppskattade och i regel av mycket god kvalitet. Tyvärr har landstingsförbundet av principiella skäl sedan slutet av 70-talet inte kunnat uppföra dessa kurser i sin förmånskatalog och har tidvis vissa organisationsproblem uppstått. För de praktiserande läkarna fortlöper dock denna verksamhet ostört.

1975 påbörjades den sk efterutbildningsutredning där som ett delprojekt allmänläkarnas efterutbildning särbehandlades. Den sk Greia-rapporten som utkom 1978 redovisade här väsentliga

och delvis nya typer av efterutbildning som drivits som försöksverksamhet i Säfle-området, Skaraborgs län, Östergötlands län, Jämtlands län och Umeå. I den rapportens anda har sedan efterutbildning på många ställen fortsatt och även initierats i andra landsting.

Inte minst har SFAM:s utbildningsaktiviteter utvecklats sedan mitten på 70-talet. Riksstämman har fått flera medicinska föredrag, de allmänmedicinska symposierna har ökat i antal. Likaså har vår stämma allt oftare hörts i den allmänna debatten. Våra vetenskapliga möten en gång om året som startade i Umeå 1977 har även ett stort efterutbildningsvärde.

70-talet var även det decennium då såväl allmänläkarna själva som politiker och myndigheter började inse behov av allmän medicinsk grundutbildning. Ett intensivt arbete har därför pågått i många år för att etablera kontakt med de medicinska fakulteterna. Stigen har varit törnbeströdd och vi har tidvis mött mycket motstånd. 1980 lade dock UHÄ fram en plan för en successiv utbyggnad av allmänmedicinska institutioner i samtliga högskolor samt inrättades detta år den första allmänmedicinska enheten i Umeå. Samma målinriktning hade även den av UHÄ tillsatta utredningen "Samhällsmedicinska moment i läkarnas grundutbildning" som framlades i en rapport 1979.

Utbildning= kunskapsspridning. Vi ser här att SFAM-nytt är en icke oväsentlig kunskapsspridare. Vår uppgift under 80-talet blir kanske att i någon mån lämna en del aktiviteter på organisationssidan. Istället bör vi ägna oss åt att konsolidera utbildning och alltmer bearbeta utbildningens innehåll. Inte minst här är SFAM-nytt en viktig förmedlare och ett viktigt debattforum.

Författarpresentation:

Christer Gunnarsson, distriktsöverläkare i Örnsköldsvik.

Författarpresentation:

Bengt Olsson, socionom och samhällsvetare. Anställd som sådan inom primärvården i Sjöbo att medverka vid utvecklingsarbete och utvärdering.

Leif Svanström, numera professor i socialmedicin vid Karolinska institutet och distriktsläkare vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Tidigare distriktsöverläkare inom primärvården i Sjöbo.

Epidemiologiska synpunkter på reumatiska sjukdomar – en översikt

MARGUS MÄGI och ANDERS BJELLE

I artikeln ges en översiktlig presentation av data om sjukdomsförekomsten i befolkningen, så som den definieras av läkare och upplevs av de drabbade. Förhållandena i befolkningen jämförs med fördelningen av sjukdomar inom sjukvårdssystemet med särskild tonvikt lagd på primärvårdsnivån, samt samspelet mellan primärvården och specialistvården.

Nyckelord: Led- och muskelsjukdomar, reumatiska sjukdomar, epidemiologi, värdeutnyttjande.

Vad är sjukdomar i rörelseorganen?

Reumatiska sjukdomar har av WHO och de internationella reumatologorganisationerna definierats som sjukdomar i rörelseorgan och bindväv. Det motsvaras i stort av kapitel XIII i Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar från 1968 (diagnosnummer 710-738). Några reumatiska sjukdomar återfinnes utanför kap XIII, tex artrit urica (274), psoriasisartropati (696,9) och polyarterit (446). Ofta används rörelseorganens sjukdomar synonymt med reumatiska

sjukdomar, ibland med ett tillägg av "medicinska" för att skilja dem från "kirurgiska" eller "traumatiska". Reumatiska sjukdomar representeras av ett 100-tal diagnoser. En indelning i några få större grupper kan inte göras invändningsfritt då varje grupp rymmer heterogena sjukdomstillstånd med varierande och ofta okända etiologier. Indelningen är ändå motiverad som en översiktlig beskrivning med relevans för bla vårdplanering (tabell I). För en mer utförlig diskussion av klassifikationsproblemen inom reumatologin hänvisas till Wood (1978a).

Hur vanliga är reumatiska sjukdomar i befolkningen?

Det går inte att ge ett entydigt svar på frågan. Svaret är beroende av vad som avses med bla "sjukdom", är det tex fråga om medicinskt definierad sjukdom eller upplevd sjukdom? En annan viktig precisering rör det mått man använt, är det antalet sjuka personer vid ett visst tillfälle – prevalens – eller antalet personer som insjuknat under en viss tidsperiod – incidens?

Medicinskt definierade sjukdomar i befolkningen

Uppgifter om förekomsten av medicinskt definierade reumatiska sjukdomar är ofta svåröverskådliga i mindre

läroböcker, som tex i "Nordisk lärobok i reumatologi" (1975). Systematiska framställningar finns emellertid i bla "Rheumatism of populations" (Lawrence 1977), "Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases" (Wood 1978b) och i "Arthritis and Allied Conditions" (Masi, Medsger 1979). På svenska finns uppgifter angående ryggbesvär sammanfattade i en Spri-rapport (1979). En sammanställning över viktiga statistiska källor till kunskap om reumatiska sjukdomar ur socialmedicinskt perspektiv har skrivits av Allander och König (1977).

Inflammatoriska ledsjukdomar

Av de olika reumatiska sjukdomsgrupperna har de inflammatoriska ledsjukdomarna, vid sidan av ryggbesvär och artroser, varit föremål för de mest omfattande befolkningsstudierna. *Reumatoid artrit* (RA), som är den vanligast förekommande inflammatoriska ledsjukdomen, har studerats världen över. Prevalensen av "säker" RA varierar starkt mellan olika länder. Den var tex 0,12 i landsbygdsbefolkningen i Sydafrika och 3 % i Heinola stad, Finland, (Masi, Medsger 1979). Den genomsnittliga förekomsten av "säker" RA uppskattas till 1 % av totalbefolkningen (Wood 1978b). Allander (1970) fann i sin studie av befolkningen i Stockholms stad, att RA var tre gånger så vanlig bland kvinnor jämfört med män och att prevalensen ökade med åldern, utom bland de allra äldsta, för båda könen. Prevalensen av *Juvenil RA* uppges vara 0,06 % i befolkningen under 15 år (Wood 1978b).

Reumatiska systemsjukdomar är relativt sällsynta i befolkningen. Prevalenssiffrorna för SLE, som är den vanligaste av systemsjukdomarna, varierar mellan 0,006 % (Wood 1978b) och 0,05 % (Masi, Medsger 1979). Bland övriga inflammatoriska ledsjukdomar uppges Wood (1978b) prevalenssiffror för bla *Pelvospondylit* på 0,1 %, *Psoriasisartropati* på 0,1 % och *Artrit urica* på 0,3 %.

Mjukdelsreumatism

Befolkningsbaserade uppgifter för sjukdomar inom den här stora gruppen av reumatiska tillstånd är mycket få. En starkt bidragande orsak till detta är att klara sjukdomsdefinitioner för de flesta av dessa tillstånd saknas. Av Allanders (1974) studie framgår att den genomsnittliga prevalensen i åldersintervallet 30–74 år av reumatiska smärttillstånd i

Tabell I. Indelning av de reumatiska sjukdomarna i diagnosgrupper. Diagnosnummer enligt Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar, 1968.

Diagnosnummer	Diagnosnummer inom kapitel XIII	ej kapitel XIII
Inflammatoriska ledsjukdomar		
Reumatoid artrit	712.0 712.3	
Reumatiska systemsjukdomar	734	
Övriga artriter	710 711 712.2 712.4	136.03 247.00
	714 715 726 729.08	390.99 696.00
Mjukdelsreumatism		
Fibrosit	712.5	
Periartrit, myalgi	717.1–8	
Reumatism	718	
Tendini, bursit	731	
Myopati, myosit	732–733	
Artralgi		787.3
Ryggbesvär		
Spondylos	713.1	
Lumbago	717.0	
Diskbräck	725	
Ryggsyndrom	728	
Artros		
	713.0	
Övriga reumatiska sjukdomar		
Skelettsjukdomar	720–723	
Sjukdomar i ledbrosk	724	
Ankylos	727	
Deformiteter	735–738	

skuldran – "Painful shoulder" – var 16% och av *Epicondylitis humeri* 3%.

Ryggbesvär

Även här saknas klara sjukdomsdefinitioner. *Röntgenologiskt identifierad diskdegeneration*, ökar med åldern och förekommer enligt Lawrence (1977) hos samtliga i befolkningen över 60 år. Ungefär 1/5 av den vuxna befolkningen över 60 år har röntgenologiska förändringar i antingen hals-, bröst- eller ländryggen. Den kliniska signifikansen av dessa röntgenförändringar är emellertid svår att utvärdera, eftersom det ofta saknas klara samband mellan symptom och morfologiska förändringar i kotpelaren (Lawrence 1979).

Artros

I engelska studier, refererade av Wood (1978b), har man vid *röntgenundersökning* funnit måttliga till uttalade *artrosförändringar i perifera leder* (händer och fötter) hos 11% av befolkningen. Prevalensen av artros ökar kraftigt med åldern och nästan alla över 65 år har förändringar i någon eller några perifera leder. I likhet med förändringar i rygggraden är överensstämmelsen ofullständig mellan upplevda symptom och morfologiska ledförändringar, identifierade med röntgen. Wood (1978b) uppger att åtminstone 8% av individer med röntgenologiska tecken på höftledsartros och 12% med knäledsartros saknar symptom.

Upplevd sjuklighet i befolkningen

Riksrepresentativa uppgifter om den upplevda sjukligheten i befolkningen kan hämtas från två viktiga källor. Den ena är den sk låginkomstutredningen (Johansson 1970) och den andra är Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden – "ULF" (SCB 1977 och 1978).

Låginkomstutredningen (LIU)

I LIU's intervjuundersökning ingick ett riksrepresentativt urval av befolkningen i åldrarna 15–75 år. Hälsoavsnittets huvudfråga bestod av en lista på 47 olika symptom, besvär och sjukdomar som presenterades för intervjupersonen med hjälp av ett svars kort. Frågan lød: "Har ni under de senaste 12 månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär?"

Av tabell II framgår de tre symptombeskrivningar för besvär från rörelse-

Tabell III. Andel i procent av män respektive kvinnor i befolkningen som rapporterat olika typer och grader av värk i rörelseorganen.

Källa: Låginkomstutredningen (Johansson 1970)

	Andel i procent av män kvinnor	
Värk i rygg/höfter	26	28
Därav med svår värk i rygg/höfter	11	11
Värk i skuldror/axlar	15	21
Därav med svår värk i skuldror/axlar	5	7
Ledvärk (händer, armbågar, ben, knän)	16	24
Därav med svår ledvärk	6	10
Den summerade skalan:		
Svår värk enligt alla tre frågorna	1	2
Svår värk enligt två och lätt enligt en fråga	2	3
Svår värk enligt en och lätt enligt två frågor	5	8
Lätt värk enligt alla tre värkfrågorna	9	15
Lätt värk enligt två eller svår enligt en fråga	23	28
Lätt värk enligt minst en fråga	40	45

Tabell IV. Relationstalen för andelarna av män respektive kvinnor i socialgrupp I–III med värk enligt de tre frågorna om värk i rörelseorganen. Andelarna för socialgrupp I är satt till värdet 100.

Källa: Låginkomstutredningen (Johansson 1970).

	Svår värk i rygg/höfter	Värk i rygg/höfter	Svår värk i skuldr/axlar	Värk i skuldr/axlar	Svår ledvärk	Led- värk
Män i I	100	100	100	100	100	100
Män i II	200	156	400	186	134	127
Män i III	240	181	600	243	267	173
Kvinnor i I	100	100	100	100	100	100
Kvinnor i II	100	100	67	77	88	111
Kvinnor i III	144	120	113	105	150	144

organen som ingick i listan. Den oftast rapporterade lokaliseringen för värk var rygg/höfter, därefter leder och slutligen skuldror/axlar. Summerades alla individer som svarat jakande på någon av dessa frågor blev resultatet att ca 40% av befolkningen under en 12-månadersperiod upplevt besvär från rörelseorganen (tabell III). Andelen i befolkningen som haft besvär ökade med åldern, och de upplevda reumatiska besvären var något vanligare bland kvinnor, både totalt sett och för grupperna "ledvärk" och "värk i skuldror/axlar". Besvär från rörelseorganen rapporterades betydligt oftare bland dem som tillhörde socialgrupp III jämfört med socialgrupp I (tabell IV). Dessa skillnader var betydligt mer uttalade för män än för kvinnor.

Undersökningen av levnadsförhållanden – ULF

ULF påbörjades 1974. Årligen intervjuas ett riksrepresentativt urval av befolkningen i åldrarna 16–74 år. Syftet

med ULF är att belysa förekomsten och utvecklingen av centrala välfärdskomponenter, ekonomi och boende. I ULF-intervjuernas hälsoavsnitt mäts förekomst av upplevd "långvarig" sjuklighet med följande öppna fråga: "Har ni någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?" Utgående från den intervjuades beskrivning av sina besvär görs sedan en sjukdomsklassificering som är baserad på Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar. Sammanlagt sex olika besvär registreras per intervju-person.

Några resultat från 1975 års ULF-intervju (SCB 1978) skall återges. Närmare 40% av den vuxna befolkningen rapporterade någon "långvarig" sjukdom och andelen med upplevda besvär ökade med åldern. Hur de olika besvären fördelade sig på de 17 huvudgrupperna i Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar framgår av tabell V. Efter "cirkulationsorganens sjukdomar" var "skelettets och rörelseorganens sjukdomar" vanligast. I den senare gruppen utgjorde ryggbesvär något mer än hälften av alla besvär. Andelarna med ryggbesvär ökade med åldern utom i den högsta åldersgruppen, 65–74 år, (tabell VI).

En bearbetning av 1975 års ULF-data presenteras i en vidstående artikel – "Reumatiska besvär i befolkningen" – där bl a sjukdomarnas funktionella och sociala följder behandlas.

Regionala skillnader i förekomst av reumatiska besvär har påvisats i en studie baserad på 1975 års ULF-data av Bjelle och Allander (1980). I riket som helhet rapporteras 11,8% av männen

Tabell II. Svarsfördelningen på frågorna om värk i rörelseorganen.

Källa: Låginkomstutredningen (Johansson 1970)

	Antal i befolkningen	Procent av befolkningen
Värk i skuldror/axlar, lätt	705 000	12 %
Värk i skuldror/axlar, svår	352 000	6 %
Summa med värk i skuldror/axlar	1 057 000	18 %
Värk i rygg/höfter, lätt	959 000	16 %
Värk i rygg/höfter, svår	658 000	11 %
Summa med värk i rygg/höfter	1 617 000	27 %
Ledvärk, lätt	711 000	12 %
Ledvärk, svår	473 000	8 %
Summa med ledvärk	1 184 000	20 %

Tabell V. Sjukdomar och symptom i befolkningen fördelade på sjukdomsgrupper. Särredovisning efter kön. Antal tillstånd per 1 000 personer i respektive redovisningsgrupp. Källa: Levnadsförhållanden. Rapport II (SCB 1978)

Kapitel ¹⁾	Sjukdomsgrupp	Män	Kvinnor	Samtliga
I	Infektionssjukdomar	9	10	10
II	Tumörer	6	11	8
III	Endokrina systemets sjukdomar m m därav: diabetes	26 17	46 17	36 17
IV	Blodsjukdomar	3	15	9
V	Mentala rubbningar	29	40	35
VI	Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar därav: ögonsjukdomar öronsjukdomar	60 18 20	73 20 15	66 19 17
VII	Cirkulationsorganens sjukdomar därav: högt blodtryck hjärtsjukdomar	105 41 41	164 86 48	134 64 45
VIII	Andningsorganens sjukdomar därav: bronkit, emfysem och astma	38 19	32 20	35 19
IX	Matsmältningsorganens sjukdomar därav: mag- och tarmsår	52 18	50 9	51 13
X	Uro-genitalorganens sjukdomar	15	31	23
XII	Hudsjukdomar därav: allergi	24 15	31 19	27 17
XIII	Skelettets och rörelseorganens sjukdomar därav: ryggvärkssyndrom inkl diskbräck ²	118 76	122 61	120 68
XIV	Medfödda missbildningar	3	3	3
XVI	Symptom och ofullständigt preciserade fall därav: ledsymptom	25 14	53 29	39 21
VXII	Skador genom yttre våld därav: frakturer	67 18	29 13	48 16
I–XVIII	Samtliga	580	712	646
	Totalt antal rapporterade sjukdomstillstånd (tusental)	1 701	2 101	3 802
	Antal i den vuxna befolkningen (tusental)	2 934	2 949	5 883
	Antal intervjuer	5 710	5 872	11 582

¹ Kapitel enligt Klassifikation av sjukdomar 1968.

