

15072107

SFAM nytt

Nr 3 1982 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN



Ur innehållet:
LANDSTINGSFÖRBUNDETS KONGRESS
FORSKNING OCH UTVECKLINGSARBETE I PRIMÄRVÅRD

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 viddala 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

Ledare: Forsknings- och utvecklings-
arbete i primärvård.
Bo Haglund 92

FÖRENINGSNYTT:
Brev till Landstingsförbundet angående
Scandinavian Journal of Primary
Health care 92

KURSER OCH KONFERENSER:
Information angående WONCA-möte
i Singapore. 93

Landstingsförbundets kongress i juni
1982 i sammanfattning 94

Primärvården behöver information
Margareta Bowallius 95

Försök till hypertonskrivning med
knappa resurser
Birger Thorell 96

Hemsjukvård i Frövi
*Erik Bäärhielm, Elsie Forsberg,
Ulla Rüdffjäll, Agneta Samby-Larsson* 97

Varför vårdutnyttjandestudier?
En värdering av studier i öppenvård
*Agneta Dahlkvist, Lise-Lotte Kärne
bro, Margus Mägi* 98

Person - kontakt - problem: Vård-
forskningens ABC?
Margus Mägi 102

Studier av hög sjukvårdskonsumtion
vid vårdcentral.
Metoder och tillämpning
Göran Ejlertsson 104

Distriktsläkarens arbetsuppgifter -
ett bidrag till en modell för rationell
vårdplanering
Lars Berg, Bo Haglund 106

Utarbetande av symptom^(m) råd -
åtgärd - en medicinsk vägledning
för patientmottagare
Bertil Marklund 110

R/P-blanketten - ett epidemiologiskt
hjälpmedel
Hans Thörn 111

Joursystem - Kisamodellen
Melker Falkenberg 112

Inför 80-talets allmänpsykiatri
Mats Bëling 114

En vetenskaplig artikels innehåll
Bo Haglund 115

Tidningen som kom bort! Enkätan-
gående-Scandinavian-Journal-of
Primary-Health-Care 116

Forsknings- och utvecklings- arbete i primärvård

Forskning och utvecklingsarbete i primärvård är huvudtema för landstingsförbundets 28:e kongress, juni 1982. Utgående från den nya hälso- och sjukvårdslagen som beräknas träda i kraft den 1 januari 1983 anges att primärvården är basen för hälso- och sjukvården. Den måste få ökat stöd på grund av sin strategiska betydelse för att få i gång ett förebyggande och hälsoinriktat arbete och för att kunna erbjuda vård på lika villkor. Primärvården har också förutsättningar att i lagens anda ge patienterna vård och omsorg i former som så lite som möjligt ingriper i människornas normala liv.

Primärvården måste byggas ut och utvecklas utan att hälso- och sjukvården totalt sett kan påräkna något egentligt tillskott av resurser. Primärvården måste söka sig nya vägar för att arbetet skall bli bättre och effektivare. Det innebär att den måste få den stimulans som forsknings- och utvecklingsarbete (FOU-arbete) ofta ger.

I dag går 6,5 miljoner kronor av statliga medel till primärvårdsforskning, huvudsakligen till Dalby, Tierp och Vilhelmina. Samtidigt går ungefär 450 miljoner kronor till forskning inom andra områden av hälso- och sjukvården. Man kan mot den bakgrunden förstå sjukvårdshuvudmännens otålighet och att de redan själva satsar stora resurser på FOU-arbete.

Grunddragen i den kunskapsprofil för primärvård som huvudmännen vill skall genomsyra FOU-arbetet är:

- en praktisk inriktning
- särskild uppmärksamhet på sammansatta vårdbehov
- huvudansvar för FOU-insatser för fördelning och tillgänglighet av hälso- och sjukvårdens tjänster
- hälsoarbetet i människors närmiljö

Detta skall omsättas genom att varje landstingsområde bör ha en eller flera *utvecklingsvårdcentraler*. Dessa skall arbeta i samverkand med landstingens centrala *samhällsmedicinska funktioner* (hälsovårdsenheter) och med den statliga högskolans *"storinstitutioner"*.

På personalsidan skall inrättas *stipendier, projektmedel, tidsbegränsade tjänstledigheter* med bibehållna löneförmåner samt *särskilda FOU-tjänster*.

SPRI får ett vidgat ansvar för spridning av kunskap om vad primärvårdens FOU-arbete gett för resultat.

Kravet på en särskild primärvårdsfond som SFAM tidigare framfört beaktas i programskriften.

Det är i ljuset av den vikt kunskapsutbyte tillmätes i rapporten som SFAM:s brev till landstingsförbundets kongress skall ses om att varje vårdcentral och sjukhusbibliotek borde prenumerera på den nya primärvårdstidskriften *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Självklart borde varje vårdcentral, högskola och sjukhusbibliotek även prenumerera på SFAM-nytt,

BO HAGLUND

Förenings
nytt

Brev till Lands- tingsförbundet angående Scandinavian Journal of Primary Health Care

Inom ramen för landstingsförbundets aktionsprogram för forskningsefter-satta områden har till Landstingsförbundets 28:e ordinarie kongress 1982 en programskrift tagits fram om forskning och utvecklingsarbete i primärvården.

I programskriften framhålles "primärvården är basen i sjukvårdsorganisationen. Den måste byggas ut och utvecklas utan att hälso- och sjukvården totalt sett kan påräkna något egentligt tillskott av resurser. Primärvården måste söka sig nya vägar för att arbetet skall bli bättre och effektivare. Det innebär att den måste få den stimulans som forskning och utvecklingsarbete (FOU-arbete) ofta ger. I avsnittet - hur skall primärvårdens FOU-arbete stödjas och utvecklas? - lämnas förslag till olika åtgärder. Det framhålls att de olika intressenterna regering, riksdag, statliga myndigheter, forskningsråd, högskolor och universitet, sjukvårdshuvudmännen och deras organisationer samt forskarna måste ta ett gemensamt ansvar för primärvårdens FOU-arbete".

FOU-arbete i primärvård utgör grunden för en förändring och förbättring av den dagliga praktiken i primärvården. En viktig del av FOU-arbetet är *utbyte av forskningserfarenheter*. Nordiska allmänmedicinare har för att öka detta utbyte diskuterat en gemensam nordisk tidskrift, "Scandinavian Journal of Primary Health Care".

Den allmänna målsättningen med den här tidskriften är att skapa ett forum för utbyte av forskningserfarenheter mellan de nordiska länderna, men den skall också vara en spegel av primärvårdsutveckling och primärvårdsforskning i Norden internationellt. Den kan på samma sätt utgöra ett forum för internationell primärvårdsforskning gentemot de nordiska länderna.

En mer specifik målsättning är att tidskriften skall publicera rent vetenskapliga artiklar som framkommit genom forskning utförda av allmänpraktiserande läkare eller inom primärvård.

Planläggningsarbetet med tidskriften har nu pågått i mer än ett år och varje nordiskt land har utsett en redak-

SFAM nytt

Periodisk tidskrift för allmänmedicin.

Ansvarig utgivare:

Ingvar Krakau

Huvudredaktör:

Bo Haglund, Karolinska institutet, Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/9891 00.

Redaktör:

Magnus Eriksson, Repslagaregatan 3A, 951 35 Luleå, tel: 0920/158 56

Adress:

SFAM-nytt, Karolinska institutet, socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/9891 00.

ISSN 0349-4772

Annonser:

MJ Annonserförmedling
Ahlströmergatan 18, nb 11247 Stockholm,
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:

100 kr per år, för studerande 50 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 5440-5 till SFAM-nytt. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1982.

tör, i varje nordiskt land har en redaktionskommitté utsetts och dessutom ett nät av vetenskapliga referenter.

Material finns redan färdigt och granskat av referenter för 2 till 3 nummer av tidskriften.

Enligt planerna skule nr 1 av skriften utkommit i januari 1982. Tyvärr har oförutsedda händelser inträffat som ryckt undan den ekonomiska grunden för tidigare budgetramar för tidskriften. Nordiska Forskningsrådet har för den första treårsperioden av tidskriften beviljat 36.000 Dkr/år till redaktionellt arbete. Det här räcker dock inte för att klara tidskriften ekonomiskt utan vi behöver redan under inledningsfasen, ytterligare ekonomiskt stöd.

Grunden för en tidskrift är ett kontinuerligt stöd från prenumeranter och helst då också institutioner.

Som ett led i Landstingsförbundets satsning på FOU-arbete i primärvården ser vi från Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) som önskvärdt: *att landstingsförbundet vid sin kongress sommaren 1982 som sin rekommendation uppmanar sina medlemmar att varje vårdcentral och sjukhusbibliotek inom respektive landstingsområde prenumererar på den nya forskningstidskriften i primärvård "Scandinavian Journal of Primary Health Care".*

Styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin

Utgivning av SFAM-nytt

SFAM-nytt nummer 4 beräknas utkomma 20 september, nummer 5 18 oktober och nummer 6 24 november.

Artiklar och annat material till nummer 4 måste vara redaktionen tillhanda senast 1 augusti. Manusstopp för nummer 5 och nummer 6 är 1 september respektive 1 oktober.

Singapore 24-24 maj 1983

Den tionde världskongressen i Allmän medicin - WONCA-kongressen - hålls i Singapore den 20-24 maj 1983. Svensk Förening för Allmän Medicin är representerad i världsorganisationen genom en plats i dess styrande organ Council och två platser i dess beslutande organ Assembly. Programmet för kongressen kommer att bli intressant och stimulerande och det preliminära programmet har följande utseende:

HIGHLIGHTS OF SCIENTIFIC PROGRAMME

1 Keynote address

Dr Donald Rice, Executive Director of the College of Family Physicians of Canada, will deliver the keynote address, titled "The Challenge of Family Medicine Around the World in the 80s". Dr Rice's field of interest is in training leading to certification in Family Medicine and he is an author of numerous publications on this subject. He has a long involvement in WONCA being the first Chairman of the WONCA Council, a President-Elect from 1972-74, President from 1974-76 and a member of the WONCA Executive Committee from 1972-80. He was accorded a Fellowship by WONCA in October, 1980.

Plenary sessions

There will be 4 plenary sessions. The list of invited plenary speakers who have accepted is given below:

Day 1 - 21 st May, 1983:

"CHALLENGE OF FAMILY MEDICINE AROUND THE WORLD"

Dr Lee Suan Yew
Private Practitioner/Fellow Member
College of General Practitioners
Singapore

Prof David Metcalfe
Chairman, Dept of general Practice
University of Manchester
United Kingdom

Dr Julio Ceitlin
Director general
International Center for family
Medicine
Argentina

Day 2 - 22nd May, 1983:

"EDUCATION"

Dr Reg Perskins
Private Practitioner/Fellow Member
College of Family Physicians
of Canada
Canada

Dr Wesley Fabb
Hon. Secretary/Treasurer
WONCA
Australia

Dr F Marian Bishop
Chairman, Dept of Community
Medicine
University of Alabama
U.S.A.

Day 3 - 23rd May, 1983:

"RESEARCH"

Dr Maurice Wood
Chairman, Dept of Family Practice
Virginia Commonwealth University
U.S.A.

Dr Henk Lamberts
Private Practitioner/Fellow Member
Netherlands College of General
Practitioners
Netherlands

Dr Poul A Pedersen
Research Leader
Central Research Unit of General
Practice
Denmark

Day 4 - 24th May, 1983:

"FUTURE OF FAMILY MEDICINE"

Dr MK Rajakumar
Private Practitioner/Fellow Member
College of General Practitioners of
Malaysia
Malaysia

Dr Max Polliack
Member
WONCA Executive
Israel

Prof Robert Raker
Head, Dept of Family Practice
University of Iowa
U.S.A.

Dr TDS Seddon
Private Practitioner/Member
New Zealand College of General
Practitioners
New Zealand

3 WONCA Committee forums

The standing Committees will present educational forums from 1430-1700 hours on Saturday to Tuesday. The forums will address the areas of interest of each of the Standing Committees.

4 WONCA free-standing papers

Presentation of papers will be held from 1430-1700 hours on each day from Saturday to Tuesday. You are cordially invited to submit papers. These must be based on original work or observations. Each presentation will be limited to 10 minutes, followed by a 5 minutes discussion.

På avdelningen Free papers - Fria föredrag har det från svensk sida hittills anmälts elva föredrag. Det svenska deltagandet till kongressen kommer alltså att bli livligt.

Svensk Förening för Allmänmedicin arrangerar tillsammans med SJ Resebyrå/Specialresor och World Tourist i

Köpenhamn specialresa till kongressen. Alternativen för resan ser ut som följer:

Alternativ 1:

Grundarrangemang – kongressresa Singapore.

Utresa 18 maj. hemkomst 28 maj.
Pris 6.790 kr.

Alternativ 2:

Grundarrangemang + utbildningsresa till Kina med sjukhusbesök bla i Peking.

Utresa 18 maj. Hemkomst 3 juni.
Pris: 13.950 kr.

Alternativ 3:

Grundarrangemang + sol och bad på Malaysias östkust, Kuantan.

Utresa 18 maj. hemkomst 30 maj.
Pris: 7.690 kr.

Alternativ 4:

Möjlighet till individuella rundresor i Fjärran östern. Kontakta resebyrån för besked.

Kongressavgift 430 Sing \$ (c:a 1.290 SEK) för WONCA-medlem. Följeslagare 270 SING \$ (c:a 810 SEK).

Resebyrån ombesörjer anmälan till kongressen.

Kongressledningens officiella program erhålles av resebyrån vid anmälan av resan.

Begränsat antal platser. Anmäl snarast möjligt, dock *senast 1 november 1982*.

För ytterligare upplysningar, kontakta SJ Resebyrå/Specialresor, Vasagatan 22, 105 51 Stockholm. Telefon: 762 58 20. Peter Hellman, Stig Sönnerberg eller Hans Könberg.

Ytterligare information om kongressen lämnas av Göran Sjönell, internationell sekreterare i Svensk Förening för Allmänmedicin.

Forskning- och utvecklingsarbete i primärvården

Sammanfattning av rapport till Landstingsförbundets 28:e kongress, juni 1982

1300 & 40

Spridningen av kunskaper om forskning och utvecklingsarbete betonas på flera ställen i rapporten. Det är mot den bakgrunden styrelsen för Svensk förening för allmänmedicin sänt sitt brev till Landstingsförbundets kongress. Vi ber där Landstingsförbundet uppmana sina medlemmar att varje vårdcentral och sjukhusbibliotek inom respektive landstingsområde prenumererar på den nya forskningstidskriften i primärvård "Scandinavien Journal of Primary Health Care". Att varje vårdcentral i Sverige dessutom borde prenumerera på SFAM-nytt är också mot ovan en självklarhet.

Nyckelord: Forskning o Utvecklingsarbete, Primärvård.

Sammanfattning

Den nya hälso- och sjukvårdslagen beräknas träda i kraft den 1 januari 1983. Målen för hälso- och sjukvården blir en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen lägger ett större demokratiskt ansvar på landstingen att planera, utveckla och samordna verksamheten.

Hälso- och sjukvården måste hålla fast vid dagens vårdprioriteringar. Primärvården är basen i sjukvårdsorganisationen. Den har strategisk betydelse för ett förebyggande och hälsoinriktat arbete och för en vård på lika villkor.

Primärvården måste byggas ut och utvecklas utan att hälso- och sjukvård-

den totalt sett kan få något tillskott av resurser.

Primärvården kan ta ett ökat ansvar i det hälsopolitiska arbetet. Den kan arbeta för en vård på lika villkor och den kan ge vissa patientgrupper en mer personlig omvårdnad och en ökad trygghet i vården. Detta kan kallas *primärvårdsfilosofin*.

Primärvården måste söka sig nya vägar för att arbetet skall bli bättre och effektivare. Det innebär att den måste få den stimulans som forsknings- och utvecklingsarbete (FoU-arbete) ofta ger. Mot primärvårdsfilosofin svarar också en särskild *kunskapsprofil*. Den har närmare utvecklats i ett avsnitt om krav på nya kunskaper i primärvården.

Det finns också anledning att tala om en särskild *FoU-profil* för primärvården. Grunddragen i denna är:

- En praktisk inriktning
- Särskild uppmärksamhet på samsamsatta vårdbehov
- Huvudansvaret för FoU-insatser fördelning och tillgänglighet av hälso- och sjukvårdens tjänster
- Hälsoarbetet i människors närmiljö.

FoU-arbete är till karaktären långsiktigt och i ett längre tidsperspektiv blir alla frågor forskningsbara. På kort sikt sätter emellertid dagens kunskaper gränser för FoU-arbetet och gör att man måste gå fram stegvis.

Primärvårdens eget FoU-arbete kommer att utgöra endast en liten del av det totala FoU-arbetet. Den specialiserade medicinska forskningen kommer även framöver att stå för den dominerande delen av kunskapsuppbyggnaden inom hälso- och sjukvården.

Under rubriken "Hur ser det ut idag?", redogörs för statens och forskarnas ansvar samt för hur Spru och sjukvårdsmännen har stött primärvårdens FoU-arbete. Sammanfattningsvis konstateras att den nuvarande strukturen för finansiering och utförande av FoU inom hälso- och sjukvården har

lett till att viktiga områden inte blivit tillgodosedda och att sjukvårdshuvudmännen därför har sett till att ett FoU-arbete med breda problemområden har kommit igång utanför det traditionella "forskarsamhället". I bilaga redovisas några olika modeller för FoU-arbete som landstingen själva byggt upp.

I ett avsnitt om sjukvårdshuvudmännens krav på FoU-arbetet i primärvården framhålls bla att FoU-arbetet skall ta sin utgångspunkt i primärvårdens behov av nya kunskaper, att det skall behandla problem som framkommit i det praktiska vårdarbetet och att det skall möjliggöra en utvärdering av olika insatser ur såväl medicinsk som social, psykologisk och ekonomisk synvinkel.

Vidare skall FoU-arbetet göra det möjligt för primärvården att formulera frågor som måste besvaras på andra nivåer i sjukvårdsorganisationen eller vid universitetsinstitutioner/motsvarande. Sjukvårdshuvudmännen kräver också ett bättre informations- och kunskapsutbyte mellan primärvård, länssjukvård och regionsjukvård.

I avsnittet - "Hur skall primärvårdens FoU-arbete stödjas och utvecklas?" - lämnas förslag till olika åtgärder. De olika intressenterna, regering, riksdag, statliga myndigheter, forskningsråd, högskolor och universitet, sjukvårdshuvudmännen och deras organisationer samt forskarna måste ta ett gemensamt ansvar för primärvårdens FoU-arbete. Utifrån sina egna specifika ansvars- och kunskapsområden måste de olika organisationerna utveckla och intensifiera sitt stöd. Vissa förändringar måste beslutas och genomföras på riksnivå. Andra genom ökad samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och deras centrala organ, medan vissa krav måste tillgodoses på landstingsnivå.

Landstingens stöd till primärvårdens FoU-arbete föreslås ske på följande sätt. I varje landstingsområde bör finnas vid minst en vårdcentral/sjukhem särskilda resurser för FoU

sammanhållna inom en utvecklingsenhet. Dessa enheter bör samverka med landstingets centrala samhällsmedicinska funktion och med den statliga högskolan. Huvuddelen av FoU-arbetet skall ske i direkt anslutning till vården som en integrerad del av denna. Därutöver bör sjukvårdshuvudmännen stödja primärvårdens FoU-arbete genom stipendier, projektmedel, tidbegränsade tjänstledigheter med bibehållna löneförmåner samt särskilda FoU-tjänster.