² Omfattar numren 713.1, 717.0, 725 och 728 i Klassifikation av sjukdomar 1968.

Tabell VI. Sjukdomar och symptom i befolkningen, fördelade på vissa sjukdomsgrupper. Särredovisning efter ålder. Antal tillstånd per 1 000 personer i respektive redovisningsgrupp. Källa: Levnadsförhållanden. Rapport II (SCB 1978).

Kapitel ¹⁾	Sjukdomsgrupp	Ålder						Samtliga
		16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	
III	Endokrina systemets sjukdomar m m	6	12	17	46	62	87	36
V	Mentala rubbningar	15	17	41	41	46	57	35
VI	Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	40	37	41	73	97	127	66
VII	Cirkulationsorganens sjukdomar därav: högt blodtryck hjärtsjukdomar	6 0 3	10 2 3	40 16 11	111 66 22	273 140 90	457 197 173	134 64 45
VIII	Andningsorganens sjukdomar	35	23	19	32	48	59	35
IX	Matsmältningsorganens sjukdomar	25	30	36	54	84	91	51
XIII	Skelettets och rörelseorganens sjukdomar därav: ryggvärkssyndrom inkl diskbräck ²	41 24	49 31	79 59	151 101	221 114	214 95	120 68
XVIII	Skador genom yttre våld	27	31	27	50	75	89	48
I–XVIII	Samtliga	267	281	385	692	1 060	1 428	646
	Totalt antal rapporterade sjukdomstillstånd	261	355	347	671	1 044	1 123	3 802
	Antal i den vuxna befolkningen (tusental)	979	1 264	901	969	985	786	5 884
	Antal intervjuer	1 582	2 662	1 982	1 952	1 905	1 499	11 582

¹ Kapitel enligt Klassifikation av sjukdomar 1968.

² Omfattar numren 713.1, 717.0, 725 och 728 i Klassifikation av sjukdomar 1968.

och 12,2% av kvinnorna besvär från rörelseorganen. Som utgångspunkt för jämförelse mellan olika delar av Sverige har SCB's sk H-regioner använts, se figur 1. Resultaten visade att besvärsförekomsten var högre i glesbygdsområdena och allra högst i norr, 15,5% för män och 14,3% för kvinnor. Av de olika reumatiska sjukdomsgrupperna var artroser vanligast i norra Sverige framför allt hos män, medan ryggbesvär förekom oftare i alla glesbygdsområden jämfört med resten av riket.

Förekomst av tungt fysiskt arbete rapporterades oftare i glesbygdsområdena enligt samma intervjuundersökning. Skillnader beträffande frekvensen av genetiska faktorer (HLA B27) som predisponerar för vissa reumatiska sjukdomar nämns som en annan möjlig orsak till de regionala skillnaderna.

Befolkningen och vårdutnyttjande

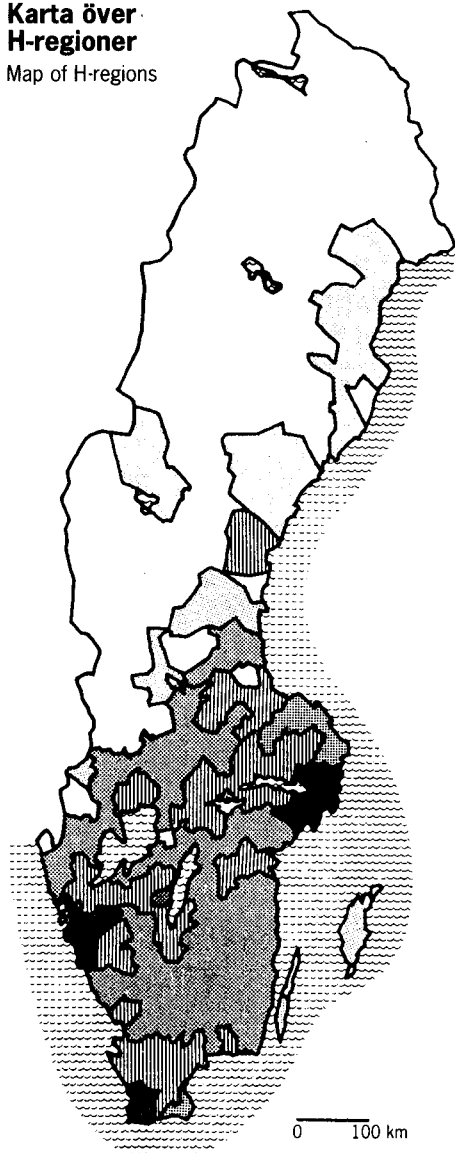
Sambandet mellan sjukdomsförekomst i befolkningen och vårdutnyttjande är svårt att belysa. Ett sätt att närma sig detta problemområde är att jämföra sjukdomsförekomsten i befolkningen med förhållandena inom sjukvårdssystemet. En sådan studie av de reumatiska sjukdomarna har gjorts i Västerbottens län (Bjelle o a 1980). Data om vårdutnyttjande erhöles genom diagnosregistreringar i primärvården (Vilhelmina och Vännäs vårdcentraler), länsdelsjukvården (Medicinska kliniken, Lycksele) och specialistvården (Reumatologiska kliniken, Umeå) – se figur 2! Uppgifter om befolkningen hämtades från 1975 års ULF-intervju för hela riket. På länsnivå blir ULF-data för endast ett år osäkra p g a för få observationer.

Den relativa fördelningen av olika ledsjukdomar i befolkningen visade stora likheter med sjukdomsmönstret i primärvården (figur 3). Ryggbesvär dominerade medan inflammatoriska ledsjukdomar var relativt sällsynta. I specialistvården var sjukdomsmönstret det omvända. Vid medicinkliniken i Lycksele fördelades inläggningarna lika mellan ryggbesvär, inflammatoriska ledsjukdomar och mjukdelsreumatism (Bjelle o a 1980).

Ser man på fördelningen av antalet personer med reumatologisk diagnos per 1.000 invånare på de olika vårdnivåerna (tabell VII), finner man att det största antalet patienter behandlades i primärvården (Bjelle, Mägi 1981a). När det gäller de inflammatoriska ledsjukdomarna, vilka relativt sett helt dominerade specialistvården, hade primärvården ungefär dubbelt så stort antal patienter som den specialiserade öppna vården under samma tidsperiod. Dessa data understryker vikten av samordning mellan de olika vårdnivåerna med avseende på diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder. De är också av betydelse för planering av vidareutbildnings- och konsultverksamhet.

Karta över H-regioner

Map of H-regions



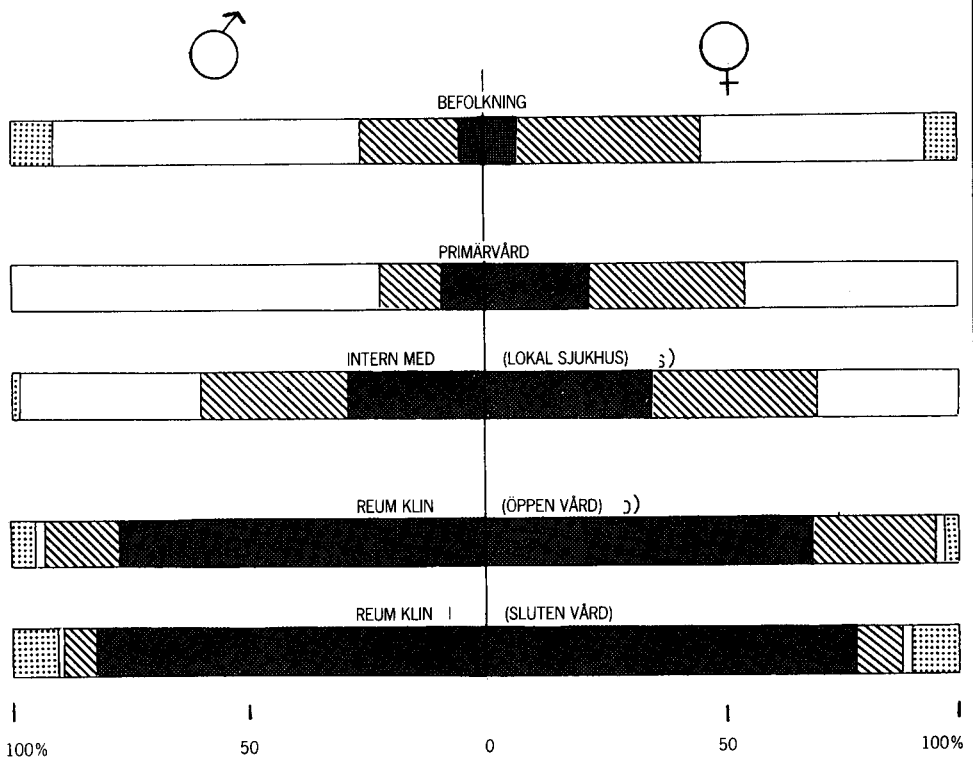
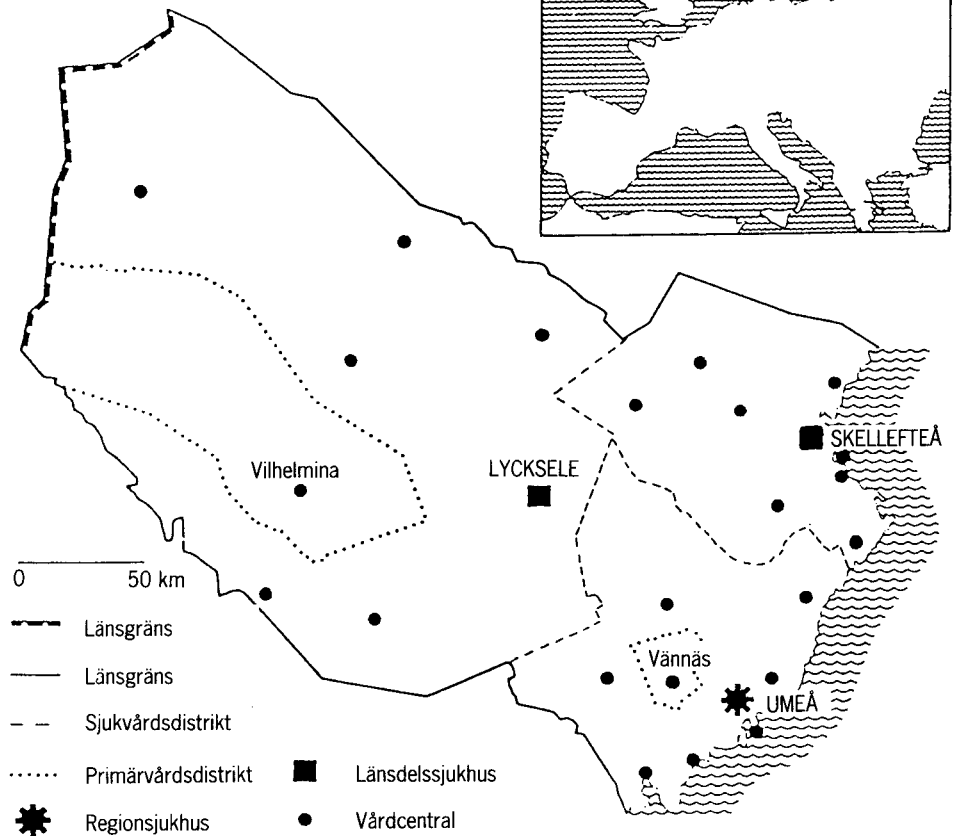
Definitioner

-  **H 1 Stockholm**
Stockholms A-region.
-  **H 2 Göteborg och Malmö**
Göteborgs och Malmö/Lund/Trelleborgs A-regioner.
-  **H 3 Större kommuner**
Kommuner med mer än 90 000 invånare i en cirkel med 30 km:s radie runt kommuncentrum.
-  **H 4 Södra mellanbygden**
Kommun med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum samt med mer än 300 000 invånare inom 100 km:s radie med centrum i samma punkt.
-  **H 5 Norra tätbygden**
Kommun med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum samt med mindre än 300 000 invånare inom 100 km:s radie från kommuncentrum.
-  **H 6 Norra glesbygden**
Kommun med mindre än 27 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum.

Figur 1. Indelning av Sverige efter befolkningstäthet i H-regioner (homogenitetsregioner) enl. SCB 1978.

Figur 2. Sjukvårdsorganisationen i Västerbottens län med Umeå, Lycksele och Skellefteå sjukvårdsdistrikt. Upptagningsområdena för Vilhelmina och Vännäs vårdcentraler utmärkta. Källa: Bjelle, Mägi 1981a.

VÄSTERBOTTENS LÄN



Figur 3. Relativ fördelning av olika reumatiska sjukdomsgrupper i befolkningen och på olika vårdnivåer inom Västerbottens län: primärvård (Vilhelmina vårdcentral), länsdelssjukhus (med. klin., Lycksele lasarett) samt specialistvård (reum. klinik, Umeå region-sjukhus) 1975. Procentuell fördelning inom respektive län.

Källa: Bjelle, Allander, Mägi 1981

-  INFL SJD
-  MJUKDELSREUM. O. DEGEN. SJD
-  RYGGSSJD
-  ÖVR.

Tabell VII. Personer med besvär från rörelseorganen på olika nivåer i sjukvårdssystemet i Västerbottens län 1978. Beräknat antal per 1 000 invånare i respektive upptagningsområde under en 12-månadersperiod. Källa: Bjelle, Mägi 1981 a.

	Män	Kvinnor
Primärvården		
Vilhelmina	112	124
Vännäs	93	108
Länsdelssjukhus		
Med klin Lycksele		
Öppen vård	2	9
Sluten vård	3	4
Specialistvård		
Reum klin Umeå		
Öppen vård	6	12
Sluten vård	2	3

Hur viktiga är reumatiska sjukdomar jämfört med andra åkommor i primärvården?

En genomgång av studier från primärvården i vilka sjukdomar i rörelseorganen finns redovisade (Bjelle, Mägi 1981b), visade att denna sjukdomsgrupp tenderade att vara den näst eller tredje största gruppen jämfört med övriga registrerade sjukdomar (tabell VIII). De reumatiska sjukdomarnas antal av de totala varierade kring 11 % oberoende av vilken mätenhet man använt sig av.

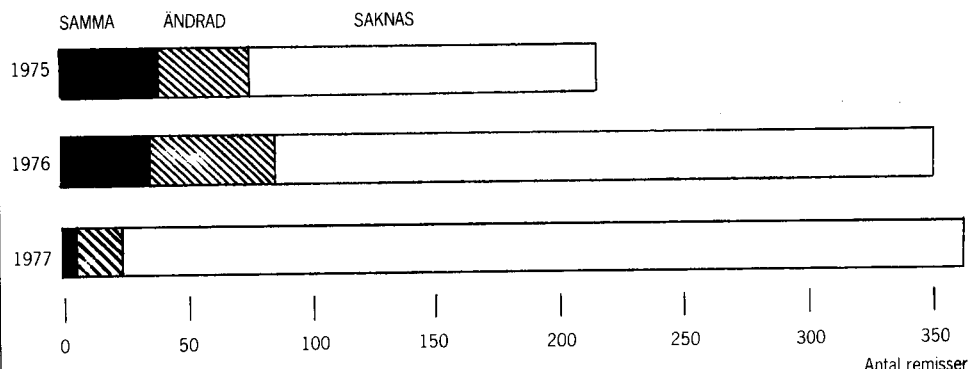
Hur kommer patienterna till specialisten?

Verksamheten vid reumatologiska kliniken i Umeå har följts kontinuerligt

Tabell VIII. Sammanställning av studier i primärvården där reumatiska sjukdomar finns redovisade. Källa: Bjelle, Mägi 1981 b

Registrerad parameter och ort	Reum sjukdomar jfr alla övriga sjukdomar	
	Andel av alla sjd i proc	Rangordning bland sjdgr
Första diagnosen/nybesök		
Älvsbyn 1972/1973	11,9	3
Huvuddiagnos/alla läkarbesök		
Dalby 1973/1974	8,2	
Göteborg 1969	17,0	2
Stockholm 1972	15,5	2
Tierp 1971	8,7	6
Tierp 1973	12,3	3
Tierp 1978	9,8	5
Tynnered 1973	11,8	2
Huvuddiagnos/alla läkarkontakter		
Örnsköldsvik 1968	12,6	2
Besök med reum diagnos/alla läkarbesök		
Vilhelmina 1978/1979	12,0	3
Vännäs 1978	11,9	
Alla diagnoser/alla läkarbesök		
Hallunda 1976/1977	13,9	1
Hede 1974	10,5	3
Kälarne 1975/1976	10,8	2
Tynnered 1974	8,7	3
Tynnered 1975	9,6	3
Tynnered 1976	10,0	3
Örnsköldsvik 1972	12,1	3

DIAGNOSFÖRSLAG I REMISSERNA



Figur 4. Remisser från distriktsläkare i Västerbottens län till reumatologiska kliniken, Umeå regionssjukhus 1975–1977. Totalt antal, antal remisser som saknar diagnosförslag, samt antal med samma och ändrad diagnos bland remisser med diagnosförslag. Källa: Bjelle, Mägi 1981b.

sedan klinikstarten 1974 (Bjelle, Mägi 1981c). Ungefär 90 % av nybesöken till reumatologiska kliniken utgjordes av remissfall. Närmare hälften kom år 1975 från olika distriktsläkare i länet och merparten av de övriga remisserna kom från andra kliniker vid regionsjukhuset. Andelen av remisser från distriktsläkare har sedan dess ökat något (från 45 % av det totala antalet 1975 till 56 % år 1977).

Vad remitteras?

Mellan 1975 och 1977 ökade antalet remisser till reumatologiska kliniken kraftigt. Samtidigt minskade andelen remisser som innehöll något diagnosförslag. Remisser från distriktsläkare avvek i detta avseende inte från det allmänna

mönstret (figur 4). Ungefär hälften av alla föreslagna diagnoser ändrades av läkarna vid reumatologiska kliniken. Andelen med "falskt positiva" diagnosförslag, sett ur reumatologiska kliniken perspektiv, var högst för reumatoid artrit och övriga artrit, medan diagnosgrupperna ryggbesvär, artroser och mjukdelsreumatism hade de högsta andelarna "falskt negativa" förslag. Bland remisser som saknade diagnosförslag dominerade mjukdelsreumatism och övriga artrit enligt reumatologiska kliniken bedömning. Inga större skillnader förelåg i dessa avseenden mellan distriktsläkare och läkare på sjukhus.

Avståndet spelar roll

Avståndet till specialistkliniken hade betydelse för vem som fick vård vid specialistkliniken. Vården var geografiskt ojämnt fördelad för öppenvårdsbesöken men ej för inläggningar i sluten vård. Ju närmare regionsjukhuset patienten bodde desto fler besök gjordes. Avståndsfaktorn hade störst betydelse för återbesök och akuta, icke tidsbeställda besök.

Epidemiologens och klinikerns skilda sjukdomsbilder

De "typiska" fallen av en viss sjukdom, beskrivna i läroböcker och olika kliniska sammanhang, är mycket sällsynta i befolkningen. Reumatoid artrit (RA) kan nämnas som exempel på en sjukdom med internationellt fastställda diagnostiska kriterier för epidemiologiska studier. Av 293 personer med RA, identifierade i en befolkningsstudie enligt dessa kriterier, uppfyllde endast fyra personer nio kliniska kriterier på "typisk" RA enligt läroboksbeskrivningar, (Allander 1973).

Epidemiologiska fynd ställer således sjukdomsbegreppet under debatt. Det man möter i befolkningen, liksom ofta inom primärvården, är olika konstellationer av ospecifika symptom och tecken, där gränsen mellan friskt och sjukt är svår att dra. En livlig debatt om sjuk-

domsbegrepp kan förväntas i takt med att kunskaperna om sjukdomsförhållanden i befolkningen ökar.

Ekonomiska konsekvenser av reumatiska sjukdomar

De reumatiska sjukdomarna har stor samhällsekonomisk betydelse, vilket dokumenterats bl a i en aktuell rapport från Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi i Lund (refererad i Läkartidningen nr 24, 1980). De totala samhällsekonomiska kostnaderna för alla sjukdomar under 1975 beräknades till 73 miljarder kronor. Av dessa kostnader svarade *sjukdomar i muskler, skelett och bindväv* för 15,1 %, vilket nästan helt förklaras av de stora kostnaderna för produktionsbortfall i form av sjukskrivning och förtidspensionering. Av den totala kostnaden p g a produktionsbortfall för alla sjukdomar föll 25 % på reumatiska sjukdomar medan andelen av de totala kostnaderna för sjukvård (5,3 %) och p g a för tidig död (0,6) var blygsamma.

Dessa miljardkostnader kan ställas mot det uppskattade årliga totala stödet till reumatologisk forskning på cirka 10 miljoner kronor (Medicinska forskningsrådet 1978) vilket motsvarade ungefär 0,1 % av totala kostnaderna av reumatiska sjukdomar för samhället. Reumatologiska vårdresurser har länge varit eftersatta men utvecklas i takt med en ökad utbildning av specialister. Reumatologi ingår nu i läkarnas grundutbildning och utbudet av läroböcker och tidskrifter inom ämnesområdet har förbättrats både kvalitativt och kvantitativt. Under en uppbyggnadsfas är det väsentligt att forsknings- och utbildningsaktiviteter inriktas på ett bredare spektrum av reumatiska sjukdomar än det som f n kommer i kontakt med specialistvården.

Litteratur

Allander E: A population survey of rheumatoid arthritis. Epidemiological aspects of the syndrome, its pattern, and effect on gainful employment. Acta Rheum Scand, Suppl 15 1970

Conflict between epidemiological and clinical diagnosis of rheumatoid arthritis in a population sample. Scan J Rheumat 2:109-112 1973

Prevalence, incidence and remission rates of some common rheumatic diseases or syndromes. Scand J Rheumat 3:145-153 1974

König U: Reumatismen och samhället. Aktuellt källmaterial. Stencil, Socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus april 1977

Bjelle A, Allander E: Regional distribution of rheumatic complaints in Sweden. Scand J Rheumatol, in press 1980

Mägi M: Rheumatic disorders in the population and in the health care system. J Rheumatol 7:877-885 1980.

Mägi M: Health care for rheumatic disorders in a Swedish county. In preparation 1981a
Rheumatic disorders in primary care. A study of two primary care centers and a review of previous Swedish reports on primary care. Scand J Rheumatol, in press 1981b

Regional rheumatology practice in Umeå. A Northern Swedish experience. J Rheumatol 8:110-119 1981c

Johansson S: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Låginkomstutredningen. Stockholm: Aolmänna Förlaget 1970

Lawrence JS: Rheumatism in Populations. London: William Heinemann Medical Books Ltd 1977

Masi AT, Medsger TA: Epidemiology of the Rheumatic Diseases. I: Arthritis and Allied Conditions (ed McCarty DJ) 9 ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1979 chap 3 pp 11-35

Wood PHN: Nomenclature and Classification in rheumatology. I: Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases (ed Scott JT), 5 ed. London: Churchill & Livingstone 1978a chap. 2 pp 14-24

Epidemiology of rheumatic disorders. I: Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases (ed Scott JT), 5 ed. London: Churchill & Livingstone 1978 b chap 3 pp 24-60

Medicinska forskningsrådet: Reumatologisk forskning. Initiativgruppsrapport. Stockholm: Gotab 1978

Nordisk lärobok i reumatologi: Almqvist & Wiksell Förlag AB 1975

SCB: Levnadsförhållanden. Appendix 3. Teknisk rapport avseende 1975 och 1976 års undersökningar av levnadsförhållandena. Stockholm: LiberFörlag 1977

Levnadsförhållanden. Rapport II. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. Stockholm: LiberFörlag 1978.

Socialstyrelsen: Klassifikation av sjukdomar 1968. Stockholm 1973.

Spri: Lumbala smärttillstånd. Försök till vårdprogram. Spri rapport 22 1979

Författarpresentation

Margus Mägi är forskningslärare vid Socialmedicinska institutionen och Reumatologiska kliniken, Umeå.

Anders Bjelle är överläkare vid Reumatologiska kliniken i Umeå.

Reumatiska besvär i befolkningen

MARGUS MÄGI · ERIK ALLANDER · ANDERS BJELLE

Upplevda reumatiska besvär i befolkningen och deras funktionella och sociala följder har studerats med hjälp av data från en intervjuundersökning av ett riksrepresentativt urval av den vuxna befolkningen. Resultaten visar att reumatiska besvär är långvariga, att de kan orsaka avsevärt lidande och att de kan medföra betydande funktionsnedsättning.

Artikeln bygger på ett föredrag hållet vid Läkaresällskapets Riksstämma 1977 inför sektionen för reumatologi. Studien har stötts av Medicinska forskningsrådet, Riksförbundet mot reumatism och Medicinska fakulteten, Umeå universitet.

Nyckelord: Led- och muskelsjukdomar, reumatiska sjukdomar, epidemiologi, prevalens, sociala och ekonomiska konsekvenser.

Syftet med studien var att kartlägga hur besvär från rörelseorganen i befolkningen fördelar sig på

- besvärstyp eller "diagnos",
- besvärens svårighetsgrad, dvs duration, frekvens och intensitet,
- funktionella och sociala följder av sjukdom såsom påverkan av ADL-funktion, fysisk rörelse- och arbetsförmåga samt,
- vårdkonsumtion i form av läkarkontakt, sluten vård och utnyttjande av läkemedel.

Material och metod

Studien är baserad på en bearbetning av data från Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden, förkortat till "ULF". Materialet är insamlat genom strukturerade, personliga intervjuer med ett riksrepresentativt urval av befolkningen i åldrarna 16–74 år (SCB 1977). Föreliggande studie bygger på en bearbetning av data från 1975 års undersökning. Det året intervjuades totalt något mer än 11 500 personer av det ursprungliga urvalet på drygt 14 000 personer, bortfallet var således 18,8% (SCB 1978).

Långvarig sjukdom

För att undersöka förekomst av långvarig sjukdom eller likvärdiga tillstånd har

man i intervjuens hälsoavsnitt ställt följande fråga:

"Har ni någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?"

De som svarat ja har uppmanats att så noggrant som möjligt beskriva sina besvär, ange vad en läkare eventuellt har sagt om dem och var i kroppen de varit lokaliserade. Man har även frågat om intervjupersonen regelbundet tar medicin för någonting, för att få med de sjukdomstillstånd som inte givit aktuella symptom och som intervjupersonen kan tänkas ha glömt rapportera.

Kodning av upplevda besvär

Dessa lekmannabeskrivningar av sjukdom eller besvär har sedan kodats vid Statistiska centralbyrån. Vid kodningen har man följt den indelning av sjukdomar som finns i Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar. Besvär från rörelseorganen representeras av kapitel XIII i klassifikationen: "Sjukdomar i muskuloskelettala systemet och bindväven", (som synonym benämning användes i det följande "reumatiska besvär" eller "ledbesvärsgruppen").

En detaljerad uppdelning av kapitel XIII var ej meningsfull eftersom sjukdomskodningen baserades på lekmannabeskrivningar. Materialet har därför indelats i tre större grupper av sjukdomar, bestående av reumatoid artrit, ryggbesvär och övriga reumatiska sjukdomar. I tabell I återfinns några exempel på besvärsbeskrivningar som utgjort underlag till kodningen. Ryggbesvär

Tabell I. Exempel på besvärsbeskrivningar som använts för sjukdomskodningen i ULF-intervjun för år 1975.

Reumatoid artrit

"Ledgångsreumatism"
"Reumatoid Artrit"

Ryggbesvär

"Kotförslitning"
"Broskbildning i rygg"
"Diskbräck"
"Ryggsnitt"
"Lumbago"
"Ryggvärk"
"Dålig rygg"

Övriga reumatiska sjukdomar

"Knäledsinflammation"
"Utgjutning i led"
"Muskelreumatism"
"Seninflammation"
"Benröta"
"Benurkalkning"
"Utsliten höftled"
"Reumatisk sjukdom"

omfattar exempelvis förslitningstillstånd, diskbräck, ryggsnitt och oklara symptom från ryggen. I gruppen övriga finns bl.a. representerade ospecifika artriter, mjukdelsbesvär, bensjukdomar, artroser och ospecificerade reumatiska tillstånd.

Det först nämnda besväret i intervjun

Upp till 6 olika besvär har registrerats för varje individ. Av samtliga besvär från rörelseorganen har 74% uppgivit ett sådant besvär som sitt 1:a besvär och 26% som något av besvaren 2–6. De resultat som redovisas nedan gäller individer som har uppgivit ett reumatiskt besvär som sitt 1:a besvär. Bearbetning och analys av materialet försvåras avsevärt om hänsyn tas till flera olika besvär hos samma individ varför gruppen med besvär 2–6 utelämnats. De skilde sig från de med 1:a besvär i flera avseenden. De var äldre, andelen kvinnor var större, de hade totalt sett fler besvär per individ och deras hälsotillstånd var relativt sett något sämre.

Statistiska metoder

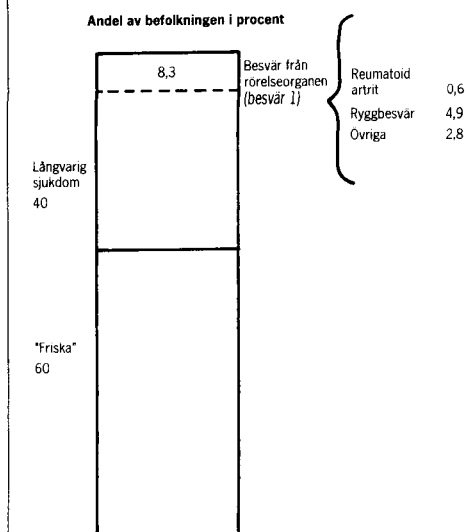
Med redovisade "skillnader" mellan totalbefolkningen och personer med reumatiska besvär avses statistiskt fastställda skillnader, beräknade enligt de metoder som SCB har anvisat (SCB 1977).

Resultat

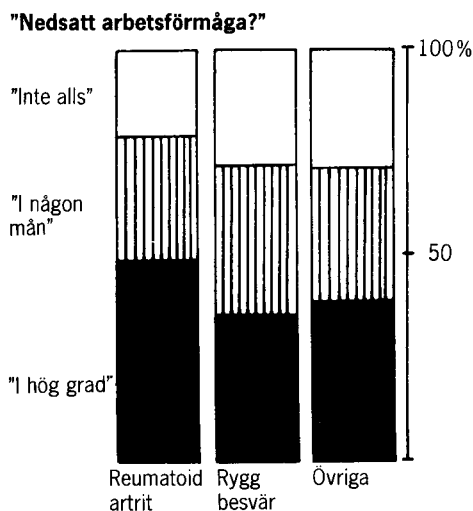
Förekomst

Om hänsyn tas till samtliga besvär som en intervjuperson kan uppge, hade drygt

Figur 1. Andel i befolkningen med långvarig sjukdom samt besvär från rörelseorganen enligt det först uppgivna besväret i ULF-intervjun, 1975.