Spri förteslås få ökat ansvar vad gäller initiering och prioritering av olika FoU-projekt i primärvården samt för spridningen av kunskaper om vad primärvårdens FoU-arbete gett för resultat. För dessa uppgifter bör Spri tillföras resurser. Denna fråga får avgöras i samråd mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen. Spri förväntas att inom ramen för sina nuvarande resurser kontinuerligt bistå sjukvårdshuvudmännen vid uppbyggnaden av primärvårdens FoU-arbete.

Statens stöd till primärvårdens FoU-arbete föreslås ske på följande sätt. Staten bör se till att en "storinstitution med viss profil" etableras i varje högskoleregion. Dessa institutioner bör inom respektive region ge primärvården stöd och hjälp vid uppbyggnaden av dess FoU-arbete. Institutionen bör samtidigt ta sig an frågor som har ett särskilt intresse för primärvården men som kräver FoU-resurser av sådant slag att endast institutioner har sådana.

På samtliga högskoleinstitutioner som behandlar hälso- och sjukvårdens problem ställs krav på vetenskaplig teoribildning och utveckling av vetenskapliga metoder. Detta för att göra det möjligt för hälso- och sjukvården att värdera effekten av olika instanser för att främja individens hälsa och välfärd.

De statliga storinstitutionerna kan också vara en resurs för den kommunala högskolan i arbetet med forskningsanknytningsfrågor.

Vidare föreslås att statsmakterna liksom berörda statliga myndigheter (UHÄ, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen mfl) snarast tar upp frågan om ändring av nuvarande arbetsformer och rutiner vad gäller prövning och tilldelning av basresurser för FoU.

Statens stöd till primärvårdens FoU-arbete föreslås också gå via anslag till olika projekt. Regering och riksdag måste ge anslagsbeviljande organ direktiv och anvisningar som vägledning för prioriteringar av forskningsområden och projekt.

Staten föreslås också överväga att till stöd för primärvårdens FoU-arbete invätta en särskild primärvårdsfond.

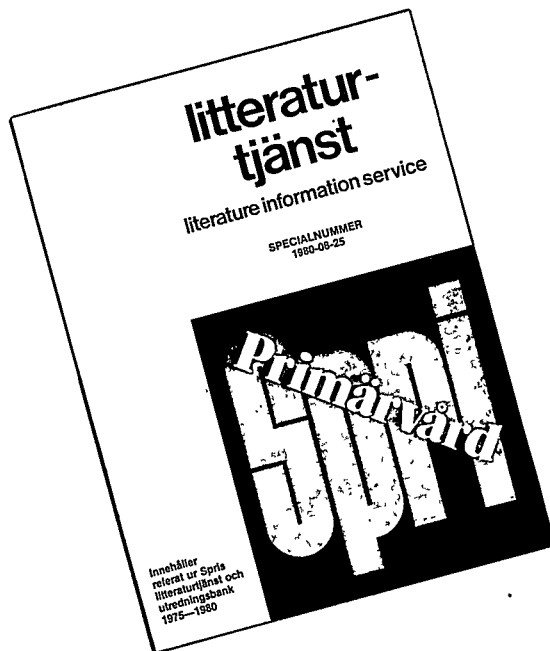
Slutligen finner sjukvårdshuvudmannen en uttalad forskningspolitisk hållning nödvändig för de anslagsbeviljande organen om forskningen skall kunna styras i samklang med värdpolitiska och samhällseliga prioriteringar.

INFORMATION OM PRIMÄRVÅRD

Spri-information för primärvården –
i dag och i morgon

Primärvården behöver information

MARGÅRETA BOWALLIUS



Nyckelord: Dokumentation, Information, Primärvård, SPRI I.

Primärvården håller på att få ett allt större ansvar för människors hälsa och för olika vårdinsatser. Den är basen i sjukvårdsorganisationen men utbyggnaden av den måste ske utan att hälso- och sjukvården totalt sett kan få mera resurser.

Detta kan bara åstadkommas om

- nya kunskaper och rön snabbt sprids och omsätts i praktiskt handlande
- pågående och planerade forsknings- och utvecklingsprojekt rapporteras fortlöpande
- behov av forskning och utveckling på försummade områden observeras

Så här sprider Spri primärvårdsinformation idag

Spri är redan i dag ett informationscentrum, där sjukvårdens forsknings- och utvecklingsarbete marknadsförs på många olika sätt. – Tyngdpunkten ligger på publikationsverksamheten och på den service som bibliotek, utredningsbank och byggbank ger. Kurser och konferenser har blivit allt viktigare instrument för informationsspridningen. Spri upplysningstjänst (med jourtjänst mellan kl. 9.00 och 15.00 varje arbetsdag) garanterar att alla som frågar Spri om något, vad det vara må, får ett snabbt svar. Frågor och svar

registreras och förses med nyckelord.

Många av SFAM-nyttas läsare har troligen redan ofta utnyttjat Spris tjänster på informationsidan. 1980 kom *Spri litteraturtjänst*, bibliotekets referattidskrift, ut med ett speciellt primärvårdsnummer. Ett liknande specialnummer beräknas utkomma under hösten som supplement till SFAM-nytt. Även referat under andra sökbegrepp än enbart "Primärvård" men med anknytning till primärvårdsområdet kommer att ingå.

... och snart blir det så här

För närvarande pågår ett planeringsarbete för datorisering av alla Spris informationsregister. Diskussioner förs om möjlighet att också föra in vårdprogrambankens innehåll på data. Den administreras tills vidare av planeringsavdelningens sektion för hälsoekonomi. Att vidareutveckla den datorbaserade informationen genom att fortlöpande å jourföra uppgifter om pågående och planerade forsknings- och utvecklingsprojekt inom primärvården, både de som sjukvårdshuvudmännen initierar och stöder och de som är statligt finansierade, är redan planerat. – Spri köper i dagarna en egen dator. Spri-databasen kommer att vara sökbar on line för alla som har terminalutrustning. Mera information om det här kommer i SFAM-nytt under hösten.

Försök till hypertonscreening med knappa resurser

BIRGER THORELL

Författaren redovisar i artikeln ett försök där man inom ramen för ordinarie verksamhet kan genomföra en screeningundersökning i sitt primärvårdsdistrikt. Genom omläggning av ordinarie arbetsrutiner har drygt 70% av alla män 40-60 år gamla kontrollerats avseende högt blodtryck. Författaren framhäver att för att träna sig i primärvårdsforskning krävs varken stora tekniska, personella, ekonomiska eller epidemiologiska resurser. Varje litet försök ger dock ovärderliga erfarenheter och kanske ett inte helt obetydligt medicinskt resultat.

Nyckelord: Hypertoni, hälsokontroll, epidemiologi, primärvård.

Bakgrund

Författaren är ensam ordinarie distriktsläkare med oftast 1 AT/FV-läkare till hjälp i Kungsörs kommun med ca 8500 invånare. Inspirerad av primärvårdsforskningsdiskussioner i Mälardalens distriktsläkarklubb försökte jag med minimal erfarenhet att genomföra en blodtrycksscreening tillsammans med företagshälsovården på orten.

Material och metod

I samarbete med distriktssköterskemottagningen (DSM) och företagshälsovården (FHV) ville vi nå alla män födda 1921-1940 (n= 933) under 800901-810331 för att på något av dessa ställen uppmäta ett blodtryck i liggande efter 10 minuters vila med kvicksilvermanometer. Ingen övrig standardisering förekom.

I första hand (skede I) gick vi ut i lokalpressen som skrev halvsidesartiklar samt hela löpsedlar om det "unika projektet". Samtidigt sattes anslag i A4-format upp på offentliga ställen i sam-

hället. Runt årsskiftet sändes ett brev ut med motivering för och anmaning till blodtryckskontroll till de som ännu ej infunnit sig (skede II 680 brev) och detta följdes av en påminnelse efter ytterligare 2 månader (skede III 400 brev).

Vi grupperade blodtrycken enligt tabell I:

Tabell I

<160/95	Normalt
160/95-170/105	Gränsvärde
>170/105	Förhöjt

Om patienten stod på antihypertensiv terapi markerades detta särskilt.

Resultat

Under skede I nådde vi 251 personer, skede II 280 och under skede III 132 personer. Sammanlagt 663 av 933, dvs drygt 70%. Av dessa stod 54 personer redan på antihypertensiv terapi.

De 663 fördelade sig enligt tabell II:

Tabell II

Uppmätt blodtryck	Okända = obehandlade	Kända hypertoniker
Normalt	539	32
Gränsvärde	34	14
Förhöjt	26	8

De 26 okända blodtrycksförhöjningarna efterkontrollerades på läkarstationen och 22 insattes på antihypertensiv terapi.

De 34 tillika okända patienterna med gränsvärden informerades om sitt blodtryck per brev och uppmanades att ånyo kontrollera trycket om ett år.

De patienter med en känd hypertoni som uppvisade en otillfredsställande trycksänkning, dvs gränsvärden eller förhöjda tryck (14+8) uppmanades ta kontakt med sin behandlande läkare för bedömning om terapiändring. Vid uppföljning visade sig 10 av dessa 22 fått ändrad terapi.

Det totala antalet hypertoniker i gruppen blev således 76 (22+32+14+8), vilket motsvarar 11,5% och väl överensstämmer med andra liknande undersökningar.

Diskussion

Arbetet kunde utföras under ordinarie arbetstid efter begränsade omdisponeringar.

Av den stora belastningen på distriktssköterskemottagningen dagarna direkt efter utsändandet av kallelserna drar vi slutsatsen att man bör skicka dessa i omgångar.

Distriktssköterskorna uppskattade undersökningen påtagligt på grund av inslaget av kontakt med friska människor och denna annorlunda typ av uppsökande verksamhet.

Ansökan om medicinskt forskningsanslag till landstinget om maximalt 3000 kronor beviljades i princip men pengarna var dessvärre slut. Den lokala förvaltningen ställde dock medel till förfogande enligt nedan:

Datalistor +
gummerade etiketter × 2 300 kronor
1.100 stencilerade
kallelser + kuvert 700 kronor
Summa 1000 kronor

Försändelsen distribuerades via tjänstepost.

Min slutsats blir, att för att träna sig i primärvårdsforskning krävs varken stora tekniska, personella, ekonomiska eller epidemiologiska resurser. Varje litet försök ger dock ovärderliga erfarenheter och kanske ett inte helt obetydligt medicinskt resultat.

Författarpresentation:

Birger Thorell är distriktsläkare vid Kungsörs vårdcentral.*

*Postadress: Vårdcentralen, 73600 Kungsör

Hemsjukvård i Frövi

ERIC BÄARNHIELM · ELSIE FORSBERG · ULLA RUDFJÄLL · AGNETA SAMBY-LARSSON

Nyckelord: Hemsjukvård, Örebro län.

Det började en höstdag 1976 – Elsie och Eric – satt på våra mottagningar och tittade i lite papper, rörande gamla och handikappade i vårt distrikt – Frövi. Så litet man som läkare egentligen vet hur våra patienter har det hemma hur de har det ordnat med hemhjälp, bostad, kosthåll; hur ordinationer och mediciner följs upp, hur hjälpmedel utnyttjas, hur förslag och åtgärder på kanske mycket enkla sätt kan förbättra tillvaron för en gammal och sjuk människa. Våra distriktssköterskor vet ju mycket mera om detta än doktorerna, men hjälper deras kunskap och resurser till? Kan man förstärka deras insats? Hur mycket kan doktorn göra om han kommer hem till patienten i hennes/hans bostad?

Vi tänkte vidare. Inhämtade tillstånd från blocket och gjorde upp ett enkelt registrerings- och åtgärdsschema. Vilka skulle vi uppsöka? Eller skulle patienterna ta kontakt med oss? – Nej – Vi utgick från listorna med landstingsbidrag som ju bla distriktssköterskorna skall följa upp för dem som vårdas i hemmet. Vidare skrev Eric upp de patienter han mött på sin mottagning, där kanske ett hembesök skulle vara motiverat – efter en försiktig fråga till patienten om det passade! Slutligen tog vi kontakt med socialförvaltningen inom kommunen, där vi var särskilt intresserade av uppgifter om sjuka och gamla som hade mycket hemhjälp från kommunens sida.

Ronder i hemmet

Så formade sig ett enkelt mönster. Vi startade våra hemronder, som vi kallade besöken. En fyratimmars eftermiddag i månaden. Ett varierande antal patienter besökte vi per gång, i snitt fyra stycken. En enkel journal för varje patient upprättades, där den sociala och medicinska miljön kartlades och där även ett åtgärds-mönster skissades.

Åtgärder

Åtgärder riktade sig åt olika håll:
 mot kommunen avseende bostad och hemhjälp;
 mot kommunen avseende bostadsförbättring via inkoppling av distriktsarbetsterapeut;
 mot landstingets dagvård för att aktivera den i hemmet sjuke/sjuka
 mot ålderdomshemmet avseende matportioner



mot andra sjukvårdsgrupper (långvårds-, medicin-, neurolog-, rehab- och andra kliniker).

Vi mötte ett nästan hundra procentigt gensvar hos våra patienter i hemmen. Vi tyckte oss märka en ökad trygghet hos gamlingarna när de visste att syster och doktor kunde komma hem till dem. Kanske inte alla åtgärder som skissats ovan, kunde genomföras, särskilt svårt var det på bostadssidan, men en del lyckades vi med.

Arbetsterapeut och sjukgymnast

Sedan kom Ulla och Agneta in i bilden. Landstinget anslog 1978 medel till en utökning av verksamheten och Karlskoga resp Frövi-Fellingsbro utsågs till försöksstationer. Arbetsterapeut och sjukgymnast visade sig komplementära sköterska och läkare på ett lyckligt sätt. Det som Elsie och Eric inte kunde klara, fixade Ulla och Agneta. Hjälpmedel – som kunde demonstreras och utprovas i hemmen, något helt nytt – ordinerades. Patienterna kunde få sin behandling i hemmen, slapp dra iväg till vårdcentraler och sjukhus. En uppföljning och regelbunden kontroll i hemmen av ordinationer medförde både att nya medel kom till och tidigare utprovade – och kanske olämpliga – kunde återsändas resp följas upp. En effektivisering sålunda – och en ytterligare trygghetskänsla hos patienterna.

Tacksamma patienter

Den grupp gamlingar och handikappa-

de som vi arbetat med under åren, har i snitt bestått av 80 personer. Samtliga har fått mer än ett besök, många varje vecka, andra glesare beroende på behovet. Om de har blivit friskare, om trycket på ålderdomshem, sjukhem och lasarett minskat inom vårt område är svårt att konstatera. Vi kan i varje fall ej bevisa det via statistik. Kanske vi har uppskjutit institutionaliseringen? Vi har i vart fall fått mycket glada och tacksamma patienter med en ökad trygghet och livskvalitet och vi har även lyckats att i hemmen ta emot patienter som sedan flera år vistats på sjukhem.

Nästa steg i utvecklingen?

En utökning av dagvårdsplatser – kanske på kommunens ålderdomshem med landstinget som ekonomisk garant för de tjänster som behövs? – och inrättande av underskötersketjänster speciellt avsedda för hemsjukvård. Vidare har vi kontaktat tekniker för att försöka förbättra larmsystem i hemmen för handikappade, kanske via sjukhemmen med sin ständiga dygnetrunt-passning – också en ökning av trygghetsfaktorn och naturligtvis även en handfast medicinsk hjälpåtgärd vid behov.

Vi som jobbat med detta några år, är mycket positiva men tycker samtidigt att de kostnadsbesparingar – förutom humanitära vinster – som här kan göras borde skapa mer intresse från Landstingets sida för denna typ av verksamhet. Många gamla och handikappade kan med ganska enkla hjälpmedel skötas i hemmen – om deras behov av trygghet och hjälp tillgodoses. Och det behövs inte så enorma satsningar här till – god vilja och nytt tänkesätt krävs, därtill en omfördelning av landstingets medel.

Författarpresentation:

Erik Bäärnhelm*, distriktsläkare vid vårdcentralen i Frövi, Elsie Forsberg, distriktssköterska vid vårdcentralen i Frövi, Ulla Rudfjäll, arbetsterapeut vid vårdcentralen i Frövi, Agneta Samby-Larsson, sjukgymnast vid vårdcentralen i Frövi.

*Numera verksam vid Distriktsläkarmottagningen Lindesbergs las, 711 00 Lindesberg.

Varför vårdutnyttjandestudier? En värdering av studier i öppen vård

AGNETA DAHLKVIST · LISE-LOTTE KÄRNEBRO · MARGUS MÄGI

Vi har gjort en kritisk granskning av svenska vårdutnyttjandestudier publicerade under de senaste 10 åren. Vår bedömning är att den tidigare forskningsinriktningen endast delvis berört frågorna om vilka faktorer som påverkar vårdutnyttjandet och nästan inte alls effekten av erhållen vård. För att göra våra beskrivningar av vårdutnyttjandet mera orsaksinriktade måste vi registrera data som berör exempelvis arbetsförhållanden, familjestruktur och levnadsvanor. Besöksdata bör kombineras med befolkningsbaserade uppgifter. Vi måste utveckla metoder för mätning av värdeffekt. Både vårdgivarens och vårdtagarens perspektiv bör tas med. Beskrivningar av verksamheten inom sjukvården bör omfatta alla i vårdlaget.

Nyckelord: Vårdutnyttjande. Forskning. Utvärdering.

Bakgrund

De senaste årens ansträngda ekonomiska situation i landet har aktualiserat mera genomgripande utvärderingar av hälso- och sjukvården. Satsningen på primärvården, utvecklingen av allmänmedicinen samt diskussionerna kring förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag har även bidragit till ett ökat intresse för mera systematisk kartläggning av verksamheten inom primärvården. För närvarande pågår eller planeras också insamling av vårdutnyttjandedata vid många vårdcentraler.

Vi behöver således registreringssystem som är anpassade till förhållandena inom primärvården. Men för närvarande saknar vi – framför allt för primärvården – meningsfulla, hanterbara och enhetliga system för en sådan registrering.

Att utforma system, som tillfredsställer både de lokala behoven vid en viss vårdcentral och huvudmännens behov av data för central planering kan vara svårt. Går det tex att konstruera system, som både ger en åtgärdsrelevant beskrivning av det medicinska innehållet i verksamheten och som samtidigt möjliggör administrativa rationaliseringsvinster? Om inte, vad skall prioriteras?

Ett intressant utvecklingsarbete pågår i den sk basdatagruppens regi. Den arbetar med att ta fram förslag till ett enhetligt system för registrering av data i primärvården. Men det är också viktigt att vi, vid sidan av ett sådant utvecklingsarbete, även för en målsättningsdebatt om, varför vi överhuvudtaget registrerar data. Vad ska vi använda våra data till? Innehållet i registreringen måste anpassas till syftet och inte tvärtom. Om vi inte för en fortlöpande målsättningsdebatt kring vårdutnyttjandeforskningen riskerar vi att drunkna i de rent tekniska detaljerna.

Våra underliggande värderingar

Vi anser att, det övergripande syftet med dataregistreringen i primärvården bör vara följande. Den skall bidra till en kartläggning av uppkomsten och fördelningen av hälsoproblem och åtföljande vårdbehov i befolkningen. Den skall också försöka beskriva på vilket sätt dessa behov tillgodoses inom primärvården. *Data skall således bidra till att vägleda ett förändringsarbete som strävar efter att förbättra det medicinska innehållet i vården.*

Syfte

Vi vill med vårt arbete bidra till målsättningsdebatten genom att redovisa en kritisk granskning av den tidigare forskningstraditionen, för att med den som utgångspunkt diskutera den framtida inriktningen.

Vi har således frågat oss: Hur har den allmänna forskningsinriktningen sett ut – vilka har varit de centrala problemställningarna i de vårdutnyttjandestudier som har publicerats tidigare?

Material

Vår granskning omfattar svenska studier publicerade under de senaste 10 åren och som behandlar öppen vård och då framför allt primärvården. I vårt material ingår ej publicerade projektöversikter. Däremot har vi tagit

med studier som ingår i samma projekt, om de tillför ny information. Totalt ingår 79 studier i vårt material. En förteckning över dessa finns i slutet av artikeln.

Analysmodell

Vårdutnyttjande ser vi som ett led i den komplexa processen: Frisk – sjuk – vårdtagare. En enkel modell över denna vårdprocess visar vi i figur 1.

I befolkningen finns det således vid en viss tidpunkt vissa personer som är "friska" och andra som är "sjuka". En del av dessa, både friska och sjuka, utnyttjar sjukvården. Denna kontakt med sjukvården kan då leda till att vårdtagarnas hälsotillstånd förändras, vilket i sin tur kan påverka fördelningen av friska och sjuka i befolkningen.

Utgående från vår modell, kan vi ställa oss tre viktiga frågor, då vi studerar vårdutnyttjandet:

- 1 Varför söker man sjukvård?
- 2 Hur utnyttjas sjukvården?
- 3 Vilken effekt har sjukvården?

Med anglosaxisk terminologi skulle studier som tar upp frågeställning 1 och 2 kallas för "process studies" och de som tar upp frågeställning 3 "outcome studies".

Rent definitionsmässigt, är en vårdutnyttjandestudie, en studie där man på olika sätt försöker beskriva hur sjukvården utnyttjas. Men förutsättningen för en mera genomgripande utvärdering av vår verksamhet är att vi också tar upp de andra två problemkomplexen.

För att kunna svara på den första frågan – "Varför söker man sjukvård?" – måste vi studera de faktorer som påverkar samspelet mellan befolkningen och sjukvårdssystemet.

För att ta ett exempel: Alla som upplever sig sjuka blir inte vårdtagare. Vilken betydelse har då själva sjukdomen, olika egenskaper hos den drabbade, sjukvårdens tillgänglighet för valet mellan egenvård och professionell hjälp?

För att kunna svara på den tredje frågan – "Vilken effekt har sjukvården?" – måste vi studera hur kontakten med sjukvården påverkar vårdtagarens hälsotillstånd, både såsom det upplevs av de drabbade själva och såsom det uppfattas av medicinska bedömare.

Vi har således delat in studierna i olika grupper beroende på vilken eller vilka av de tre problemkomplexen som behandlas. Som underlag för vår bedömning har vi i första hand utgått

från det eller de syften som anges i studierna. Har syftet varit oklart formulerat har vi även tagit hänsyn till övriga delar av studien.

Undergrupper

Vi har gjort en vidare undergruppering av studierna, se fig 2. Den första indelningen utgår från om studierna primärt är befolknings- eller organisationsorienterade.

En *befolkningsorienterad* studie innebär att man studerar vårdutnyttjandet i en definierad population. Utgångspunkten är här en befolkningsgrupps vårdutnyttjande oberoende av vilken vårdinstans det gäller.

Organisationsorienterade, har vi kallat sådana studier, som berör vårdutnyttjandet endast bland de som söker vård vid en viss vårdinrättning, exempelvis en vårdcentral.

Vårdprocessen kan beskrivas med utgångspunkt från flera olika perspektiv, beroende på vilken "aktör" som ställts i centrum. Två viktiga aktörer är den hjälpsökande individen och vårdgivaren. Deras perspektiv kan skilja sig från varandra. Detta sker exempelvis när den vårdsökandes upplevelser och vårdgivarens professionella bedömningar av symtom, vårdbehov och omhändertagande och effekter inte stämmer överens. Vårdgivarens utbildning och starkare maktposition inom vårdssystemet bidrar troligen till att sådana skillnader kan uppkomma. Andra aktörer kan till exempel vara den drabbades anhöriga eller vänner, administratörer och ansvariga politiker, samt allmänheten.

Vi har därför gjort ytterligare en indelning i vårdgivar- och vårdtagarinriktade studier (fig 2).

Vid *vårdgivarinriktade* studier står vårdgivarens perspektiv i centrum. Sådana studier beskriver den vård som förmedlas via olika vårdinrättningar. Man beskriver exempelvis, hur många som blivit mammograferade i befolkningen eller vilka diagnoser som är vanligast vid besök på en vårdcentral.

Med *vårdtagarinriktade* studier avser vi då sådana som belyser vårdutnyttjandet ur vårdtagarens perspektiv. Intresset är här inriktat på, exempelvis, vad folk uppger att de gör vid olika sjukdomstillstånd eller hur man upplever omhändertagandet vid besök på en vårdcentral.

Resultat

Samtliga 79 studier beskriver på olika sätt hur vården utnyttjas. Det intressanta är emellertid att så många som 47 st eller nästan 60% av samtliga studier enbart tar upp denna frågeställning (fig 3, studie nr 1-47). 29 st eller drygt 1/3 berör också frågan om varför man söker sjukvård (studie nr 48-76). Vi fann bara en studie (77) med kombinationen "Hur utnyttjas sjukvården?" och "Vilken effekt har sjukvården?" Två studier (78, 79) berör alla tre problemkomplexen. Således fann vi totalt enbart tre studier (77-79), där man en-

ligt vår bedömning försökt mäta den hälsomässiga effekten av erhållen vård. Två av dessa studier (77, 78) handlar om utvärdering av hypertoni-vård. Den tredje effektstudien (79) rör bla utvärdering av otitbehandling.

Något mer än hälften av samtliga studier är befolkningsorienterade

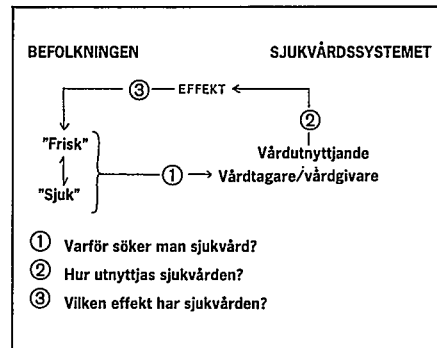


Fig. 1. Schematisk beskrivning av vårdprocessen och de tre frågeställningar som vi använt för klassificering av vårdutnyttjandestudier.

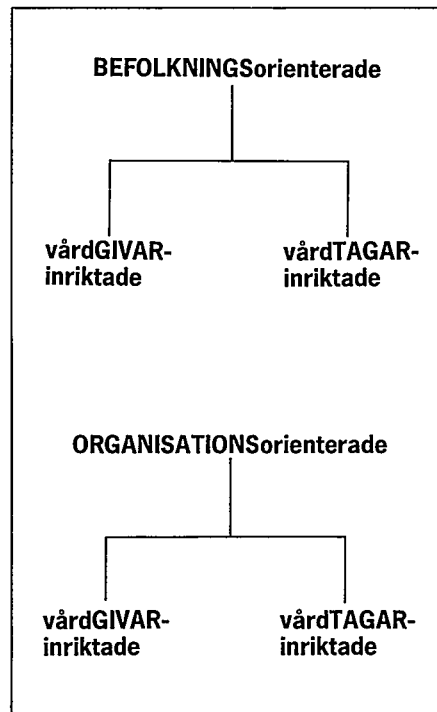


Fig. 2. Studiernas indelning i olika undergrupper.

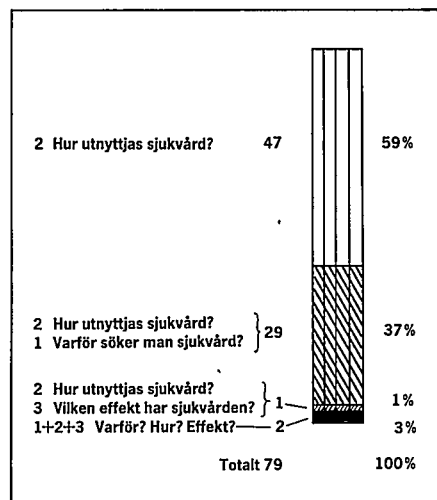


Fig. 3. Fördelning av samtliga studier med avseende på vilka frågeställningar man tar upp i absoluta tal och i procent.

(tabell I). Vårdgivarperspektivet dominerar framför allt bland organisationsorienterade studier där endast fyra stycken även berör vårdtagarperspektivet.

Hur studier som endast berör frågeställningen - "Hur utnyttjas sjukvården?" - fördelar sig på olika undergrupper framgår av tabell II. De flesta är organisationsorienterade och vårdgivarinriktade. Denna undergrupp karaktäriseras av studier där man registrerat läkarbesök och medicinska diagnoser under en viss tidsperiod vid en viss vårdcentral (1, 2, 9, 12, 16, 17-20, 22-29). Man beskriver således vad läkaren har för sig.

Exempel på befolkningsorienterade och vårdgivarinriktade studier är de som gjorts i Dalby (37), Tierp (38, 39) och Vilhelmina (33), där man försökt belysa den totala omfattningen av vårdutnyttjandet för definierade befolkningsgrupper.

Vi får en annan fördelning på undergrupperna om vi ser på de studier som tar upp två frågeställningar: "Varför söker man sjukvård?" och "Hur utnyttjas sjukvård?" (Tabell 3). Här dominerar de befolkningsorienterade studierna och fördelningen mellan vårdgivar- och vårdtagarinriktade studier är här mera jämn.

Det gemensamma för samtliga studier i gruppen befolkningsorienterade och vårdgivarinriktade (54-62) är att de på olika sätt tar upp hur vårdutnyttjandet påverkas av vårdutbudet eller vårdorganisationsförhållanden. Två av studierna (54, 61) beskriver exempelvis hur en förstärkning av primärvårdsresurser påverkar fördelningen av vårdtagare på olika vårdnivåer och vårdformer.

Samtliga sju vårdtagarinriktade studier (63-69) är baserade på intervjuundersökningar av olika befolkningsgruppers hälsotillstånd och vårdutnyttjande. Men beskriver här hur det upplevda hälsotillståndet samt olika demografiska, socioekonomiska och etniska faktorer påverkar vårdutnyttjandet.

Vid de vårdgivar-/vårdtagarinriktade studierna (70-76) har man ofta kombinerat besöksregistrering med intervjuer eller enkätundersökningar.

Vårt minimikrav för att en studie skulle anses ha berört frågan om Varför man söker sjukvård? var att man åtminstone angav om kontakten med sjukvården initierats av individen själv eller av någon inom sjukvården. Bland de sex organisationsorienterade studierna (48-53) var det tre studier (48, 49, 53) som enbart hade uppfyllt detta minimikrav.

Diskussion

Vår sammanfattande bedömning av den här granskningen är att den tidigare forskningsinriktningen endast delvis har berört frågorna om varför man söker sjukvård och nästan inte alls effekten av erhållen vård. Den har också varit starkt vårdgivarinriktad, framför allt bland de organisations-

Tabell I. Samtliga studier fördelade på undergrupper i absoluta tal.

	Vårdgivarinrikt	Vårdtagarinrikt	Vårdgiv/vårdtag inrikt	Totalt
Befolkningsorient	22	9	12	43
Organisationsorient	32	2	2	36
Summa	54	11	14	79

Tabell II. Studier som endast berör frågeställningen — hur utnyttjas sjukvården? — fördelade på olika undergrupper i absoluta tal.

	Vårdgivarinrikt	Vårdtagarinrikt	Vårdgiv/vårdtag inrikt	Totalt
Befolkningsorient	11	2	4	17
Organisationsorient	29	1	—	30
Summa	40	3	4	47

Tabell III. Studier som berör frågeställningarna — Varför söker man sjukvård? — och — hur utnyttjas sjukvården? — fördelade på olika undergrupper i absoluta tal.

	Vårdgivarinrikt	Vårdtagarinrikt	Vårdgiv/vårdtag inrikt	Totalt
Befolkningsorient	9	7	7	23
Befolkningsorient	3	1	2	6
Summa	12	8	9	29

orienterade studierna, där främst läka-rens verksamhet varit föremål för in-tresset.

Det är viktigt att observera att redo-visningen av vår granskning av stu-dierna är avgränsad till vilka frågeställ-ningar man tar upp och inte hur väl man lyckats uppfylla de syften man säger sig ha med studierna. En sådan "inomvetenskaplig" granskning kom-mer att redovisas i en senare artikel.

Hur skall den framtida forskningsin-riktningen se ut? Våra önskemål har vi angett i punktform i fig 4. Registrering-en av vårdutnyttjandet måste göras mer orsaksinriktad. Likaväl som kontakto-rsak, upplevda symtom och medicinsk diagnos bör uppgifter om exempelvis arbetsförhållanden och levnadsvanor ingå i de sk basdata. Det är viktigt att registreringssystem för sysselsätt-ningsstatus, yrke, arbetsmiljö, familje-struktur samt kost-, motions-, rök- och alkoholvanor utarbetas. Det skall vara möjligt att kombinera uppgifter från både befolkningen och sjukvårdssyste-met. I framtiden skall vi exempelvis kunna ange hur stor andel av befolk-ningen med en viss sjukdom som har varit i kontakt med sjukvården under en viss tidsperiod.

Metoder för mätning av värdeffekt måste utvecklas. Vårdprocessen bör beskrivas ur både vårdtagarens och vårdgivarens perspektiv. Slutligen, mer uppmärksamhet måste riktas mot andra vårdkategoriers arbete än läka-rens.

Studieförteckning

Hur utnyttjas sjukvård?

Organisationsorienterade: vårdgivarinrik-tade.

1 Sjönell G. Ur rapport från Matteus vårdcentral veckorna 9-32 1980. NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 3/1980, sid 28-32.

2 Krakau I. Läkarbesök vid vårdcentral - två års vårdbeskrivning från tre vård-centraler i Sollentuna. NYTT - från ut-vecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 3/1980, sid 21-7.

3 Krakau I. Mer om läkartid vid vård-central. NYTT - från utvecklingsenhe-ten för allmänmedicin, Sollentuna, 2/1980, sid 25-31.

4 Gunnarsson C, Westman U. Örnköldsviks-försöket med "husläkarsystem". Lä-kartidningen, 1981, 78:2126-7.

5 Eklund AE. Danderyds sjukhus. Ut-byggt primärvård avlastar inte akuten. Idkar distriktsläkarna socialvård? Lä-kartidningen 1981, 78:1866-7.

6 Söderström U, Westerlund U, Wester-lund-Sandberg S, Zingmark CO. Läka-re gör sköterskejobb: Omvårdning av arbetsuppgifter ger högre effektivitet på vårdcentralen. Läkartidningen 1980, 77:2859-63.

7 Falck G. Erfarenheter av diagnostik och terapi av urinvägsinfektioner vid en hälsocentral. Läkartidningen 1979, 76:2125-8.

8 Arhammer N, Christensen P, Hovelius B, Mårdh PA, Olsson S, Rosenberg R. Luftvägsinfektioner i öppen vård - en undersökning vid vårdcentralen i Dal-by. Läkartidningen 1978, 75:1492-6.

9 Hazell Å. Ett års patientstatistik i Kälar-ne med diagnos- och remissregistrering på läkarmottagningen. Läkartidningen 1977, 74:2759-62.

10 Bergström I, Engelfeldt E, Olsson S, Boethius G, Hellbom M. Medicinskt sjukdoms- och sjukvårdspanorama ur jämtländsk synvinkel. Läkartidningen 1977, 74:2583-7.

11 af Ekenstam J, Elland C, Hansson LI. Patient-läkarkontinuiteten i öppen vård i ortopedisk kirurgi. Läkartidning-en 1976, 73:2678-80.

12 Staugård F. Sjukdomspanoramat i ett glesbygdssområde. Läkartidningen 1975, 72:3542-44.

13 Larsson S. Allmänläkarens problempa-tienter vid en socialmedicinsk mottag-ning. Läkartidningen 1975, 72:3078-80.

ORSAKINRIKTAD REGISTRERING

Ex.: Sysselsättningsstatus

I arbete
Arbetslös
Förtidspension
Ålderspension

Yrke

Arbetsmiljö
Familjestruktur
Levnadsvanor

Kost
Motion
Rökning
Alkohol

UTVÄRDERING AV VÅRDEFFEKT

KOMBINERA DATA FRÅN
BEFOLKNINGEN OCH VÅRDORG.

BÅDE VÅRDGIVARENS OCH
VÅRDTAGARENS PERSPEKTIV

ALLA I VÅRDLAGET

Vad gör tex distriktsköterskan?

Fig. 4. Krav på framtida forskningsinrikt-ning.

14 Recht L. Försöksverksamhet med reu-matologisk specialmottagning på vård-centralarnivå. Läkartidningen 1975, 72:1683-5.

15 Wernbom R. Strukturomvandlingen 1968-1973 i ett göteborgsdistrikt. Lä-kartidningen 1975, 72:239-40.

16 Gunnarsson C, Maaths G. Produk-tionsredovisning i Örnköldsviks lä-kaarstation. En studie i allmänläkarens arbetsområde, metodik och arbetssätt. SPRI rapport 3/74.

17 Berg K, Näsman D. Patienter på all-mänläkarmottagning i förort. Stick-provsundersökning från Tynnereds vårdcentral i Göteborg. Läkartidningen 1974, 71:5297-5300.

18 Schäufole U, Tvedten F. Vårdcentralen i Älvsbyn 1969-1973. Läkartidningen 1974, 71:2789-91.

19 Stål-Magnusson M. Öppen vård i Lin-köping - en strukturstudie. Läkartid-ningen 1974, 71:2164-5.

20 Nylén HO. Patientprofilen i öppen vård. Läkartidningen 1974, 71:1737-8.

21 Wernblom R. Problempatienter i all-män praktik. Läkartidningen 1973, 38:3251-4.

22 Gunnarsson, P, Hasselgren AM. Pla-nerad öppen vård. Rapport, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, 1973.

23 Schäufole U, Tvedten F. Två-läkaarstatio-nen i Älvsbyn, Norrbottens län. Läkar-tidningen 1971, 68:428-31.

24 Kristenson H. Sjukvården vid en pro-vinsialläkaarstation i en krissituation. Läkartidningen 1970, 67:4510-2.

25 Lindgren B. Rapport från en läkaarsta-tion: Effektiv sjukvård. Läkartidningen 1968, 65:4640-3.

26 Wernblom R. 300 patienter i ett göte-borgsdistrikt. En studie från allmän-läkaarverksamheten i en storstad. So-cialmedicinsk Tidskrift 3/1970, sid 155-61.

27 Kjellson L. En månad hos provinsial-läkaaren. Läkartidningen 1966, 63:2394-6.

28 Melgård B. Diagnoser och undersökningar på 1 000 patienter vid provinsialläkarmottagning. Läkartidningen 1965, 62:3357-6.

29 Arvidsson SO, Westrin CG. Provinsialläkararbete i Västerbotten. En analys av ett patientmaterial. Läkartidningen 1959, 56:3430-46.

Organisationsorienterade: vårdtagarinriktade

30 Tibblin B, Tibblin G, Krakau I. Information vid Sollentuna vårdcentral. NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 2/1980, sid 31-40.

Befolkningsorienterade: vårdgivarinriktade

31 Tibblin G. Otitis media - en epidemiologisk studie från Sollentuna. NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 3/1981, sid 43-6.

32 Staugård F. Sjukvårdskonsumtionen vid en företagshälsocentral i ett tätortsområde. Läkartidningen 1979, 76:1843-6.

33 Bergström B, Olsson B, Tibblin G. Sjukvårdskonsumtion i Vilhelmina - en beskrivning och några frekvenssiffror över läkarbesöken. Socialmedicinsk Tidskrift 7-8/1978:439-47.