Figur 2. Besvärsfrekvens hos personer med besvär från rörelseorganen enligt ULF-75. Procentuell fördelning inom respektive sjukdomsgrupp.



12% i den vuxna befolkningen långvariga besvär från rörelseorganen. De som har angivit besvär från rörelseorganen som sitt 1:a besvär utgjorde 8,3% av befolkningen vilket motsvarar drygt en femtedel av samtliga med långvariga besvär. Ryggbesvär var den klart dominerande gruppen (figur 1).

Besvärsduration

Att det verkligen rör sig om långvariga tillstånd framgår av tabell II. Över hälften

Tabell II. Besvärsduration hos personer med reumatiska besvär enligt ULF-75. Andel i procent för respektive tidsperiod.

"När hade ni för första gången besvär?"

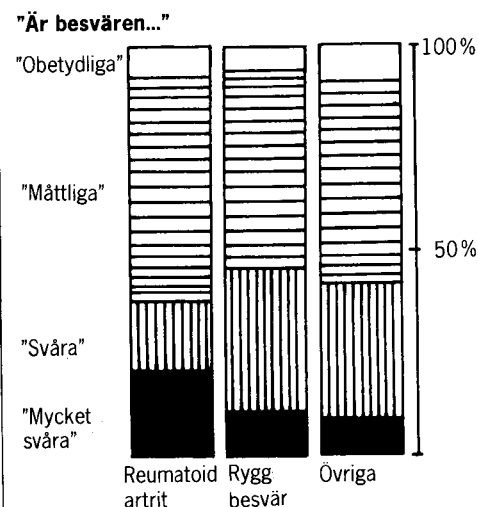
Mer än 5 år sedan	73 %
Mer än 10 år sedan	55 %
Mer än 20 år sedan	27 %

ten har uppgivit att de haft besvär i mer än 10 år och drygt en fjärdedel har haft besvär i mer än 20 år.

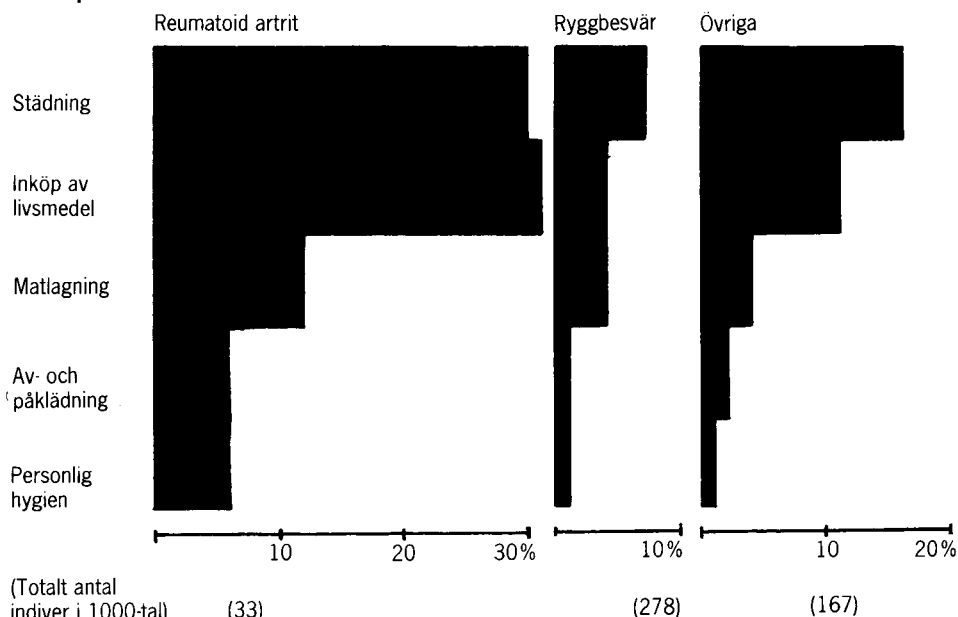
Upplevd svårighetsgrad

Figur 2 visar hur ofta man upplevde besvär i de tre grupperna av reumatiska sjukdomar. Besvärsfrekvensen var totalt sett hög: ofta eller ständiga besvär upplevde betydligt mer än hälften i alla

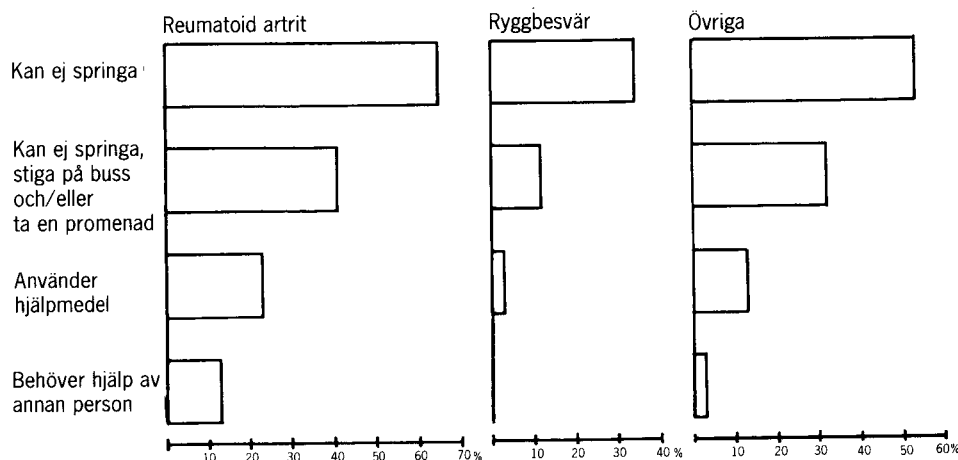
Figur 3. Besvärsintensitet hos personer med besvär från rörelseorganen enligt ULF-75. Procentuell fördelning inom respektive sjukdomsgrupp.



Figur 4. ADL-funktion hos personer med besvär från rörelseorganen enligt ULF-75. Procentuella andelar inom respektive sjukdomsgrupp som ej klarar av vissa dagliga sysslor utan hjälp från annan person.



Figur 5. Rörelseförmåga hos personer med besvär från rörelseorganen enligt ULF-75. Andelar inom respektive sjukdomsgrupp i procent.



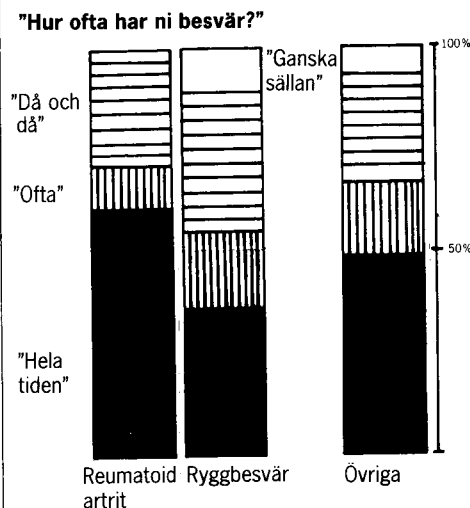
3 grupperna. Andelarna med ständiga besvär var signifikant större för de med reumatoid artrit och övriga jämfört med ryggbesvärsggruppen. Figur 3 visar hur intensivt man upplevde besvärerna i de 3 diagnosgrupperna: upp mot hälften i respektive grupp upplevde besvärerna som svåra till mycket svåra.

Funktionella och sociala följder

Förmågan att klara av olika dagliga sysslor togs som exempel på funktionella och sociala följder av besvär från rörelseorganen. Svårigheter med städning, inköp av livsmedel, matlagning, av- och påklädning samt personlig hygien utan hjälp av någon annan person, var mest uttalad bland individer med reumatoid artrit, minst för de med ryggbesvär medan gruppen övriga intog en mellanställning, (figur 4). Jämförelse andelarna med olika grader av nedsättning av den fysiska rörelseförmågan i de 3 diagnosgrupperna framträder samma mönster, dvs andelarna var störst bland de med reumatoid artrit och minst bland personer med ryggbesvär (figur 5).

Påverkan av arbetsförmågan kan tas som ett annat exempel på sociala följder

Figur 6. Arbetsförmåga hos personer med besvär från rörelseorganen enligt ULF-75. Procentuell fördelning inom respektive sjukdomsgrupp.



av sjukdom (figur 6). Nedsatt arbetsförmåga i någon mån upplevde omkring en tredjedel av alla och ungefär lika stor andel upplevde att arbetsförmågan var nedsatt i hög grad. Det förelåg inga klara skillnader mellan grupperna, vilket är något förvånande med tanke på de skillnader som fanns mellan grup-

Tabell III. Sjukvårdskontakt och läkemedelsanvändning hos personer med besvär från rörelseorganen och hos samtliga intervjuade i ULF-75. Andel i procent för respektive kategori.

	Andel med besvär från rörelseorg	Andel av total bef
Under de senaste tre månaderna:	Procent	Procent
Varit i kontakt med läkare	36	47
Upplevt behov av läkarkontakt men ej sökt	15	6
Vårdats i sluten vård	6	4
Under de senaste 14 dagarna använt:		
Receptbelagda smärtstillande läkemedel	35	9
Sömnmedel	11	6
Nervlugnande medel	11	6
Naturläkemedel	5	3

perna beträffande ADL-funktion och fysisk rörelseförmåga.

Vårdutnyttjande

Bland personer med besvär från rörelseorganen uppgav 36% att de varit i kontakt med läkare under de senaste tre månaderna, (tabell III). Detta var signifikant lägre än motsvarande andel i totalbefolkningen som var 47%. Andelen som upplevt behov av läkarkontakt, men ej sökt var däremot signifikant större i ledbesvärgruppen (15%) jämfört med totalbefolkningen (6%). Någon säker skillnad med avseende på andelen vårdade i sluten vård mellan de med reumatiska besvär och totalbefolkningen förelåg inte.

I jämförelse med totalbefolkningen var det signifikant större andelar i ledbesvärgruppen som uppgav att de under de senaste 14 dagarna använt receptbelagda smärtstillande läkemedel, sömnmedel och nervlugnande medel, (tabell III). Några sådana skillnader fanns inte för receptfria smärtstillande läkemedel och sk naturläkemedel.

För att få en uppfattning om graden av kontinuitet i läkarrelationen ställs följande fråga i ULF-intervjun: "Har ni någon bestämd läkare som ni brukar vända er till?". 61% av de med besvär från rörelseorganen besvarade frågan jakande, vilket var signifikant högre än andelen för totalbefolkningen som var 47%.

När det gäller fördelningen på olika läkarkategorier fanns däremot inga skillnader mellan ledbesvärgruppen och totalbefolkningen. Ungefär en på tre uppgav att de brukar vända sig till "privatpraktiserande läkare". Lika många angav "distriktsläkare", medan en på fem uppgav "företagsläkare" respektive "läkare vid sjukhus".

Mellan olika reumatiska diagnosgrupper fanns vissa skillnader i vårdkonsumtionsmönster. Andelen som uppgav företagsläkare var högst bland personer med ryggbesvär (25%) och lägst bland de med reumatoid artrit (4%). Svärmönstret var det omvända för kategorin "läkare vid sjukhus". Andelen för reumatoid var 44% och för ryggbesvärgruppen 11%. För kate-

gorierna "privatläkare" och "distriktsläkare" fanns inga markanta skillnader mellan de olika diagnosgrupperna.

Diskussion

Besvär från rörelseorganen, rapporterade som det 1:a besväret i ULF-intervjun, var långvariga. De representerade ett avsevärt lidande samt medförde betydande inskränkningar i funktionsförmågan. Reumatiska besvär kan därmed innebära ett stort socialt handikapp för den drabbade.

De reumatiska besvären orsakade ofta ett avsevärt större lidande än andra typer av besvär. Om olika besvär rangordnades med avseende på hur stor andel som upplevde både "ständiga" besvär och att de var "svåra" eller "mycket svåra", intog olika besvär från rörelseorganen 8 av de 10 främsta platserna med reumatoid artrit på första plats (Allander 1978).

Personer med reumatoid artrit utgjorde den grupp med reumatiska besvär som drabbades hårdast i funktionellt avseende. Trots detta fann Allander (1970) att andelen yrkesverksamma var stor även bland de som hade svårare invaliditet. Även om ryggbesvär inte orsakar samma lidande och grad av invaliditet som reumatoid artrit hos den enskilda individen, så har denna diagnosgrupp stor socialmedicinsk betydelse genom det stora antalet drabbade i befolkningen. Ryggbesvär är en viktig orsak till både kort- och långtidssjukskrivning, samt till förtidspensionering (Andersson, Svensson 1979). En tredjedel av alla nybeviljade förtidspensioner 1975 berodde på en sjukdom i rörelseorganen. Av dessa utgjorde drygt en tredjedel ryggsjukdomar.

Uppgifterna om vårdutnyttjande tyder på ett underutnyttjande av främst öppen vård i gruppen med besvär från rörelseorganen och att det finns ett uppdämt behov av mera kontakt med läkare. En mindre andel hade en bestämd "läkare vid sjukhus" att vända sig till. Det talar för att de flesta med besvär från rörelseorganen inte hade regelbunden kontakt med specialist i reumatologi eller ortopedi. Att reumatikergruppen använde läkemedel i högre

utsträckning än totalbefolkningen var förväntat, men det var förvånande att det inte fanns någon skillnad beträffande naturläkemedel.

En medicinsk utvärdering av intervjuuppgifterna i ULF har genomförts, (Mägi oa 1981). Ett urval av intervju-personer, som uppgett reumatiska besvär, har läkarundersökts. Preliminära resultat visar god överensstämmelse mellan intervjuerna och läkarundersökningen med avseende på den relativa fördelningen av de reumatiska sjukdomarna på diagnosgruppsnivå.

Genom ULF-intervjuernas breda uppläggning har sambanden mellan upplevd sjuklighet och dess funktionella och sociala konsekvenser kunnat belysas. Det kan bidra till att öka förståelsen och intresset för reumatiska besvär i befolkningen och till att förbättra underlaget i den fortsatta planeringen av vårdresurser.

Litteratur

ALLANDER E: A population survey of rheumatoid arthritis. Acta Rheum Scand, Suppl 15 1970.

– Reumatikern och samhället. Sjukgymnasten nr 15: 32–33 1978.

ANDERSSON G, SVENSSON HO: Förekomst av ländryggsbesvär. I: Lumbala smärttillstånd. Försök till vårdprogram. Spri rapport 22 1979

MÄGI M, ALLANDER E, BJELLE A, RAGNARSSON A: Rheumatic disorders in the community as perceived by the individual and the physician. In preparation 1981.

SCB: Levnadsförhållanden. Appendix 3. Teknisk rapport avseende 1975 och 1976 års undersökningar av levnadsförhållandena. LiberFörlag, Stockholm 1977.

– Levnadsförhållanden. Rapport II. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. LiberFörlag, Stockholm 1978.

Författarpresentation:

Margus Mägi är forskningsläkare vid Socialmedicinska institutionen och Reumatologiska kliniken, Umeå.

Erik Allander är professor i socialmedicin vid huddinge sjukhus.

Anders Bjelle är överläkare vid reumatologiska kliniken i Umeå.

Vårdprocessen och "värken" hos Vännäsbor

SVEN-OLOF ANDERSSON, SVEN FERRY, MARGUS MÄGI OCH GÖRAN WESTMAN

Olika stadier i vårdprocessen från befolkning till vårdcentral och specialistklinik har studerats med utgångspunkt från besvär i rörelseorganen. Resultaten visar att dessa tillstånd är vanliga i befolkningen, och att de utgör en viktig grupp bland de primära kontakterna och bland läkarbesöken. Patientmottagarfunktionen centrala roll i vårdprocessen bör uppmärksammas mera.

Nyckelord: Led- och Muskelsjukdomar, Primärvård, Vårdprocessen. Patientmottagare.

Artikeln bygger på ett föredrag av Ferry vid Läkaresällskapets riksstämma 1980 inför sektionen för allmänmedicin.

Studien har stötts med forskningsmedel från Medicinska fakulteten, Umeå universitet.

Syftet

Syftet med vår studie är att försöka beskriva olika stadier i vårdprocessen med utgångspunkt från "värken". Med vårdprocessen menar vi förloppet från upplevda besvär i befolkningen till besök vid vårdcentral och eventuellt specialistklinik.

Vad är "värk"?

Med "värk" avser vi upplevda besvär, symtom eller medicinskt definierade sjukdomar i rörelseorganen. I Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar omfattar denna besvärsgrupp kapitel XIII: "Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven" (diagnosnr 710-738) och "Symtom från extremiteterna och leder" (diagnosnr 787).

Värk är mycket vanligt förekommande i befolkningen och utgör en av de viktigaste besvärsgруппerna inom primärvården. Dessa förhållanden behandlas närmare i två andra artiklar i samma nummer av tidskriften (Mägi o.s. 1981 a, b).

Vännäs vårdcentral

Vårdcentralen ligger 3,5 mil från remissinstansen Umeå regionsjukhus, vilket framgår av figur 1. Vid vårdcentralen finns tre allmänläkartjänster. Arbetstiden för läkare består av ca 60 % vanligt patientarbete inklusive post och telefon, 20 % organiserad hälsovård och 20 % basarbetstid. I vårdcentralens upptagningsområde bor drygt 8.000 personer. Ålders- och könsstrukturen i

befolkningen överensstämmer relativt väl med både länet och riket.

Vårdprocessen

En schematisk beskrivning av vårdprocessen på individnivå finns återgiven i figur 2. Förloppet kan påverkas av en rad beslut, som fattas vid olika stadier i processen.

Vid upplevelse av tex värk kan en person, själv eller genom någon närstående person, besluta sig för att ta kontakt med vårdcentralen. Alternativa åtgärdsalternativ som står till buds är tex att bedriva egenvård (avvakta eller behandla själv), söka hjälp utom vårdapparaten (homeopat, kiropraktor m.fl.) eller söka specialist direkt.

Om kontakt tas med vårdcentralen sker detta oftast per telefon – vid Vännäs vårdcentral i 95 % av tillfällena. Omkring 2/3 av kontaktorsakerna är "primära", dvs nya eller ändrade sjuk- och hälsovårdsproblem.

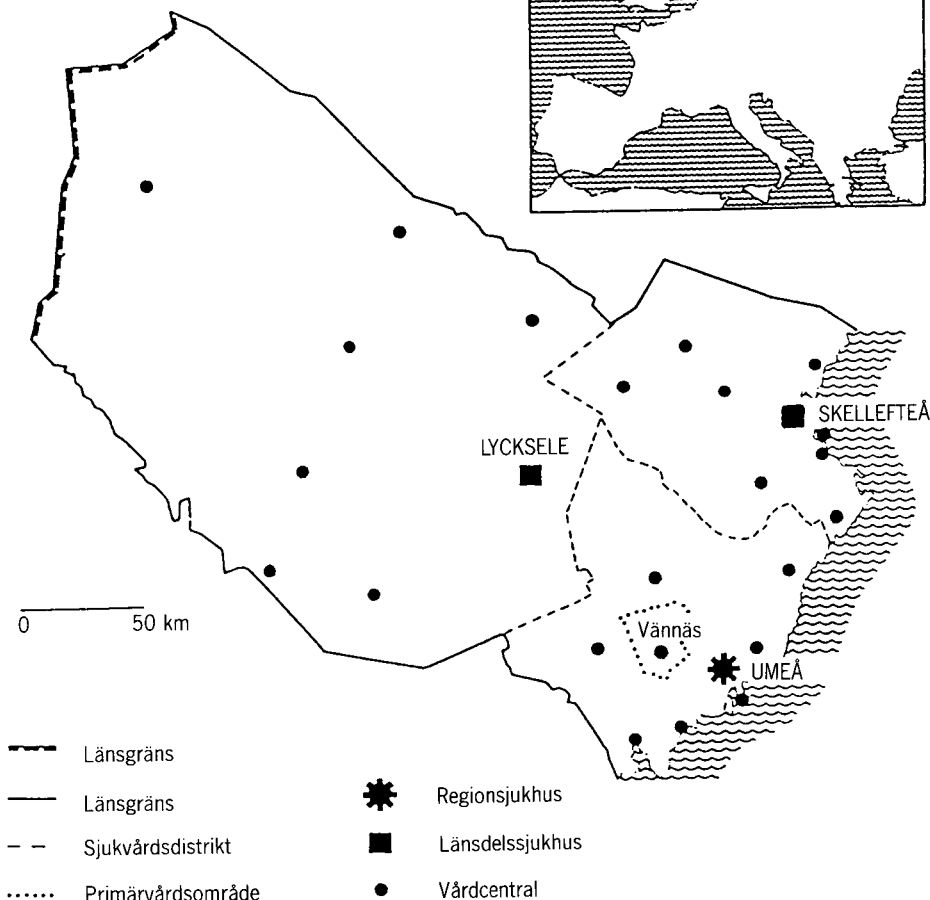
Vid vårdcentralen finner vi nästa beslutsfattare – patientmottagaren. Vid vårdcentralen har vi utarbetat ett kontaktorsaks/åtgärdsregister. Kontaktorsakerna i denna är indelade enligt Socialstyrelsens klassifikation av sjuk-

domar. Patienten presenterar sina problem för patientmottagaren, som då använder registret som beslutsunderlag för hur hon skall handlägga dessa problem. Exempel på beslut som patientmottagaren kan fatta är att ge råd till egenvård, ge patienten tid för läkarbesök vid vårdcentralen, be läkaren ringa upp patienten eller hänvisa till annan instans (tex distriktssköterska).

Om patienten kommer i kontakt med allmänläkaren kan han i sin tur besluta att tex ge patienten en återbesökstid, men han kan även följa upp patienten per telefon eller brev, remittera patienten vidare till specialist eller avbryta kontakten.

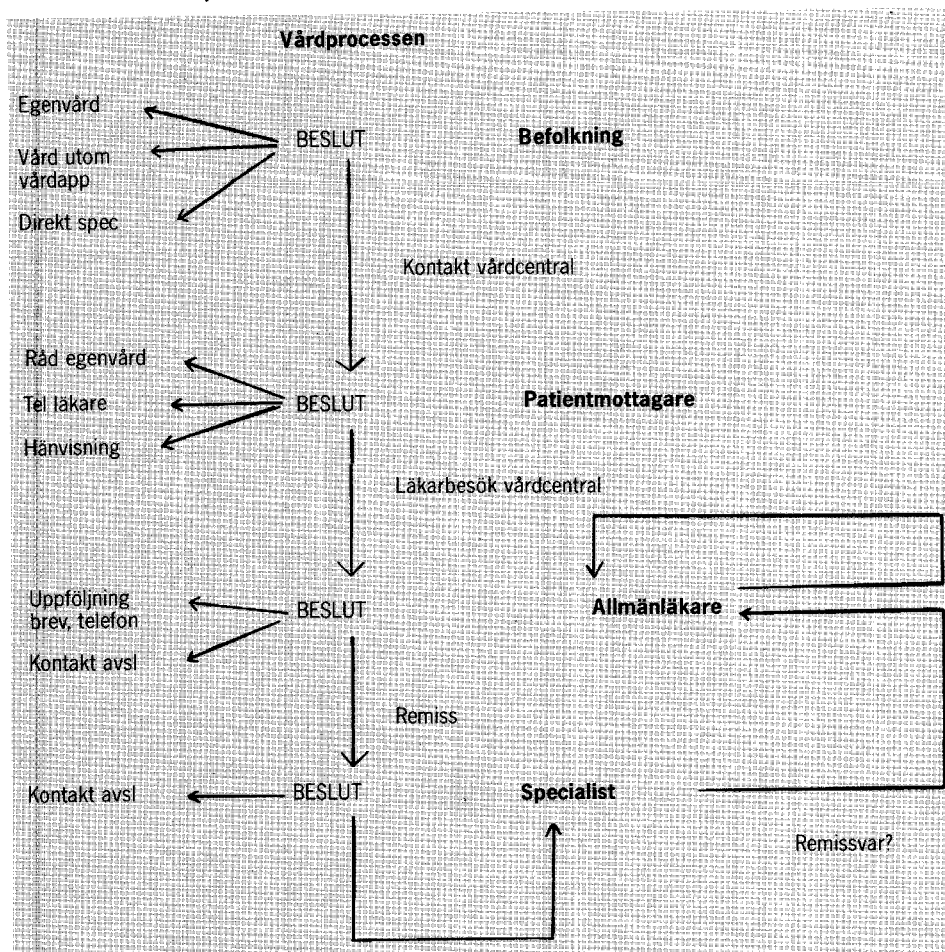
Specialisten å sin sida kan återremittera patienten till allmänläkaren, men kan också behålla patienten, remittera vidare till annan specialist eller avbryta kontakten.

Västerbottens län



Figur 1. Sjukvårdsorganisationen i Västerbottens län med Umeå, Skellefteå och Lycksele sjukvårdsdistrikt. Uppagningsområdet för Vännäs vårdcentral markerad.

Figur 2. Vårdprocessen med dess olika beslutsfattare: den sjuke i befolkningen, patientmottagaren, Allmänläkaren och specialisten.



Tabell I. Metoder, material samt tidsperiod för studie av respektive stadium i vårdprocessen.

Stadium i vårdprocessen	Metoder	Material	Tidsperiod
Befolkningen	postenkät	var 10:e Vännäsbo i åldrarna 16–70 år	november 1979
Patientmottagare	kontaktsaks/åtgärdsregister	alla primära kontakter	4 v. sept 1979
Allmänläkare	R/P blankett	alla besök med "värk"	3 mån hösten 1978
Specialist	remiss	alla remisser till specialistklinik	3 mån hösten 1978

Metod och material

I tabell I ges en översikt över de metoder och material vi har utnyttjat vid studie av de olika stadierna i vårdprocessen.

Befolkningen

Förekomst av upplevda besvär från rörelseorganen registrerades med hjälp av en postenkät, som skickades till var 10:e Vännäsbo, slumpmässigt valda ur befolkningen i åldrarna 16–70 år. Bortfallet var 18%. Undersökningen genomfördes under november 1979. Enkäten omfattade ett 50-tal frågor om bla attityder till och kunskap om hälsa och vård, hur tillgänglig vårdcentralen upplevs och hur nöjd/missnöjd man är med den.

Den fråga vi använt i enkäten för att belysa "värken" har följande lydelse: "Har Du under de senaste **tre månaderna** besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd? Och vad gjorde Du åt det? Markera med kryss i kolumnerna vad som bäst beskriver Dina besvär och vad Du gjort åt dem under de

senaste tre månaderna." Därefter följer en lista på symtom samt följande åtgärdsalternativ 1) ingen åtgärd, 2) själv behandlat krämpan, 3) behandlat krämpan utom vårdapparaten (homeopat, kiropraktor el likn, 4) sökt sjuksköterska, 5) sökt läkare. "Ledbesvär" och "Ont i ryggen" är de symtom i listan som vi använt för att mäta förekomsten av värk i befolkningen.

Patientmottagaren

Registrering av patientmottagarnas handläggning av de olika patientproblemen har gjorts vid flera tillfällen. Vid varje primär kontakt noterades den kontaktsaks och åtgärd som patientmottagaren bedömde som viktigast i kontaktsaks/åtgärdsregistret. Resultat från en fyra veckorsperiod i september 1979 skall redovisas.

Allmänläkaren

Som arbetsinstrument vid vårdcentralen används den sk R/P-blanketten, (figur 3), som följer journalen till even-

tuellet läkarbesök. Under en tre månaders period hösten 1978 registrerades läkarbesök med värk vid vårdcentralen med hjälp av R/P-blanketter. De data som vi registrerade var bla uppgiven kontaktsaks, antal problem patienten sökte för samt reumatologisk diagnos. Med uppgiven kontaktsaks avses patientmottagarens noteringar på R/P-blanketten av de symtom patienten uppgav vid kontakttillfället. Dessa besvärbeskrivningar har kodats med avseende på anatomisk lokalisation och besvärstyp. Läkaren angav på R/P-blanketten antal problem som patienten sökte för, om besväret från rörelseorganen utgjorde huvud- eller biproblem samt vilken medicinsk diagnos han ställt. Här utnyttjades kapitel 13 i Socialstyrelsens "Diagnoskoder för öppen vård".

Specialisten

För samma tidsperiod som ovan har samtliga remisser, (exklusive rttg), till regionsjukhuset i Umeå gått igenom. Remisser pga värk har specialiserats.

Resultat

Befolkningen

Av de totalt 578 personerna som besvarade enkäten uppgav 41% att de hade haft "värk" under de senaste tre månaderna, 23% att de haft enbart "Ont i ryggen" och 10% enbart "Ledbesvär" medan 8% hade haft besvär från både rygg och leder. Värkgruppens ålders- och könsfördelning avvek endast obetydligt från totalbefolkningens. I värkgruppen fanns en viss förskjutning mot de yngre åldersklasserna. Betydande skillnader fanns emellertid mellan de med enbart "Ont i ryggen" och enbart "Ledbesvär" på så sätt, att de med ledbesvär var relativt sett betydligt äldre samt hade en överrepresentation av kvinnor.

Skillnader förelåg mellan båda dessa grupper även med avseende på vilka åtgärder man vidtagit. I båda grupperna hade mer än hälften ej sökt någon hjälp, men andelen var här betydligt högre för de med ryggbesvär (tabell II). Bland de med enbart ledbesvär hade 34% tagit kontakt med sjukvården medan endast 10% bland de med enbart ryggbesvär

Tabell II. Fördelning av åtgärds-kategorier för personer i befolkningen som uppgett sig ha enbart "Ledbesvär" eller "Ont i ryggen". Procentuell fördelning inom respektive besvärsgupp.

Åtgärds-kategori	Enbart "Ledbesvär" %	Enbart "Ont i ryggen" %
Ingen åtgärd	47	57
Själv behandlat	7	17
Sökt hjälp utom vårdapparaten	2	14
Sökt sjuksköterska	4	1
Sökt läkare	31	9
Uppgift saknas	9	2
Totalt	100	100
Absolut antal	55	133

Figur 3. Exempel på R/P blankett använd vid Vännäs vårdcentral. Läkarbesök med besvär från rörelseorganen.

Inrättning VÄNNÄS VÅRDCENTRAL				Registrering/planering			
Anm				Personnr XX XX XX - XXXX			
Kontakttidpunkt mån dag kl 12 05				Efter, förnamn N N			
Sign pt-mott läkare SS				Adress			
Tfn, hem/arb							
Patientproblem/kontaktsak							
Ont i ett knä. Mycket värk, svårt att gå. Svullet runt knäet och bak i benet.							
Beslut							
Åtgärd				Bokningsförutsättningar			
☒ Besök läkare ☐ Recept ☐ Tfn läkare ☐ Besök sisköt ☐ Rådgivn/hänvisn				Brädska 0 Besök när Läkertid 20 Patientönskemål: läkare, tidpunkt, etc			
Text Huvuddiagnos: 714				Bokad Till SOA Mån 12 Dag 06 Kl			
Önskade undersökningar/provtagningstid							
☐ Pt-Massa ☒ U-Glukos ☒ U-Sndiment ☒ B-SR ☒ U-Protein ☐ Pt-Ekg ☒ B-Hb ☒ U-Hemo ☐ Pt-Max püst ☒ B-Glukos ☐ U-Bakt ☐ Pt-Hörselkurva				Andre undersökningar Bokad för provtagning Mån Dag Kl Sign Provsvar till läkarbesöket			

hade gjort det. I den senare gruppen hade däremot betydligt fler sökt hjälp utom vårdapparaten. I gruppen med både rygg- och ledbesvär saknades uppgifter om åtgärd hos en fjärdedel, vilket gör att resultatet här blir mer osäkert. Denna grupp förefaller dock inte en mellanställning i förhållande till de "rena" besvärsgруппerna.