34 Axelsson S, Berfenstam R, Berg B, Boström H, Hilding B. Invärtes medicinsk arbetsfördelning inom öppen vård. Läkartidningen 1978, 75:2882-6.

35 von der Burg B, Leesik E, Thuvesson E, Tobiasson E. Primärvård i storkommun - tre års erfarenhet av sjukvårdsupplysningsfunktion. Läkartidningen 1977, 74:3737-8.

36 Berfenstam R, Berg B, Boström H, Smedby B, Waern U. Vårdnivåer i öppen vård - en studie inom ramen för Tierps-projektet. Läkartidningen 1976, 73:127-9.

37 Total sjukvårdskonsumtion i en definierad befolkningsgrupp. Studier från Dalby läkardistrikt. SPRI rapport 12/1976.

38 Berfenstam R, Berg B, Smedby B. Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1973. En personbaserad studie av olika slag av sjukvårdskontakter i en definierad population. SPRI rapport 4/1976.

39 Hansing B, Hyensjö B, Kjellman B, Magnusson PO, Stålkint O. Pediatrisk öppen vård. resultat av en prospektiv undersökning i ett landstingsområde. Läkartidningen 1974, 71:1412-3.

40 Berfenstam R, Smedby B. Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1971. SPRI rapport 9/1974.

41 Örnsköldsviksstudien, del 2. kartläggning av patientströmmarna mellan slutet och öppen vård. SPRI projekt 7002, 14/69.

Befolkningsorienterade: vårdtagarinriktade

42 Krakau I. Hur fungerar sjukvården i Sollentuna - ett år senare? NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, 3/1981, sid 32-7.

43 Boethius G. Förskrivning av blodtryckssänkande läkemedel. Läkartidningen 1978, 75:4810-13.

Befolkningsorienterade: vårdgivarinriktade

44 Blanco-Sequeiros M, Hiltunen H, Voutilainen S, Väisänen E. Sverigefinlän-

darnas utnyttjande av hälsovården i Uleåborgs och Lapplands län. Läkartidningen 1981, 78:1875-7.

45 Krakau I. Vårdlagsarbete och områdesansvar - erfarenheter från vårdcentral i en storstad. NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 3/1981, sid 3-7.

46 Krakau I. Hur fungerar sjukvården i Sollentuna? NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 2/1980, sid 4-17.

47 Staugård F. Sjukvårdskonsumtion och sjukvårdspanorama i en ung glesbygdsbefolkning. Läkartidningen 1977, 74:1504-8.

Varför söker man sjukvård + Hur utnyttjas sjukvården?

Organisationsorienterade: vårdgivarinriktade

48 Dahlin L. Åtgärder vid en vårdcentral och kontinuiteten i patientläkarkontakten. Läkartidningen 1980, 77:1748-51.

49 Köhler L, Andersson I. Vad gör skolhälsovården? Rapport från Järnåkerskolan i Lund. Läkartidningen 1978, 75:3910-4.

50 Hansson LI, Sundén G. Ryggpatienten inom den öppna vården. Läkartidningen 1975, 72:2525-7.

Organisationsorienterade: vårdtagarinriktade

51 Malmberg BG. Tumba vårdcentral: Akutmottagning per telefon - effektiv sluss till rätt vårdform. Läkartidningen 1981, 78:1872-3.

Organisationsorienterade: vårdgivar/vårdtagarinriktade

52 Stållhammar J, Berfenstam R, Korpela M, Smedby B. Akuta besök i primärvården - en studie vid hälsocentralen i Tierp. Socialmedicinsk Tidskrift 7-8/1978:429-34.

53 Bratthall B, Mollstedt B, Ogrelius Y. Vad gjorde en distriktsläkare i maj 1968? Läkartidningen 1969, 66:2902-4.

Befolkningsorienterade: vårdgivarinriktade

54 Bengmark B. En bra primärvård avlastar sjukhusen - "Men satsa på personal hellre än på dyra lokaler". Läkartidningen 1981, 78:1979-80.

55 Magnusson G, Vigborg A. Allmänläkarvård i skuggan av ett storsjukhus. Läkartidningen 1980, 77:1837-41.

56 Berg B, Bredberg G, Korpela M, Smedby B. Betydelsen av en öronspecialist vid vårdcentral. Läkartidningen 1980, 77:1752-4.

57 Bergfors PG, Hallgren CG, Ögren JE. Öppenvårdsläkaren och läkemedelsförbrukningen. Läkartidningen 1980, 77:1002-4.

58 Magnusson G. Akutbesök och primärvården. Läkartidningen 1978, 75:3077-81.

59 Smedby B. Förändringar i sjukvårdsutnyttjandet i Tierpsområdet under en femårsperiod. Socialmedicinsk Tidskrift 7-8/1978:421-7.

60 Diderichsen F. Vårdkonsumtion och patientflöde inom företagets och landstingets sjukvård i Luleå. Stockholm 1977, Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 43.

61 Frick JO, Larsson LH, Westrin CG. Före och efter vårdcentralen. En stu-

die av konsumtion av öppen sjukvård i Skaraborgs län. Läkartidningen 1976, 73:1211-5.

62 af Ekenstam J, Hansson LI. Faktorer som påverkar besöksfrekvensen i öppen vård i ortopedisk kirurgi. Läkartidningen 1974, 71:4491-6.

Befolkningsorienterade: vårdtagarinriktade

63 Virtanen P. Vårdkonsumtion och välfärd (1). Om den vuxna befolkningen användning av läkarvård och tandvård 1968 och 1974. Institutet för social forskning, Stockholm 1979.

64 Virtanen P. Vårdkonsumtion och välfärd (2). Om den vuxna befolkningen användning av läkemedel 1968 och 1974. Institutet för social forskning, Stockholm 1979.

65 Spri. Vem får sjukvård? Några undersökningar om hälsotillstånd, sjukvårds- och tandvårdsutnyttjande. Projekt 3071. S 92, 1978.

66 Statistiska centralbyrån. Levnadsförhållanden. Rapport II. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. LiberFörlag 1978.

67 Vogel J. Invandrare har sämre hälsa än svenskarna men går inte oftare till doktorn. Läkartidningen 1978, 75:3989-90.

68 Dahlin L. En befolkningsstudie i tre Malmö-distrikt som bakgrund vid planering av öppenvård. Läkartidningen 1977, 74:1177-81.

69 Smedby B. Jämförande studie Sverige - USA. Sociala och demografiska faktorer i sjukvårdskonsumtionen. Läkartidningen 1971, 68:841-60.

Befolkningsorienterade: vårdgivar/vårdtagarinriktade

70 Aurelius G, Magnusson G. Sjukdomsbeteende och nationalitet. Invandrarers och svenskars sjukvårdskonsumtion. Läkartidningen 1981, 78:1214-7.

71 Krakau I. Hur fungerar sjukvården i Sollentuna? NYTT - från utvecklingsenheten för allmänmedicin, Sollentuna, 2/1980:4-17.

72 Hansagi H, Magnusson G. Akutmottagningens patienter - hälsotillstånd och vårdbeteende. Socialmedicinsk Tidskrift 6/1980:318-24.

73 Spri. Vårdcentral i en storstadsförort. Tynnered-Göteborg. Spri rapport 6/78.

74 Allander E, König U, Landell NE, Magnusson G, Teglund B, Vägerö D. Akutmottagningen - den nye husläkaren? Läkartidningen 1977, 74:1392-6.

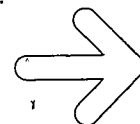
75 Eljertsson G. Vad tycker befolkningen om sjukvården? Kontinuitet och tid värderas högt. De unga ställer höga krav. Nordisk Medicin, 1976, 91:313-5.

76 Härnqvist M, Lindholm N. Öppen sjukvård i Göteborg 1969. Projekt 7009. Spri rapport 1/72.

Hur utnyttjas sjukvård + Vilken effekt har sjukvården?

Befolkningsorienterade: vårdgivarinriktade

77 Berglund G, Isacson SO, Rydén L. Modell för omhändertagande av patienter med högt blodtryck. Läkartidningen 1978, 75:4253-6.



Person – kontakt – problem: Vårdforskningens ABC?

MARGUS MÄGI

Författaren diskuterar i artikeln vikten av att konkretisera våra syften vid studiet av vårdutnyttjandet på vårdcentralen. Grundenheterna person, kontakt och problem svarar till tre principiellt olika frågeställningar som belyser; Vem är/blir vårdtagare? Hur mycket och vad för slags vård utnyttjas? och Vad söker man för?

Nyckelord: Vårdutnyttjandet. Forskning.

Skilj på person, kontakt och problem när du studerar vårdutnyttjandet vid vårdcentral! Min uppmaning kan tyckas vara trivial. Men en genomgång av olika vårdutnyttjandestudier, (se "Varför vårdutnyttjandestudier? En värdering av studier i öppen vård" i samma nummer), har gjort det klart för mig, att det inte alltid är så lätt att göra åtskillnad mellan dessa tre grundenheter eller grundmått.

Varför söker man sjukvård? + Hur utnyttjas sjukvården + Vilken effekt har sjukvården?

Befolkningsorienterade: vårdgivarinriktade

78 Irnell L, Pick K, Smedby B. Uppföljning av personer med högt blodtryck konstaterat vid en allmän hälsokontroll. Socialmedicinsk tidskrift nr 7-8 1978:435-8.

79 Lagerquist B, Olin P, Tengvald K, Sterky G, Zetterström R. Distriktsbarnläkare. Studier av vårdutnyttjande och vårdkvalitet i en storstadförort. Projekt 7090. Språ rapport 11/76.

Författarpresentation

Agneta Dahlkvist och Lise-Lotte Kärnebro var vid arbetets genomförande studerande vid institutionen för hälso- och sjukvårdsadministration, Umeå.

Margus Mägi är FV-läkare vid socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset i Örebro. Tidigare verksam vid socialmedicinska institutionen i Umeå.*

*Postadress: Socialmed. avdelningen, regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

Välj mått efter syfte

Varför är det då viktigt att skilja mellan person, kontakt och problem? Min tes är, att dessa olika mått svarar mot olika grundläggande frågeställningar:

1. Person – vem är/blir vårdtagare?
2. Kontakt – hur mycket och vad för slags vård utnyttjas?
3. Problem – vad söker man för?

Låt oss se närmare på dess tre frågeställningar.

Vem är/blir vårdtagare?

Vi måste ha personbaserade uppgifter för att vi skall kunna studera vårdutnyttjandet ur ett befolkningsorienterat perspektiv. Annars kan vi inte besvara följande frågeställningar: Vilken del av befolkningen kommer i kontakt med sjukvården? En mera preciserad formulering kan vara: Hur stor andel av befolkningen har minst en gång under ett års tid varit i kontakt med någon vid primärvårdsenheten? Hur fördelar sig kontakterna mellan könen och olika åldersklasser i befolkningen? Finns det några skillnader med avseende på bostadsort och olika socio-ekonomiska bakgrundsfaktorer? Liknande frågeställningar måste vi kunna ge svar på om vi tex ska kunna utvärdera åtgärder som är tänkta att förbättra tillgängligheten av vården.

Personbaserade uppgifter måste vi också ha för att kunna följa hälsoläget i befolkningen såsom det återspeglas bland vårdtagarna, samt för att närma oss orsakerna till deras uppkomna besvär. Exempelvis uppmärksammade Lennart Hardell vid onkologiskt centrum i Umeå en oväntad ansamling av mjukdelstumörer vid en viss yrkesgrupp. Denna kliniska iakttagelse ledde till omfattande epidemiologiska studier av sambandet mellan olika cancerformer och exposition för fenoxisyror i samband med skogsbesprutning.

Genom personnumret kan vi således identifiera våra patienter i befolkningsstrukturen och i olika register som är av intresse vid orsaksinriktad registrering av vårdutnyttjandet.

Hur mycket och vad för slags vård utnyttjas?

Perspektivet är här mera organisationsorienterat. Kontaktmängden kan användas som ett mått på storleken av prestationerna vid, eller om man så vill, belastningen på vårdcentralen. Kontakterna kan klassificeras på

många olika sätt (se figur 1) beroende på vilken del av verksamheten vi vill beskriva.

Kontaktsätt
telefon, brev, besök vid VC, hembesök...

Kontakttyp
nybesök, återbesök, jourfall, tidsbeställda besök...

Initiativ
patientens eget, vårdgivaren, annan vårdgivare...

Syfte
sjukvård, hälsokontroll, intyg...

Personalkategori
distriktssköterska, patientmottagning, lab.-personal, läkare, sjukgymnast...

Verksamhet
BVC, MVC, distriktssköterskemottagning, läkarmottagning...

Figur 1. Exempel på olika sätt att klassificera kontakter vid en primärvårdsverksamhet.

Det traditionella mått har varit antalet läkarbesök under en viss tidsperiod. Läkarbesök är emellertid av begränsat värde för beskrivning av den totala verksamheten vid en vårdcentral, eftersom många kontakter inte leder till läkarbesök.

Vad söker man för?

Här är det viktigt att skilja på vårdtagarens och vårdgivarens perspektiv. Kontaktsaken kan beskrivas utifrån tex patientens egna formuleringar, patientmottagarens tolkning av vad patienten uppger eller läkarens diagnos.

Man har ifrågasatt det meningsfulla med att registrera medicinska diagnoser i öppen vård enligt socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar. Ett skäl är, att det ofta är svårt att sätta definitiva diagnoser, framför allt när patienten söker för första gången. (En rutinmässig registrering av hur säkert läkaren upplever sina egna diagnoser kanske borde ingå i våra studier?)

Ett annat skäl är, att den medicinska diagnosen endast är en begränsad beskrivning av de mycket mångskiftande problem som patienterna söker för. Dahlin och Malmberg har föreslagit ett alternativt klassifikationssystem ("Kontaktorsaker i primärvården –

dags för nya grepp?"), som bygger på en kombination av patientens upplevda symtom samt engagerat organsystem och kroppsdel.

Ofta söker patienten för flera olika problem vid samma tillfälle. Är syftet att beskriva hela det problem- och sjukdomspanorama som vårdcentralen kommer i kontakt med, uppstår inga urvalsproblem – alla problem eller diagnoser skall tas med. Är avsikten istället, att studera sambandet mellan det man söker för och vidtagna åtgärder vid vårdcentralen, ställs man inför problemet att definiera vad som är huvudproblemet eller huvuddiagnosen vid ett visst kontakttillfälle. Skall huvudproblemet exempelvis vara det som patienten helst vill ha åtgärdat vid besöket, det som enligt läkaren har den allvarligaste medicinska prognosen eller det som har tagit mest läkartid i anspråk?

Om syftet är att försöka utvärdera effekten av erhållen vård, är det viktigt att bli registrera problemens svårighetsgrad. En stor del av patienterna söker för åkommor som inte går att bota. Detta innebär att vårdeffekten inte kan avläsas i ett förändrat sjukdomspanorama vid kronisk sjukdom. Men även om grundsjukdomen kvarstår, kan det vara fullt möjligt att påverka patientens rörelseförmåga eller behov av hjälp med dagliga sysslor.

Hur skall då svårighetsgraden mätas? Vilka sidor av sjukdomsfenomenet skall vi tillmäta störst betydelse: den biologiska defekten, det upplevda lidandet eller de funktionella och sociala följderna av sjukdom? Ett klassifikationssystem som tar hänsyn till alla dessa aspekter är exempelvis det som nyligen antogs av WHO ("International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of Classification relating to the consequences of disease"). Även här är det viktigt, att hålla isär vårdgivarens och vårdtagarens perspektiv.

Kombinationer av person, kontakt och problem

Hittills har jag försökt behandla varje grundmått för sig. Men ofta måste vi kombinera dem på olika sätt för att kunna belysa en viss aspekt av vårdutnyttjandet. Om vi exempelvis vill identifiera sk storkonsumenter måste vi kunna koppla ihop person och kontakt. Olika studier har visat att en liten grupp patienter står för en relativt stor del av tex läkarbesöken.

Hur vi definierar det vi vill mäta påverkar således våra val av mått. Hur skall exempelvis kontinuitet definieras? Vad är viktigast, att en patient alltid möter samma läkare, oberoende av åkomma, eller att det är en och samma läkare som har huvudansvaret för ett visst problem som patienten söker för? För att ta några andra exempel, skall antalet remisser under en viss period relateras till besök eller person? Olika vidtagna åtgärder för utredning och

behandling skall de relateras till person, kontakt eller problem?

När man kombinerar de olika grundmåten ökar risken för sammanblandning vid registreringen och den efterföljande bearbetningen. Därför är det viktigt, att vi i våra studier konkretiserar våra syften i så hög grad, att vi vet vilket grundmått eller vilka kombinationer av dessa mått vi lämpligen skall använda.

Författarpresentation:

Margus Mägi är FV-läkare vid socialmedicinska avdelningen, Regionssjukhuset i Örebro.*

*Postadress: Socialmedicinska avdelningen, Regionssjukhuset, 701 85 Örebro.

Studier av hög sjukvårdskonsumtion vid vårdcentral

4275781

GÖRAN EJLERTSSON

Vad är det karakteristiska för patienter med hög primärvårdskonsumtion? En studie från Dalby läkar-distrikt belyser denna fråga. Den använda metoden för att definiera högkonsumenter skiljer sig från metoder, som använts i tidigare studier inom området. Metoden har möjliggjorts genom det flexibla systemet för dataregistrering och -bearbetning av besöksinformation. Från vårdcentralen i Dalby.

Nyckelord: Primärvård, vårdutnyttjande, Dalby.

Det finns en grupp patienter - definierad på något sätt - som har en förhållandevis hög konsumtion av sjukvård. Denna patientgrupp kan vi benämna högkonsumenter. En studie av högkonsumenter kan göras från medicinska utgångspunkter. Vi kan då tala i termer av vårdnivå, omhändertagandeform, medicinskt vårdinnehåll etc. Här beskrivs studien av högkonsumenter dock inte från medicinska utan snarare från metodologiska utgångspunkter. Hur kan vi definiera högkonsumenter? Hur kan vi beskriva dem? Hur ser diagnosmönstret ut? Etc.

Bakgrundsförutsättningar

Studien är gjord vid vårdcentralen i Dalby och är härigenom begränsad till att omfatta högkonsumenter inom primärvården.

Dalby läkar-distrikt, som ligger inom Lunds kommun, har ett befolkningsunderlag på 20 000 invånare. Av den offentliga öppna vården för befolkningen i distriktet svarar vårdcentralen i Dalby och lasarettet i Lund för två ungefär lika stora delar. Privatläkarbesöken är få. Vårdcentralen är bemannad med allmänläkare. Dessutom finns specialmottagningar inom diabetes, hypertoni och psykiatri, vilka förestås av sjuksköterska samt mottagning för patienter med reumatiska sjukdomar, vilken förestås av en sjukgymnast.

Demografiska variabler

Vi vet att vårdkonsumtionen generellt

varierar mellan olika patientgrupper. Tabell I visar detta förhållande i Dalby-populationen utifrån variablerna ålder och kön. Kvinnorna gjorde år 1979 totalt nästan 20 procent fler öppenvårdsbesök än vad männen gjorde. Däremot var männens vårdkonsumtion högst i åldrarna under 15 år och över 75 år. Generellt steg vårdutnyttjandet med åldern. Undantag utgjorde åldersgrupperna 0-4 och 15-24 år, vilka hade en förhållandevis hög vårdkonsumtion.

Sambandet mellan primärvårdskonsumtionen och patienternas bostadsort i förhållande till vårdcentralen illustreras av figur 1. Den population, som bor nära vårdcentralen, gör betydligt fler besök än de som bor längre ifrån. Till en del kompenseras detta av, att personer med sämre tillgänglighet till vårdcentralen gör fler besök vid lasarettets öppna mottagningar. Det gäller emellertid främst barn och gamla.