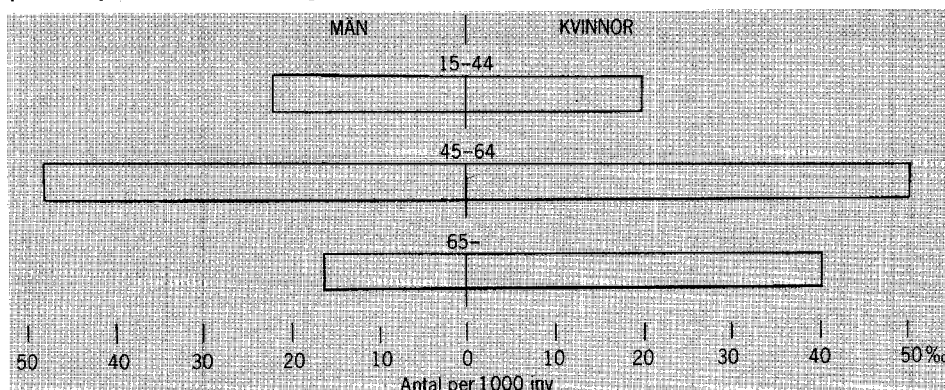
Patientmottagaren

Figur 4 visar en sammanställning av fyra veckors registrering av primära kontaktsaker vid vårdcentralen under september 1979. Kontaktsakerna är indelade i de 18 huvudgrupper som finns i åtgärdsregistret. Gruppen med besvär från rörelseorganen (XIII) var näst vanligast och utgjorde 14% av samtliga primära kontakter.

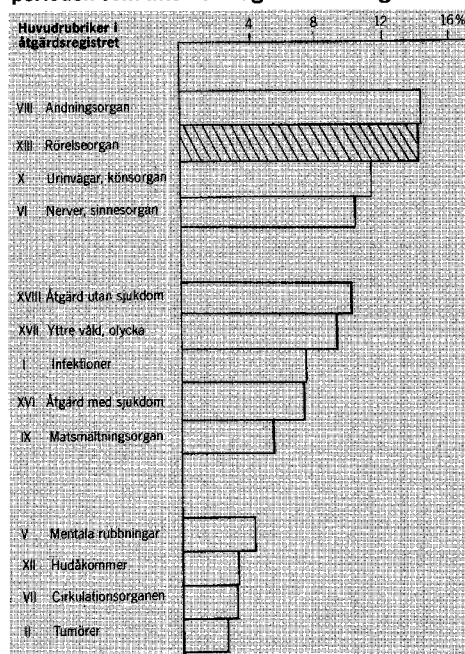
Allmänläkaren

Under tremånadersperioden hösten 1978 registrerades totalt 221 läkarbesök med värk. Dessa utgjorde 11,8% av samtliga läkarbesök under motsvarande tidsperiod. De 221 besöken gjordes av 200 patienter, varför några personer hann besöka vårdcentralen mer än en gång under registreringsperioden.

Figur 5. Patienter, som vid läkarbesök fått en "värkdiagnos", fördelade på ålder och kön. Antal personer per 1 000 invånare, registrerade under tre månader 1978.



Figur 4. Primära kontakter vid Vännäs vårdcentral registrerade under fyra veckor, 1979. Procentuell fördelning på åtgärdsregistrets huvudrubriker. I figuren saknas IV Blodbildande organ, III Ämnesomsättning och XIV Missbildningar som tillsammans utgjorde 3%, samt XV Graviditet och barnsäng och XI Nyföddhetsperioden som inte fick någon markering.



Patienternas köns- och åldersfördelning, angivet i antal per 1 000 invånare, framgår av figur 5. Åldersgruppen 45-64 är dominerar hos båda könen. Antalet patienter sjunker bland de äldre, nedgången är mest markant bland män. Bland de olika diagnosgrupperna dominerar ryggbesvär hos både män och kvinnor, (tabell III), näst vanligast var mjukdelsreumatism, dvs besvär från senor, senfästen, bursor, muskler samt ospecifik ledvärk. Den relativa andelen artriter var betydligt större hos män än hos kvinnor, och de utgjordes hos männen av framför allt postinfektiösa artriter och gikt. Några större skillnader i den relativa fördelningen av sjukdomsgrupper mellan patienter med huvud- och biddiagnoser framkom ej.

Tabell III. Patienter, som vid läkarbesök fått en reumatologisk diagnos, fördelade på sjukdomsgrupper. Procentuell fördelning.

	Män %	Kvinnor %
Reumatoid artrit		4
Övriga artriter	16	4
Kollagenos		1
Mjukdelsreumatism	25	24
Artralgi	2	10
Ryggbesvär	44	34
Artros	6	11
Övriga	7	12
Totalt	100	100
Absolut antal	94	106

En analys av de uppgivna kontaktsakerna visade att det vanligaste symtommet var olika typer av smärta, som förekom i genomsnitt vid 80% av samtliga läkarbesök. Skillnaderna mellan de olika sjukdomsgrupperna var liten. Överensstämmelsen mellan uppgiven kontaktsak och medicinsk diagnos med avseende på uppgiven lokalisation och typ av besvär var god.

Specialisten

Totalt skickades 205 remisser till specialistkliniker (exklusive rttg) vid Umeå regionsjukhus under tremånadersperioden hösten 1978. De motsvarande 10% av totalantalet läkarbesök under samma tidsperiod.

21 remisser skickades pga besvär från rörelseorganen, motsvarande 9% av läkarbesöken med värk. Fördelningen av dessa remisser på olika specialistkliniker framgår av tabell IV. De flesta remisserna skickades till ortopedklinik. I 10 fall var frågeställningen medicinsk bedömning och behandling, i 8 fall operativa ingrepp, varav 2 gällde ryggar. Totalt remitterades 6 patienter med ryggbesvär, ingen av dessa hade frågeställningen korsettbehandling.

Diskussion

Hur väl stämmer våra resultat med andras?

Vännässtudien resultat från "befolkningen", "allmänläkaren" och "specialis-

Tabell IV. Fördelning av remisser med "värk" på olika specialistkliniker vid Umeå regionssjukhus. Absolut antal.

	Specialistkliniker vid Umeå Regionssjukhus			Totalt
	Ortoped	Reumatn	Övriga	
Inflammatorisk reum sjd	—	2	1	3
Mjukdelsreumatism	—	1	1	2
Ryggbesvär	3	—	3	6
Artros	3	—	—	3
Övriga	7	—	—	7
Summa	13	3	5	21

ten" stämmer väl överens med vad som rapporterats från andra håll.

Besvär från rörelseorganen är vanligt förekommande i befolkningen och Vännäsborna skiljer sig härvidlag inte från riket som helhet, enligt resultaten från läginkomstutredningens hälsointervjuer (Johansson 1970). Vid båda undersökningarna har man utnyttjat en symptomlista som mätinstrument, referensperioden var dock 12 månader i läginkomstutredningen mot 3 månader i Vännäsundersökningen.

Andelen som bedrivit egenvård, dvs avvakat eller själv behandlat sin åkoma, var hög framför allt hos personer med ryggbesvär. Förekomst av "isbergsfenomenet", dvs att endast en del av den upplevda sjukligheten i befolkningen kommer till sjukvårdens kännedom, har påvisats även i andra studier. Exempelvis fann Gannik och Jespersen (1980) i sin studie av ryggbesvär i Naestveds kommun i Danmark, att drygt en tredjedel av personer med ryggbesvär över huvud taget inte sökte hjälp från sjukvården. Enstaka besvärperioder gav upphov till kontakt med sjukvården i endast en fjärdedel av tillfällena. Från Norge har liknande data rapporterats, även om kontaktfrekvensen med sjukvården där var något lägre (Kogstad, Gudmundsen 1978).

Vid genomgång av studier i primärvården (Bjelle, Mägi 1980) finner man, att andelen med värk av samtliga läkarbesök tenderar att variera kring 12%. Även den relativa fördelningen av de olika reumatiska sjukdomsgrupperna följer i stort samma mönster som vi fann i Vännäs, med en dominans av ryggbesvär, åtföljt av mjukdelsreumatism och artrostillstånd (Bjelle, Mägi 1980).

Vid samma genomgång av primärvårdsstudier fann man, att andelen remisser till specialist av samtliga läkarbesök tenderar att vara 10% eller lägre, vilket väl stämmer överens med våra resultat. Det visade sig också att patienter med värk inte remitterades i någon högre omfattning än andra patientkategorier.

Patientmottagarfunktionen

Under 70-talet har denna speciella patientmottagarfunktionen på vårdcentraler utvecklats (Spri 1977). Det finns rapporter från primärvården där denna funktion berörs, oftast dock under andra benämningar som tex

"sjukvårdsupplysning" (Spri 1978) och "telefonrådgivning" (Söderström oa 1980). Det är viktigt att påpeka, att patientmottagarfunktionen inte behöver vara knuten till en viss personalkategori, även om det oftast är en sjuksköterska som är patientmottagare. Vännäs vårdcentral har tillsammans med Spri bedrivit ett utvecklingsarbete angående informationssystem för primärvården (Spri 1980) och vidareutveckling av löpande vårdplanering enligt Lerumsmodellen. Som ett led i detta utvecklingsarbete har vi vid olika tidpunkter registrerat de enskilda patientmottagarnas beslut om åtgärd, och funnit stora skillnader i de olika patientmottagarnas sätt att åtgärda de primära kontakterna. Exempelvis fann vi, under en fyra veckor lång registreringsperiod, mars 1978, att andelen primära kontakter som fick råd till egenvård varierade mellan 17–55%, tid för läkarbesök mellan 23–47% och uppringning av läkare mellan 5–10%, (Andersson oa 1979). Medelvärdena för respektive åtgärd var 44%, 34% och 7% för patienterna som grupp. Med största sannolikhet föreligger liknande variationer även vid andra vårdcentraler, även om de ej har rapporterats. Patientmottagarfunktionen har studerats vidare vid Vännäs vårdcentral, hösten 1979 och 1980. Bearbetning av materialen pågår.

I dag finns ingen särskild utbildning för patientmottagare, men en kurs planeras fn av SPRI. Det är viktigt att fortbildning även bedrivs lokalt (Anderson oa 1979).

Har vi lyckats beskriva vårdprocessen?

I vår studie försöker vi beskriva ett dynamiskt förlopp med hjälp av "tvärsnitt" från olika delar av processen. Dessa data är insamlade vid olika tidpunkter och för syften som ursprungligen var andra än det nu aktuella. Det är därför inte möjligt att ange den absoluta fördelningen av olika personer på de skilda stadierna i vårdprocessen. För detta krävs en longitudinell uppläggning, som tex den studie som gjordes av Gannik och Jespersen (1980). I vår studie har vi kombinerat data från befolkningen och vårdapparaten samt försökt att belysa vad som sker före läkarbesöket. Detta ger en fullständigare bild av vårdprocessen än om studien hade begränsats till registrering av enbart läkarbesök.

Litteratur

ANDERSSON SO, FERRY S, WESTMAN G: Läkaren, patienten och sjuksköterskan – hur attityder och tillgänglighet påverkar en vårdcentral och dess befolkning. Kongresskatalog 1. Nordiske kongress i almenmedicin, Köpenhamn, 1–4 juni 1979

BJELLE A, MÄGI M: Rheumatic disorders in primary care. A study of two primary care centers and a review of previous Swedish reports. Scand J Rheum, in press 1981

GANNIK D, JESPERSEN M: Rygbesvær og sygdomsadfærd. Selvbehandling meget hyppig. Nordisk Medicin 95: 247–250 1980

JOHANSSON S: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Läginkomstutredningen Allmänna Förlaget, Stockholm 1970

KOGSTAD O, GUDMUNDSEN J: Ryggliedelser. En epidemiologisk undersökelse. Tidskr Nor Laegeforen, 98: 1076–1079 1978

MÄGI M, BJELLE A: Epidemiologiska synpunkter på reumatiska sjukdomar – en översikt, SFAM-nytt 1981, 2, 84–89

MÄGI M, ALLANDER E, BJELLE A: Reumatiska besvär i befolkningen. SFAM-nytt, 1981, 2, 90–92

SÖDERSTRÖM U, WESTERLUND U, WESTERLUND-SANDBERG S, ZINGMARK CO: Omvärdering av arbetsuppgifter ger högre effektivitet på vårdcentral. Läkartidningen, 77: 2859–2863 1980

Spri: Vårdcentral i en storstadeförort. Tynnered-Göteborg. Spri rapport 6/78

Spri: Grundjournal – Primärvård. Spri rapport 37/80

Författarpresentation:

Sven-Olof Andersson är distriktsläkare vid Vännäs vårdcentral.

Sven Ferry är distriktsläkare vid Vännäs vårdcentral.

Margus Mägi är forskningsläkare vid Socialmedicinska institutionen och Reumatologiska kliniken, Umeå.

Göran Westman är distriktsläkare vid Vännäs vårdcentral och lärare vid sektionen för Allmänmedicin, Socialmedicinska institutionen, Umeå.

Det muskuloskelettala sjukdomspanoramat

En specialstudie av allmänläkarbesök vid Hallunda vårdcentral

AGNETA VIGBORG

Ur en vårdkonsumtionsanalys på Hallunda vårdcentral har en specialstudie på patienter med muskuloskelettala diagnoser gjorts samt jämförelse med totalmaterialet. Det konstaterades att 1/4 av alla allmänläkarbesök utgjordes av patienter med led- och muskelsjukdomar. Knappt hälften i denna grupp svarade för c:a 1/5 av mottagningens besök. Merparten av dessa patienter hade ryggproblem. I de fall då patienten sökt vårdcentralen 3 gånger eller fler på grund av muskuloskelettala besvär uppvisade 80% av patienterna dessutom psykiska problem samt mer än dubbelt så ofta alkoholproblematik jämfört med totalmaterialet (6%).

Nyckelord: Led- och Muskelsjukdomar, Primärvård, Patientregistrering, vårdutnyttjande.

På Hallunda vårdcentral gjordes 1978 en retrospektiv genomgång av 1/30 av alla journaler avseende distriktsläkarbesök på vårdcentralen under tiden 1976-01-01-1977-03-31. Syftet var bl.a. att se vilka som sökte vårdcentralen, varför och vilka åtgärder som vidtogs (Läkartidningen 19:1837-1841, 1980).

Med anledning av SFAM-NYTT:s temanummer om led- och muskelsjukdomar har en detaljgranskning av vård-sökande med diagnos hänförd till kap. 13 - muskuloskelettala sjukdomar utförts (SOS: Diagnoskoder i öppen-vård 1977).

Upptagningsområde och resurser

Hallunda vårdcentral är belägen i ett förortsområde (Stockholm) utmed Mälaren, vilket byggts upp under 1970-talet. 4/5 bor i flerbostadshus.

Området, som kan nås med bla tunnelbana, har en avvikande socio-ekonomisk profil vilket framgår av tabell I. Nästan var 3:e invånare är invandrare. De representerar 80 olika nationer. Befolkningen är ung. Barnantalet och nativiteten är stor. En stabilisering av området håller på att ske och småbarns-andelen har börjat minska.

Tabell I. Några socioekonomiska faktorer i upptagningsområdet för Hallunda vårdcentral samt Stockholms läns landsting. (Källor: Områdesbeskrivningar Botkyrka 1977 och Statistik om Stockholms län 1977.

	Hallunda vc	Stockholms läns landsting
Andel		
småbarn (0-6 år)	16%	9%
äldre 65 år	3%	13%
invandrare	27%	10%
Omflyttningen	25%	17%
Medianinkomst (Index: Botkyrka kommun = 100).	94%	103%
Bilnehav (Index: Botkyrka kommun = 10).	85%	101%

Den 1:a vårdcentralen i Hallunda var mycket underdimensionerad. Den öppnades 1974 och skulle betjäna 33.000 invånare. I juni 1980 öppnades Hallunda nya hypermoderna, utökade vårdcentral belägen i ett servicehus. På vårdcentralen finns bl.a. 5 distriktsläkare och 2 utbildningstjänster samt specialistläkare i barn och gynekologi.

RESULTAT:

Vilka söker allmänläkare?

Hela materialet: 173 individer gör 389 besök på vårdcentralen eller i genomsnitt 2,2 besök/patient. Merparten av besökarna är 15-44 år. Dessa gör drygt hälften av besöken (54%). Kvinnor gör 54% av besöken. Även i invandrargrupper (22% av besöken) söker kvinnor och män ungefärligen i samma utsträckning. Jourfallen utgör 38%.

Kap. 13 (muskuloskelettala sjukdomar): 33 individer har gjort 85 besök, således 2,6 besök/individ. Även i denna grupp är merparten (51% av besöken) 15-44 år. Näst största gruppen är pensionärer 31%. Kvinnor gör knappt hälften av besöken (49%). Andelen jourfall är antytt högre (41%).

Tabell II. Procentuell fördelning och rangordning för diagnoser inom de fem vanligaste diagnoskapitlen.

Rang:	% av besök	% av samtl. diagnoser	Diagnos-kapitel:
1	23	14	XIII. Muskuloskelettala sjukdomar.
2	23	14	VII. Cirkulationsorg. sjukdomar.
3	17	10	VI. Nervsystemets o sinnesorganens sjukdomar (öron...).
4	16	10	VIII. Respirationsorganens sjukdomar.
5	16	10	Y. Fall utan sjukdom (Bl.a. kontroll efter otit, UVI).

Diagnoser:

Hela materialet: Tabell II. I genomsnitt sattes vid varje besök 1,7 diagnos.

Kap. 13: Tabell III. I genomsnitt 2,7 diagnos vid varje besök.

Tabell III. Procentuell fördelning av muskuloskelettala sjukdomar. Kapitel 13.

	% av diagnos kapitel 13:
Columna vertebralis:	
-Cerviko-kraniellt smärtsyndrom	9
-Cerviko-brachialt smärtsyndrom	1
-Thorakalt smärtsyndrom	1
-Lumbalt smärtsyndrom (lumbago ischias)	31
-Lumbago + spondylos	18
Summa:	60%
-Arthros (mest knä)	17
-Ledsmärtor	10
-Myalgi	1
-Reumatoid arthrit	2
-Övrigt - kapitel 13	10
	100%

Åtgärder:

I genomsnitt registreras 2,2 åtgärder per besök. Några åtgärder har plockats fram och redovisas i tabell IV.

Tabell IV. Fördelning av åtgärder.

Hela material:	% av samtl. besök:	Kap 13: % av sökande med diagnos från kap 13
Åtgärd:		
Recept	58	62
Sjukskrivning	13	27
Intyg (huvudsak LUT)	2	5
Röntgen	11	27
Sjukgymnastremiss	8	21

Tabell V. Några viktiga karakteristika för besökare på allmänläkarmottagningen, Hallund vårdcentral.

	Hela materialet:		Kap 13:	
	1-2 besök:	≥ 3 besök:	1-2 besök:	≥ 3 besök:
% individer	73	27	55	45
% besök	44	56	28	72
Antal besök/individ	1,3	4,6	1,4	4,9
Dominerande åldersgrupp	15-44	15-44	15-44	15-44
Alkoholmissbruk (% individer)	4	11	0	13
Psykiska besvär (% individer)	4	33	6	80

Tillfälliga – flergångsbesökare: Tabell V.

Tillfälliga besökare

Som tillfälliga besökare har definierats sådana patienter som besökte vårdcentralen en eller två gånger under den studerade perioden.

Hela materialet: Huvuddelen av patienterna (73%) svarar för mindre än hälften av besöken (44%). Ingen skillnad mellan könen. Drygt 1/3 av besöken var jourbesök; de flesta gjorde på grund av infektioner – vanligast i luftvägar, öron och urinvägar.

Kap. 13: C:a hälften av besökarna (55%) gör c:a 1/4 av besöken (20%). Bland dessa patienter finns tex diffusa ledbesvär. Utredningsresultaten meddelades skriftligt och i flertalet fall fordrades därför inga återbesök.

Flergångsbesökare

Som flergångsbesökare har definierats sådana patienter som besökt allmänläkare tre eller fler gånger under perioden.

Hela materialet: Gruppen består av 47 personer som gör drygt hälften (56%) av samtliga allmänläkarbesök. Vart femte besök var akutbesök. Gruppen är inte homogen. Här finns lättinfekterade småbarn, men i genomsnitt har individerna många problem samt långvariga sjukdomar fysiskt men även psykiskt. I gruppen finns dubbelt så hög frekvens av alkoholmissbruk som i materialet i övrigt. Psykiska besvär var en av anledningarna bakom vart tredje besök.

Kap. 13: 15 Patienter gör c:a 1/5 (19%) av mottagningens alla besök. Bland de tillfälliga besökarna finns ingen känd alkoholproblematik – bland flergångsbesökarna däremot 13%. Psykiska besvär uppvisar merparten av patienterna (80%). De har i genomsnitt 1,3 psykisk diagnos per patient. Tabell VI.

Tabell VI. Mentala rubbningar (kap 5) hos individer med ≥ 3 besök på grund av muskeloskelettala sjukdomar (kap 13).

	% av kap 5:
Psykosomatiska besvär	43
Sömnsvårigheter	14
Psykoneros	10
Psykisk krisreaktion	10
Övrigt – kap 5	23
	100

DISKUSSION

Sjukdomar tillhörande muskeloskelettala systemet (kap 13) utgör på Hallunda vårdcentral den största diagnosgruppen. Vid 23% av besöken sättes en dylik diagnos (tätt följd av sjukdomar i cirkulationsapparaten). Huvudgruppen utgöres av patienter med besvär från kotpelaren – speciellt ländryggens problem (60% av fallen). – Av dessa tillhör c:a 1/5 den grupp som har besvär från nackskulderregionen.

Av flergångsbesökare tillhörande kap 13 har de flesta patienter ryggproblem. Hos dessa patienter finns en markant högre känd alkoholproblematik (13%). Trots detta har ingen fått alkoholdiagnos, men 80% har olika psykiska besvär. Könen fördelar sig lika, men männen har 2 psykiska diagnoser/patient medan kvinnorna uppvisar 1,3 psykisk diagnos/patient. Männen söker dessutom något oftare än kvinnorna. Männen har något högre sjukskrivningsfrekvens (kanske just därför de söker oftare?)

Patienter med led- och muskelsjukdomar sjukskrives dubbelt så ofta som genomsnittspatienten. Betydligt oftare utsätts de för röntgen – nästan var tredje patient. Sjukgymnastremiss är som väntat betydligt frekventare. Över huvudtaget är flergångsbesökare och då inte minst ryggpatienter en problemtyngd grupp som tar mycket tid i anspråk. (Nuvarande patientstatistik är för denna grupp mycket missvisande).

Sammanfattning

Vid nästan 1/4 av allmänläkarbesök på Hallunda vårdcentral i den aktuella studien konstaterades diagnos från muskeloskelettala systemet. Knappt hälften av dessa patienter svarade för nästan 20% av mottagningens besök. Merparten av dessa patienter hade ryggproblem. De fall då patienten sökt vårdcentralen ≥ 3 gånger på grund av muskeloskelettala besvär uppvisade patienten i 80% psykisk problematik. Dessutom var den kända alkoholproblematiken mer än dubbelt så stor som för övriga patienter.

Litteratur:

ALLANDER E, KÖNIG U, LANDELL E, MAGNUSSON G, TEGLUND B, VÄGERÖ D: Akutmottagningen – den nya husläkaren? Läkartidningen 74:1392-1396, 1977

BERESFORD SAA, WALLER JJ, BANKS MH, WALE CJ: Why do women consult doctors? Social factors and the use of general practitioner. British Journal of preventive and social medicine 31:221-226, 1977

BERFENSTAM R, BERG B, Smedby B: Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1973. SPRI-rapport 4/76, 1976

GUNNARSSON CH: Produktionsredovisning vid Örnköldsviks läkarstation. SPRI-rapport 3/74, 1974

HÄRNQVIST M: Sjukvårdskonsumtion i storstadsförort efter förändrad närservice. SPRI S91 (Tynnered, Göteborg), 1978.

MAGNUSSON G: Akutbesök och primärvården, Läkartidningen 75:3077-3081, 1978.

– The use and abuse of accident and emergency departments – the Stockholm experience. World Hospitals 15:170-172, 1979

MAGNUSSON G och AURELIUS G: Illness behaviour and nationality. A study of hospital care utilization by immigrants and natives in a Stockholm district. Social Science and Medicine. (In press). 1979

VIGBORG A: Allmänläkarvård i skuggan av ett storsjukhus. Läkartidningen 19: 1837-1841, 1980

MORELL DC: The epidemiological imperative for primary care. In: Primary Health Care in Industrialized Nations. S4. Editors: Burell CO, Sheps C, New York Academy of Science, New York, 1978

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING: Hälso- och sjukvårdsstatistik, 1976.

– Hälso- och sjukvården inför 90-talet. Remissbehandling från hälso- och sjukvårdsnämnden, 1979.

– Statistik om Stockholms län. Rapport nr 16, 1977

SYDVÄSTRA FÖRVALTNINGSOMRÅDET: Verksamhetsberättelse 1976-1977.

SOCIALSTYRELSEN: Hälso- och sjukvården inför 80-talet. Kapitel 7, P94, Socialstyrelsen, Liber förlag, Stockholm 1973.

– Diagnoskoder i öppen vård 1977.

BOTKYRKA KOMMUN: Områdesbeskrivning, Botkyrka 1978.

– Planeringskontoret, nr 5, 1978, Statistiska meddelanden.

SPRI-RAPPORT: Total sjukvårdskonsumtion i en definierad befolkningsgrupp. Studier från Dalby läkardistrikt, SPRI-rapport 12/76, 1976.

– Vårdcentral i en storstadsförort. Tynnered. SPRI-rapport 6/78, 1978.

– Öppenvård, hälso- sjuk och socialvård vid vårdcentralen i Tynnered. SPRI-rapport 18/74, 1974.

– Planering av öppenvård. Modell för Stockholms Läns Landsting. SPRI-rapport 2/74, 1974.

WHO: Classification for reasons of contacts with health services WHO/IDC9/REV. Conf. 75.2. 1975

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR: Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitetsutredningen. s 78 SOU 74: 1978.

Författarpresentation

AGNETA VIGBORG är distriktsläkare och vårdcentralschef vid Hallunda vårdcentral.

Vårdsökandes inställning till sjuksköterskors telefonrådgivning

HELEN HANSAGI och BRITT-GERD MALMBERG

I en enkätundersökning har attityderna till sjuksköterskeledd telefonrådgivning kartlagts hos dem, som sökte Tumba vårdcentral och akutmottagningarna vid Huddinge och Södertälje sjukhus. Faktorer som påverkar attityderna är bla upplevelse av kontakten med sjuksköterskan, framkomligheten i telefon och hur länge patienten haft sina symptom. De som sökte akutmottagningarna var genomgående nästan lika positiva till denna form av medicinsk service som de som redan använde sig av den. Artikeln är en bearbetning av ett föredrag vid läkarsällskapets rikstämma, sektionen för Allmänmedicin, 1980.

Nyckelord: Telefonrådgivning, Patientmottagare, Attityder, Attitydundersökning.

Patienternas attityder till rådgivning i telefon vid en vårdcentral har vi försökt belysa i en undersökning dels hos dem som söker upp en vårdcentral, dels hos dem som söker akutmottagningen i en storstad. Studien, ett delprojekt inom Tumbaprojektet, har genomförts på Tumba vårdcentral, belägen i sydvästra delen av Stockholms län, samt på akutmottagningarna på Huddinge och Södertälje sjukhus. Medverkat har förutom författarna sjuksköterskorna Birgitta Bäckström och Birgitta Sjöblom.

Rådgivning i telefon till allmänheten är en väsentlig del av vårdcentralens verksamhet som alltför lite har studerats. Den är avsedd att göra sjukvården mera tillgänglig samtidigt som det är en möjlighet att spara på den vara som primärvården på många ställen har brist på – allmänläkare.

Vid de flesta vårdcentraler i Stockholms läns landsting sköts denna telefonrådgivning av sjuksköterskor måndag-fredag 8-17. Vid Tumba vårdcentral har handlägningsrutiner för arbetet i telefon utarbetats av läkare och sköterskor gemensamt och dessutom finns det dagen igenom möjlighet att hänvisa samtalen till någon av allmän-

läkarna. Rutinerna har modifierats efter Lerum-modellen.

En "ätgärdshandbok" är till stor hjälp, men arbete i telefon ställer mycket stora krav på sjuksköterskornas lyssnarförmåga och medicinska erfarenhet.

Syfte och frågeställning

I syfte att studera de vårdsökandes upplevelser av denna telefonrådgivning och inställning till den gjorde vi en enkätundersökning, där frågeställarna hade väckts av sjuksköterskorna vid allmänläkarmottagningen.

Vad påverkar patienternas attityder? Tidigare erfarenhet? Avsikt med samtalet? Upplevelse av kontakt med sjuksköterskan? Framkomligheten till vårdcentralen? Symptom och symptomdurations? var några av de frågor man ville ha svar på.

Material och metoder

I studien ingår dels 421 personer som under två veckor i februari 1980 kontaktade allmänläkarmottagningen på Tumba vårdcentral "vårdcentralspatienter", dels 194 personer som under samma tid sökte på akutmottagning vid sjukhusen i betjäningsområdet (exkl barn under 15 år och ambulansfall) "akutpatienter". Vårdcentralspatienterna fick hemsänt en enkät en vecka efter telefonkontakten med vårdcentralen. Akutmottagningarnas patienter fick under kontorstid besvara en likartad enkät medan de väntade på läkarundersökning. De övriga fick en postenkät 1-3 dygn efter avlagt besök.

Resultat

Tre renodlade attitydfrågor ställdes, både i vårdcentralsenkäten och i akutenkäten, där idén med telefonrådgivning förklarades och de svarande ombads att gradera sin inställning från mycket positiv till mycket negativ. Alternativen slogs vid bearbetningen ihop till "positiv" resp "negativ" (varken positiv eller negativ inställning fördes till "negativ").

Frågorna gällde:

- att rådgivningen sker i **telefon** istället för vid personligt besök
- att sköterskan försöker göra en **medicinsk bedömning**
- att sköterskan **ger råd** vid enklare sjukdomstillstånd.

Vårdcentralspatienternas attityder är att knappt 45% är positiva till att råd-

givning sker i telefon istället för vid personligt besök, knappt 60% positiva till att sköterskan gör medicinsk prioritering medan så många som drygt 80% är positiva till rådgivning vid enklare sjukdomstillstånd. De som bor nära vårdcentralen är mer intresserade av att komma ned på besök i stället för att ta telefonkontakt och i centrum av Tumba bor också de flesta.

Akutmottagningspatienternas motsvarande fördelning är att 30% är positiva till rådgivning per telefon istället för vid personligt besök, 50% positiva till att sköterskan gör medicinsk bedömning och 70% positiva till rådgivning vid enklare sjukdomsfall.

Skilnaderna i inställningen mellan vårdcentralens och akutmottagningens patienter är inte signifikanta på 5% nivå. Ännu närmare vårdcentralspatienternas inställning kommer de 111 patienter på akutmottagningen som har någon erfarenhet av telefonrådgivningen (dvs haft kontakt med den för sitt nuvarande besvär eller tidigare).

Mest positiva till rådgivningsverksamheten är naturligt nog de vårdcentralspatienter som ringt i avsikt att få råd (41 st) medan de flesta faktiskt ringde för att få tid.