Med de nämnda exemplen på normala variationer i vårdutnyttjande som bakgrund kan det vara av intresse att se, vad som karakteriserar den grupp av patienter som har den allra högsta vårdkonsumtionen.

Material

Uppgifter om samtliga besök vid vårdcentralen dataregistreras i samband med journalskrivning genom skrivmaskiner direktanslutna till en minidator. Dels registreras personuppgifter, typ personnummer, och dels registreras besöks- och diagnosuppgifter. Integrationen mellan journalskrivning och dataregistrering gör att kvalitén på det registrerade materialet blir hög.

Metod

Vid studien av högkonsumenter utgick vi ifrån alla besök som gjordes vid vårdcentralen i Dalby under tvåårsperioden 1978/79. För varje patient definierades det mest besöksintensiva ettårsintervall, som kunde infalla när som helst under den här tvåårsperioden. Genom denna definition undveks en låsning till kalenderår. Härigenom tappades få högkonsumenter med många besök i början eller slutet av ett kalenderår.

Som högkonsumenter definierades de patienter som låg över 95:e percentilen i antal besök per individ, dvs de 5 procent av patienterna med högst primärvårdskonsumtion.

Högkonsumenterna kom att bestå av de individer, som under sin mest besöksintensiva ettårsperiod 1978/79

Tabell I.

Antal besök per invånare i offentlig öppen vård för befolkningen i Dalby-distriktet fördelat efter ålder och kön år 1979.

Ålder	Män	Kvinnor	Totalt
0-4	2,14	1,89	2,02
5-14	1,75	1,53	1,64
15-24	1,86	2,33	2,09
25-44	1,44	2,35	1,90
45-64	2,35	2,74	2,54
65-74	2,76	3,13	2,95
75-	3,75	3,14	3,41
Totalt	1,94	2,31	2,12

Tabell II.

Fördelning av patienter och besök på grupperna högkonsumenter respektive övriga patienter.

	Högkonsumenter (≥ 8 besök)	Övriga (≤ 7 besök)
Antal patienter	559	11.492
Andel av patienterna	4,6%	95,4%
Andel av besöken	17,4%	82,6%

Tabell III.

Kvoter mellan andelen patienter i högkonsumentergruppen och i jämförelsegruppen inom varje ålders- och könklass.

Ålder	Män	Kvinnor
0-4	0,96	0,71
5-14	0,30	0,30
15-24	0,62	0,83
25-44	0,68	0,86
45-64	1,28	1,86
65-74	1,63	3,15
75-	2,26	2,78

gjorde åtta eller flera besök. Totalt 4,6 procent av patienterna svarade för något mer än 17 procent av besöken. De återstående patienterna användes som jämförelsegrupp. Av tabell II framgår gruppernas sammansättning.

Ålder och kön

För att få ett mått på högkonsumenternas ålders- och könsfördelning i relation till fördelningen för övriga patienter, beräknades andelen av högkonsumenterna i respektive ålders- och könklass. Motsvarande gjordes för jämförelsegruppen. Därefter beräknades kvoterna mellan dessa tal, vilka framgår av tabell III.

Tabell IV.
Andel diagnoser inom de vanligaste diagnosgrupperna enligt kapitelindelningen i "Diagnoskoder i öppen vård" bland högkonsumenter och övriga patienter 1978/79.

Diagnosgrupp	Högkons (n=8.512)	Övriga (n=32.961)
13. Muskulo-skeletala systemets sjd m m	20,1	10,9
3. Endokrina sjd m m	17,5	4,7
7. Cirkulationsorganens sjd	12,9	15,7
8. Respirationsorganens sjd	10,5	17,4
5. Mentala rubbningar	8,8	4,0

Tabell V.
Kvoter mellan andelen patienter i gruppen högkonsumenter av läkarbesök och i jämförelsegruppen inom varje ålders- och könklass.

Ålder	Män	Kvinnor
0-4	1,63	1,14
5-14	0,50	0,68
15-24	0,69	1,08
25-44	0,65	0,83
45-64	1,32	1,75
65-74	0,94	1,74
75-	1,46	1,62

En kvot lägre än 1 betyder att det fanns en lägre andel högkonsumenter än övriga patienter i den ålders- och könklassen. På motsvarande sätt innebär en kvot över 1, att det fanns fler högkonsumenter. Som exempel fanns det bland kvinnor mellan 65 och 74 år en mer än tre gånger så hög andel högkonsumenter, som det fanns övriga patienter.

Av tabellen framgår att högkonsumenterna var överrepresenterade i högre åldrar och speciellt bland kvinnorna.

Andelen högkonsumenter var också något högre bland dem, som bodde nära vårdcentralen. Detta kompensades i begränsad utsträckning av att det fanns fler patienter med många besök vid lasarettet i Lund bland dem som hade längre avstånd mellan bostaden och vårdcentralen i Dalby.

Diagnosfördelning

Totalt under 1978 och 1979 gjorde högkonsumenterna 13,6 besök per individ i genomsnitt. Den följande diagnosredovisningen grundar sig på besök gjorda under hela denna tvåårsperiod.

En sammanställning över de vanligaste diagnosgrupperna (tabell IV) visar, att de dominerande diagnoserna bland högkonsumenterna var sådana som det fanns specialmottagningar för. Ett undantag utgör cirkulationsorganens sjukdomar där den vanligaste diagnosen, hypertoni, förekom lika of-

ta bland övriga patienter som bland högkonsumenter.

Eftersom ålderfördelningen skiljer sig mellan de båda patientmaterialen, har jämförelsegruppen standardiserats efter ålder till högkonsumenternas ålderfördelning. På så sätt blir andelar i tabellen jämförbara.

Led- och muskelsjukdomar förekom i dubbelt så stor utsträckning bland högkonsumenterna som bland övriga patienter. Den vanligaste enskilda diagnosen var reumatoid artrit.

Nästa stora diagnosgrupp var endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar som var nästan fyra gånger så vanlig bland högkonsumenterna som bland övriga patienter. Den dominerande enskilda diagnosen var diabetes.

Ytterligare en stor diagnosgrupp var förhållandevis vanlig bland högkonsumenterna. Psykiatriska diagnoser förekom dubbelt så ofta bland högkonsumenterna som bland övriga patienter. Psykoneuros var den vanligaste enskilda diagnosen.

Högkonsumenter av läkarbesök

En motsvarande studie har gjorts, då enbart läkarbesök ingick i definitionen av högkonsument. Besök vid specialmottagningarna har således exkluderats.

Högkonsumenterna definierades som de 4,2 procent av patienterna som gjorde 7 eller fler läkarbesök, motsvarande nästan 15 procent av läkarbesöken.

Ålders- och könsfördelningen blev något annorlunda med denna definition av högkonsument, vilket framgår av tabell V. Kvoter över 1 innebär precis som förut, att det förekommer en förhållandevis hög andel högkonsumenter. Äldre patienter dominerade inte högkonsumentgruppen i samma utsträckning som tidigare, även om de flesta fortfarande fanns i de övre åldersgrupperna. Många högkonsumenten

ter fanns bland barn mellan 0 och 4 år, speciellt bland pojkar.

Bland barnen var öronsjukdomar vanliga bland högkonsumenterna. Närmare varannan diagnos i åldrarna 0-4 år var förorsakad av någon öronsjukdom. Motsvarande bland övriga patienter var var tredje diagnos.

Även bland de äldre barnen, dvs de mellan 5 och 14 år, var öronsjukdomar vanliga, om än inte i samma utsträckning som bland de yngre barnen.

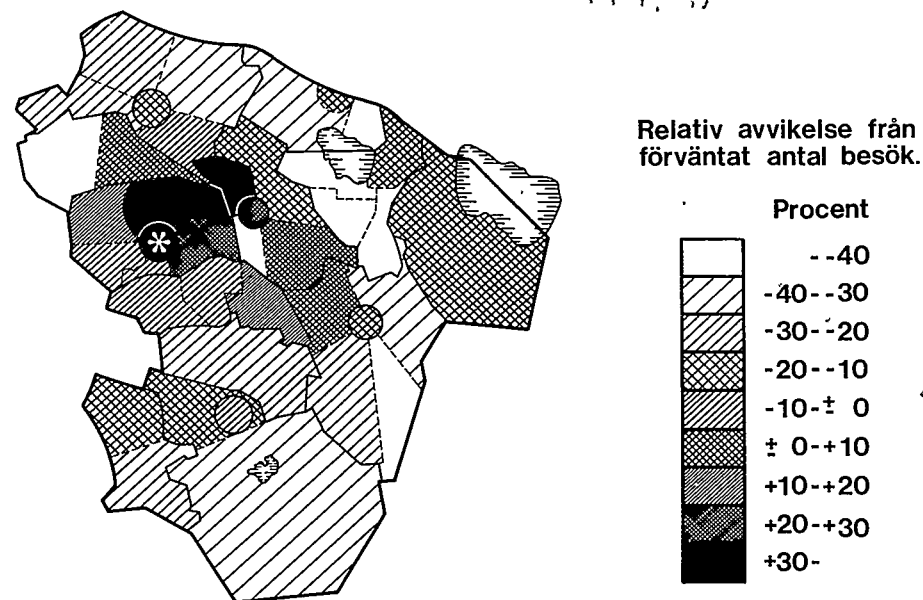
Bland patienter mellan 15 och 24 år gjorde led- och muskelsjukdomar sig gällande i högkonsumentgruppen, speciellt för kvinnorna. Dessa diagnoser svarade för en tre gånger så hög andel bland kvinnorna jämfört med övriga patienter och en dubbelt så hög andel bland männen.

Led- och muskelsjukdomar var vanliga bland högkonsumenter även i övriga åldrar upp till 75 år. I åldersgruppen 25-44 år förekom dessutom icke-somatiska sjukdomar. Psykoneuros var relativt sett vanligt bland kvinnorna, medan några män med diagnosen alkoholismen svarade för ett stort antal besök.

Bland patienter över 65 år svarade de symptomatiska hjärtsjukdomarna för en hög andel bland högkonsumenterna i jämförelse med övriga patienter.

Diskussion

Studien av patienter med hög vårdkonsumtion vid vårdcentralen i Dalby har visat på skillnader i sjukdomsmönster beroende på hur definitionen av högkonsument utformades. Bland läkarbesöken förekom en rad sjukdomar, olika för olika åldersgrupper. Då även besök vid specialmottagningarna ingick vid definitionen av högkonsument, påverkade detta helt naturligt diagnosbilderna.



Anm. Vårdcentralens läge är markerat med en stjärna.

Figur 1. Relativ avvikelse från förväntat antal besök vid vårdcentralen i Dalby inom olika delområden 1978.

Distriktsläkarens arbetsuppgifter – ett bidrag till en modell för rationell vårdplanering

LARS BERG · BO HAGLUND

Det råder i dag en stor okunnighet hos allmänhet, politiker, administratörer och specialistläkare om distriktsläkarens vardagsarbete. Samtidigt ställs från många håll krav på förändrade arbetsrutiner, om ett förverkligande av de nya primärvårdsmålen. Utifrån den fortlöpande vårdplaneringen vid vårdcentralen i Tibro har en översiktlig modell för distriktsläkarens arbetsuppgifter utarbetats. Denna modell kan vara till hjälp vid prioriteringsdiskussioner om avvägningen mellan förebyggande och kurativa arbetsuppgifter. Den visar även på att antalet invånare per distriktsläkare är ett otillfredsställande mått.

målen, där man pekar på ökad inriktning på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (1). I många kommuner har en 5–10-dubbling av personalen inom hälso- och sjukvården skett under den senaste tioårsperioden. Enläkarstationen har blivit vårdcentral med 5–10 distriktsläkare.

Vad har man rätt att förvänta sig av en sådan kraftig personalökning? Kan någon förbättrad folkhälsa skönjas? Vad är distriktsläkarens roll i den nya verksamheten?

För att få en överblick över distriktsläkarens arbetsuppgifter behövs en översiktlig modell. Detta blir speciellt viktigt vid prioriteringsdiskussioner mellan förebyggande och kurativa arbetsuppgifter (2).

Distriktsläkarens arbetsmöjligheter i relation till patientunderlagets storlek under nuvarande förutsättningar och i ett framtidsperspektiv har tidigare utarbetats i den sk patientunderlagstrappan av Dahlin och Westman. Nuvarande förutsättningar (katastrofp-lan) och framtidsmodell redovisas i figur 1 respektive 2.

För att få fram underlag för fortlöpande vårdplanering behövs en mera preciserad modell. Patientunderlagstrappan är svår att omsätta i prak-

tiskt vårdplaneringsarbete. Det är svårt att föra konkreta diskussioner om prioriteringar inom och mellan trappavsatserna, och i prioriteringsordningen anges förebyggande arbete sist. Ramarna för verksamheten anges inte på ett entydigt sätt vilket omöjliggör avvägning mellan tillgängliga resurser och behov.

Vid de vårdplaneringsstudier som hittills genomförts exempelvis i Lerum, Vännäs, Sollentuna m. fl. har man framför allt koncentrerat diskussionen till distriktsläkarnas patientmottagningsuppgifter. Utförligast har detta redovisats av Dahlin (3). Någon fördjupad diskussion om arbetets innehåll i praktiska termer har vi inte kunnat finna.

Tibro

Tibro kommun (primärvårdsområde) har ca 11200 invånare. Den räknas som möbelcentrum i Skaraborgs län och det finns ett 60-tal större och mindre företag inom trä- och möbelindustribranschen. I den nybyggda vårdcentralen är för närvarande sex distriktsläkartjänster inrättade. Under det senaste året har i genomsnitt 2–3 ordinarie distriktsläkare tjänstgjort samt FV/AT och vikarier. Två AT- eller

Nyckelord:

Vårdplanering, distriktsläkarens arbetsuppgifter, primärvård, Tibro.

Bakgrund

Det finns från många håll, inte minst politiska, stora förväntningar på ett förverkligande av de nya primärvårds-

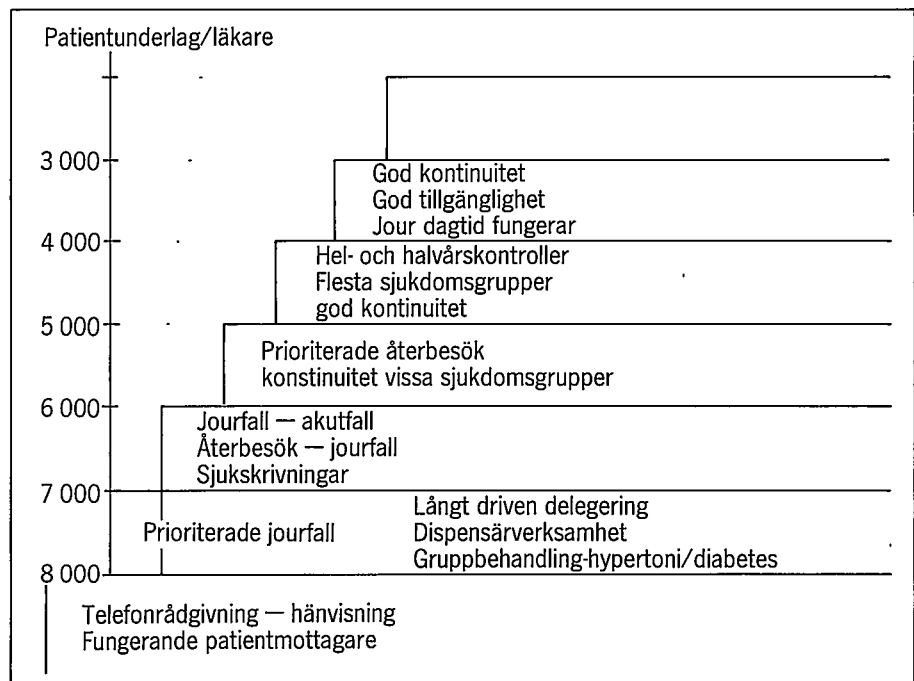
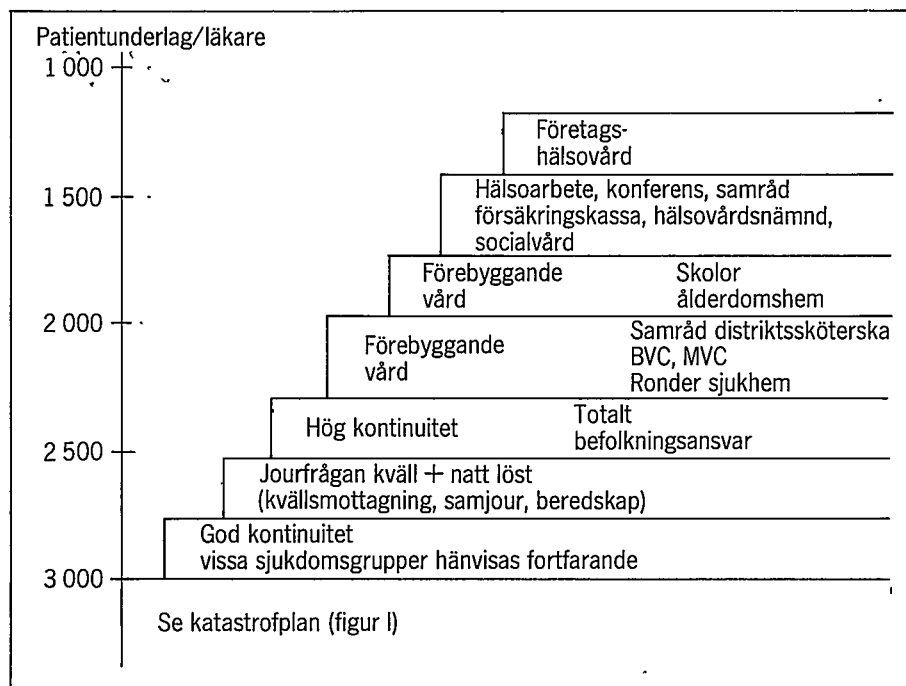


Fig. 1. Läkarens arbetsmöjligheter i relation till patientunderlagets storlek med nuvarande förutsättning. Efter Dahlin/Westman



Figur 2. Läkarens arbetsmöjligheter i relation till patientunderlagets storlek i en framtidsmodell. En påbyggnad av figur 4. Efter Dahlin/Westman

Direkt patientarbete (behandlande verksamhet)		Antalet moduler anges inom parentes 1 modul=20 minuter	
(300)	Sjukvård utanför mottagningen (omvårdnad)	(80)	Förebyggande verksamhet — Individ — Miljö (60)
	Patientrelaterat arbete — Telefonåtgärder — Uppföljningsåtgärder/kontakter — Samarbete (90)		Utvecklingsarbete och forskning (110)
	Planering och ledning (60)		Utbildning (80)
	Totalt (300)		Totalt (230)
2,5 läkartjänst		2,1 läkartjänst	

Figur 3 Modell för tidsinsatser per normalvecka uttryckt i 20-minutersmoduler för sex ordinarie distriktsläkare och två AT/FV-läkare vid vårdcentral för 11.200 invånare.

[Semester, jourkompensation, sjukdom och annan ledighet motsvarar 1,5 läkartjänst och är frånräknat; kvarstår 6,5 tjänst=780 moduler.]

FV-läkare beräknas kontinuerligt tjänstgöra på vårdcentralen.

Modell för vårdplanering

Den modell som redovisas har växt fram ur det praktiska vårdplaneringsarbetet vid Tibro vårdcentral. Modellen omfattar arbetsinsatser inom olika arbetsområden för distriktsläkarna med en indelning som till stora delar sammanfaller med primärvårdens arbetsuppgifter enligt Sprirapport "Primärvård - innehåll och utveckling" (1). Utgångspunkten för modellen är en framtida situation med alla sex distriktsläkartjänsterna ordinariebesatta samt två AT/FV i tjänst.

Arbetsuppgifterna indelas i sju huvudområden men presenteras i modellen i tre "boxar" för att ge en bättre

översikt. Som grundtidsenhet har en tidsenhet på 20 minuter valts och definierats som en modul. Utgångspunkten är att ungefärlig tidsåtgång för normalbesök utgör 20 minuter. För Tibro vårdcentral återstår 780 moduler eller 6,5 tjänst i tillgänglig läkartid per normalvecka sedan semester, jourkompensation och annan ledighet eller sjukdom frånräknats.

Bortfallet i tid av semester, jourkompensation och ledighet-sjukdom är svårbedömda av flera orsaker. Oklarheter föreligger om huruvida läkartjänsterna är att betrakta som "totalbemanning" eller om vikarier kan insättas vid semester. Avtalsläget inger osäkerhet inför den framtida kompensationen vid jour och beredskap. Allt fler väljer nedsatt tjänstgöringstid pga

minderåriga barn eller är lediga pga graviditet eller föräldraledighet. När mera säkerhet har nåtts beträffande dessa faktorer kan det vara mera konsekvent att redovisa även dessa i modellen.

Resultat

Den proportionella fördelningen av arbetsuppgifterna framgår av figur 3. varje "box" genomgås med avseende på underindelningar och närmare detaljer i löpande text.

I. Box till vänster

1. Direkt patientarbete

(behandlande verksamhet)

På mottagningen används en lätt modifierad form av Lerumsmodellen för tidsbokning (4). Normaltidsåtgång för ett läkarbesök är 20 minuter. Vissa besök som tex otiter tar naturligtvis kortare tid, men utjämnas av att andra besök kan kräva längre tid. För mera komplicerade fall som äldre med ett flertal olika symptom/sjukdomar, socialmedicinska knäckefall, intygsbedömningar kan två moduler behövas, medan hembesök centralt i samhället kan kräva tre moduler för läkarbesök. Med utgångspunkt från våra erfarenheter hittills beräknar vi ett framtida behov på cirka 300 moduler per vecka. Fördelat på brådskegrader innebär det, tid samma dag ca 115 moduler, tid inom 1-6 dagar 55 moduler, tid inom 1-3 veckor 30 moduler samt tid efter mer än 3 veckor 100 moduler. Per år skulle det innebära i runda tal 15 000 besök hos läkare, vilket omräknat motsvarar drygt 1,3 besök per invånare och år.

För det direkta patientarbetet åtgår sammanlagt 2,5 tjänst, vilket utgör cirka 40 procent av tillgänglig läkartid (6,5 tjänst).

II Mittersta boxen

Denna box omfattar sjukvård utanför mottagningen (omvårdnad), patientrelaterat arbete samt planering och ledning. Kvantitativt största delarna utgörs av sjukhemsvård, uppföljningsåtgärder/kontakter, olika former av samarbete samt planeringsarbete för vårdcentralschef. Tidsåtgång 1,9 tjänst.

2. Sjukvård utanför mottagningen (omvårdnad)

Verksamheten under denna rubrik omfattar läkarinsatser vid ålderdomshem, sjukvård i hemmet, dagvård och sjukhem.

Ålderdomshemmet i Tibro har fn 100 platser. Den av landstinget köpta tiden utgör 12 moduler per vecka. Sjukvård i hemmet är under uppbyggnad och beräknas kräva 10 moduler i ytterligare tillskott, framför allt för informella kontakter med vårdansvariga och för hembesök. I övrigt finns moduler för denna arbetsform även under direkt patientarbete och under samarbete.

Dagsjukvård bedrivs sedan ett år och beräknas fullt utbyggt omfatta 25–40 inskrivna patienter. Rond/teamkonferens kräver idag tre moduler varannan vecka med läkarrepresentant från vardera av de tre distrikten. Därutöver behövs viss tillsynstid motsvarande 5–6 moduler per vecka. Patientinskrivning eller mera omfattande patientbedömning under vårdtiden sker inom mottagningsarbetets ram. Totalt erforderlig modulåtgång 10 moduler per vecka.

Sjukhemmet i Tibro består av två avdelningar med sammanlagt 96 vårdplatser, varav 12 avses för korttidsvård. Beräknad tidsinsats utgör 48 moduler per vecka med utgångspunkt från nuvarande funktion.

Sammanlagd tidsåtgång för sjukvård utanför mottagning blir 80 moduler per vecka.

3. Patientrelaterat arbete

Det patientrelaterade arbetet utgörs av telefonåtgärder, uppföljningsåtgärder och kontakter samt av formaliserat samarbete.

Telefonrådgivning av läkare och telefonrecept beräknas erfordra 15 moduler per vecka. För närvarande försöker vi om möjligt maximera antalet telefonåtgärder per modul till två telefonrådgivningar plus fem telefonrecept (patienter).

Uppföljningsåtgärder/kontakter utgörs av genomgång av journalhandlingar och erhållna remiss- och laboratoriesvar, intygs- och remissutfärdande, brev- och telefonkontakter med patienter eller andra instanser med anledning av erhållna svar efter besöket. Med ledning av hittillsvarande erfarenheter uppskattas behovet till cirka 45 moduler.

Under rubriken samarbete inryms formaliserade kontakter med distriktssköterskor, specialistläkare, socialbyrå, försäkringskassa och även andra vårdkategorier.

Samarbete med distriktssköterskorna sker formaliserat genom att en av distriktsläkarna varje dag går över en modul för att bedöma vissa problempatienter som behöver en snabb läkarbedömning. Tidsåtgång per vecka: 5 moduler. Utgående från dagens konsultbehov av specialister beräknas cirka 15 moduler per vecka erfordras. För närvarande sker tillsammans med specialistbedömningar varannan vecka omfattande tre moduler med psykiater och två moduler per månad med barnläkare och gynekolog. Socialmedicinska konferenser (Reha-team, träff med socialförvaltning, vårdplaneringskonferenser inom hemsjukvården) beräknas ta cirka 10 moduler per vecka i anspråk.

Totalt åtgår cirka 90 moduler per vecka till patientrelaterat arbete.

4. Planering och ledning

Planering och ledning utgörs av planeringskonferenser, arbetsplatsgrupper

och särskilt avsatt tid för primärvårdschef och övriga distriktsläkare.

Planeringskonferens omfattar fn en större konferens varje månad på fyra moduler samt en modul varje vecka. Sammanlagt erfordras cirka 10 moduler per vecka.

Arbetsplatsgrupp gäller främst mottagningen men kan också vara aktuellt för läkarna inom övriga arbetsområden (dagsjukvård, sjukhem etc). För närvarande åtgår tre moduler var tredje vecka. Totalt beräknas 10 moduler per vecka behövas.

För planering och ledning av en vårdcentral av Tibros storlek beräknas cirka 1/3 tjänst, dvs 40 moduler per vecka, behövas.

Total tidsåtgång för planering och ledning är 60 moduler per vecka.

III. Högra boxen

Denna box omfattar förebyggande verksamhet, utvecklingsarbete och forskning samt utbildning. Tidsåtgång: 2,1 tjänst.

5. Förebyggande verksamhet

den förebyggande verksamheten omfattar den traditionella mödra- och barnvårdscentralens verksamhet samt skol- och företagshälsovård. I Tibro sköts barnvårdscentralen av barnläkare, vilket förefaller bli troligt även fortsättningsvis. Mödravårdscentral sköts fn till större delen av gynekolog. Beräknad total insats för mödravårdscentral utgörs av 10 moduler per vecka. Skolhälsovård efter omfattande låg-, mellan-, högstadium och gymnasium uppskattas erfordra ca 20 moduler. Företagshälsovård bedrivs i Skaraborgs län på deltid av distriktsläkare. I Tibro omfattas fn drygt 2000 personer av företagshälsovården. Ett minimum av erforderliga moduler uppgår till ca 30 per vecka. En viss osäkerhet om det framtida behovet av företagshälsovård omöjliggör en bättre prognos och eventuellt kan ytterligare tid krävas.

Sammanlagt utgörs den redan etablerade förebyggande verksamheten av 60 moduler. I framtiden måste dock en förebyggande verksamhet inriktas mera mot hela befolkningen. Vi saknar emellertid ännu konkreta erfarenheter. I ett inledningsskede får vi räkna med att gränsen mellan förebyggande arbete och utvecklingsarbete är flytande och att förhållandevis stor del av arbetstiden bör läggas på utvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet blir en kartläggningsfas som ger besked om hur det förebyggande arbetet sedan skall bedrivas.

6. Utvecklingsarbete och forskning

Om primärvården skall kunna omformas och utvecklas enligt primärvårdsplanerna måste tid avsättas för utvecklingsarbete. Om man lågt räknar med att ca 15 procent av läkarnas arbetstid skall omfatta denna typ av utvecklingsarbete innebär det ca 110–120 moduler per vecka. Som några exempel på

utvecklingsarbete kan nämnas kartläggning av hälsoförhållanden och vårdutnyttjande i kommunen, vårdprogram osv. Cirka 110 moduler per vecka kan enligt modellen avsättas för utvecklingsarbete och forskning. Tiden måste uppdelas mellan de olika läkarna, gärna i projektarbetsform.

7. Utbildning

Utbildning innebär vidareutbildning av distriktsläkarna, handledning/utbildning av AT/FV-läkarna men även utbildningsinsatser för övriga personalkategorier inom primärvården.

Läkarvidareutbildningen kan ske "i vardagsarbetet" inom ramen för det dagliga sjukvårdsarbetet. Speciellt ur AT/FV-synpunkt är det väsentligt att tid finns för patienten och för diskussion/konsultation med ordinarie distriktsläkare eller specialistkonsult.

Vidare utbildning för läkare kan ske "i vardagsarbetet" inom ramen för det dagliga sjukvårdsarbetet. Speciellt ur AT/FV-synpunkt är det väsentligt att tid finns per patient och för diskussion/konsultation med ordinarie distriktsläkare eller specialistkonsult. Vidareutbildning kan i mera formaliserad form ske som föreläsningar, fallbeskrivningar, referat från artiklar och kurser, vårdprogramarbete eller projektarbete. Utom vårdcentralen utgör temaeftermiddagar, NLV-kurser, provinsialläkarfondkurser eller kurser i samarbete med läkemedelsföretag, SFAM-möten, medicinska riksstämman mm ytterligare kompletterande inslag i vidareutbildningen. satsen.

Diskussion

Modellen som presenteras tillför framför allt två möjligheter. För det första ger den *en översikt över de ingående verksamhetsområdena uttryckt i tid* med möjligheter till prioriteringsdiskussioner och då i synnerhet i avvägningen mellan traditionellt kurativ verksamhet och förebyggande arbete. För det andra ger den *en möjlighet att bedöma om ramarna för den egna vårdcentralens verksamhet, mätt i läkarresurser, möjliggör en satsning enligt primärvårdsutredningarnas intentioner*.

På många vårdcentraler har man idag fullt upp med att klara av det direkta patientarbetet. För att kunna inrikta sina ansträngningar mot utvecklingsarbete och förebyggande arbete måste man befina sig någorlunda i balans vad gäller efterfrågan på läkartid. Dessutom finns en icke föraktlig andel patienter kvar på specialistmottagningar som likaväl kunde skötas på primärvårdsnivå. Det bör betonas att flera åtgärder kan vidtas i avlastande syfte med effekter redan på kort sikt, men framför allt på längre sikt. "Mittboxen" kan liknas vid det nav som verksamheten snurrar kring och speciellt då planerings-, lednings- och samarbetsfunktionerna. Patientarbetet kan avlastas

via utveckling av patientmottagarfunktion (utbildning), delegering (hypertoni, diabetes), egenvårdsåtgärder. Besökstidens längd bör anpassas till antal patientproblem och typ av problem. Erfarenheterna från vårdlagsarbetet i Sjöbo talar för att bättre kontinuitet uppnås samtidigt som mindre tid går åt till direkt patientarbete. Kan hembesök eller vårdlag innebära förbättringar?

I framtiden förväntas vi som distriktsläkare mera aktivt arbeta förebyggande även om tonvikten i målsättningarna sägs även fortsättningsvis ligga inom den behandlande verksamheten. Utan en aktiv styrning och prioritering av givna resurser riskerar man en alltför ensidig inriktning på det direkta patientarbetet till nackdel för i stort sett hela den "högra boxen".

Ramarna för läkarresurser vid en vårdcentral uttrycks ofta i antal invånare per läkare. Detta är tämligen inadekvat vilket visas bl a av att en rimlig läkartäthet definierats alltifrån 1000 invånare per läkare till 4000 invånare per läkare. Med läkare avses då distriktsläkare (allmänläkare). FV/AT-läkare ingår ibland, ibland ej.

För att kunna bedöma behovet inom ett visst primärvårdsområde eller en vårdcentralens upptagningsområde måste en beräkning enligt modellen göras. Dessutom måste man ta hänsyn till geografiska förhållanden, närheten till specialister, sjukhus, förekomst av privatpraktiker och andra speciella omständigheter.

I Tibroexemplet måste i ett tänkt alternativ där vårdcentralen har ansvar för alla primärvårdsfunktionerna, även barnvårdcentral och, en ytterligare utbyggd företagshälsovård (mot svarar 24-30 moduler) inräknas. Om den nuvarande möjligheten att tjänstgöra 1 månad per år på sjukhusklinik kvarstår för ordinarie distriktsläkare utnyttjas helt skulle detta innebära 60 moduler per vecka i bortfall. Totalt skulle detta, om hänsyn tas även till jourfrågans utveckling och FV-handledningens konsekvenser, innebära ett behov av ytterligare en tjänst. Cirka 7,5 läkartjänster skulle då erfordras i tillgänglig tid, dvs ett behov av 9 tillsatta läkartjänster (inklusive FV/AT).

I ett tänkt minimalalternativ (stortad) där specialister och/eller praktiker behandlar en del patienter inom primärvårdsområdet och där sjukhem, ålderdomshem, sjukvård i hemmet, mödra- och barnvård och företagshälsovård inte heller sköts av allmänläkare krävs naturligtvis mindre läkarresurser. För Tibros del skulle det innebära ett minskat behov på cirka 2,0 läkartjänst per vecka. Detta utgör då ett behov på 4,5 läkare i tjänst kontinuerligt, dvs 5,6 läkartjänster bör finnas tillsatta i stat (också inklusive FV/AT).

För dessa tre alternativ innebär minimalalternativet 1867 invånare per läkare, grundmodellen 1400 invånare

per läkare och alternativet med "totalansvar" 1244 per läkare. Observeras bör att AT/FV-läkare är inräknade samt att målsättningarna för primärvårdsarbetet förutsätts uppfylla i enlighet med modellens beräkningar.

Slutsatser

En gemensam terminologi för primärvårdens arbetsuppgifter bör skapas, framför allt för att underlätta jämförelse. Tidsinsatserna för dessa olika arbetsuppgifter bör studeras. Verksamhetsramarna för varje primärvårdsområde (vårdcentralsområde) uttryckt i tillgänglig läkartid bör studeras. En aktiv styrning och prioritering av verksamheten utifrån fastställda primärvårdsmålsättningar är nödvändig.

Litteraturförteckning:

- (1). Spri: Primärvård - innehåll och utveckling. Stockholm. 1978: S 101.
- (2). Haglund B: Allmänläkaren som hälsoarbetare. Läkartidningen 1980; 77:12312-2315.
- (3). Dahlin B: Enkätstudie angående distriktsläkares arbetsuppgifter och läkarstationers lokalutnyttjande 1979. Älvsborgs läns landsting 1980.
- (4). Sprirapport 3/1977: Löpande vårdplanering.

Författarpresentation:

Lars Berg, distriktsläkare i Tibro. Bo Haglund, distriktsläkare i Sundbyberg.*

*Postadress: Vårdcentrum, 543 00 Tibro.

Utarbetande av Symptom - råd - åtgärd – en medicinsk vägledning för patientmottagare

BERTIL MARKLUND

Patientmottagaren, dvs den person som först möter vårdsökanden, har en nyckelroll inom sjukvården. För att kunna lösa de medicinska problemen och hänvisa rätt inom sjukvårdsapparaten krävs en utbildning utöver den traditionella. I denna artikel beskrivs ett nytt hjälpmedel för patientmottagare "Symptom - råd - åtgärd", ett kompendium som kan ligga till grund för utbildning av patientmottagare samt vara ett stöd för patientmottagare i den dagliga uppgiften att möta vårdsökanden.

Nyckelord: Patientmottagare.

Patientmottagarfunktionen

Den målsättning vi satt upp för en patientmottagare, det vill säga den person som först möter vårdsökande, är att hon skall kunna ge adekvat rådgivning i sjukvårdsfrågor och hänvisa till rätt vårdinstans vid rätt tidpunkt.

Vi begär med andra ord att hon skall behärska hela det medicinska fältet, samtidigt som hon också skall känna till sjukvårdens organisation såväl i öppen som slutenvård.

Detta är en nästan omöjlig uppgift som förhållandet är i dag. I den traditionella undervisning som ges ligger fortfarande tyngdpunkten vid den slutna vårdens medicinska problem och endast i liten utsträckning behandlas den sjukdomslära vi ägnar oss åt inom primärvården.

Patientmottagaren kan arbeta självständigt som exempelvis många distriktssköterskor gör i dag, eller arbeta i team med nära anknytning till distriktsläkaren.

Oberoende av vilken organisatorisk modell som är aktuell kommer vi dock att ha kvar en patientmottagande funktion och vi måste sträva efter att få

dess medicinska kvalitet så hög som möjligt.

Framarbetande av Symptom - råd - åtgärd

I ett försök att komma till rätta med problemen angående patientmottagarfunktionen på vårdcentralen i Vänersborg startade jag 1978 utbildning av berörd personal (sjuksköterskor och distriktssköterskor).

Jag utgick från kontaktorsak/åtgärdsregister (KÅR) enligt modell Lerum, beskrivet i SPRI-rapport 3/77. Detta är ett register med ett stort antal kontaktorsaker direkt kopplade till åtgärder. Genom detta register fick jag definierat vilka kontaktorsaker/symptom vi åtagit oss att sköta i öppen vård.

Jag önskade dock gå vidare och arbeta fram en mer heltäckande beskrivning av händelseförloppet från det att patienten presenterade ett symptom till dess att patientmottagaren föreslagit en åtgärd. För att få fram de vanligaste symptomen och för dem utveckla anamnesupptaget startade jag med en symptomregistrering under en treveckorsperiod. Resultat, se tabell I.

Tabell I

Symtom	Antal	%
Hosta	138	9,2
Öronbesvär	114	7,6
Bukbesvär	108	7,2
Halsbesvär	105	7,0
Ledbesvär	101	6,7
Utslag	97	6,5
Urinvägsbesvär	84	5,6
Ryggbesvär	80	5,3
Snuva	75	5,0
Led - skelettrauma	63	4,2
Förkylning	63	4,2
Flytningar	61	4,1
Bröstsmärtor	47	3,1
Nervösa besvär	41	2,7
Huvudvärk	39	2,6
Ögonbesvär	30	2,0
Sår	26	1,7
Yrsel	22	1,5

Presenterade symptom vid Torpa vårdcentral under en treveckorsperiod.

Då jag nu visste vilka de "tunga" symptomgrupperna var analyserade och utvecklade jag vart och ett av dem, vilket innefattade litteraturstudier, dis-

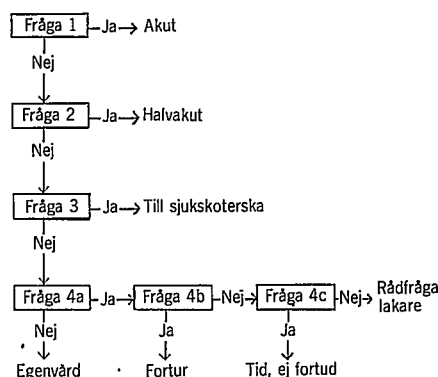
kussioner med sjuksköterskor, distriktssköterskor, distriktsläkarkolleger och specialister.

Att få fram dessa basdata om våra vanligaste symptom samt skapa enhetlighet i bedömning inom och mellan vårdnivåer var ett långt svårare och mer tidskrävande arbete än jag kunde ha anat. Det tog drygt två år att få ett material som var väl förankrat inom såväl primärvård som slutenvård.

Eftersom patientmottagarna ofta arbetar under tidspress med telefonsamtal som strömmar in och symptom som ständigt växlar, finns det vare sig tid eller möjlighet att läsa i en tjock textbok för att få stöd och hjälp i patientbedömningen.

Efter att ha provat olika sätt att sammanställa materialet på ett överskådligt sätt fann jag att flödesschema med frågor, utgående från symptom, fungerade bäst. I varje frågeschema inprogrammerades hur brådskande bedömningen var, hänvisningsrutiner, rådgivning och egenvård. Till varje symptom gjordes även en text med förklaring om schemats användning och en beskrivning av tillämpad sjukdomslära i koncentrat. Principiell uppbyggnad av ett frågeschema, se figur 1.

Figur 1



Figuren visar principen för ett flödesschema med frågor utifrån ett symptom.

Genom kontinuerlig prövning av materialet på flera vårdcentraler erhöles slutligen väl fungerande frågeschema.

Text och frågeschema har nu sammanställts i ett kompendium, *Symptom - råd - åtgärd, en vägledning för patientmottagare, utgivet av läro-*

R/P-blanketten – ett epidemiologiskt hjälpmedel

HANS THÖRN

Författaren redovisar i artikeln R/P-blanketten som ett epidemiologiskt hjälpmedel till belysningen av en av våra stora patientgrupper, diabetikerna.

Nyckelord: Basdata i primärvård, R/P-blankett, diabetes.

Sedan 1978 använder vi här på distriktsläkarmottagningen i Munkedal den sk R/P-blanketten utarbetad av Spri som organisatoriskt hjälpmedel. Det har också visat sig att R/P-blanketten kan användas som ett epidemiologiskt hjälpmedel vid inventering av kontrollpatienter med speciella sjukdomar.

Samtliga patienter som går på regelbunden kontroll för kronisk sjukdom som tex diabetes kallas till mottagningen med en R/P-blankett. I samband med besöket skriver läkare diagnos på blanketten, vilken sedan arkive-

boksförlaget Esselte Studium. Boken innehåller ett tjugotal symptom och täcker cirka 75 procent av symptomen som presenteras i kontakten med patientmottagaren.

Lokalanpassning

Man skall vara medveten om att Symptom – råd – åtgärd utgör en medicinsk stomme som måste vidare bearbetas och anpassas utefter lokala förhållanden. Därigenom skapas ett instrument som sammanfattar vårdcentralens ambitionsnivå och som gör det möjligt för patientmottagarna att alltid ha tillgång till information om vad man skall göra med primärkontakten enligt överenskommelse inom vårdcentralen.

En genomarbetning av Symptom – råd – åtgärd enligt ovan tar en del tid men är en förutsättning för att det skall bli ett effektivt och bra hjälpmedel som sedan kan ligga till grund för utbildning av patientmottagare samt vara ett stöd för patientmottagaren i den dagliga uppgiften att möta vård-sökanden.

Författarpresentation

*Bertil Marklund**, distriktsöverläkare, vårdcentralen, Vänersborg.

*Postadress: Torpavägen 23, 462 00 Vänersborg.

ras i en pärm för varje läkare. Detta betyder att vi har tex hela vår kända diabetespopulation registrerad undantagandes den del som kontrollerar sig på medicinska kliniken i Uddevalla, ålderdomshems- och sjukhemspatienter. Vi har sålunda gjort inventeringar 1979, 1980 och 1981. Vid ett tillfälle har vi utnyttjat registret till att gå in i journaler och försöka värdera hur pass väl kontrollerat materialet varit som helhet. Vid de övriga registreringarna har endast ålder och antal diabetiker registrerats.

Resultat

1979 hade vi 67 registrerade diabetiker vid mottagningen och 1981 86 st. 1981 försökte vi skaffa oss en totalsiffra på antalet kända diabetiker som skötes från distriktsläkarmottagningen och vi fann då ytterligare 8 som vistades på ålderdomshem. Detta ger en totalsiffra på 94 kända diabetiker. Andelen kända diabetiker i populationen i relativa tal är då 1,67%. Av mera intresse för att kunna bedöma diabetessjukligheten i distriktet är att åldersstandardisera materialet samt att relatera det till tidigare kända material. Den förväntade sjukligheten i åldersintervallet 15–75 år är 1,7% enligt låginkomsturedningens siffror. Detta betyder i vårt distrikt ett förväntat antal diabetiker på 63 personer. Enligt våra R/P-blanketter har vid dock 69 diabetiker registrerade i åldrarna 15–75 år. Den aktuella diabetessjukligheten i detta åldersintervall blir då 1,9%. I materialet är dock fortfarande inte inräknat de diabetiker som sköts på medicinkliniken och aldrig går på kontroll här samt sjukhemspatienter. Ålderdomshemspatienterna är som ovan nämnts inkluderade.

Diskussion

Diagnosregistrering med hjälp av R/P-blanketten av definierade patientgrupper är ett användbart medel för att i runda tal ge en uppfattning om vissa sjukdomars utbredning i distriktet. Det är av värde att med denna typ av registrering följa dessa sjukdomars utbredning i en definierad geografiskt avgränsad tämligen stabil population. Man kan också med något större arbetsinsats försöka åldersstandardisera materialet. Vårt material har emellertid uppenbara svagheter:

– en stor del av diabetespopulationen är inte med, främst typ I-diabetikerna som vid senaste genomgången av materialet allttjämt kontrollerades i huvudsak vid medicinkliniken i Uddevalla. Sedan dess har man ändrat policy vid centralasarettet och avser att man inom primärvården skall sköta flertalet typ I-diabetiker och samtliga typ II-diabetiker. Vi kommer därför att åter gå in i vår registrerade population. Vi förväntar oss att den kommer att öka, i synnerhet de närmaste åren. Jag tror att detta sätt att använda R/P-blanketten för att skapa en epidemiologisk bild i "runda tal" är av intresse främst som ett sätt att följa en population longitudinellt genom åren.

Författarpresentation:

*Hans Thörn** distriktsläkare i Munkedal.

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen, 455 00 Munkedal

Joursystem – Kisamodellen

MELCHER FALKENBERG

Är vårdcentralens jourssystem anpassat till efterfrågan när det gäller vårdcentralens öppettider och kompetens hos primärjouren?

Genom att analysera efterfrågan på akut sjukvård och därför anpassa jourverksamheten och ha ordinarie distriktsläkare och erfarna tf distriktsläkare som primärjour har sedan 1978 vid läkarstationen i Kisa en modell utvecklats, som visat sig ha flera positiva effekter, varför modellen presenteras.

Nyckelord: Primärvård, jourssystem.

Organisation

Läkarstationen i Kisa är en 4-läkarstation med 1 FV-tjänst knuten till stationen. 2 tjänster är ordinarie besatta – övriga tjänster har de senaste åren varit besatta med en långtids- resp korttidsvikarier. Upptagningsområdet är 10 600 invånare och till stationen är ett sjukhem på 85 platser knutet. Vi replierar på Regionsjukhuset i Linköping (RiL) 5 mil norr om Kisa.

Tidigare jourmodell

Undertecknad började som ordinarie distriktsläkare hösten 1978, varvid noterades att jourfrågan här liksom på ett flertal ställen i landet löstes med hjälp av medicine kandidater, som oftast saknade färdig kurs i barnmedicin, öron-näsa-halsjukdomar och ofta flera i tiden närliggande kurser efter termin 9 varvid kurs i psykiatri fullgjorts, som var ett villkor för vikariat som tf distriktsläkare.

Läkarstationen fungerade vid den tidpunkten med ordinarie mottagning och akutmottagning måndag till fredag kl 08.00–17.00. Fredag kl 17.00–måndag kl 08.00 vikarierade medicine kandidater som jourhavande. Vardagnätter måndag–torsdag hänvisades jourfallen till RiL. Sjukhemmets tillsyn åvilade långvårdsläkare från Valla sjukhus Linköping. Sjukhemmet sköts nu sedan 1 1/2 år tillbaka av distriktsläkare med långvårdskonsult knuten till platsen.

Dåvarande jourssystem uppfyllde ej kraven på kontinuitet och kvalitet avseende jourfallen, som i en övervägande del remitterades vidare till RiL och flera patienter återställdes till ordinarie läkare i början av veckan "för säkerhets skull". Systemet svarade således ej heller mot rimliga cost-benefitkrav.

Material och metodik

För att få ett rationellt, säkert jourssystem för rimlig kostnad, dels för huvudmannen och dels för stationen med försvarbart uttag av jourkompensation analyserades distriktet avseende behov av jour under vardagnätter och helger.

Under oktober månad 1978 noterades samtliga ingående samtal till sjukvårdsupplysningen under jourtid nätter samt lördag och söndag. För att nå sjukvårdsupplysningen (tel-svarande sjuksköterska vid läkarstationen i Linköping och tel-svarande sjuksköterska på akutmottagningen på RiL) hänvisades allmänheten till tel-nummer 90 000. Det visade sig för de flesta vara självklart att ta kontakt med 90 000 i händelse av akut sjukdom såsom hjärtinfarkt eller i samband med påkallande av hjälp till exempel vid en trafikolycka. Men det var ingalunda självklart att ta kontakt med 90 000 för att få råd hur man tex avlägsnar en fästing eller för att få näsdroppar utskrivet av jourhavande läkare. För huvudmannen har således påpekats det olämpliga i att "gömma" en sådan förnämlig organisation som sjukvårdsupplysningen bakom telefon 90 000 – ett värdeladdat telefonnummer som man ofta finner allmänheten ej vilja blockera "då det ju är till för svårt sjuka och olycksfall" – och istället uppsöker man jourmottagningar på distriktläkarstationer och akutmottagningar. Under oktober månad befanns hela 42% av ingående samtal kunna handläggas av telefonsvarande sjuksköterska genom rådgivning, hänvisning till distriktssköterska och ombesörjande av telefonrecept. Således en imponerande hög siffra, vilket manade till eftertanke då man under samma period under lördag och söndag på läkarstationen noterade att hela 49% sökte akut utan föregående kontakt med sjukvårdsupplysningen. Den höga siffran resulterade i en ökad muntlig information till jourfallen att först ta kontakt med sjukvårdsupplysningen.

Under samma tidsperiod försågs samtliga akutmottagningar på RiL med listor för att notera jourfall från

Kindabygden för att närmare kunna analysera dessa som sökte därstädes utan remiss – således de jourfall "som gick läkarstationen förbi".

Totalt sökte 56 st akut utan remiss och detta fördelade sig på följande kliniker enligt nedan:

Medicinkliniken	15 st
Kirurgkliniken	16 st
Ortopedkliniken	8 st
Kvinnokliniken	4 st
Öronkliniken	2 st
Infektionskliniken	1 st
Barnkliniken	1 st
Hudkliniken	1 st
Psyk-klinken	8 st

De patienter som belastar akutmottagningens medicin-, kirurg-, ortoped- och gynjour, 43 st, analyserades vidare. Vid genomgång av dessa journaler togs hänsyn till:

- I. Vilken veckodag patienten sökte på och om jourläkare ej samtidigt fanns på läkarstationen i Kisa, dvs vardagsnätter måndag–torsdag dag.
- II. Patienternas bostadsort inom vårt upptagningsområde.
- III. Hur dags på dygnet patienten sökte.
- IV. Orsaken till att patienten uppsökte akutmottagningen direkt.
- V. Åtgärd på akutmott: inlagd, bedömd, hemskickad etc.
- VI. Var patienten tidigare känd och gick patienten regelbundet på kontroll eller behandling på RiL.
- VII. Kunde patienten ha omhändertagits i primärvården.

Av de 15 patienter som bedömdes av medicinjouren inlades 12 st under följande diagnoser:

Lunginflammation	3 st
Uteslutande av hjärtinfarkt	5 st
Propp i ben	1 st
Astma	2 st
Ledbesvär	1 st

Tre fall bedömdes på akutmottagningen och skickades hem. Av dessa inkom en med insulinkänning, kontrollerades regelbundet på diabetesmottagningen på RiL. En patient sökte för bröstsmärtor, två dagar tidigare hemskrivna från medicinkliniken. En tredje patient som sökte för ledvärk efter halsont skickades hem.

Av de 16 patienter som bedömdes på kirurgjouren inlades 7 under diagnos bukobs eller fraktur. Nio patienter be-

dömdes på akutmottagningen, i fem fall uteslöts akut bukåkomma. Två patienter som skickades hem hade mindre sårskador – dessa hade emellertid sin arbetsplats i Linköping.

Av de åtta patienter som bedömdes på ortopedjouren inlades 5 under diagnos benbrott, 1 för amputation i samband med propp i benet. Två patienter som bedömdes på akutmottagningen och skickades hem krävde båda röntgen för uteslutande av fraktur – arm ur led resp axelskada.

Av de fyra patienter som bedömdes av gynjouren var samtliga kända på kliniken – nyligen förlösta eller erhållit behandling på KK:s mottagning – samtliga skickades hem.

Sammanlagt 12 patienter bedömdes av medicin-, kirurg-, ortoped- och gynjouren måndag-torsdag kl 17.00–08.00, dvs då jourläkare ej fanns att tillgå på läkarstationen i Kisa. Av dessa 12 torde endast en kunna ha handlagts i primärvården (mindre sårskada i huvudet en torsdagsnatt kl 24.00) – övriga fall krävde röntgenundersökning eller blev inlagda på RiL.

För att studera när man i distriktet sökte med "akuta åkommor" under dåvarande jourmodell med medicine kandidat stationerad på mottagningen fredag kl 17.00–måndag kl 08.00, analyserades sommaren 1979 under tio helger när på dygnet man sökte och om man var hemmahörande i upptagningsområdet eller ej (Kindabygden är en uttalad turistbygd) och om man tidigare hade haft kontakt med sjukvårdsupplysningen. Under dessa helger sökte 309 patienter varav 187 ej hemmahörande i upptagningsområdet – av dessa hade 29 procent (54/187) ej haft kontakt med sjukvårdsupplysningen. I upptagningsområdet hemmahörande sökte 122, varav 28 procent (34/122) ej haft kontakt med 90 000. man kunde således notera att jämfört med oktober 1978 varav 49 procent sökte akut utan föregående kontakt med sjukvårdsupplysningen, hade denna siffra nu minskat till 28 procent.

Jourfallen fördelades på ett karaktäristiskt sätt över dygnets timmar fredag–måndag med enstaka fall fredag kväll – en majoritet av fallen på lördag förmiddag mellan kl 9–13 och söndag förmiddag mellan kl 9–13.

Nuvarande jourmodell

Vid årsskiftet 1979–1980 ändrades jourorganisationen så till vida att vikarierande medicine kandidat i fortsättningen ersattes med ordinarie och tf distriktsläkare som jour lördag–söndag mellan kl 09.00–13.00 – en tidpunkt vald med ledning av ovanstående analys av fördelning av jourfallen. man kunde vid journalgenomgång av de fall som föll utanför dessa tider finna att man i majoriteten av fallen mycket väl kunde vänta till efterföljande dags mottagning eller kunde ha sökt tidigare på dagen. För att underlätta övergången till det nya joursystemet

Läkarstationen
Sjukhuset i Kisa
Fack
590 40 KISA

1980-01-02

Tjänste

Gruppkorsband
Till samtliga hushåll
i Kinda kommun

INFORMATION OM SJUKVÅRDEN OCH LÄKARJOURVERKSAMHETEN I KISA FRÅN OCH MED 1980.

Sjukhuset i Kisa fungerar som ett lokalt sjukhem med långvård och dagsjukvård. I samma byggnad inrymmer läkarstationen, som har tidsbeställd mottagning vardagar kl 08.00 – 17.00 och jourmottagning vardagar kl 08.00 – 17.00. Från och med nyår startar vi en ny form av jourmottagning på lördagar och sön- och helgdagar. I stället för vikarierande medicine kandidater kommer i fortsättningen ordinarie och tf distriktsläkare att tjänstgöra lördag och söndag mellan kl 09.00 – 13.00. Jourfallen kommer att hänvisas till dessa tider av telefonsvarande sjuksköterska på sjukvårdsupplysningen, dit Ni hänvisas efter kontakt med 90 000. Tag således alltid kontakt med 90 000 vid akut sjukdomsfall alla tider utom vardagar kl 08.00 – 17.00, då Ni vänder Er till läkarstationen, tel 0494/11 000.

Akuta sjukdomsfall, som ej kan vänta till ovan angiven jourmottagning, hänvisas av 90 000 till Regionsjukhuset i Linköping.

Genom denna åtgärd vill vi ytterligare förbättra sjukvården i Kindabygden.

Läkarstationen i Kisa

utgick gruppkorsband med information till samtliga hushåll inom Kinda kommun. Se figur.

I informationen underströks vikten av att ta direktkontakt med sjukvårdsupplysningen. Under övrig tid, dvs vardagsnätter och lördag–söndag–helgdag utanför mottagningstid 09.00–13.00 är distriktsläkare beredskap i hemmet för sjukhemsärenden, vårdintygsfall och polisärenden.

Transportmedicinsk organisation

Sedan det nya joursystemet infördes har regionens ambulanser erhållit lustgas-syrgasinstallation. Därmed har den transportmedicinska organisationen kompenserat väntan på och resväg till jourhavande doktor utanför den tid då läkarstationen är bemannad. detta har bedömts som angeläget i de situationer då smärtlindring är indicerad ur såväl prognostisk som humanitär synvinkel tex vid akut hjärtinfarkt.

Resultat

Effekten av uppmaningen att ta direktkontakt med sjukvårdsupplysning-

en avspeglar sig i ett fallande procenttal som söker direkt på läkarstationen under jourtid lördag–söndag. Vid genombången oktober 1978 var siffran 48 procent, sommaren 1979 29 procent – siffrorna efter årsskiftet 1979–1980 i samband med införandet av den nya jourmodellen faller procenttalet successivt och har legat mellan 0–10 procent. Vid senaste mätningen oktober 1981 sökte endast 1,5 procent akut utan föregående kontakt med sjukvårdsupplysningen.

I genomsnitt hänvisades via sjukvårdsupplysningen under januari–oktober 1981 8 (4–16) patienter lördag kl 09.00–13.00 och 8 (2–12) patienter söndag kl 09.00–13.00. Det skall i detta sammanhang påpekas att sjukhemmet med 85 platser tillses under nämnda jourtid.

Genom att förlägga jourtjänstgöringen till lördag, söndag och helgdag kl 09.00–13.00 och fortsätta att ha stängt vardagsnätter har joursystemet anpassats till det lokala behovet.

Diskussion

De praktiska konsekvenserna av undersökningen har blivit:

1. Telefon 90 000 - sjukvårdsupplysning - har blivit marknadsförd inom upptagningsområdet och används numera rationellt.
2. Joursystemet har anpassats till efterfrågan.
3. Ordinarie distriktsläkare och erfarna tf distriktsläkare som primärjour lördag, söndag och helgdag, vilket ger den vård sökande trygghet, kvalitet och kontinuitet i läkarkontakten.
4. Trygghet för mottagnings- och sjukhemspersonal.
5. Ett jourssystem till rimlig kostnad för huvudmannen.
6. Ett jourssystem som för läkarstationen resulterar i ett acceptabelt jourkompensationsuttag - något som efterlyses i den dagsaktuella debatten.

Författarpresentation

*Melcher Falkenberg**, distriktsläkare.

* Postadress: Läkarstationen Kisa, Fack, 590 40 Kisa.

PSYKIATRI I PRIMÄRVÅRD

1205786

Inför 80-talets allmänpsykiatri

MATS BELING

Nyckelord: Primärvård, psykiatri, debatt.

Det har under en följd av år förts en debatt om en förnyelse av den psykiatriska verksamheten i vårt land. Vi har fortfarande kvar ett flertal stora mentalsjukhus i landet, och det har varit svårt att skriva ut dessa patienter bl a beroende på att samarbetet mellan primärvården, socialtjänsten och psykiatrin är outvecklad, och att kontakten med arbetsplatser, skolor och idéella föreningar är för bristfälliga.

Psykiatrin utvecklas steg för steg mot en sektoriserad vårdorganisation. Organisationen innebär bl a att psykiatrin skall ansvara för all specialiserad psykiatrisk vård för befolkningen i sitt upptagningsområde. Som ett led i detta föreslås "att när primärvården arbetar med psykiatriska behandlingsuppgifter är det nödvändig förutsättning att den allmänpsykiatriska vårdorganisationen bedriver konsultverksamhet".

Detta är en god och bärande idé. Tidigare gjorda erfarenheter ger vid handen att den psykiatriska vården har haft svårigheter när det gäller att skriva ut patienter till den öppna vården. Med tanke på detta vore det nog lämpligt att allmänläkaren bedrev konsultverksamhet vid de psykiatriska klinikerna. Allmänläkaren har en bred erfarenhet av samarbete med samhällets olika organ inom ramen för den öppna vården, och skulle säkerligen kunna komma med konstruktiva förslag vid utskrivning av patienter från psykiatriska kliniker.

För att vi i framtiden skall kunna få ett nära samarbete mellan de psykiatriska teamen och primärvården behövs det klara avgränsningar ifråga om vilka patientgrupper de olika vårdfunktionerna har det yttersta ansvaret för.

Detta skulle möjligen kunna lösas på bästa sätt genom att man har lokala avgränsningsdiskussioner eller vårdprogram till hjälp vid det praktiska vårdarbetet.

Det bör även betonas vikten av att patienten får behålla sin valfrihet ifråga om olika vårdformer. Det är därför glädjande att det numera betonas att psykiatrin skall ha ett nära samarbete med andra vårdgivare, exempelvis företagshälsovården, skolhälsovård,

socialläkarverksamhet samt privatläkare.

SPRI har hållit två endagarskonferenser varvid "utveckling av 80-talets allmänpsykiatri" har diskuterats. En konferens tidigare år i Sundsvall och en konferens i Jönköping den 11/3 -82.

Författarpresentation:

*Mats Beling**, praktiker.

* Postadress: Grev Turegatan 59-61, 114 38 Stockholm.

Den vetenskapliga artikelns innehåll

Något om hur man skriver introduktionen samt material och metodavsnitt

BO HAGLUND

I en tidigare artikel har jag dels diskuterat definitionen av en vetenskaplig artikel och dels översiktligt redovisat innehållet. Detta bör besvara frågorna: Vad var problemet? Hur studerade Du problemet? Vad fann Du? och Vad betyder fynden? I den här artikeln diskuteras lite utförligare hur svaren på de första två problemställningarna, introduktionen och material och metoder skall presenteras.

Nvckelord: Forskningspresentation.

Bakgrund

I en tidigare artikel har jag diskuterat definitionen av en vetenskaplig artikel samt givit en översiktlig beskrivning av uppbyggnaden (1).

Uppbyggnaden bör i tur och ordning besvara fyra frågeställningar:

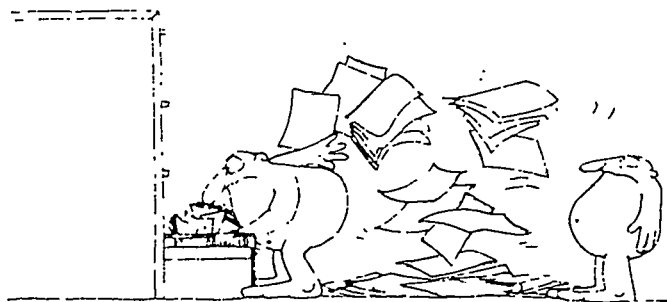
1. *Vad var problemet?* Svaret utgörs av introduktionen.
2. *Hur studerade Du problemet?* Svaret ges i beskrivningen av material och metoder.
3. *Vad fann Du?* Svaret här utgörs av resultaten.
4. *Vad betyder fynden?* Svaret formuleras i diskussionen.

Syftet med den här artikeln är att utförligare diskutera principer för hur man ger svar på de två första problemställningarna.

Introduktion

Day (2) föreslår följande regler för innehållet i introduktionen:

1. Den skall presentera med största möjliga klarhet *arten och omfattningen av problemet* som studeras.
2. För att orientera läsaren skall *tillräcklig litteratur översiktligt redovisas*.
3. *Undersökningsmetod skall anges*. Om det bedöms nödvändigt skall skälen till metodvalet anges.
4. *De viktigaste resultaten* i undersökningen skall anges. Håll inte läsaren



i ovisshet; låt honom följa utvecklingen av bevisen.

Ett överraskande slut kan vara spännande i en detektivroman men den är knappast tillämplig i vetenskaplig litteratur. Följden av att hålla inne med resultaten kan bli att läsaren tröttnat, lång innan "klon" i artikeln presenterats, framför allt om man även lyckats dölja de mest intressanta resultaten i artikelns sammanfattning (Abstrakt).

Flera skäl för att följa reglerna kan anges men jag vill stryka under den första regeln. Om inte problemet presenteras lättfattligt och klart, kommer knappast läsaren att vara intresserad av Din lösning.

I introduktionen skall man även omnämna, med citat om delar av resultaten tidigare preliminärt presenterats. Likaså bör artiklar i ämnet som Du tidigare presenterat eller skall publicera omnämnas. Slutligen bör man i introduktionen definiera och förklara speciella termer och förkortningar som används senare i artikeln.

Material och metodik

I den första delen av artikeln, introduktionen, har Du angett eller bör åtminstone ha angivit metodiken som använts i undersökningen. Om nödvändigt, har Du också försvarat skälen för Ditt val av speciella metoder i studien.

I den här delen av artikeln, material och metoder, skall skälen detaljerat anges. Huvudsyftet med material- och metodavsnittet är att ge tillräckligt med detaljer för att en kompetent forskare skall kunna *repetera Dina undersökningar*. Många, kanske de flesta läsare av Din artikel kommer att hoppa över den här avdelningen, därför att de redan vet från introduktionen vilka

metoder Du använt dig av och därför att de sannolikt inte har något intresse av att veta detaljer i undersökningens genomförande. Emellertid är en noggrann beskrivning i den här avdelningen mycket viktig därför att den utgör hörnstenen om uppnådda resultat skall kunna reproduceras. Att undersökningen med stor sannolikhet inte kommer att reproduceras hör inte hit, möjligheterna att göra om försöken måste föreligga för att kunna sägas utgöra vetenskap.

Vid referentgranskning i olika tidskrifter utgör material och metodavsnitten huvudintresset. Om bedömare av Din artikel inte kan övertyga sig själv om att han kan upprepa undersökningen kommer manuskriptet att refuseras oavsett vilka resultat som presenteras.

I material som inkluderar teknisk apparatur är det viktigt att ge exakta tekniska specifikationer. Om undersökningen gäller människor, vilket utgör den absoluta majoriteten av primärvårdsundersökningarna kanske hellre termen *studiepopulation bör användas*. Vidare bör kriterierna för urvalet beskrivas noggrant.

Vid genomgången av metoder är det vanligast att man presenterar använda metoder i kronologisk ordning.

I avdelningen om material och metoder är det vanligen också så att underrubriker används för första gången i artikeln. Om det är möjligt bör underrubrikerna konstrueras så att de matchar med de man senare använder i resultatbeskrivningen.

I det här avsnittet är också ofta en statistisk analys nödvändig. Om vanliga *statistiska metoder* används redovisas dessa utan kommentarer. Avance

rade eller ovanliga metoder kan behöva en lite utförligare redovisning med litteraturcitat.

Om tidigare använda metoder används i studien räcker det oftast med att mycket kort beskriva använd metod och därefter redovisa till referenslitteratur.

Ett vanligt fel är att blanda resultat och metodik.

För att sammanfatta det här avsnittet; tillräcklig information måste ges så att undersökningarna kan upprepas.

Författarpresentation:

Bo Haglund, distriktläkare.*

*Postadress: Hälsovårdsenheten, Vårdcentralen Kronan, 172 85 Sundbyberg.

Litteraturreferenser

1. Haglund B: Vad är en vetenskaplig artikel? SFAM-nytt 1982;3: 84-85
2. Day R.A.: How to Write and Publish a Scientific Paper 1979. ISI Press Philadelphia

Till SFAM:s medlemmar!

Tidskriften som kom bort redan innan den kom ut.

Som framkom av SFAM-nytt nummer 4/1981 tycktes det vara klart att en engelskspråkig vetenskaplig tidskrift som speglar primärvård och allmänmedicin i Norden kunde startas upp under våren 1982.

Den allmänna målsättningen med den här tidskriften är att skapa ett forum för utbyte av forskningserfarenheter mellan de nordiska länderna, men den skall också vara en spegel av primärvårdsutveckling och primärvårdsforskning i Norden internationellt.

En mera specifik målsättning är att tidskriften skall publicera rent vetenskapliga artiklar som framkommit genom forskning utförda av allmänpraktiserande läkare eller inom primärvården.

Planlägningsarbetet för tidskriften har nu pågått i mer än ett år. Varje nordiskt land har utsett en redaktör (Paul A. Pedersen, Danmark, Märten Kvist, Finland, Olavfur F. Mixa, Island, Bent Guttorm Bentsen, Norge, och Bo Haglund, Sverige), i varje nordiskt land har dessutom en redaktionskommitté utsetts och ett nät av vetenskapliga referenter.

I Sverige ingår i redaktionen Gustav Haglund, Bengt Matsson, Bengt Scherstén, Leif Svanström och Gösta Tibblin. Huvudredaktionen ligger i Köpenhamn med huvudredaktör Paul Backer.

Innan det redaktionella arbetet startade fördes förhandlingar med den danska tidskriften Månedsskrift for praktisk laegegerning som resulterade i ett avtal om ekonomisk täckning av den nya forskningstidskriften, omfattande tre nummer om året under en treårsperiod. Skriften skulle utsändas till totalt 11.000 läkare, bibliotek, institutioner m.m. i Norden och övriga västvärlden. Vissa ekonomiska förpliktelser skulle vila på den nordiska redaktionen. För att täcka dessa ansöktes om medel från Nordiska forskningsrådet för nordisk samverkan inom medicinsk forskning. 36.000 danska kronor per år har tilldelats under en treårsperiod.

I tron att den ekonomiska situationen därmed var klar påbörjades det redaktionella arbetet. Redaktionen har nu färdigredigerat vetenskapliga artiklar från den nordiska primärvården i tillräcklig omfattning för att täcka 2-3 nummer av tidskriften, det vill säga utgivningen för hela år 1982.

Oförutsedda händelser under de sista månaderna har emellertid bromsat alla vidare aktiviteter. Av ekonomiska och politiska skäl har Månedss-

skrift for praktisk laegegerning reviderat avtalet. Det nya samarbetsavtal som föreslagits redaktionen omfattar en ekonomisk täckning under enbart ett år och med tre nummer. Samtidigt vill Månedsskrift inkassera alla intäkter för annonser i forskningstidskriften. Det finns således ingen ekonomisk garanti efter 1/1 1983 och inte heller något kapital från intäkter från annonser osv som täcker en vidare utgivning. I det ursprungliga avtalet hade redaktionen ett löfte om att själva disponera alla annonsintäkter för fondering under en treårsperiod.

Internationella erfarenheter med tidskrifter av den här arten visar att det tar minst tre år för att få tidskriften så känd att intäkter via abonnemang och annonser täcker utgifterna. Situationen är därför den att forskningstidskriften kanske måste upphöra redan 1/1 1983 om man inte kan garantera ett ekonomiskt stöd från någon annan instans än Månedsskrift for praktisk laegegerning.

Såsom utvecklingen blev under början av våren 1982 såg sig Paul Backer nödsakad att sända tillbaka samtliga manuskript till respektive författare (30/4). I redaktionen skisserades olika tänkbara lösningar. Ett kollektivt abonnemang för samtliga medlemmar i SFAM och dess nordiska motsvarigheter skulle ha klarat oss ur krisen. Detta är dock inte någon säker möjlighet och under alla omständigheter, säger Paul Backer, skulle det inte kunna avgöras i föreningarna före de vetenskapliga mötena som hålls först under senhösten 1982.

Olika fonder som forskningsråd, privata fonder osv har sina ansöknings-terminer och inte heller detta kan avvaktas innan ett beslut måste tas.

I ett brev i mars 1982 skrev Paul Backer: "Den mycket beklagliga situationen som nu tycks föreligga är, att tidskriften inte bör starta våren 82, att alla manuskript bör returneras till författarna och att hittillsvarande utgifter (22.000 danska kronor) kan anses som bortkastade. Slutligen är det tveksamt om ett nytt initiativ med ett stort administrativt obetalt, redaktionellt arbete kommer att tas inom en överskådlig framtid."

De tre första numren av tidskriften utsändes gratis till de 11.000 mottagarna. Efter detta måste ekonomin klaras via abonnenter, annonser och stöd från olika håll. En budget för utgivningen år 1983 har skisserats av Paul Backer enligt följande:

Udgifter pr. nummer

Antal eksemplarer	3.000	2.000	1.500
Sats 240 kr. pr. side.....	9.600	9.600	9.600
Sats forside	115	115	115
	9.715	9.715	9.715
+ 10% for engelsk sats	971	971	971
Sats i alt	10.686	10.686	10.686
Trykning og bogbinderarbejde	9.985	8.255	7.380
Sats og trykning i alt	20.671	18.941	18.066
Postadressering:			
pr. 0/00 kr. 265,00	795	530	397
Magnetbånd med adresser	350	350	350
Porto via Avispostkontoret:			
0,92 - 10% over 2.000 ekspl.	2.484	1.656	1.380
Udgifter i alt	24.300	21.477	20.193
Trykning og forsendelse af 1.500 numre			20.193 d.kr
Annonceprovision (10%)			800 d.kr
Registrering			4.000 d.kr
Udgifter pr. nummer i alt			24.993 d.kr
For 3 numre pr. år i alt			74.979 d.kr
Andre udgifter:			
Oversættelse (sprogreoisionv. Mrs. Gillian Hull: 1.000 £ pr. år)			15.000 d.kr
Halvårlige redaktionsmøder			32.000 d.kr
Sekretær, kontorartikler, administration m. v.			80.000 d.kr
Redaktion, husleje m. v.			00.000 d.kr
I alt (ca.)			200.000 d.kr
Indtægter:			
Forskningsråd pr. år i 3 år			36.000 d.kr
Annoncer (8.000 pr. nr./1.500 ekspl.)			24.000 d.kr
Abonnementsindtægt (100 d.kr. pr. år) 1.500 abonnenter			150.000 d.kr
I alt			210.000 d.kr

Med 1.500 abonnenter skulle det med den skisserede budgetten bli ett överskott på 10.000 danska kronor per år. Utan extra ordinära insatser kan vi knappast för år 1983 räkna med mer än 500 abonnenter och en successiv stegring till en balans omkring 1985. Det föreligger därför ett akut behov av stöd för 1983 med i allt 100.000 danska kronor.

I den situation som uppstod under slutet av våren fanns olika meningar i de nordiska länderna om hur vi skulle gå vidare. Det kan bland annat nämnas att CIBA-GEIGY erbjöd sig att som "anonyma givare" ge tidskriften de 100.000 danska kronor som fattades. Från svensk och norsk sida motsatte vi oss en sådan lösning. I stället inleddes kontakter med förlaget Almqvist & Wiksell som redan distribuerar ett flertal internationella tidskrifter. Förhoppningen är att detta förlag skall gå

in och ge oss de garantier som vi inte kunnat få från Månadsskrift för praktisk laegegering.

Om Almqvist & Wiksell skall gå in, vill dock förlaget att tidskriften omgående skall gå ut med en värvningskampanj för att erhålla prenumeranter. Man ser från förlagets sida det som önskvärdt att prenumeranterna framför allt baseras på olika institutioner, det vill säga huvudsakligen vårdcentraler.

Det skall också omnämnas att förnyade diskussioner togs upp med Nordisk Socialmedicinskt Förbund under mars och april om ett samgående kring Scandinavian Journal of Social Medicine. Kravet från allmänmedicinarnas del var namnändring och redaktionell nykonstruktion. Socialmedicinarna ville dock ej vara med på dessa villkor.

Det återstår därför så vitt vi kan bedöma en ansträngning från de svenska

allmänmedicinarnas del om vi skall få en internationell tidskrift. Optimistiskt kanske en fjärdedel av föreningsanslutna medlemmar i SFAM prenumererar vilket medför ca 300 prenumeranter. Om emellertid alla medlemmar ser till att varje vårdcentral i Sverige prenumererar på Scandinavian Journal of Primary Health Care skulle detta innebära ytterligare 700-800 prenumerationer. Då skulle tidskriften nästan bära sig enbart genom svenska insatser. Om motsvarande dessutom görs i de övriga länderna bör vi kunna distribuera det första numret till januari 1983 (om det nu inte blev av som tänkt 1982).

För att försöka få en uppfattning om intresset följer på nästa sida enkät angående tidskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Enkät till SFAM:s medlemmar angående tidskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care

1. Skulle Du personligen vara beredd att prenumerera på Scandinavian Journal of Primary Health Care redan från år 1983? (Kostnad c:a 100 kr)

ja
 nej

Om ja namn: _____

adress: _____

2. Skulle Du vara beredd att personligen se till att Din vårdcentral eller praktik prenumererade på Scandinavian Journal of Primary Health Care redan från 1983 (det finns drygt 700 vårdcentraler i Sverige).

ja
 nej

Vårdcentralens/praktikens adress (stryk ej tillämpligt alternativ)

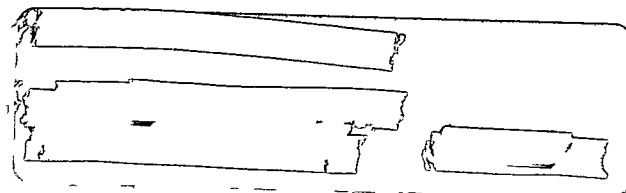
3. Kommentarer till SFAM:s styrelse och den svenska redaktionen för Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Tack för hjälpen!

Enkäten insändes till:

Bo Haglund
Socialmedicinska institutionen
Vårdcentralen Kronan
17283 Sundbyberg

.....



Medarbetare i primärvården!

**SFAM
nytt**

vill vara er tidskrift.

**SFAM
nytt**

vill spegla forskning, utvecklingsarbete och utbildningserfarenheter inom primärvård runt om i Sverige men även internationellt

**SFAM
nytt**

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distrikts-sköterskemottagning.

**SFAM
nytt**

kostar 100 kronor för år 1982. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5

**SFAM
nytt**

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).