Så mycket som 79% av vårdcentralspatienterna uppger att de fick god kontakt med sjuksköterskan i telefonen, resten tyckte något annat, tex att sjuksköterskan verkade jäktad eller att hon inte lyssnade ordentligt. Mest nöjda var även här de patienter som ringde i **avsikt att få råd**: 85% av dessa upplevde kontakten positiv:

Framkomligheten i växeln har också påverkat upplevelsen av telefonkontakten: av dem som kom fram direkt eller fick vänta högst 4 minuter är det signifikant fler som tyckte att de fick god kontakt med sjuksköterskan än av dem som fick vänta 5 minuter eller mer. ($P < 0,05$).

Av dem som uppgivit att de fått råd/anvisning av sjuksköterskan i telefon säger sig 92% ha följt rådet helt eller delvis. De som fick tid hos läkare har inte alltid uppfattat detta som råd/anvisning. Bland dem som uppgav att de inte följt råden hade enbart 53% upplevt att de fick god kontakt med sjuksköterskan mot 85% av de som följt rådet. (De som inte fick god kontakt med sjuksköterskan var mindre benägna att följa råden (72%).)

På frågan om man tror att en läkare hade givit annat telefonråd/andra anvisningar svarade bara 6% jakande. Resten svarade nej eller vet ej. Även här spelar upplevelsen av kontakten en viss roll. Av dem som inte fick så god kontakt med sjuksköterskan tror en större andel (21%) att en läkare skulle ha givit annat råd. Allmänheten tycks hysa förtroende för sjuksköterskan.

Har man haft kortvariga besvär är man genomgående både bland vårdcentralspatienter och akutmottagningspatienter mycket positiv till telefonrådgivning, speciellt till att sjuksköterskan ger råd vid enklare sjukdomstillstånd.

Akutmottagningspatienter är i så hög andel som 90% positiva till detta om man haft sina besvär mindre än 2 dagar. Hur symptomen fördelar sig i de två materialen ses i tabell I och i tabell II ses symptomdurationen.

Inga samband har kunnat konstateras mellan ålder eller kön och övriga variabler.

Sammanfattning och diskussion

Inställningen till sjuksköterskors telefonrådgivning är alltså positiv hos en stor majoritet av dem som har erhållit sådan rådgivning. De personer som föredragit att söka vård på akutmottagningen har inte signifikant negativare inställning till rådgivningsverksamheten som sådan.

Faktorer som påverkar attityderna är bl.a. i viss utsträckning tidigare erfarenhet av vårdcentral, avsikt med samtal, upplevelse av kontakt med sjuksköterskan i telefon, framkomligheten i växeln och symptomduration.

Vår undersökning visar att patienterna hyser förtroende för sjuksköterskor i telefonrådgivningsarbete. Viktigt är att framkomligheten till denna service är god för den påverkar de vård-sökandes upplevelse av kontakten med rådgivande sjuksköterska.

Denna kontakt påverkar i sin tur med sannolikhet både patientens benägenhet att följa råden och hans/hennes inställning i stort till den här formen av service inom sjukvården.

En grupp som eventuellt kan påverkas att ändra sitt beteende mot en ökad kontakt med primärvården är de som idag är akutmottagningspatienter med kort symptomduration, allt under förutsättning att man på vårdcentralen är lättillgänglig per telefon.

Tabell 1. Vanligast angivna symptom/kontaktanledning i vårdcentralmaterialet respektive akutmottagningsmaterialet.

Symptomgrupp	Vårdcentralpatient		Akutmottagn.patient	
	N	%	N	%
Förkylningssymptom*	108	25,7	29	15,2
Symptom från muskel system	78	18,5	23	12,0
Mag- tarmkanalssymptom	39	9,3	26	13,6
Hydsymptom	32	7,6	3	1,6
Symptom från underliv och urinvägar	30	7,1	9	4,7
Kroniska sjukdomar och symptom från hjärta och kärl**	28	6,7	10	5,2
Oro, sömnbesvär, yrsel	17	4,0	10	5,2
Skador	8	1,9	49	25,7
Div övriga besvär (allergiska, ögonbesvär etc)	27	6,4	26	13,6
Sjukintyg	37	8,8	1	0,5
Ej svar	17	4,0	5	2,6
Totalt	421	100	191	100

* Inkl. öronvärk, halsont, feber, hosta

** Hit hör hypertoni, diabetes och andra av patienterna angivna diagnoser

Tabell II. Symptom duration hos patienter som sökt vårdcentral respektive akutmottagning.

Symptomduration	Vårdcentralspatient		Akutmottagn.patient	
	N	%	N	%
≤ 2 dagar	54	12,8	85	43,8
2 dagar-3 veckor	159	37,8	52	26,8
≥ 3 veckor	183	43,5	51	26,3
Ej svar	25	5,9	6	3,1
Totalt	421	100	194	100

Litteraturförteckning

MALMBERG B-G mfl: Projektplan för Tumbaprojektet, SLL, 1980

BÄCKSTRÖM B, SJÖBLOM B: Nöjdare patienter till en lägre kostnad? Rapport 1, Tumbaprojektet

SPRIRAPPORT 3/1977: Löpande vårdplanering.

Författarpresentation

Helen Hansagi är sociolog i Tumbaprojektet, Tumba vårdcentral.

Distriktsöverläkare Britt-Gerd Malmberg är projektledare i Tumbaprojektet vid Tumba vårdcentral.

Distriktsläkaren som radiodoktor

OLLE LYGSTAM

Det började som ett samarbete för att hålla hög beredskap inför epidemier av de vanligaste barnsjukdomarna. Det blev en serie på ett 40-tal radioprogram om våra vanligaste sjukdomar, inklusive påssjuka, mässling, kikhosta men också med rubriker som acne, gikt, magsår och lårbensbrott. I praktiskt taget samtliga program har distriktsläkare Olle Lyngstam samtalat med lokalradiochefen i Skaraborg Thomas Körling. Artikeln är en bearbetning av ett föredrag vid Läkarsällskapets riksstämma, sektionen för allmänmedicin, hösten 1980.

Nyckelord: Primärvård, Massmedia, Kommunikation, Hälsoupplysning.

Det är helt uppenbart att allmänhetens kunskaper om den egna kroppens reaktioner i hälsa och ohälsa är bristfällig trots en stor, utbyggd sjukvårdsapparat och läkarspalter i praktiskt taget varenda tidning. Effekterna av denna okunskap blir att allmänheten kontaktar sjukvårdsapparaten i form av jourcentraler, vårdcentraler, akutmottagningar och liknande för allt mer "banala" åkommor. Förr kunde man rådgöra med den äldre generationen om vad man skulle göra vid olika sjukdomstillstånd och fick då ett mer eller mindre vederhäftigt medicinskt svar, men ändå ett svar. I dag bor ofta generationerna åtskilda och denna naturliga kontakt saknas. Informationsbehovet blir mest tydligt under olika epidemier.

Samarbete lokalradion – vårdcentralen
För att i någon mån råda bot på dessa knappa kunskaper startades för drygt ett år sedan ett samarbete mellan Radio Skaraborg och Skövde vårdcentral där målsättningen var att i Lokalradion informera om de vanligaste infektionssjukdomarna. Programmen inspelades i förväg och omfattade c:a 7 minuters samtal om det aktuella ämnet. Sändningen skedde till en början på måndagar i ett morgonblock med repris vid lunchtid samma dag. Lyssnarönskemål gjorde dock att vi efter c:a 10 program övergick till en morgon- och en eftermiddagsändning. Enligt gjorda lyssnarundersökningar når Radio Skaraborg vid dessa tidpunkter c:a 50% av länets invånare i åldrarna 9–79 år, dvs



omkring 90.000 personer. Programmen utformades som ett samtal mellan patienten/reportern Thomas Körling – tillika lokalradiochef med ett medicinskt intresse – och Olle Lyngstam, distriktsläkare vid Skövde vårdcentral. Vid varje program försökte vi besvara frågan: "Behövs doktorn?"

Vi fann snart att informationsbehovet om vanliga sjukdomstillstånd är stort och att allmänheten över huvud taget har svårt att hitta rätt i en alltmer komplicerad vårdapparat. Detta fick till följd att vi producerade ytterligare ett stort antal informativa program som utformades och sändes på samma sätt som de tidigare nämnda. Av tabell I framgår vilka ämnesområden som berörts.

Utöver Olle Lyngstam har en tandläkare medverkat i 3 program om tandfrågor, länets hälsovårdsöverläkare har informerat om olika hälsoprogram i 4 program. Dessutom har en kirurg och en invärtesmedicinare medverkat i vardera ett par program.

Positiv kritik

Reaktioner från allmänheten har inte uteblivit. Brevfrågor och telefonsamtal till Lokalradion har varit frekventa. Programmen har också kommenterats positivt av patienter på våra mottagningar. Läkare och annan sjukvårdspersonal i Skaraborg tycks också ha följt serien. Inga negativa reaktioner har registrerats trots att vi inledningsskedet befarade detta. En anledning till att kritiken uteblivit kan vara att vi målmedvetet gått in för att uttrycka oss så enkelt som möjligt. Vår målgrupp har varit den breda allmänheten och inte personal inom sjukvården.

Fortsatt samarbete

Efter att ha producerat ett fyrtiotal pro-

gram om lika många sjukdomar upphörde serien vid årsskiftet 1980/1981. Beredskapen vid epidemier finns kvar och samarbete mellan Radio Skaraborg och sjukvården fortsätter i andra former. Visar det sig att behovet av den nu beskrivna informationen återkommer kan samarbetet i Skaraborg leda till att serien återupptages.

Tabell I. Ämnesområden för serien "Radiodoktorn" vid Radio Skaraborg med distriktsläkare Olle Lyngstam.

Höstförkylningar	Blindtarmsinflammation–
Huvudvärk och migrän	Gallsensbesvär–
Näsblod	Magsår–
Influensa	Hösnuva
Depressioner	Sömnbevär
Öroninflammationer	Allergier
Urinvägsinfektioner	Gonorré
Ont i ryggen	Starr
Påssjuka	Ledsjukdomar
Högt blodtryck	Förebyggande hälsovård–
Haemorrhoider	Hjärt- kärlsjukdomar–
Menssmärta	Kroniska luftrörskatarr–
Övergångsbesvär	Fetma–
Mjäll och acne	Ledgångsreumatism
Caries–	Mässling
Tandlossning–	Kikhosta
Munhygien–	Röda hund
Prostatabesvär	Gikt
Lunginflammation	Scharlakansfeber
Stress	Lårbensbrott
Ett läkarbesök	Gastroskopi i stället för röntgen?–
Fetma	Julmat

I de program som ovan efterföljs av – har specialister medverkat.

Olle Lyngstam är distriktsläkare vid Skövde vårdcentral.

R

ecensioner

OLAV EVJENTH och JERN HAMBERG: Töjning av muskler, varför och hur Del 1 och Del 2. Alfta Rehab Förlag, Box 93, 82200 Alfta, Malmö 1980. Pris: Del 1 150:- + moms, Del 2 140:- + moms.

Ortopedisk medicin, att undersöka och behandla störningar i ryggradens och extremiteternas strukturer är något som i stor utsträckning saknas i vår läkarutbildning. Då 10–15% av de patienter som söker oss på mottagningen har besvär från rörelseapparaten är detta en stor brist och förhindrar en aktiv och effektiv behandling som ersätts med analgetika och sjukskrivning. Vi har också svårt att skriva bra remisser till sjukgymnasterna som kan hjälpa till med behandlingen. Att efter undersökning av en patient med besvär från nacken skriva "Myalgia nuchae, tacksam för massage, tio behandlingar, remissvar önskas ej", känns inte tillfredsställande och tyder på bristande kunskap och/eller intresse för denna typ av patienter.

Vi allmänläkare behöver undervisning i undersökningsteknik och teknik för provbehandling där sjukgymnasterna sedan kan ta vid. Det känns därför angeläget att presentera två nyutkomna böcker i ämnet. Det är sjukgymnasten Olav Evjenth och överläkaren vid Alfta kurhem Jern Hamberg som skapat två bäcker om töjning av muskler, den ena omfattande extremiteterna och den andra ryggraden.

Innan man behandlar en rörelseinskränkning måste en noggrann undersökning göras för att bedöma var inskränkningen sitter. Ledens rörelse kan vara nedsatt, muskelfunktionen kan vara inskränkt eller bindväv runt leden kan strama. Musklerna är utsatta strukturer som ofta skadas och då reagerar med förkortning och inskränkt funktion i den angränsande leden. En teori om hur detta uppstår är att oträning, bristande koordination eller ovana rörelser ger mikrotraumata i muskel med ändrat rörelsemönster, kontrakturer och smärta som följd. Detta i sin tur kan leda till degenerativa förändringar i leden som kan förebyggas genom töjningar. Dysfunktionen i muskel kan även ge skador på kärl och perifera nerver tex scalenussyndromet.

Principen för töjning är: först en statisk kontraktion mot motstånd följt av avslappning och i detta tillstånd passiv töjning i muskelns rörelseriktning. Den initiala kontraktionen ger en uppvärmning av muskeln och ju kraftigare den är, desto större blir avspänningen. Den

passiva töjningen följs av ytterligare statisk kontraktion i ytterläget, avslappning och töjning osv tills normalt rörelseomfång uppnåtts. För att töjningen skall vara effektiv skall en ordentlig sträckning och eventuellt en "skön" smärta upplevas av patienten. Töjningarna bör upprepas dagligen och kan ofta utföras av patienten i hemmet efter instruktion.

Efter den inledande beskrivningen av teorin bakom effekterna vid muskeltöjning genomgås tekniken för töjning av de flesta musklerna i kroppen. Varje moment är föredömligt illustrerat med teckningar som visar dels utgångsställning och dels slutställning. Teckningar är här bättre som illustration än foton, då allt oväsentligt kan tas bort. Slutligen presenteras i tabellform vilka muskler som kan vara hindrande i de olika ledernas rörelser.

För att ha nytta av de här presenterade böckerna krävs goda kunskaper i anatomi, fysiologi, ledmekanik och muskelfunktion. Tyvärr saknar vi läkare i stor utsträckning dessa. Det behövs utbildning. Framför allt ryggradens leder är komplicerade. Jern Hamberg har i ett kapitel i "Allmänläkarboken" (Fichtelius) försökt att lära ut undersökningsteknik och behandlingsförslag vid nackbesvär. Det är dock svårt att utan handledning tillgodogöra sig detta. Jag har haft förmånen att genomgå kurs hos Jern Hamberg i Alfta omfattande just detta område. Därvid klarnade mycket, men utan fortsatt handledning på hemmaplan faller många av de inövade handgreppen snart i glömska. Det samma gäller säkert även de behandlingsförslag som presenteras i böckerna om muskeltöjning. De är utmärkta för sjukgymnaster som har möjlighet att bruka dem mer eller mindre dagligen. För oss läkare är det mer tips om vad som kan göras hos gymnaster. Varken tid för behandlingar av detta slag eller utrustning i form av behandlingsbänk finns. Med en större tillgång till sjukgymnaster vid vårdcentralerna tror jag allmänläkaren kan lära sig mer om rörelseorganen genom litteraturstudium kombinerat med fortlöpande handledning och gemensam genomgång av patienter.

Vi behöver alltså mer utbildning i undersökningsteknik, först då kan vi tillgodogöra oss de kunskaper i töjning av muskler som har presenterats, och utvidga vår behandlingsarsenal för behandling av patienter med besvär från

rörelseapparaten att omfatta mer specifika åtgärder än "fjorton dagars sjukskrivning, hundra Paraflex comp och eventuellt en allmänt hållen sjukgymnastikremiss (3 mån väntetid!)"

Kjell Hultsten
Distriktsläkare, Tibro

Seloken[®]

metoprolol 50, 100 mg (tabletter), 200 mg (Duretter[®])

selektiv
 β -blockerare
med indikationerna
hypertoni och angina pectoris

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger SFAM-NYTT – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

”Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM.” – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala ”fackmöten” för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm