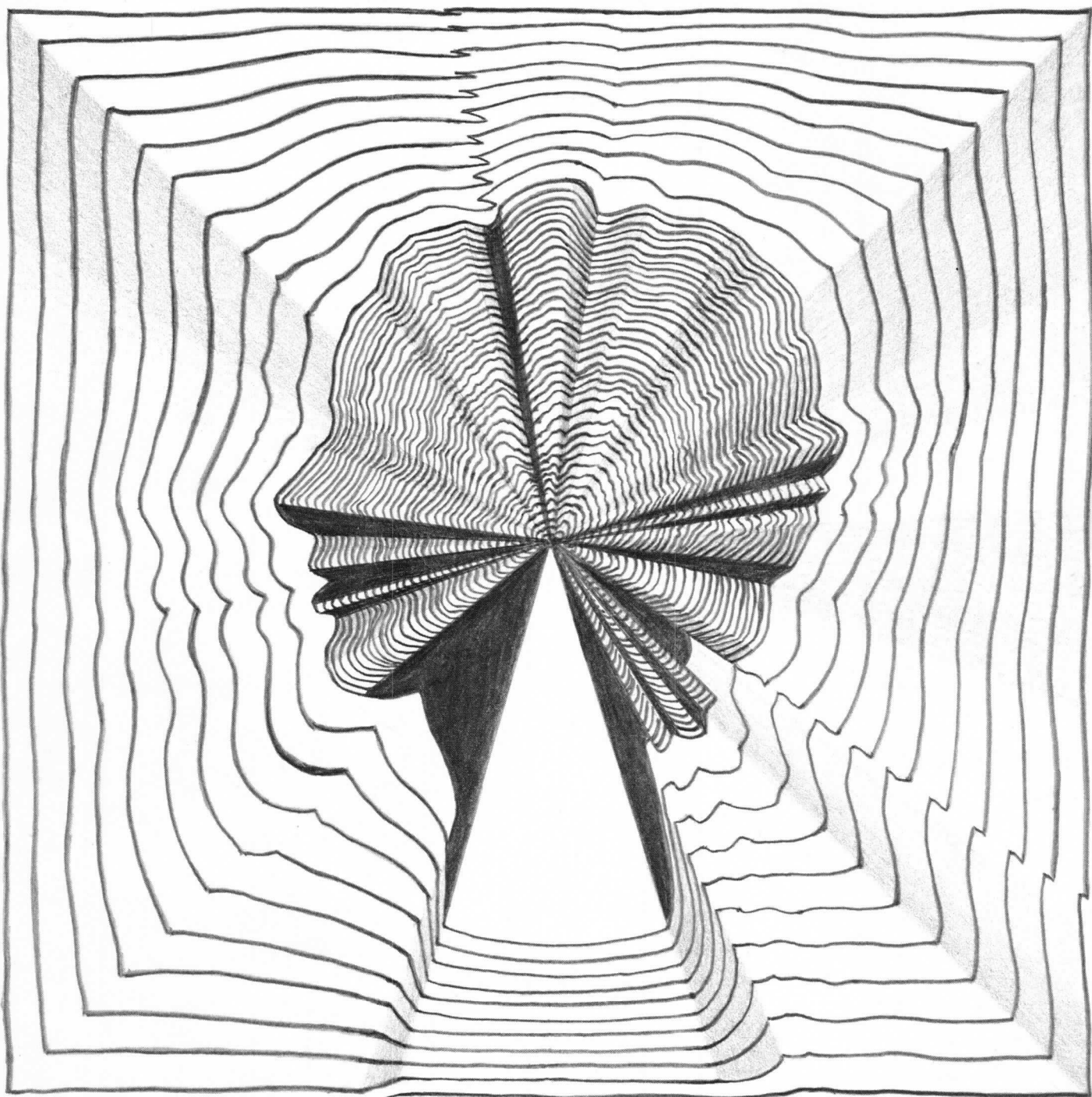


SFAM nytt

Nr 4/5 1982 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNEKIN



TEMANUMMER: PRIMÄRVÅRD I STOCKHOLM

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger SFAM-NYTT – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

”Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM.” – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala ”fackmöten” för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

Ledare:

Primärvård och hälsovård inför 90-talet
i Stockholms-området
Bo Haglund 124

Föreningsnytt:

Enkäten om tidskriften Scandinavian
Journal of Primary Health Care 124

Kurser och konferenser:

Riksstämman 1982
Dalbydagarna 125

Tema: Primärvård i Stockholm:

Forsknings- och utvecklingsarbete i
primärvård i Stockholms län – redovisning
av en enkätundersökning.
*Gunnel Boström, Bo Haglund,
Leif Svanström* 127

Epidemiologiska undersökningar i ett
primärvårdsområde.
Anders Ahlbom, Britt-Gerd Malmberg 132

Mot en behovsorienterad planering
i hälso- och sjukvården.
Bo Haglund, Leif Svanström 136

Primärvårdens utbyggnad och organi-
sation i Stockholms län
Elisabeth Hydén 139

Verksamhetsredovisning från Matteus
vårdcentral, Stockholm.
Göran Sjönell 145

Arbetsmiljö på en vårdcentral, sjuk-
frånvaro ett tecken på trivsel?
Göran Sjönell 148

Svårt med samarbete i storstadsdjungeln,
studie av remisser från en vårdcentral.
Göran Jonsson, Göran Sjönell 150

Kommunikation mellan sjukhusläkare
och distriktsläkare i Stockholm
Sten Larsson, Göran Sjönell 153

Information om en nyöppnad vårdcentral,
informationsteknik – utvärdering.
Göran Sjönell 157

Informera om vårdcentralen.
*Karin Wikell, Helen Hansagi,
Britt-Gerd Malmberg o.a.* 160

Att använda hälsodagbok – något för
primärvården?
*Bodil Qvist, Britt-Gerd Malmberg,
Helen Hansagi o.a.* 162

Att jobba i vårdlag – det enda vettiga.
Reportage av *Anna Karin Asp.* 164

Pilotstudie av distriktssköterskors verk-
samhet i Tyresö primärvårdsområde.
Mall Kriisa 166

Ny hälsovårdsorganisation – skall möta
80-talets behov.
*Laila Linnergren, Leif Svanström,
Per Tillgren* 167

Friskvård inom en kommun med primär-
vården som bas.
*Siv Norrby-Johansson Kerstin Persson-
Nyjordet, Per Tillgren o.a.* 169

Hälsoupplýsning med vårdlag som bas.
Marianne de Loës. 171

Distriktssköterskeledd kost- och
motionskurs – en utvärdering.
*Margareta Blomqvist,
Britt-Gerd Malmberg* 175

Rökavvänjning i praktiken.
Rune Lindqvist. 177

Praktikerbesök i Stockholm.
Matts Beling 180

FV i storstad – hur kan det gå?
Anna Karin Furhoff 182

Att skriva och publicera vetenskapliga artiklar, 3

Hur skall resultat och diskussion
presenteras?
Bo Haglund 184

3:e Nordiska kongressen i Allmän-
medicin, Tammerfors 15-18.6 1983. 186

Primärvård och hälsovård inför 80-talet i Stockholmsområdet

Genom den nya hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 januari 1983 kommer vi för första gången att ha en hälso- och sjukvårdspolitisk målsättning formulerad i lag. I den andra paragrafen fastslås att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. För att nå dessa mål krävs en förändring av hälso- och sjukvårdens inriktning mot en kraftig förstärkning av områden som hälsovård och primärvård.

Inom ramen för Socialdepartementets HS90-arbete har man diskuterat vad den nya hälso- och sjukvårdslagen får för praktiska konsekvenser på landstings- och primärvårdsområdesnivå. De nya målformuleringarna för hälso- och sjukvården kräver att planering och uppföljning av verksamhet baseras på uppgifter om dels befolkningens hälsotillstånd, dels vårdens tillgänglighet och kvalitet (SOU 1981: 1-4). Brister härvidlag måste kartläggas och följas upp och sådana kartläggningar måste fortlöpande utgöra den väsentligaste utgångspunkten i planeringsprocessen. Vid planeringen av hälso- och sjukvården krävs en forskjutting från en resurorienterad till en behovsorienterad planering. Denna diskussion har förts inom många landstingsområden och i Stockholms län omsatts i en ny hälso- och sjukvårdsplan från november 1981.

För att kunna nå till de målformuleringar som krävs måste inom primärvården framför allt tre områden utvecklas. Det första gäller *utbildning*, det andra *forskning och utvecklingsarbete* och det tredje krav på genomgripande *organisatoriska förändringar* i hälso- och sjukvårdssystemet.

Samhällsmedicinska inslag måste få större utrymme både inom läkares och sköterskors utbildning. I det av UHÄ nyligen presenterade förslaget till reformering av läkarutbildningen betonas utöver befintlig utbildning i tex socialmedicin och hygien, även utbildning i allmänmedicin, långvårdsmedicin, "socialt innehåll i sjukvården", medicinsk antropologi, medicinsk rehabilitering, medicinsk psykologi, invandrarkunskap m.m. Här återstår mycket att utveckla under 1980-90-talen.

Detta temanummer avser att presentera aktuella allmänmedicinska frågor och projekt i Stockholms-regionen. Vidareutbildning på läkarsidan redovisas av Anna Karin Furhoff. Regelbundna utbildningsseminarier för FV-läkare äger rum i flera primärvårdsområden.

De samhällsmedicinska institutionerna kommer att ha ett stort ansvar på efterutbildningsnivå och ett embryo till regelbunden verksamhet i form av forsknings- och utvecklingsseminarier har växt fram vid institutionen för socialmedicin på vårdcentralen Kronan. Målet för dessa FoU-seminarier har varit att olika projekt i primärvården systematiskt skall möta konstruktiv kritik.

Inventeringen av aktuell forskning och utvecklingsarbete inom primärvården i Stockholms län visar att det förekommer en rad projekt i primärvården, men att dessa är koncentrerade till "utvecklingscentraler" som Dalen, Hallunda, Kronan, Matteus, Sollentuna, Storvreten, Tumba etc. Inventeringen visar också att det framför allt är samhällsmedicinska frågeställningar som är föremål för forskning och utvecklingsarbete. Med samhällsmedicin menas då projekt som hämtar sin metodkunskap från "ämnen" som epidemiologi, prevention, administration och organisationsutveckling.

Erfarenheterna från hittillsvarande utvecklingsprojekt inom primärvården i Stockholm visar att det krävs genomgripande organisatoriska förändringar. En decentralisering inom primärvårdsledningen kommer att äga rum under de närmaste åren. Samtidigt kommer man att införa sk basområdesplanering vilket innebär att man kommer att få möjligheter till prioriteringsdiskussioner mellan olika sektorer av hälso- och sjukvårdssystemet inom specifika geografiska områden.

Inom det *förebyggande* området har man redan infört en ny organisation bestående av en administrativ hälsoavdelning och ett verkställande organ för utveckling, utbildning och utvärdering i form av en hälsovårdsenhet i nordvästra förvaltningsområdet. Dessutom pågår diskussion och planering av ytterligare hälsovårdsenheter i andra förvaltningsområden.

BO HAGLUND

SFAM nytt Periodisk tidskrift för allmänmedicin.

Ansvarig utgivare: Ingvar Krakau

Huvudredaktör:

Bo Haglund, Karolinska institutet, Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

Redaktör:

Magnus Eriksson, Centralvägen 7, 15157 Södertälje. Tfn: 0755/86001.

Adress:

SFAM-nytt, Karolinska institutet, socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

Annonser:

MJ Annonserförmedling
Ahlströmergatan 18, nb 11247 Stockholm,
tel. 08/512113, 516760

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 375440-5 till SFAM-nytt. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks 1982. ISSN 0349-4772

Förenings nytt

Enkäten om tidsskriften Scandinavian Journal of Primary Health Care

Vi har hitintills fått in relativt få svar på uppropet till SFAM:s medlemmar i SFAM-nytt nr 3. Jag har svårt att tolka detta som ointresse med tanke på den aktivitet som för närvarande finns inom primärvården runt om i landet.

Vi ser gärna att ni går tillbaka till nr 3 och sänder in enkäten före den 15 okt. Hitintills har ett 40-tal enkäter inkommit. 25 distriktsläkare vill prenumera och ytterligare ett 60-tal vill försöka få sina respektive vårdcentraler att prenumera på tidskriften.

En sammanställning av några av kommentarerna redovisas nedan.

"Kämpa vidare med era planer", "Jag är mycket angelägen om att utgivningen av Scandinavian Journal of Primary Health Care kommer igång", "Lycka till", "Det finns säkerligen ett mycket stort behov av tidskrifter direkt riktade till nordiska allmänläkare. SFAM-nytt har för under-tecknad gett starkt allmänläkarsjälvkänsla. Tack till er som orkar jobba med detta!", "Ser fram till att tidskriften blir en realitet", "Ev egen prenumeration beror till stor del på hur produktionen kommer att bli i färdigt skick", "SFAM i nuvarande skick fyller behovet tillsammans med Läkartidningen", "Kila på!", "Gör ALLT för att journalen ska komma ut!", "Mycket angeläget projekt!", "BRA!", "Heja, det bör gå!", "Vi ger oss inte!", "Det är Mycket viktigt att tidskriften blir verklighet",

"Jag tycker allt skall göras för att tidskriften blir självständig och ekonomiskt oberoende av varje form av maktgrupp. Kan provinsialläkarfonden täcka någon kostnad? Skulle inte allmänläkarna kunna ge ett startbidrag med något 100-tal kronor per man?",

"Inom Halmstad kommun finns från jan -83 3 st vårdcentraler (4 resp 2 distriktsläk och 2 AT och/eller FV-läk på vardera stället, dessutom 1 vårdcentral med 3 distriktsläkare) samt 3 st 2-läk stationer (på den ena även 1 At- eller FV-läk). På dessa tre vårdcentraler och 3 läkarstationer, bör finnas var sitt ex av ovan nämnda tidskrift, om den nu utkommer!",

"Om jag vore yngre, skulle svaret bli - ja!",

Förhandlingarna kommer att föras vidare under hösten. Vår förhoppning är att både Almqvist och Wiksell samt Nordiska Ministerrådet skall ställa sig positiva. Om så skulle vara fallet hoppas vi komma igång med utgivningen av tidningen under början av våren 1983.

BO HAGLUND

Riksstämman 1982

Svensk förening för allmänmedicin ville vid årets Riksstämma anordna tre egna symposier. Två av dessa godkändes av Läkaresällskapet i prioriteringsdiskussioner; Lumbal smärta och Kliniska laborationer i öppen vård. Vårt tredje förslag om Diabetes i primärvård vann däremot inget gehör. Som en liten kompensation har vi ett minisymposium vid fredagens fria föredrags-session.

Liksom förra året samarrangeras fria föredrag med sektionen för socialmedicin. Tillflödet av bidrag har både kvantitativt och kvalitativt varit imponerande trots att både SFAM och Svensk förening för socialmedicin nyligen haft höstmöten. Vi tolkar detta som att aktiviteten inom forskning och utvecklingsarbete i primärvård är stor.

Program för allmän och socialmedicinsk sektion

Onsdagen den 1 december

Sal A2

08.30–10.30

SYMPOSIUM: Hur kan man mäta hälso-
läget bland barn i Sverige?

Moderator: Claes Sundelin.

Sal A1

11.00–13.00

SYMPOSIUM: Lumbal smärta.

Moderator: Bengt Johansson.

Torsdagen den 2 december

Sal A1

16.00–18.30

SYMPOSIUM: Kliniska laborationer i
öppen vård.

Moderator: Sven Kullman.

Fredagen 3 december

Sal 243

08.00–09.30

Årsmötesförhandlingar Svensk för-
ening för allmän medicin.

09.30–10.45

Årsmötesförhandlingar Svensk för-
ening för social medicin.

Sal A3

11.00–15.30

Gemensamma föredrag; sektionerna
för allmänmedicin och socialmedicin.
Moderator: Bo Haglund, Urban Jan-
lert.

Diabetes i primärvård

11.00–11.10

1. Regionala skillnader i diabetesmor-
talitet, en registerstudie. E Strååt,
U Rosenqvist.

11.10–11.20

2. Diabetesundervisning – Kisamod-
ellen. Melker Falkenberg.

11.20–11.30

3. Diabetesutbildning av distriktsläka-
re, mottagningssköterskor och di-
striktsköterskor i ländstingets regi i
Norrbotten. Ulf Måwe, Gunnel Berg-

hard, Richard Rorrest, Ulf Hedlund,
Sigrid Holm, Nils Lindgren, Marie-
Louise Lindström, Marie Nyberg och
Birger Pettersson.

11.30–11.40

Diskussion.

Primärvårdens vardagspraktik

11.40–11.55

4. Utbildning i ortopedisk medicin för
allmänläkare. Jern Hamberg.

11.55–12.05

5. Tidig rehabilitering i hemmet av äld-
re med höftfraktur. Resultat och re-
sursåtgång. Gun-Britt Jarnlo, distr-
sjukgymnast, Leif Ceder och Karl-
Göran Thorngren.

12.05–12.15

6. Öttitkontroller i primärvården.
Georg Larsson.

12.15–12.25

7. Sjukvårdskonsumtion och social si-
tuation för personer som sökt allmän-
läkare för "icke-ulcus-dyspepsi".
Johan Hallqvist och Björn Smedby.

12.25–12.35

8. MVC-barnmorskors kunskaper om;
attityder till och handlingsberedskap
gentemot AFP-provtagning. Sociolog
Marie-Louise Johansson.

12.35–12.45

9. Hur fungerar blodtrycksövervak-
ning i ett medelstort svenskt samhälle?
Christer Gunnarsson, Karin Wikman.

En rad FoU-projekt pågår i Sollentuna primärvårds- område.

I "Nytt från utvecklingsenheten
för allmänmedicin i Sollentuna"
redovisas dessa fortlöpande.

Tidningen

Nytt från UAM

kan man erhålla genom att ta
kontakt med
Sollentuna sjukhus och
vårdcentral
Box 164 · 191 23 Sollentuna.
Tel: 07/96 81 00

12.45–13.00

Diskussion.

Organisationsstudier

13.00–13.10

10. Hemsjukvårdens arbetsmiljö.
Alvar Björverud.

13.10–13.20

11. Forskning och utvecklingsarbete i
primärvård inom Stockholms län – en
inventering. Fil kand Gunnel Boström.

13.20–13.30

12. Varför kommer patienten tillbaka
till akutmottagningen?

Kerstin Genell-Andrén, socionom,
Urban Rosenqvist.

13.30–13.40

13. Vårdlagsarbete inom svensk pri-
märvård – en enkätundersökning.

Fil kand Bengt Olsson, fil kand Gunnel
Boström.

13.40–13.50

14. Varför är det så stora skillnader i re-
surser och vårdutnyttjande inom psy-
kiatri mellan olika sjukvårdsområ-
den? – Två exempel på tillämpning av
en teoretisk modell. Lars Albinsson.

13.50–14.05

Diskussion.

Epidemiologiska studier

14.05–14.15

15. Screening av äldre kvinnor i pri-
märvården för hypo- och hypertyreo-
dism. Melcher Falkenberg, Bertil
Kågedal, Civing Anders Norr.

14.15–14.25

16. Frågeformulärsrapporterad heridi-
tet för hypertoni i en populationsun-
dersökning av medelålders män. Erik
Trell, Nils-Christian Henningsen, Ing-
rid Mattiasson.

14.25–14.35

17. Om ökningen av hjärtinfarktsjuk-
ligheten i Stockholm under perioden
1974–1980. Lars Alfredsson fil kand,
Anders Ahlbom docent.

14.35–14.45

18. Utvärdering av sjukfrånvarostatis-
tiken, en studie i två glesbygdskommun-
er. Forskass Lennart Nyström,
forskass Lena Mustonen.

14.45–15.00

19. Yrkesrelaterad dödlighet hos äldre
män i Sverige. Dan Mellström, Leif Jo-
hansson fil kand, Ingvar Holmberg fil
dr, Anders Odén fil dr och Åke Rund-
gren.

15.00–15.30

Diskussion.

Posterutställning

15.45–16.00

20P Tredimensionell undervisnings-
modell för diabetiker. Melker Falken-
berg.

Sal A1

16.00–18.00

SYMPOSIUM: Arbetsmarknadspen-
sionering. Moderator: Sven-Olof Isacs-
son.

Vårdcentralen i Dalby arrangerar den
28-29 oktober

1982 års Dalby-dagar

Lokal: Nyvångskolans aula.

Torsdag 28 oktober

08.15

Inledning: Uno Kvist, Bengt Scherstén.

Fria föredrag

Moderator: Per-Olof Bitzén.

08.30

Staffan Gyllerup: Läkarbesök vid en
vårdcentral i ett stadsdistrikt.

08.50

Bengt Littorin: Läkarkontinuitet i pri-
märvården inom Landskrona kom-
mun 1975-1979.

09.10

Gun-Britt Jarnlo: Tidig rehabilitering i
hemmet av äldre personer med höft-
fraktur.

10.00

Symposium: Bedömning av arbetsförmåga

Moderator: Inge Dahn.

Deltagare: Håkan Westling, Bo Hag-
berg, Carl-Gustav Oxelius, Göran
Låfthag, Margit Rask, Lotta Wester-
häll-Gisselssohn.

13.15

Symposium: Hemsjukvård

Moderator: Ove Dehlin.

Deltagare: Viveka Elmér, Ulla Wester-
Thelaus, Jan Sterngren, Svante Nils-
son, Lars Norgren, Gillis Samuelsson.

Fria föredrag

Moderator: Göran Ejlerstsson.

15.35

Lars Edgren: Vad vet hushållen om di-
striktssköterskan och vilka av dem an-
litar henne?

15.55

Gerd Andersson: Analys av distrikts-
sköterskeverksamheten i Ängelholms
läkardistrikt.

16.15

Leopold Recht: Telefonrådgivning på
vårdcentral.

Fredag 29 oktober

Fria föredrag

Moderator: Arne Wiinberg.

08.30

Barbro Hagander: Orsak till akut diar-
ré hos barn.

08.50

Siv Olsson: Behandling av luftvägsin-
fektioner med Erymax.

09.10

Lars Lindholm: Primär hyperparathy-
reoidism i pensionärsundersökningen.

10.00

Symposium: Handläggning av övre luftvägsinfektioner i primärvården.

Moderator: Birgitta Hovelius.

Deltagare: Ann-Kristin Jansson, Ingrid
Svenstam, Folke Nordbring, Karin
Prellner, Poul Christensen.

Fria föredrag

Moderator: Gun Hellsvik.

13.15

Eri Thorén: "Medverkan i samhällspla-
neringen" – en aktiv utmaning för so-
cialtjänsten.

13.15

Liselotte Donaldson: Samverkan mel-
lan socialförvaltningen i Lund och
mödra- och barnhälsovården.

13.55

Åke Isacson: Ny lagstiftning om miss-
bruksvård – avsikt och effekt.

14.15

Birthe Vang: Social fostran och hälso-
fostran i ett helhetsperspektiv.

14.35

Bodil Rasmusson: Samarbete i det fö-
rebyggande arbetet bland barn och
ungdomar.

Anmälan till kamrer Karin Svenninger,
vårdcentralen, 240 10 Dalby,
tel 046-209200, senast den 12 oktober.

Återinkomma

Nu finns de igen de tre efterfrågade böckerna:

- Vår hälsa – igår, idag och imorgon. • Hälsorisker. SOU 1981:1
- Ohälsa och vårdutnyttjande SOU 1981:2

Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) är en parlamentarisk utredning, som syftar till
att ta fram underlag för hälso- och sjukvårdens planering.

Böckerna kan köpas i bokhandeln eller beställas från Liber distribution, Förlagsorder,
162 89 Stockholm.

 **Liber**
Allmänna Förlaget



Forskning och utvecklingsarbete i primärvård inom Stockholms län – redovisning av en enkätundersökning

GUNNEL BOSTRÖM · BO HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

I artikeln redovisas en inventering av avslutade, pågående samt planerade forsknings- och utvecklingsarbeten i primärvård i Stockholms län. Redovisningen bygger på en enkät genomförd våren 1982. Den har utförts vid Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Inventeringen visar att det pågår en mångfald av projekt i Stockholms-regionen men att huvuddelen finns samlade vid landstingets utvecklingsvårdcentraler. Den visar också att den övervägande delen av projekten har tyngdpunkten i samhällsmedicinska mer än i kliniska frågeställningar. Erfarenheten från inventeringen understryker behovet av utvecklingsvårdcentraler med särskilda resurser, liksom behovet av länsövergripande samhällsmedicinska enheter, t ex hälsovårdsenheter.

Nyckelord: Forskning och utvecklingsarbete, översikt, primärvård, storstad, enkätundersökning, Stockholm.

Bakgrund

Under våren 1982 har en inventering av avslutade pågående och planerade forsknings- och utvecklingsarbeten i primärvård inom Stockholms län genomförts. Inventeringen har utförts vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg.

Artikeln baserar sig på en rapport om forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården i Stockholms län.

Socialmedicinska institutionen vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg bedriver undervisning och forskning inom området socialmedicin och då med speciell tonvikt på primärvårdens samhällsmedicinska problemställningar. Vi har på ett konkret plan knutit ett flertal kontakter med inom primärvården aktiva distriktsläkare och distriktsköterskor. Den kontakten har visat att det inte bara vid utvecklingsenheterna utan även vid i stort sett alla vårdcentraler och läkarstationer pågår någon form av stora eller små utvecklingsprojekt.

Primärvården har på grund av den geografiska spridningen speciella informationsproblem. Därför har önskemål framförts om att projekten skulle samlas i "katalogform" för att alla inom primärvården och utanför skall kunna få ett ömsesidigt erfarenhetsutbyte av vad som pågår och vem man kan vända sig till för information. Syftet med denna inventering av forsknings- och utvecklingsarbete är att ställa samman en sådan katalog, som sedan kontinuerligt skall förnyas.

Material och metod

En enkät skickades ut till 280 vårdcentraler, läkarstationer och distriktsmottagningar. Vi hade från början färdigställt ett projektblad, som skulle fyllas i, med rubrikerna vårdcentral, projektansvarig, kontaktperson, projektbenämning, syfte, läge, dokumentation, sammanfattning och resultat.

Hittills har cirka 100 projekt inom Stockholms läns primärvård samlats in. Det är dock många projekt som inte kommit med i denna inventering. Under hösten ska projektkatalogen kompletteras så att den blir mer representativ för primärvården i Stockholm.

Mer än hälften av pågående eller avslutade projekt bedrivs vid de sk "utvecklingsvårdcentralerna", nämligen Dalen, Kronan, Matteus, Sollentuna, Storvreten, Tumba etc.

I denna artikel kan av utrymmesskäl bara ett mindre antal av projekten pre-

senteras. Om någon typ av projektdokumentation finns tillgänglig anges detta inom parentes.

För att nå systematik och överblick har materialet indelats efter forskningsområden och forskningstemat i enlighet med Foldspang (1976). Systemet har beskrivits av Haglund (1980).

Väsentliga forskningsområden utifrån primärvårdens uppgifter är att se på befolkningens problem och sjukvårdens och att analysera:

1. Förhållanden bland befolkningen.
2. Primärvårdens arbetssätt.
3. Hur primärvården tillgodoser befolkningens behov.

Resultat

1. Undersökningar om befolkningens förhållanden

a. Kartläggningar av bakgrundsbe- folkningens och kontaktbefolk- ningens hälsoförhållanden.

Primärvårdsområdena i Stockholms kommun kommer att åläggas att göra verksamhetsplaner inför 1983 (Hydén 1982).

Dessa verksamhetsplaner skall förhoppningsvis vara ett led i förändringen av den nuvarande resursorienterade planeringsprocessen mot en mer behovsorienterad. Inom ett tiotal primärvårdsområden har det framtagits beskrivningar av befolkningen (åldersfördelning, inkomst, socialhjälp, arbetslöshet, invandrare etc) som kan ge underlag för bedömning av befolkningens hälsoläge. Inom Tumbaprojektets ram har en speciell studie pågått med syfte att ta fram en områdesbeskrivning som kan användas praktiskt vid vårdcentralen (1). Inom Tumbaprojektet har också en epidemiologisk undersökning – hypertoni i en storstadsförort – genomförts (2). Syftet har varit att studera förekomst av högt blodtryck i 50–54-årsåldern och jämföra med en referenspopulation. Dessutom syftar studien till att studera vårdnivåer och hälsotillstånd för patienter med känd hypertoni. Inom Tumbaprojektet har också en registerstudie – epidemiologiska undersökningar i ett primärvårdsområde – ge-

nomförts (3). Olika befintliga register har studerats i syfte att undersöka huruvida sjukligheten i Tumba och Grödinge församling skiljer sig från sjukligheten i Stockholms läns landsting.

Vid Sollentuna vårdcentral har ett av vårdlagen genomfört en screening med avseende på hypertoni av den manliga befolkningen mellan 40–60 år i Helenelund (4). Ett annat vårdlag i Sollentuna genomför för närvarande en äldrescreening i Tureberg västra. Syftet med denna är att erbjuda personer över 65 år en enkel hälsokontroll utförd av distriktssköterska, att genom hembesök etablera kontakt mellan de äldre inom distriktet och hälsovården, att söka spåra medicinska, sociala, psykologiska problem och att lämna hälsoupplysning m.m.

Vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, startar i höst ett projekt, hälso- och samhällsprofil i Stockholms län (5). Inom projektets ram skall befintliga registerdata av betydelse för hälso- och sjukvårdens arbete analyseras. Dessa data skall bearbetas så att de blir användbara i det praktiska vårdlagsarbetet inom primärvården.

Ett stort antal studier av vårdkonsumtionsmönster inom öppen vård har genomförts i Stockholm. I dessa studier har via en enkel enkät vårdkonsumtionsmönstret under ett år kartlagts. Dylaka studier har genomförts i Matteus, Störvreten, Sollentuna, Sigtuna, Katarina och Enskede-Skarpnäck (6–9). Vid vårdcentralerna i Matteus, Sollentuna och Störvreten har dessa enkäter använts i syfte att studera förändringar i vårdkonsumtionsmönster i samband med primärvårdens utbyggnad (10).

Ovan nämnda studier belyser enbart vårdkonsumtionsmönster och tar alltså inte upp hur många besök som gjorts. Vid Matteus vårdcentral pågår en studie av Matteusbornas konsumtion av öppen hälso- och sjukvård före och efter utbyggnaden av Matteus vårdcentral (11, 12). Studien syftar till att beskriva hur en befolkning förändrar sin sjukvårdskonsumtion när satsning sker på en utbyggnad av primärvården.

b. Klassifikationsstudier

Den klassifikation av sjukdomar och andra oönskade tillstånd som används för närvarande är otillräcklig för arbete i primärvården. Ett förslag till klassifikation av kontaktorsaker i primärvården har utarbetats inom Tumbaprojektet (13, 14). Syftet har varit att utveckla ett klassifikationssystem för patientkontaktorsaker som kan användas för bl.a. patientmottagare i utbildning och i den diagnostiska processen.

c. Kartläggning av orsaksförhållande till vanliga sjukdomar och oönskade tillstånd.

Endast ett av hittills inkomna projekt hamnar under denna rubrik nämligen Finska invandrare, sociala-medicins-

ka riskindikatorer för hjärtinfarkt – en jämförelse med svenskar i samma ålder och bostadsområde. Syftet med projektet är att besvara frågan – beror den finländska överdödligheten i hjärtinfarkt på arv eller miljö (15–17).

2. Primärvårdens organisation

Primärvårdens organisation är för närvarande under kraftig utveckling. Den nyligen genomförda ledningsorganisationen är under vidareutveckling i bl.a. Enskede-Skarpnäck där försök pågår att inom varje betjäningssområde utforma lämplig vårdnära ansvarsfunktion som tar hänsyn till pågående utveckling av vårdlag. Primärvården skall enligt HSU (1979) inneha hälsoansvar för befolkningen vilket ställer krav på förändring av primärvårdens arbetsorganisation. Utveckling av vårdlag pågår redan vid ett flertal vårdcentraler.

Vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan planeras ett projekt – vårdlagsarbete inom svensk primärvård. Projektet syftar till att utvärdera om vårdlaget är den arbetsorganisation inom primärvården som kan ge – en bättre samverkan mellan primärvården och den primärkommunala socialtjänsten samt – en basorganisation som systematiskt kan arbeta med preventiv hälsovård och inte enbart med sjukvård. (Enkät om vårdlagsarbete inom svensk primärvård är under bearbetning).

Vid vårdcentralerna med sk väl utbyggd primärvård (Enskede-Skarpnäck, Matteus, Sollentuna, Störvreten) pågår registrering av flera olika personalkategoriernas *arbetsinnehåll*. Läkarsbesöken registreras via en vårdbeskrivningsblankett som fylls i av läkare (18).

För att beskriva *distriktssköterskans arbetsinnehåll* har speciella vårdbeskrivningsblanketter framtagits (19–23). En av distriktssköterskorna vid Matteus vårdcentral utför en studie i syfte att beskriva distriktssköterskans arbetsuppgifter i Matteus församling från år 1977 till 1982. Under denna period har stora förändringar – både organisatoriska och resursmässiga – ägt rum. Distriktssköterskans roll i vårdlagsarbete är ett projekt som pågår vid Störvretens vårdcentral. Syftet med projektet är att utifrån vårdlagets arbetssätt beskriva distriktssköterskornas arbete som förutom sedvanliga distriktssköterskeuppgifter inkluderar BVC även omfattar telefonrådgivning.

Distriktssjukgymnasternas verksamhet kartläggs också vid Dalens och Störvretens vårdcentral.

Primärvårdens arbetssätt präglas i stor utsträckning av samarbete dels mellan olika personalkategorier inom primärvården och dels med andra sektorer såsom slutenvård, socialvård, arbetsvård, skola, daghem m.m.

Hemsjukvården är ett bra exempel där samarbetet är ett medel för att nå goda resultat. Vid Ektorps vårdcentral pågår försöksverksamhet med hem-

sjukvård enligt Ljusdalsmodellen med syfte att förbättra samarbetet mellan långvård, kommunens hemsjukvård och primärvården (24). Vid Dalens vårdcentral pågår också försöksverksamhet med hemsjukvård vars syfte är att skapa möjligheter för äldre och sjuka människor att bo kvar i sina hem så länge det är önskvärt samt att genom olika åtgärder fördröja en intagning på institution och att underlätta ett återvändande till eget boende efter sjukhusvistelse (25). Inom projektets ram skall kommun och landsting gemensamt organisera samverkansformer som syftar till att underlätta samarbete. Vid Väsby vårdcentral pågår försöksverksamhet med sjukhusansluten hemsjukvård (26). Projektet syftar till att utifrån till största delen befintliga resurser inom äldreomsorg, primärvård och långvård i samverkansform bedriva sk lasarettansluten hemsjukvård.

Ett flertal projekt syftar till att förbättra samverkan med sjukhusklinikerna. I syfte att förbättra kommunikationerna mellan akutmottagning och primärvård pågår försöksverksamhet med distriktsskötersketjänstgöring vid akutmottagningen vid Södersjukhuset. Ansvarig för projektet är primärvårdschefen i Enskede-Skarpnäck. En studie av ivägskända remisser från vårdcentraler samt av deras svarsfrekvens har utförts vid Matteus vårdcentral (27). Syftet med studien har varit att förbättra samarbetet med specialistklinikerna genom att dokumentera primärvårdens samarbetsbehov kvantitativt och kvalitativt.

Missbruksproblem är ett annat område som kräver samarbete mellan olika sektorer. Vid Brandbergens vårdcentral har sedan 1978 pågått en alkoholpoliklinisk verksamhet (28). I Nacka planeras ett projekt i syfte att öka samverkan mellan primärkommun, primärvård och psykiatri beträffande personer med alkoholproblem (29).

3. Samspelet befolkning – primärvård

Beskrivning av verksamheten vid vårdcentralen är en viktig uppgift. Om en verksamhet skall kunna utvecklas är det nödvändigt att veta hur den ser ut. Vid vårdcentralerna i Sollentuna, Matteus, Störvreten och Dalen registreras läkarbesöken med hjälp av ett besöksformulär (19, 30–32).

Av de registrerade besöken databearbetas ca 10 procent. Inom Tumbaprojektet har också basdata registrerats via ett speciellt besöksformulär (33). Registreringen har genomförts under sex 2-veckorsperioder och syftet har varit att ta fram relevanta basdata som kan användas i den diagnostiska processen.

Projekt som berör samspelet mellan befolkningen och primärvården kan indelas enligt följande:

a) *Befolkningens hälsonormer och dess hälso- och sjukvårdsbeteenden.*

Inom detta område finns mycket lite gjort. Det finns dock några större enkäter angående befolkningens attityder till och kunskap om hälso- och sjukvård som utförts i Brunkeberg, Matteus och Storstreten.

Vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan pågår ett projekt – the efficiency of primary health care – i samarbete med socialdepartementet, socialstyrelsen och SPRI (34). Inom projektet skall en metod utvecklas för kontinuerlig utvärdering av primärvårdens effekter – sett ur befolkningens synvinkel – i form av "social acceptans". I vilken utsträckning motsvarar primärvården befolkningens behov? Projektet syftar även till att få en uppfattning om hur sociala, ekonomiska och miljömässiga förhållanden hos befolkningen betingar beteenden och attityder i hälsofrågor och sjukvårdskonsumtion. Vad som händer när befolkning och primärvård möts skall också beskrivas.

b) *Befolkningens kontakt och utnyttjande av primärvård.*

Beskrivningar av hur primärvården utnyttjas har förändrats från besöksorienterade till allt mer befolkningsorienterade. Genom enkätstudier har vårdkonsumtionsmönster för en definierad befolkning kunnat göras i bla Enskede-Skarpnäck, Matteus, Sigtuna, Sollentuna och Storstreten (6–10). Vid Hallunda vårdcentral har en studie av vårdkonsumtionsmönster och diagnospanorama studerats bla med hjälp av retroaktiv genomgång av journaler (35, 36).

Vårdplaneringsfunktionen i form av telefonrådgivning (patientmottagare) är av väsentlig betydelse för befolkningens kontakt och utnyttjande av primärvården. Denna funktion har också varit föremål för ett antal studier vid vårdcentraler i Stockholms län. Inom Tumbaprojektet har tre rapporter tagits fram som berör telefonrådgivningen vid en vårdcentral (37–39).

Vid Sollentuna vårdcentral pågår en studie av sjukvårdskonsumtion hos kvinnor behandlade för mammarcancer.

Hur kan man genom information förändra befolkningens attityder till och utnyttjande av primärvårdens? Projekt kring information har genomförts bla vid Matteus, Sollentuna och Tumba (40–43).

c) *Forskning och försök med hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter.*

En av de viktigaste uppgifterna för primärvården är att ta sig an dominerande hälsoproblem i lokalsamhället. Försök med hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande aktiviteter blir allt vanligare inom primärvården. Utgångspunkt i detta hälsoarbete kan vara de undersökningar som beskrivits under punkt 1 a.

Vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan påbörjas i höst

ett projekt – registrering och förebyggande av olycksfall i Stockholms län (44). Första skedet av projektet innebär att undersöka möjligheterna för en kontinuerlig registrering av inträffade olycksfall och inledningsvis arbeta med förebyggande av barn- och äldreolycksfall.

Vid ovan nämnda institution planeras också ett projekt – möjligheter till tidigare kontakt med riskgrupper för ohälsa (45). Projektet har till syfte att skapa en sådan organisation och sådana samverkansformer för primärvården att den på ett adekvat sätt kan nå de riskgrupper för ohälsa som finns i samhället.

Ett vårdlag vid Sollentuna vårdcentral genomför en äldrescreening i sitt område. Verksamheten ingår som ett led i de dagliga distriktssköterskeuppgifterna.

Vid Sollentuna har också bedrivits försök med hälsouppläsning med primärvården som bas (46). Detta projekt har syftat till att med vårdlag som bas utveckla arbetet med förebyggande åtgärder.

I Vaxholm har ett projekt pågått med syfte att tillsammans med kommunen skapa rutiner för kommande planering av friskvård och att öka hälsan inom området (47).

Vid Matteus vårdcentral har ett förslag till handläggning av hälsoproblem i förskolor tagits fram (48).

Vid Dalens vårdcentral planeras ett antal projekt med förebyggande verksamhet främst bland äldre. En studie av dödsfall vid Enskededalens bostadshotell pågår då antalet dödsfall vid aktuella bostadshotell varit mycket hög. Syftet med studien är att undersöka huruvida antalet dödsfall varit "normalt" för den aktuella boendegruppen eller om det har funnits predisponerande faktorer.

Vid ett flertal vårdcentraler inom Stockholms län pågår gruppverksamhet med rökavvänjning och kost- och motion, erfarenheter finns redovisade från Tumba och Sollentuna (49–53).

d) *Behandlingseffekt framför allt med kvalitativ utvärdering*

Erfarenheter från detta område har framför allt erhållits från forskning vid sjukhus.

Sjukdomar som behandlas inom primärvården ses ofta i ett tidigare stadium jämfört med vid sjukhus. Detta är bla bakgrunden till de vårdprogram som är under utveckling. Utifrån de centralt framtagna vårdprogrammen har lokala vårdprogram utvecklats vad gäller bla diabetes, hypertoni och bröstcancer. Vårdprogram för bröstcancer kräver, liksom alla vårdprogram, att nära samarbete etableras mellan vårdcentral och sjukhus vilket också skett vid ett flertal vårdcentraler i form av onkologkonsult. Verksamheten med onkologkonsult skall utvärderas med start hösten –82 vad avser patientströmmar, vilka patienter som efter behandling kan få sin medicinska

service inom primärvården, patienttillfredsställelse, onkologkonsultens arbetssätt, konsultens funktion vid vård av kroniskt och terminalt cancersjuka och var gränsen går för primärvårdens kompetensområde. Ansvarig för projektet är socialmedicinska institutionen vid vårdcentralen Kronan i samarbete med onkologiskt centrum och SPRI (54).

Lokala vårdprogram i syfte att ge enhetliga riktlinjer och att utveckla behandlingsrutinerna vid vanliga sjukdomar (urinvägsinfektioner, bensår, barnsjukdomar etc) börjar också växa fram. Dessa lokala vårdprogram syftar till att förbättra värden och behandlingsresultatet följs upp.

Vid Matteus vårdcentral pågår en vaxproppstudie som skall kartlägga förekomst, tidåtgång, symptom och behandlingseffekter. I Upplands Väsby provas om diagnostiken av streptokockinfektioner i öppen vård kan förbättras genom att odling utförs vid vårdcentralen.

Diskussion:

Inventeringen av aktuella projekt visar att det förekommer en rad forsknings- och utvecklingsprojekt i primärvården men att dessa är koncentrerade till "utvecklingsvårdcentraler" som Dalen, Kronan, Matteus, Sollentuna, Storstreten, Tumba etc.

Inventeringen visar också att det framför allt är samhällsmedicinska frågeställningar som är föremål för forskning och utvecklingsarbete. Med samhällsmedicin menar vi då projekt som hämtar sin metodkunskap från "ämnen" som epidemiologi, prevention, administration och organisationsutveckling. Enbart ett fåtal projekt har rent kliniska frågeställningar. Att samhällsmedicinska frågeställningar varit så dominerande i projekten kan förklaras av att primärvården i dag är i den utvecklingsfas där dessa problemområden dominerar.

En rad stora sjukdomsgrupper kräver dock en mera primärvårdsanpassad handläggning varför vi kan förvänta oss att kliniska problemställningar omkring "vardagssjukvård" kommer att öka i antal.

Att så många projekt koncentreras till utvecklingsvårdcentraler stryker under de krav som framförts i Landstingsförbundets skrift om "forskning och utvecklingsarbete i primärvården" där det krävs en extra satsning på sådana vårdcentraler. Det går ej att enbart förlita sig på enskilda entusiaster när primärvårdsutvecklingen skall drivas framåt. Om både en djup och bred kunskap skall kunna byggas upp behövs utvecklingsvårdcentraler och även forskningsinstitutioner på regionnivå.

I enkäten framkommer också ett stort behov av utbildning i forskning och utvecklingsarbete. Här har de allmän- och socialmedicinska institutionerna ett stort ansvar att tillgodose detta behov.

Behoven av inventering av pågående arbete i primärvården inte bara i Stockholms län utan över hela landet framstår också som centralt. Detta är en viktig uppgift för institutionerna.

I nuvarande läge går det inte att dra en skarp gräns mellan forskning och utvecklingsarbete. Majoriteten av projekt kanske kan beskrivas som utvecklingsprojekt medan andra kan karakteriseras som forskningsarbete. Rent organisatoriskt bör det på sikt vara en kantring mot samordning av utvecklingsprojekt vid landstingens samhällsmedicinska enheter medan forskningen kan koncentreras till universitetens samhällsmedicinska institutioner. Det är dock viktigt att inte ha alltför strikta gränser mellan forskning och utvecklingsarbete och att även utvecklingsarbete kan bedrivas vid institutionerna utan att för den skull ge avkall på forskningsarbetet. På samma sätt bör självfallet forskningsarbete bedrivas ute i primärvården.

Litteraturreferenser:

1. Foldspang A: Dansk forskningsarbejde i den primaere sundhetstjaeneste 1950-74. En annonserad bibliografi udarbejdet i en arbejdsgruppe under Statens Laegevidenskabelige Forskningsråd januari 1976, Statens Trykningskontor København 1976, ISBN 87-503-1934-5.
2. Haglund B, Krakau I: Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. Del I SFAM-nytt 1980;1: 16-18.
3. Haglund B, Krakau I: Forskning och utvecklingsarbete i primärvård. Del II. Stockholm: Soc Med Inst, Vårdcentralen Kronan, 1981. (Stencil)
4. SOU 1979:78 Hälso- och sjukvårdens mål och medel. HSU 1979.
5. Hydén E: Primärvårdens organisation i Stockholms län. SFAM-nytt 1982; 3:139.

Projektdokumentation

1. Undersökningar om befolkningens förhållanden

1. Ekman B, Malmberg B-G: Områdesbeskrivningar. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 13)
2. Ahlbom A, Hansagi H, Malmberg B-G: Hypertoni i en storsadsförort - en epidemiologisk undersökning. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 10)
- 3a Ahlbom A, Malmberg B-G: Epidemiologiska undersökningar i ett primärvårdsområde. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 12)
- 3b Ahlbom A, Malmberg B-G: Epidemiologiska undersökningar i ett primärvårdsområde. SFAM-nytt 1982; 3:132.
4. Helenelunds vårdlag: Hypertoniundersökning i Helenelund. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 4:9-12.
5. Olsson B, Svanström L: Hälso- och samhällsprofil AB-län. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1981. (Projektplan, svart serie nr 1)
6. Boström G, Martinsen E, Sjönell G: Enkät om sjukvårdskonsumtion i Matteus och Adolf Fredriks församling. Stockholm: Matteus vårdcentral, 1980. (Preliminär redovisning)

7. Boström G, Olsson E, Pettersson S: Enkät om sjukvårdskonsumtion i Storvretten och Tumba. Stockholm: Storvretens vårdcentral, 1980. (Preliminär redovisning)
8. Krakau I: Hur fungerar sjukvården i Sollentuna? Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1980, nr 2:4-17.
9. Krakau I, Roth Y: Sjukvårdskonsumtionsmönster i Sigtuna och i Sollentuna - jämförelse mellan två kommuner. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1982; nr 5:30-37.
10. Krakau I: Hur fungerar sjukvården i Sollentuna - ett år senare? Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 3:23-35.
11. Sjönell G: Ur rapport från Matteus vårdcentral veckorna 9-32 1980. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 3: 28-32.
12. Lindeberg A, Sjönell G: Dokumentation av planeringen för en studie av Matteusbornas konsumtion av öppen hälso- och sjukvård före och efter utbyggnaden av Matteus vårdcentral. Stockholm: Socialmedicinska institutionen, Vårdcentralen Kronan, 1981. (Stencil)
13. Dahlin B, Malmberg B-G: Kontaktsaker i primärvården - dags för nya grepp? Stockholm 1981. (Rapport, stencil).
14. Malmberg B-G: Förslag till klassifikation av kontaktsaker i primärvården. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 8).
15. Theorell T, Vigborg A, Kallner A, Dahlgren G, Wällinder O: A comparison between Finnish immigrants and native Swedes in the greater Stockholm region - social and medical risk indicators of ischemic heart disease. Scand J Soc Med 1980; 8: 105-115.
16. Alfredsson L, Theorell T, Vigborg A: Beror den finländska överdödligheten i hjärtinfarkt på arv eller miljö? Nordisk Medicin 1981; 96:80-81.
17. Theorell T, Vigborg A: Finska invandrades sociala och medicinska riskindikatorer för hjärtinfarkt - en jämförelse med svenska i samma ålder och bostadsområde. Socialmedicinsk tidskrift 1981; nr 2: 111-114.
2. Primärvårdens organisation
18. Krakau I, Tibblin G: Läkarbesök - en vårdbeskrivning. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1980; nr 1: 14-25.
19. Hodell C: Vårdbeskrivningsblankett för distriktssköterskor - metodutveckling och vårdbeskrivningsförsök. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 4: 5-7.
20. Mårtensson L: Utbyggd primärvård - distriktssköterskornas verksamhet i Matteusförsöket. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för samhällskunskap, 1982.
21. Hodell C: Distriktssköterskornas arbetsinnehåll. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1982; nr 5: 21-25.
22. Kriisa M: Studie av telefon- och besöksstatistik 31/10-6/11 1978 vid distriktsläkar- och distriktssköterskemottagningarna i Tyresö primärvårdsområde. Stockholm: Södra förvaltningsområdet, primärvårdsblocket, 1979. (Promemoria).
23. Kriisa M: Pilotstudie av distriktssköterskors verksamhet i Tyresö primärvårdsområde. SFAM-nytt 1982; 3:
24. Eckerman I: Utvidgat samarbete inom hemsjukvården i Nacka kommun. Stockholm: Ektorps vårdcentral, 1982. (Rapport.)
25. Pettersson A, Wahlström I, Winblad M: delprojekt dalen II (Enskededalen-Kärtrorp). Stockholm: Dalenprojektet, 1982. (Promemoria)
26. Josefsson K: Verksamhetsberättelse. Stockholm: Sjukhusansluten hemsjukvård, 1982 (Stencil)
- 27a Jonsson J: Den traditionella samarbetsformen - remissen. Hur fungerar den i en storstad? Genomgång av remisser vid en vårdcentral. Stockholm: Matteus vårdcentral, 1981. (Delredovisning i form av föredrag på Andra nordiska kongressen i Allmänmedicin i Bergen)
- 27b Jonsson J, Sjönell G: Svårt med samarbete i storstadsdjungeln, Studie av remisser från en vårdcentral. SFAM-nytt 1982; 3:
- 27c Larsson S, Sjönell G: Kommunikation mellan sjukhusläkare i Stockholm. SFAM-nytt 1982; 3:
28. Ludvig R, Nyman L, Sehlin J: Alkoholmottagning vid en vårdcentral. Läkartidningen 1979; 76: 4000-4004.
29. Eckerman I, Krouthén P-J, Schubert J: Förslag till mottagning i Nacka för alkoholrådgivning, ("Nacka-mottagningen för alkoholrådgivning"). Stockholm: 1981. (Projektförslag)
3. Samspelet befolkning - primärvård
30. Krakau I: Läkarbesök vid vårdcentral - två års vårdbeskrivning från tre vårdcentraler i Sollentuna. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 3: 21-27.
- 31a Sjönell G: Ur rapport från Matteus vårdcentral veckorna 9-32 1980. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 3: 28-32.
- 31b Sjönell G: Verksamhetsredovisning från Matteus vårdcentral, Stockholm. SFAM-nytt 1982; 3:
32. Krakau I: Besök hos allmänläkare i Sollentuna - tre års uppföljning. Nytt - från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1982; nr 5: 10-16.
33. Malmberg B-G: Beskrivning av kontakter med sjukvården - Metoder och tillämpning. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 9)
34. Andersson BL, Bohlin A, Lindgren SA, Svanström L: Social acceptance of primary health care. Stockholm: Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 1981. (Promemoria).
35. Magnusson G, Vigborg A: Allmänläkarvård i skuggan av ett storsjukhus. Läkartidningen 1980; 77: 1837-1841.
36. Vigborg A: Det muskuloskelettala sjukdomspanoramat. En specialstudie av allmänläkarbesök vid Hallunda vårdcentral. SFAM-nytt 1981; 2: 97-98.
37. Bäckström B, Sjöblom B: Nöjda patienter till en lägre kostnad? En studie över telefonrådgivning på en vårdcentral. Stockholm: Tumbaprojektet, 1980, (Rapport 1)

38. Malmberg B-G: Telefonrådgivning vid en vårdcentral. Vårdsökandes attityder. Stockholm: Tumbaprojektet, 1981. (Rapport 2).
39. Malmberg B-G: Sammandrag av telefonrådgivning vid en vårdcentral. Vårdsökandes attityder. Stockholm: Tumbaprojektet, 1981. (Rapport 3)
- 40a Asp A-K: Att marknadsföra en vårdcentral. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens informationsbyrå, 1981. (Rapport)
- 40b Sjönell G: Information om en nyöppnad vårdcentral, informationsteknik – utvärdering. SFAM-nytt 1982; 3:
41. Krakau I, Tibblin B, Tibblin G: Information vid Sollentuna vårdcentral. Nytt – från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1980; nr 2: 31–40.
42. de Loës M: Patientinformation vid Sollentuna vårdcentral. Nytt – från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 4: 21–25.
43. Hansagi H, Malmberg B-G, Olsson E, Wikell K: Att informera om vårdcentralens verksamhet. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 4)
44. Schelp L, Svanström L: Rebstyring och förebyggande av olycksfall i Stockholms län. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1981. (Projektplan, svart serie nr 2)
45. Länskommittén för hälsoupplysning i Stockholms län: Projektplan avseende möjligheter till tidigare kontakt med

riskgrupper för ohälsa. Stockholm: Länskommittén för hälsoupplysning, 1982. (Projektförslag, stencil)

46. de Loës M: Hälsoupplysning med primärvårdens vårdlag som bas. Rapport från projekteringen för ett hälsovårdprojekt på Sollentuna vårdcentral. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1982. (Hälsovårdsenheten NVFO, rapport).
- Hälsoupplysning med vårdlag som bas. Från projekteringen av ett hälsovårdsprojekt på Sollentuna vårdcentral. SFAM-nytt 1982; 3:171.
47. Bygren LO: 3353 hushålls syn på behovet av hälsofrämjande åtgärder. Stockholm: Länskommittén för hälsoupplysning i Stockholms län, 1980. (Skriftserie nr 6)
48. Jonsson J: Förslag till handläggning av hälsoproblem i förskolor. Stockholm: Matteus vårdcentral, 1980. (Stencil)
- 49a Lindqvist R: Att bedriva rökavvänjning på vårdcentral. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 5)
- 49b Lindqvist R: Rökavvänjning i praktiken. SFAM-nytt 1982; 3:
50. Blomquist M, Hansagi H, Larsson K, Malmberg B-G, Wikell K: Kost- och motionskurs vid Tumba vårdcentral – verksamhetsbeskrivning och enkätstudie. Stockholm: Tumbaprojektet, 1982. (Rapport 6)
51. Lagerstrand L, Wreje U-C: Rökavvänjning på en allmänläkarmottagning.

Nytt – från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, 1982; nr 4: 13–15.

52. Bornelind M, Eckerlund K: Rökavvänjning vid Sollentuna vårdcentral – vårdlag västra Tureberg. Nytt – från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 4: 16.
53. Ganesäter A: Rökavvänjningsgrupper i Rotebro – rapport från vårt arbete. Nytt – från Utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 1981; nr 4: 17–18.
54. Svanström L, Westerberg H: Bilaga till ansökan om anslag för medicinskt utvecklingsarbete. Stockholm: Socialmedicinska institutionen, 1981. (Stencil)

Författarpresentation:

Gunnel Boström projektledare, Institutionen för Socialmedicin Vårdcentralen Kronan.*

Bo Haglund distriktsläkare vid hälsovårdsenheten Nordvästra förvaltningsområdet, Stockholms läns landsting.

Leif Svanström professor, Institutionen för Socialmedicin och tillika distriktsläkare vid vårdcentralen Kronan.

*Postadress: Socialmedicinska Institutionen, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Rapporter från Tumbaprojektet

PROJEKTPLAN

1. Nöjda kunder till en lägre kostnad?
– En studie över telefonrådgivning på en vårdcentral.
2. Telefonrådgivning vid en vårdcentral
– Vårdsökandes attityder
3. Sammandrag av rapport no 2
4. Att informera om vårdcentralens verksamhet
5. Att bedriva rökavvänjning på vårdcentral
6. Kost- och motionskurs vid Tumba vårdcentral
– Verksamhetsbeskrivning och enkätstudie
7. Sjuksköterskans rådgivning vid nack- och ryggbesvär – vid besök och per telefon

8. Förslag till klassifikation av kontaktsorsaker i primärvården
9. Beskrivning av kontakter med sjukvården
– Metoder och tillämpning
10. Hypertoni i en storstadsförort.
11. Beskrivning av hypertoni behandling i grupp på vårdcentral.
12. Epidemiologiska undersökningar i ett primärvårdsområde
– En registerstudie
13. Områdesbeskrivningar.
14. Epidemiologi i primärvården

Slutrapport

Kan rekvideras från:

TUMBAPROJEKTET – TUMBA VÅRDCENTRAL

Samaritvägen 2-6 · 147 00 Tumba
Tfn 0753/600 00



Epidemiologiska undersökningar i ett primärvårdsområde

ANDERS AHLBOM · BRITT-GERD MALMBERG

Primärvården kommer i framtiden att ha ansvar ej enbart för de patienter som söker vård, utan för hela betjäningsområdets hälsa. För att kunna axla detta ansvar erfordras kunskap om hälсотillståndet i området. Ett sätt att erhålla sådan kunskap är att utnyttja de register, som utvecklats utifrån den långa skandinaviska traditionen inom folkbokföringsområdet. Denna rapport beskriver ett försök till detta baserat på dödsorsaks-, missbildnings- och cancerregistret där Tumba vårdcentralers betjäningsområde studerades. För cancersjuklighet och dödlighet uppvisade betjäningsområdet siffror som överensstämde väl med referenspopulationerna. För missbildningar fanns en tendens till över-sjuklighet. Den troliga förklaringen till detta är dock slumpmässig variation. Missbildningsfrekvensen i befolkningen kommer dock att följas noggrant i framtiden.

Nyckelord: Epidemiologi, primärvård, storstad, kommunidiagnos, register, Stockholm.

Inledning

Primärvården kommer att ha ansvar ej enbart för dem som söker individuell sjuk- och hälsovård, utan även för hela betjäningsområdets befolkning. Detta förutsätter kunskap om betjäningsområdets sjukdomspanorama.

Det slag av epidemiologisk information som primärvården erfordrar kan erhållas på en rad olika sätt beroende på vilka sjukdomar eller hälсотillstånd

som avses och på vilka resurser och förutsättningar i övrigt som föreligger. En möjlighet är att studera befolkningsurval med hjälp av enkät- eller intervjuteknik, en annan är att låta ett befolkningsurval genomgå kliniska undersökningar. En tredje möjlighet är att utnyttja rutinmässigt insamlade registerdata. Avsikten med denna rapport är att ge ett exempel på hur epidemiologisk information om en vårdcentralers betjäningsområde kan erhållas med hjälp av sådana registerdata.

Vi har i landet ett väl fungerande folkbokföringssystem, som har legat till grund för inrättande av en rad register, där data med anknytning till hälsa och sjukdom lagras. Dessa register erbjuder i många fall goda möjligheter att utan stora kostnader erhålla information om sjukdomspanoramat eller förhållanden med anknytning till detta. Det är dock viktigt att man noga beaktar såväl de reliabilitetsproblem som de validitetsproblem som oundvikligen finns i data av detta slag (Ahlbom 1978).

I den här redovisade undersökningen har vi studerat om Tumba vårdcentralers betjäningsområde har ett avvikande mönster, jämfört med en referenspopulation (och i så fall på vilket sätt och i vilken utsträckning) vad gäller dödlighet, missbildningsfrekvens och cancersjuklighet

- dels för att ge underlag för planeringen av Tumba vårdcentralers verksamhet,
- dels för att påvisa användbarheten av registerdata i planeringen av vårdcentralers verksamhet.

MATERIAL OCH METODER

Betjäningsområdet

Tumba vårdcentralers betjäningsområde utgörs av Tumba och Grödinge församlingar i Botkyrka kommun i sydvästra Stor-Stockholm. Tumba församling består av blandad bebyggelse. Antal invånare är cirka 24 000 och medelåldern låg. Grödinge församling består framför allt av äldre villaområden och jordbruksområden. Antalet invånare är cirka 4 000 och medelåldern hög (figur 1) (Malmberg mfl 1978).

Dödlighet

Dödsorsaksregistret innehåller alla dödsfall som inträffar bland personer skrivna i Sverige. För ytterligare infor-

mation hänvisas till någon årgång av publikationen Dödsorsaker (tex Dödsorsaker 1978, SOS). Från dödsorsaksregistret selekterades samtliga dödsfall som inträffat under åren 1975-1978 där den avlidne var bosatt i Tumba eller Grödinge församling.

Med utgångspunkt från antal inträffade dödsfall och medelfolkmängden i de två församlingarna under perioden beräknades köns- och åldersspecifika dödstal. Dessa dödstal jämfördes med motsvarande dödstal för hela länet (Befolkningsförändringar 1975-1978 del 3, SOS).

För att erhålla ett sammanfattande mått på olikheten i dödlighet mellan å ena sidan Tumba och Grödinge och å den andra hela Stockholms län jämfördes det totala antalet dödsfall i Tumba och Grödinge med motsvarande förväntade antal. Det förväntade antalet beräknades därvid utifrån de köns- och åldersspecifika dödstalen i hela länet och utifrån medelfolkmängden i olika köns- och åldersklasser i Tumba och Grödinge. Hypotesprövningen utfördes med chi-två test (Armitage 1971).

Också för vissa grupper av dödsorsaker jämfördes det observerade antalet med ett förväntat antal. De förväntade talen beräknades på åldersgrupp för åldersgrupp på basis av totala antalet dödsfall i åldersgruppen och den proportion av hela rikets dödsfall som hänförs till en viss dödsorsak, varefter summering skedde över alla åldersgrupper (Decoufle mfl 1980, Dödsorsaker 1978, SOS).

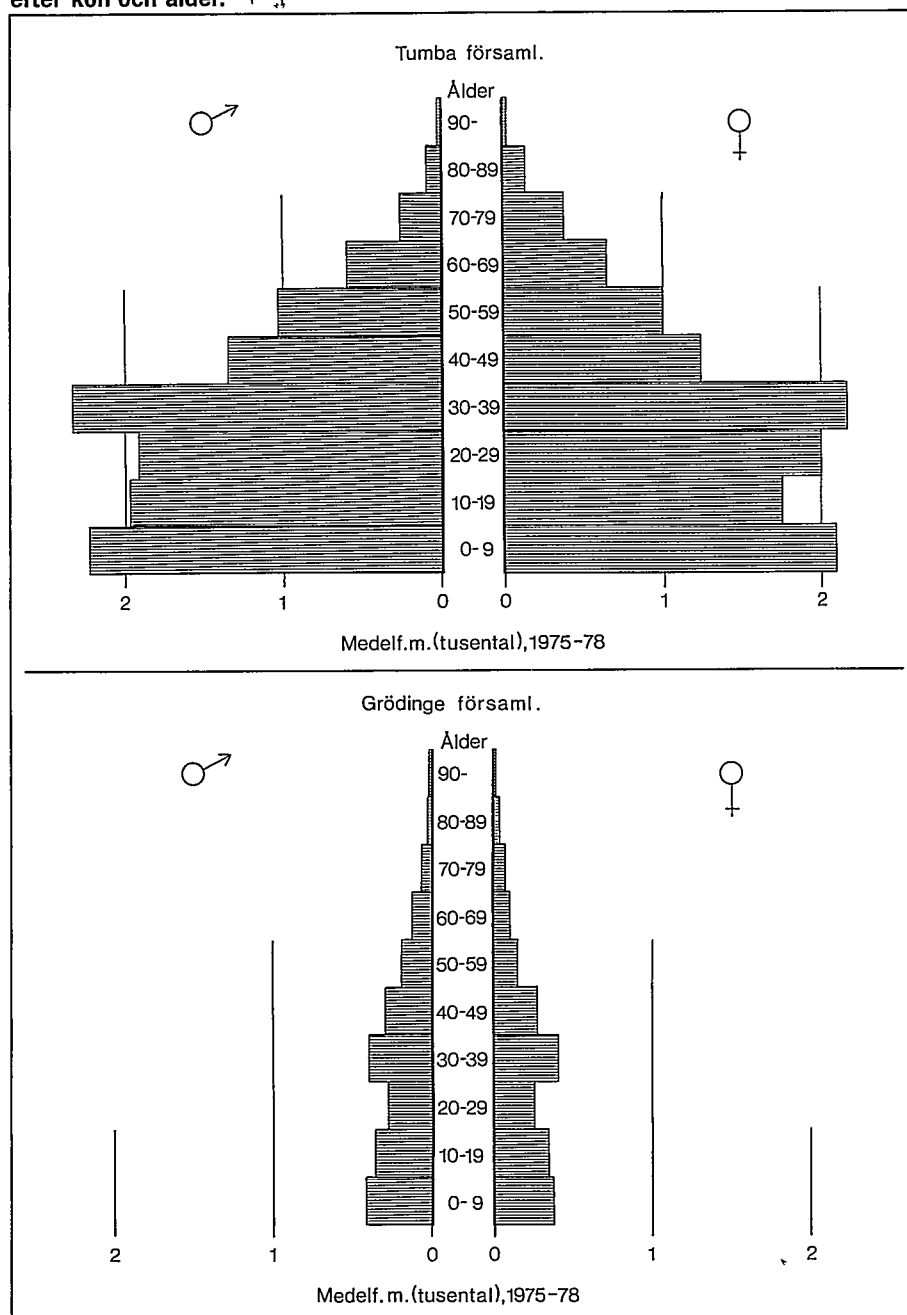
Missbildningar

Socialstyrelsen för ett missbildningsregister dit fall av missbildningar rapporteras från förlossningsklinikerna. Missbildningarna klassificeras enligt ICD-kod (Socialstyrelsen 1968). På basis av denna kod indelar Socialstyrelsen missbildningarna i "signifikanta" missbildningar och "icke signifikanta" missbildningar. Med signifikanta missbildningar avses sådana som innebär att den kliniska betydelsen är omfattande och att missbildningen i stor utsträckning inverkar på barnet (Statistiska Meddelanden 1980).

Från missbildningsregistret selekterades alla missbildningar på barn födda åren 1975-1978 av mödrar bosatta i Tumba och Grödinge församlingar.

Det registrerade antalet missbild-

Figur 1: Medelfolkmängden i Tumba och Grödinge församlingar 1975–78 efter kön och ålder.



ningar i Tumba och Grödinge jämfördes med motsvarande förväntade antal. Detta beräknades genom att antal födda barn i Tumba och Grödinge multiplicerades med det genomsnittliga antalet missbildningar per barn bland barn födda på Huddinge sjukhus under samma period. Hypotesprövningar utfördes med chi-två test. Analyserna utfördes dels för samtliga missbildningar, dels för de signifikanta missbildningarna separat.

Cancersjuklighet

Cancerregistret registrerar alla diagnostiserade fall av cancer (Socialstyrelsen 1980). Från cancerregistret selekterades alla fall där patienten var bosatt i Tumba eller Grödinge församling och där diagnosåret var 1975 eller 1976 (Senast tillgängliga år). Det observerade antalet fall jämfördes med det förväntade antalet beräknat på samma sätt som vid dödlighetsanalysen. Därvid utnyttjades köns- och åldersspecifika cancerincidenstal för hela riket för år 1974 (Socialstyrelsen 1980).

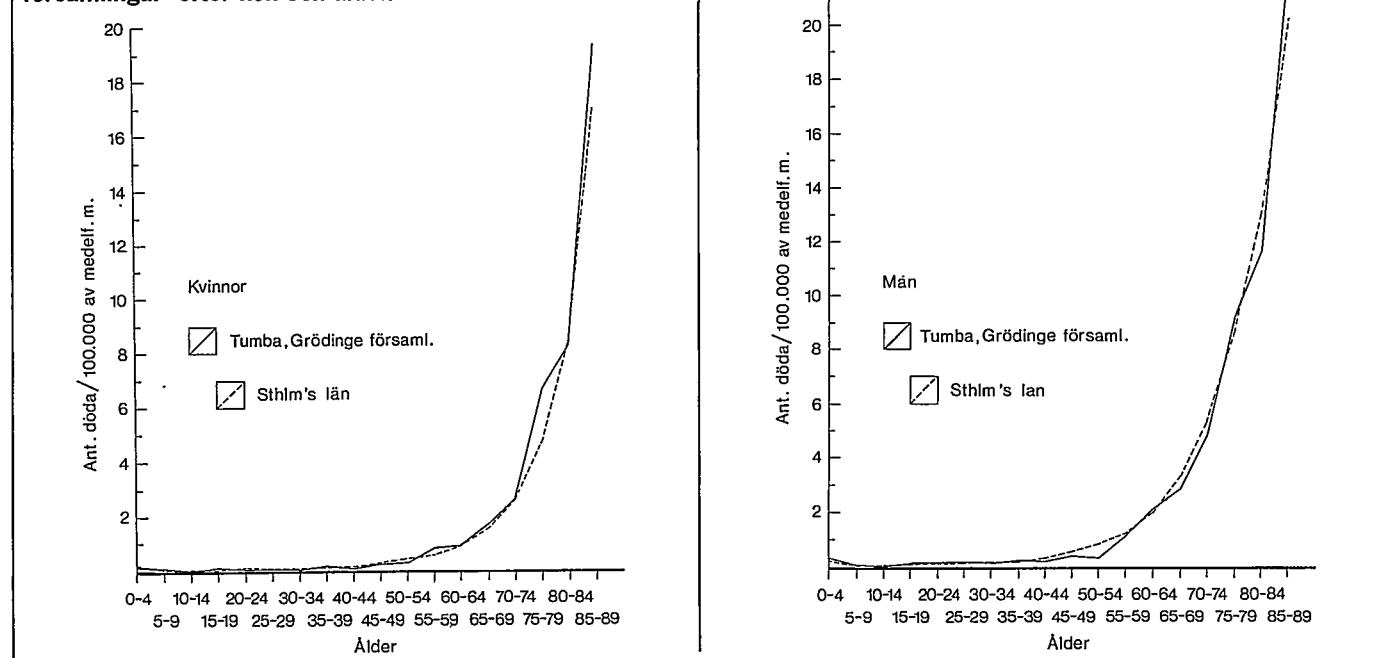
RESULTAT

Dödlighet

Dödligheten i absoluta tal i Tumba och Grödinge församlingar beskrivs med uppdelning efter kön, ålder och dödsår i tabell I. Under den studerade fyraårsperioden avled sammanlagt 338 män och 259 kvinnor.

I fig 2 jämföres de åldersspecifika dödstalerna i Tumba och Grödinge med motsvarande tal för hela Stockholms län. Som en följd av det förhållandevis låga antalet döda i enskilda åldersgrupper är den kurva som beskriver dödligheten i Tumba och Grödinge något ojämn. Det framgår trots detta att nivån för dödligheten i Tumba och Grödinge inte avviker från nivån för hela länet.

Figur 2: Antal dödsfall per 100 000 av medelfolkmängden under perioden 1975–78 i Tumba och Grödinge församlingar efter kön och ålder.



En sammanfattande jämförelse mellan dödligheten i Tumba och Grödinge och den i hela länet finns i tabell II. De observerade antalen ligger nära de förväntade och några signifikanta avvikelser finns ej.

I tabell III jämföres observerad och

förväntad andel dödsfall i vissa grupper av dödsorsaker. I samtliga fall är de observerade talen nära de förväntade.

Missbildningar

Tabell IV visar antal missbildningar i Tumba och Grödinge. Under hela pe-

rioden 1975–1978 föddes i Tumba 1441 barn. Bland dessa förekom 56 bildningar, varav 28 var signifikanta enligt Socialstyrelsens klassifikation. I Grödinge föddes 223 barn med tillsammans 5 missbildningar varav 2 var signifikanta.

För Tumba ligger de observerade antalet signifikanta missbildningar för varje år över det förväntade och för hela perioden som helhet är skillnaden signifikant på nivå 1 procent.

Cancersjuklighet

Tabell V redovisar jämförelsen mellan observerat och förväntat antal fall av cancer i de två församlingarna. Som framgår ur tabellen ligger de observerade antalen över de förväntade, dock inte så mycket att skillnaderna är signifikanta. För män är prostata (ICD 177) den vanligaste cancerlokaliseringen med 17 fall (26 procent), därefter kommer urinvägarna (ICD 181) och bukspottkörteln (ICD 157) med 5 fall vardera (8 procent). För kvinnor är bröstcancer (ICD 170) vanligast med 18 fall (27 procent), följd av cancer lokaliserad till äggstock, äggledare och breda ligament (ICD 175) respektive andra endokrina körtlar (ICD 195) med 6 fall vardera (9 procent).

Diskussion

Dödligheten i vårdcentralens betjäningsområde vek inte av från dödligheten i resten av länet och cancersjukligheten avvek ej signifikant från den för hela riket. Detta föranleder inga ytterligare åtgärder.

Missbildningsfrekvensen i Tumba församling var däremot signifikant förhöjd. Detta kan antingen bero på en slumpmässig anhopning eller på en reellt förhöjd missbildningsfrekvens. En granskning av de enskilda missbildningsfallen visade att det inte var någon specifik typ av missbildning som orsakade det höga antalet. Granskningen visade också att det inte heller var mödrar bosatta inom något visst område som fött de missbildade barnen. Detta talar för att det förhöjda antalet trots allt är en tillfällighet. Något skäl till vidare åtgärder eller noggrannare utredning finns därför knappast för närvarande. En fortsatt observation av missbildningsfrekvensen i Tumba församling kommer förstås att ske.

Undersökningar av det slag som redovisats här är föga komplicerade och måttligt resurskrävande. De kan därför utföras utan specifika misstankar om förhöjd sjuklighet eller dödlighet och får då snarast karaktär av screeningundersökning. Det betyder bla att man löper en påtaglig risk att få falska positiva resultat. Detta måste naturligtvis beaktas vid tolkningar av de erhållna resultaten.

Undersökningar av mindre vanliga sjukdomar i små befolkningar leder inte sällan till betydande avvikelser mellan observerade värden och referens-

Tabell I.

Antal dödsfall efter församling, dödsår, kön och ålder.

Årtal	Tumba		Grödinge	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1975	78	53	16	11
1976	68	55	9	6
1977	75	56	12	12
1978	70	58	10	8

Ålder	Tumba		Grödinge	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0–14	19	6	2	3
15–44	42	17	7	1
45–64	80	36	10	9
65–84	118	116	24	18
85–	32	47	4	6
Totalt	291	222	47	37

Tabell II.

Observerat och förväntat antal dödsfall i Tumba och Grödinge under perioden 1975–78.

	Tumba		Grödinge	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
observerat (O)	291	222	47	37
förväntat (E)	289,7	206,7	57,5	36,8
O/E (%)	100	107	82	101
Signifikansnivå	–	–	–	–
(– = ej signifikant på 5%)				

Tabell III.

Observerad (O) och förväntad (E) andel (i procent) dödsfall i vissa huvudgrupper av dödsorsaker i Tumba och Grödinge 1975–78.

	Tumba		Grödinge	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	O	E	O	E
Tumörer (II)	20	22	27	22
Cirkulationsorg sjd (VIII)	46	43	48	49
Yttre våld, förgiftning (XVII)	12	14	7	7
Övrigt	22	21	18	22
Summa	100	100	100	100

Tabell IV.

Antal födda barn, antal missbildningar och förväntat antal missbildningar i Tumba och Grödinge 1975–78.

	Tumba	Grödinge
antal födda barn	1441	223
antal missbildningar	56	5
förväntat antal missbildningar	64,5	10
signifikationsnivå	–	–
därav signifikanta missbildningar	28	2
förväntat antal signifikanta missbildningar	18,8	3,3
signifikansnivå	0,01	–
(– = ej signifikant på 5% nivå)		

Tabell V.

Observerat och förväntat antal fall av cancer i Tumba och Grödinge under perioden 1975–76.

	Tumba		Grödinge	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
observerat (O)	56	54	9	13
förväntat (E)	44,1	48,8	8,8	8,2
O/E (%)	127	111	102	159
Signifikansnivå	–	–	–	–
(– = ej signifikant på 5%)				

värden, men utan att vara signifikanta. Detta är en situation där några egentliga slutsatser ej kan dras. Frågan är därför vilka sjukdomar som ur denna synpunkt låter sig studeras i befolkningar av olika storlek. Då detta är ett i högsta grad aktuellt problem i samband med epidemiologiska undersökningar i primärvårdsområden kommer detta att bli föremål för en egen utredning.

Denna undersökning har utnyttjat information från tre olika register. Bland ytterligare register kan särskilt nämnas de slutenvårdsregister som är under uppbyggnad och som i många år fungerat i bla Stockholms läns landsting (Ahlbom 1978). Avsikten är att studera Tumba vårdcentralens betjämningsområde också ur det perspektiv detta register ger.

Referenser

Ahlbom, A: Acute Myocardial Infarction in Stockholm - A Medical Information System as an Epidemiological Tool. Akad avh, socialmedicin, Huddinge sjukhus, 1978, Malmberg, B-G m fl: Tumba-projektet. Slutrapport från förstudie. Stencil, 1978.

Klassifikation av sjukdomar 1968. Socialstyrelsen. Stockholm, 1969.

Dödsorsaker 1975-78 (SOS). Statistiska Centralbyrån. Stockholm, 1977-1980.

Befolkningsförändringar 1975-78 (SOS). Del 3. Statistiska Centralbyrån. Stockholm, 1977-79.

Armitage, P: Statistical methods in medical Research. Blackwell Scientific Publications, 1971.

Decoufflé, P, Thomas, TL & Pickle, LW: Comparisons of the proportionate mortality ratio and standardized mortality risk

measures. American Journal of Epidemiology, Vol III, No 3, 1980.

Cancer Incidence in Sweden 1974. Socialstyrelsen, Stockholm, 1980.

Statistiska Meddelanden, HS, 1980:2 appendix.

Författarpresentation

Anders Ahlbom*, docent, socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus. Britt-Gerd Malmberg, distriktsöverläkare och projektledare, Tumbaprojektet, Tumba vårdcentral.

*Postadress: Anders Ahlbom, Socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, 141 86 Huddinge.

Mot hemorrojder!

Scheriproct N[®]

Prednisolon caproas, cinchocain hydrochlorid, clemizol undecylen.

Scheriproct N

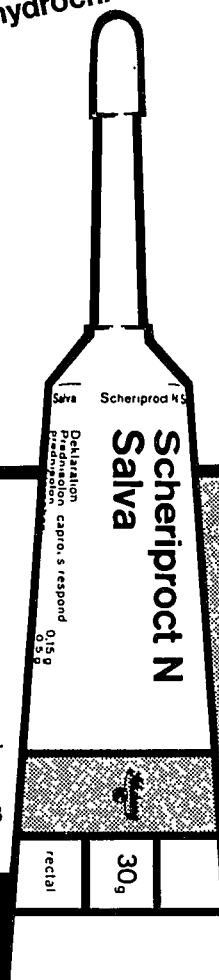
Förvaras ej över + 25°

FÖRVARAS OÄTKOMLIGT FÖR BARN.

Påskriften får ej avlägsnas, utplånas eller eljest gör
Sv. reg. nr.: 7653

Representant i Sverige: SCHERING NORDISKA AB
SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN Tyskland

För vidare information se FASS.



12
supp.

rectal

SCHERING NORDISKA AB, Box 152, 131 06 NACKA, Tel. 08/716 28 90

Mot en behovsorienterad planering i hälso- och sjukvården

BO HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

En intensifierad hälsopolitisk diskussion har under slutet av 70-talet förts om att förändra planeringsprocessen för hälso- och sjukvården från en resursorienterad till en mål- och behovsorienterad planering. Vid en sådan målformulering för hälso- och sjukvården krävs att planering och uppföljning av verksamheten baseras på uppgifter om dels befolkningens hälsotillstånd, dels vårdens tillgänglighet och kvalitet.

För att få fram underlag för en sådan förändrad syn i planeringsprocessen både i primärvård och på landstingsnivå kommer två projekt att genomföras i Stockholms län. Det första "Hälso- och samhällsprofil i AB län" avser att försöka utvärdera användbarheten av registeruppgifter om hälsodata på landstingsnivå och primärvårdsområdesnivå i planeringsprocessen. I det andra projektet "Befolkningens hälsa i Stockholms län" är avsikten att fördjupa kunskapsunderlaget med hjälp av enkäter, intervjuer och hälsokontroller.

De tre vägarna till kunskap om befolkningens hälsotillstånd; registerundersökningar, enkät/intervjuundersökningar och screening/hälsokontrollundersökningar måste alla användas parallellt för att erhålla ett fullödigt planeringsunderlag.

Nyckelord: Kommundiagnos, planering, epidemiologi, befolkningsansvar, primärvård, hälsovård, storstad, Stockholm.

Bakgrund:

Under senare delen av 1970-talet har en intensifierad diskussion förts om att förändra planeringsprocessen för hälso- och sjukvården från en resursorienterad till en mål- och behovsorienterad planering (1-3). I Stockholms län har diskussionen bl.a. resulterat i en ny hälso- och sjukvårdsplan (4). I Sverige i stort har denna diskussion befästs genom den nya hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 januari 1983 (5). I denna finns för första gången en hälso- och sjukvårdspolitisk målsättning formulerad i lag. I den andra paragrafen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vid en sådan målformulering för hälso- och sjukvården krävs att planering och uppföljning av verksamheten baseras på uppgifter om dels befolkningens hälsotillstånd, dels vårdens tillgänglighet och kvalitet. Brister i befolkningens hälsa liksom brister med avseende på vårdens tillgänglighet och kvalitet för olika grupper och inom skilda geografiska områden måste därför kartläggas och följas upp och fört löpande utgöra en väsentlig utgångspunkt i planeringsprocessen. En strävan måste också vara att kartlägga orsakerna till dessa brister, vilket lägger ett stort ansvar på landstingen att svara för kvalitativt god sjukvårdsstatistik och epidemiologiska data, som kan tjäna som underlag för en behovsorienterad planering. I hälso- och sjukvårdsplanen för Stockholms läns landsting som fastställdes i november 1981 utgör ovanstående resonemang också viktiga utgångspunkter (4). I avsnittet om förebyggande vård anges utgångspunkterna för en offensiv hälsopolitik. Vidare poängteras landstingets hälsoansvar enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen med krav på underlag för planeringen som utgår från befolkningens behov av vård. Kunskaper om såväl befolkningens bristande hälsa i olika grupper och inom skilda geografiska områden som orsaker till dessa brister kommer att vara väsentliga som underlag för prioritering och utvärdering av förebyggande insatser i hälso- och sjukvården i länet.

Hälsopolitiska prioriteringar

Kartläggningen av hälsoproblem i ett landstingsområde tjänar i planeringsprocessen följande syften (3):

- att ange hälsopolitiska prioriteringar och mål
- att vara en indikator på behov av hälso- och sjukvård i landstingets olika distrikt efter vilket man kan uppställa en geografisk fördelning av rambudget för varje primärvårdsområde,
- att fördela resurser mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter (tex mellan primärvård och länssjukvård, mellan förebyggande, behandlande och rehabiliterande verksamhet),
- att ge underlag för uppföljning och utvärdering av huruvida de hälsopolitiska insatserna leder mot de uppställda målen.

Ovanstående punkter i planeringsprocessen gäller både för landstingsnivå och primärvårdsnivå.

När man ska prioritera hälsoproblem måste man dels ta utgångspunkt i en kartläggning av lokala hälsoproblem och hälsorisker och dels måste man bestämma sig för vissa prioriteringskriterier. Några exempel på tänkbara kriterier är följande (3):

- sjukdomar som leder till för tidig död
- sjukdomar som leder till långvariga handikapp
- sjukdomar som leder till särskilt mycket sjukvårdsutnyttjande
- sjukdomar som med dagens kunskaper och landstingets resurser förefaller särskilt påverkbara
- sjukdomar som är särskilt vanliga i den aktuella befolkningen jämfört med övriga landet
- sjukdomar som är i ökande
- sjukdomar bland vilka icke-tillgodosedda vårdbehov är ett särskilt stort problem.

Att välja kriterier är mera en politisk än en epidemiologisk-teknisk fråga. Men det ena kriteriet utesluter inte det andra. I det praktiska arbetet blir det ofta så att man söker prioritera det hälsoproblem som uppfyller flera av de nämnda kriterierna samtidigt. Men vilka kriterier som väger tyngst kommer att vara styrande för vilka hälsodata man behöver som underlag och vilka prioriteringar man slutligen kommer fram till. Samtidigt visar de nämnda kriterierna på olika aspekter som bör belysas av de hälsodata som ligger till grund för planeringen. Med utgångs-

punkt i prioriteringar och kunskap om effekter kan man formulera förslag om vilka verksamheter som särskilt bör ges resurser. Med utgångspunkt i kunskap om hur behoven fördelar sig geografiskt kan man ge förslag till hur resurserna ska fördelas.

Det är ur praktisk planeringssynpunkt nödvändigt att belysa ohälsans fördelning med data ur olika källor och resultaten tilltar då i styrka och tillförlitlighet när flera källor pekar åt samma håll.

Behovsorienterad verksamhet

Sammanfattningsvis kräver en behovsorienterad verksamhetsplanering (6):

- 1) *kunskap om befolkningen*, dess ålder, sammansättning etc, vilka *hälso- och sjukvårdens verksamhet* den har och vad den leder till i form av vårdbehov och vårdefterfrågan.
- 2) *kunskap om samhällsstrukturen*, vilka är de vanligaste arbetsplatserna, hur ser arbetsmarknaden ut, boendeförhållanden etc.
- 3) *kunskap om specifika hälsorisker*, av fysisk, kemisk, biologisk och social art; i arbete, boende och i vår konsumtion (alkohol, tobak, kost etc).
- 4) Slutligen behöver vi ställa denna beskrivning mot *hälso- och sjukvårdens verksamhet*, dess *resurser*, utnyttjande av resurser och *effekten* av detta.

Genom att fördjupa kunskapsunderlaget kan verksamhetsplaneringen bättre genomföras och frågor angående resursanvändningen inom vårdcentralens ansvarsområde av följande typ kan exempelvis besvaras med bättre precision:

- a) använder vi den tid på *äldre* som motsvaras av det antal vi har i primärvårdsområdet?
- b) använder vi den tid på *socialmedicinskt arbete*, rehabilitering, samarbete med socialvården etc som motsvarar de socialmedicinska behov som finns i primärvårdsområdet?
- c) har vi vid vår vårdcentral adekvat verksamhet som riktar sig till de *stora patientgrupperna* som diabetiker, hypertotoniker etc?
- d) fördelar vi arbetsinsatserna när det gäller förebyggande verksamhet i enlighet med de *hälsoriskområden* som finns i vårt primärvårdsområde?

Befolkningsundersökningar som grund för planering:

Det finns i huvudsak tre metoder för befolkningsundersökningar i planeringsprocessen (7):

- 1) Registerundersökningar
- 2) Enkät/intervjuundersökningar
- 3) Screening/hälsokontrollundersökningar

För att få fullödigt planeringsunderlag krävs att man arbetar med alla tre metoderna. Registerstudier skrapar ofta på ytan av det större komplexet "hälsa och sjukdom", sjukdom kräver oftast lång exposition för miljö- och häl-

sorisker innan resultatet blir sjukvårdsutnyttjande. Dödlighet är ur den här aspekten ett ännu grövre "mått".

En översikt över internationella och nationella erfarenheter av mätningar av hälsotillståndet har genomförts.

WHO har sammanfattat de internationella erfarenheterna av mätningar av hälsotillståndet i en rapport, *Measurement of levels of health* (8).

I Norden är det Finland som mest utvecklat detta arbetssätt. Mini-Finland studien är kanske den mest omfattande undersökningen (9, 10).

Några svenska landsting har utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner redan genomfört eller håller på att genomföra kartläggningar av hälsotillståndet hos befolkningen som underlag för nya hälso- och sjukvårdsplaner (11-24). Även i Stockholms län har kartläggningsarbete med dessa ansatser genomförts (25).

Sådana studier har utgjort väsentliga kunskapsbidrag i planering av hälso- och sjukvården. De har visat sig vara nödvändiga och ofrånkomliga instrument i planeringsprocessen både vad gäller nationell, regional och lokal nivå. Planeringsnivån bestämmer utformningen och innehållet i undersökningarna. Beroende på nivå varierar också variablernas omfattning avsevärt. Länsnivån kräver vissa frågeställningar, variabler och hypoteser medan primärvårdsnivån kräver andra.

Det är endast i tre län som man haft målsättningen att kunna göra jämförelser ner på kommun/primärvårdsområdesnivå, nämligen i Södermanlands, Norrbottens och Skaraborgs län. De tre nämnda studierna har skilda ansatser i genomförandet. I Södermanlands län och Norrbottens län har man använt sig av postenkätmetodik, och i Skaraborgs län en kombination av enkät och hälsointervju kopplad med hälsokontroll.

Erfarenheterna hitintills pekar på att enkät- och intervjumetoden är relativt välutvecklade metoder som ger goda underlag för planeringsverksamhet. Olika sjukdomsgrupper är mer eller mindre lämpliga. Högt blodtryck är ofta underrapporterat eftersom många med högt blodtryck inte upplever sig som sjuka. Däremot är överensstämmelsen relativt god för tex sockersjuka. Ett annat tillstånd som underskattas vid intervjuer är psykisk ohälsa. Utbredningen av alkoholbruk och missbruk utgör en hälsorisk där vi i dag har relativt liten erfarenhet om uppgifternas tillförlitlighet. Uppgifter om tobak- och motionsvanor däremot har vid enkäter och intervjuer visat sig vara relativt pålitliga (18). Resultaten från mini-Finland-undersökningen antyder en relativt god överensstämmelse mellan uppgivna sjukdomar och kliniska diagnoser.

Enkätundersökningar är i dag den enda möjligheten att få kunskap om hur befolkningen utnyttjar vård. Skälet för detta är att register-uppgifter i

dag är avgränsade till slutet vård. En utbyggnad av öppenvårdsregistrering pågår. Det dröjer dock länge innan tex företagshälsovård och privata läkarbesök registreras fortlöpande och kan användas i planeringsprocessen.

Hälso- och samhällsprofil i AB-län

Projektet "Hälso- och samhällsprofil i AB-län" handlar om att försöka utvärdera hur primärvården använder sig av *registeruppgifter* i kombination med *lokalt "personbunden" kunskap* i förverkligandet av ett offensivt arbetssätt. Huvudsyftet är (27):

att fördjupa underlaget för planering av vård och förebyggande arbete i ett geografiskt distrikt genom att sammanställa och systematiskt bearbeta befintliga kunskaper om hälsoförhållanden och strukturella förhållande.

De övergripande målen i Hälso- och samhällsprofilsprojektet kan brytas ner i olika *delmålsättningar*:

- 1) att kartlägga och sammanställa tillgängliga registerkällor i och för AB-län
- 2) att studera hur registerdata användes i dag och utveckla dess användning som planeringsunderlag för primärvårds- och vårdlagsområdesnivå
- 3) att sammanställa personbunden lokal kunskap inom 2-4 primärvårdsområden, och studera dess betydelse i planeringsprocessen
- 4) att utarbeta lokalt baserade "samhälls/kommundiagnoser" som underlag för förändring/förbättring av vårdande och förebyggande verksamhet
- 5) att precisera kraven på registerkällor som bättre tillgodoser avnämarnas behov (primärvårds/vårdlagsområdet)
- 6) att på sikt ge bättre underlag för en målrelaterad planering av hälso- och sjukvården.

Befolkningens hälsa i Stockholms län

I projektet "Befolkningens hälsa i Stockholms län" är syftet att med några andra metoder ta fram hälsodata som kan tjäna som planeringsunderlag på olika nivåer (28). På länsnivå genomföres en enkätundersökning som syftar till att vara användbar i den övergripande hälsopolitiska diskussionen och planeringen. Inom några primärvårdsområden fördjupas undersökningen med hälsodata framtagna genom hälsointervjuer och hälsokontroller som underlag för den lokala primärvårdsplaneringen på vårdlagsnivå.

Huvudmålsättningen med projektet "Befolkningens hälsa i Stockholms län" är att med hjälp av enkät, intervju och hälsokontrollstudie bredda kunskapsunderlaget för planering av hälso- och sjukvården på såväl länsnivå som primärvårdsnivå och i vissa fall på vårdlagsnivå.

Delmålsättningar är:

- a) att ge underlag för att följa hälsoutvecklingen i länet
- b) att vara ett utvärderingsinstrument för förebyggande och vårdande verksamhet

- c) att utveckla ett instrument anpassat för bättre primärvårdsplanering vad avser vårdande och förebyggande verksamhet
- d) att pröva och utveckla hälsokontroller som ett instrument i planeringsprocessen
- e) att fördjupa kunskapen om enkäter som metod för mätning av hälsotillståndet i befolkningen.

Det praktiska genomförandet av projekten sker i samarbete med fem primärvårdsområden vars ordinarie vårdlag svarar för centrala delar i kartläggningen, dvs intervju- och hälsokontrollarbete. Detaljer i genomförandet finns beskrivet i projektplanen (28).

Sammanfattning och konklusion

De metoder som i dag finns tillgängliga för att beskriva sjukdomarnas spridning inom befolkningen är framför allt intervjuundersökningar om upplevd ohälsa, statistik över sjukskrivningar, öppen och slutet vård samt dödsorsaker. Bilden av befolkningens sjukdomspanorama varierar beroende på vilken av dessa källor som utnyttjas. Så är tex kärl- och hjärtsjukdomar enligt intervjuundersökningar vanligast hos kvinnor medan de oftare är orsak till förtidspensionering, slutet sjukvård och död bland män. Detta är naturligt, eftersom de olika källorna möter sjukdomsyttningar som kan vara av olika svårighetsgrad. Vidare påverkas tex sjukskrivningen och intagningen i slutet sjukvård också av andra faktorer än arten och graden av sjukdomen. För att få en helhetsbild av olika sjukdomsgruppers betydelse krävs därför att man samtidigt utnyttjar flera ohälsoidikatorer av den typ som angivits.

"Hälsö- och samhällsprofilsprojektet" avser att försöka utvärdera användbarheten av *registeruppgifter* om hälsodata på landstingsnivå och på primärvårdsområdesnivå i planeringsprocessen. På lokal nivå är syftet att utvärdera hur registeruppgifter kan utnyttjas i kombination med *lokalt personbunden* kunskap om befolkningen till praktiskt vårdlagsbaserat planeringsunderlag. Projektet "Befolkningens hälsa i Stockholms län" inrymmer de två andra principiella metoderna i befolkningsundersökningar, nämligen *enkät/intervju* och *screening/hälsokontroll*.

De tre olika metoderna är nödvändiga att använda parallellt för att erhålla ett fullödigt planeringsunderlag.

Författarpresentation:

Bo Haglund, distriktsläkare vid hälsö- och vårdshuset, nordvästra förvaltningsområdet Stockholms läns landsting, Sundbyberg.*

Leif Svanström, professor, Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet. Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg. Hälsö- och vårdshuset, Stockholms läns landsting.

Litteratur:

1. Olsson B, Svanström L: Hälsö- och samhällsprofil AB län projektplan. Socialmedicinska Institutionen, Karolinska Institutet, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg 1981.
2. Lalonde M: A new perspective on the Health of Canadians. Government of Canada, Ottawa 1975. Översatt till svenska, Ny syn på hälsan. Socialstyrelsens nämnd för hälsouppllysning 2:a reviderade upplagan Stockholm 1981.
- Healthy people. DHEW (PHS) Publication No 79-55071. Washington 1979.
3. Diderichsen F: Ohälsa i Norrbotten. Underlag för hälsopolitisk planering. Bilaga till Norrbottens läns landsting: Hälsö- och sjukvård inför 1990-talet (HS BD 90). Socialmedicinska Institutionen, Karolinska Institutet, Forskningsenheten i Luleå 1982.
4. Hälsö- och sjukvårdslag m m proposition 1981/82: 97.
5. Hälsö- och sjukvårdsplan för Stockholms läns landsting, Stockholm, November 1981.
6. Haglund B, Isacson S-O: Offensivt hälsoarbete. Kommundiagnostik. Erfarenheter från tvärsnittundersökningen hälsöprofil Skaraborg 1977 (HPS 77). SPRI rapport 84 Stockholm 1982.
7. Dahlin L, Svanström L: Befolkningsundersökningar som grund för den öppna vårdens planering. Läkartidningen 1973; 70: 4845-4848.
8. Holland WW, et al: Measurement of levels of health. WHO Regional Publications European Series No 7, Copenhagen, 1979.
9. Bergstedt T, Harriman S, Linnergren L. o. a.: En Finlandsresa. Länskommittén för hälsouppllysning i Stockholms län. Skriftserie nr 12 1982.
10. Aromaa A: The Social Insurance Institutions Mini-Finland Health Survey. Aims, design and present states. Research Institut for Social security and the rehabilitation research center. Stencil. Helsingfors, 181.
11. Nilsson T, o. a.: Hälsöundersökning 1980. En undersökning av befolkningens hälsoförhållanden i Södermanlands län. Delrapport 1: Undersökningens bakgrund och genomförande, Södermanlands läns landsting, Linköping, 1980.
12. Behov och förutsättningar för epidemiologiska studier i Östergötland, speciellt med utgångspunkt från befintliga och kommande patient databaser. Östergötlands läns landsting, Linköping 1982.
13. Stål R, o. a.: Levnadsnivåstudier som arbetsmetod på en vård- och servicecentral. Delrapport 1. Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro, 1982.
14. Haglund BJA, Isacson SO: Hälsöprofil Skaraborg 1977. Projekt Rapport, Skaraborgs läns landsting, Hälsö- och vårdshuset, Skövde, 1980.
15. Levnadsnivåundersökning i Norrbottens län. rapport nr 10, Norrbottens läns landsting, Luleå, 1980.
16. Levnadsnivåundersökning i Norrbottens län - två analyserande del. Rapport 17. Norrbottens läns landsting, Luleå, 1980.
17. Hälsöproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag. SPRI-rapport nr 14, Stockholm, 1979.
18. Hanning M, Rosén M, Nyström L: Hälsö- och sjukvårdsutnyttjande - levnadsnivåundersökningar som underlag för hälsö- och sjukvårdsplaneringen. SPRI-rapport nr 82, Stockholm, 1982.

19. Granvik M: Den epidemiologiska strategin. En strategi för den samhällsmedicinska verksamheten inom landstingen. Rapport från hälsopolitiska enheten nr 1, Kopparbergs läns landsting, Falun, 1981.
20. Granvik M: Kommundiagnoser i Kopparbergs län. Underlag för hälsopolitiskt programarbete. Rapport från hälsopolitiska enheten nr 4, Kopparbergs läns landsting, Falun, 1982.
21. Sätterskog B: Hur mår länet? Älvsborgs läns landsting, sjukvårdsavdelningen. Vänersborg, 1980.
22. Förändringar av resurser och vårdutnyttjande i ett sjukvårdsområde. Hallands läns landsting. Socialstyrelsens studier över sjukvårdskonsumtion. Preliminär version, Stockholm, september, 1980.
23. Bergkvist A, o. a.: Praktiskt epidemiologiskt projekt i Halmstad. Beskrivning av levnadsförhållanden och ohälsans utbredning i några lokala miljöer. En studie utförd vid länsläkarorganisationen i Hallands län i samarbete med institutionen för kulturgeografi och ekonomisk geografi vid Lunds universitet, 1981.
24. Göteborgarnas hälsa. Sammanfattning av synpunkter och förslag. Göteborgs friskvårdsberedning. Göteborg, 1979.
25. Boström G, Haglund B, Svanström L: Forskning och utvecklingsarbete i primärvård i Stockholms län. SFAM-nytt 1982; 3:92.
26. Haglund B, Råstam L, Isacson S-O, et al: Levels of blood pressure and high hypertension prevalence in a Swedish rural county. Some results from the cross sectional study health profile Skaraborg 1977. Under publicering.
27. Olsson B, Svanström L: Hälsö- och samhällsprofil AB-län. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1981. (Svart serie nr 1.)
28. Grundeus B, Haglund B, Heyden T, Kriisa M, Olsson E, Sjönell G, Svanström L: Befolkningens hälsa i Stockholms län, Stockholm: Landstingets hälsovård, 1982. (Svart serie nr 3.)

*Postadress: Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, 172 83 Sundbyberg.

Primärvårdens utbyggnad och organisation i Stockholms län

ELISABETH HYDÉN

Från och med den 1 januari 1983 träder en ny organisation för hälso- och sjukvården i Stockholms län i kraft. Den nya organisationen innebär en kraftig decentralisering av ansvar och beslut till de fem sjukvårdsområdena. Primärvårdsområdena utgör tillsammans med klinikerna grundstenarna i den nya organisationen. Deras inflytande över planering, utveckling och samordning av vårdverksamheten stärks.

Ett omfattande utvecklingsarbete pågår inom landstinget för att utveckla innehållet i primärvården och skapa organisatoriska förutsättningar att bedriva en väl fungerande primärvård.

En ny ledningsorganisation för primärvården har nyligen genomförts, vilket medfört bättre förutsättningar för primärvården att ta ett ökat ansvar för planering och uppföljning av den egna verksamheten.

Alltjämt återstår flera viktiga frågor att lösa men man har trots allt kommit en bit på väg.

Nyckelord: Primärvårdsorganisation, primärvård i storstad, Stockholm.

Ny organisation för hälso- och sjukvården

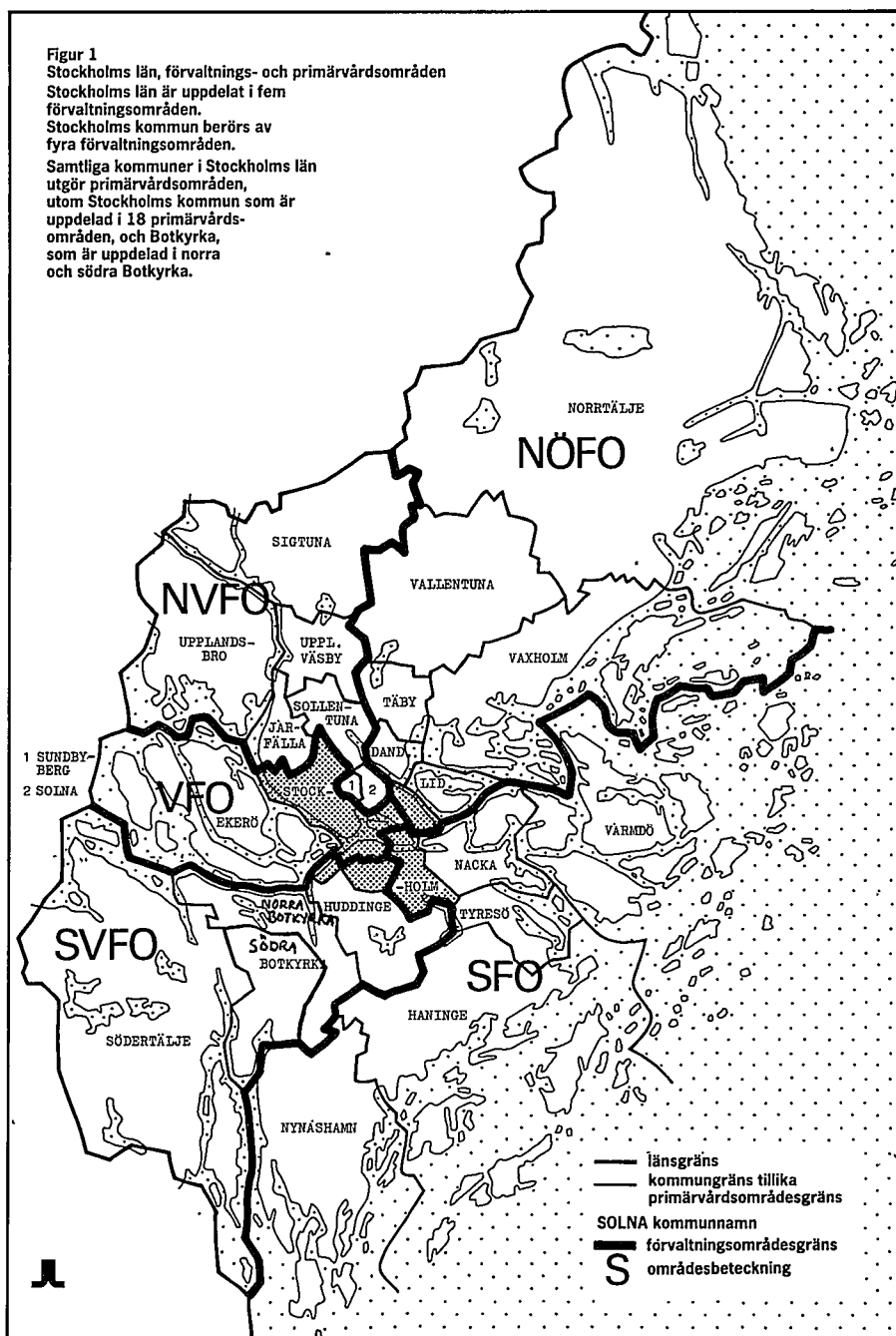
Stockholms läns landsting är för närvarande organiserat i fem förvaltningsområden (nordöstra, nordvästra, väst-

ra, södra, sydvästra). Varje förvaltningsområde har en lokal politisk styrelse. Det samlade politiska ansvaret åvilar hälso- och sjukvårdsnämnden. Administrationen inom respektive förvaltningsområde är för närvarande organiserad i block och fackavdelningar.

Varje förvaltningsområde är vidare indelat i primärvårdsområden. Varje primärvårdsområde motsvarar en kommun, utom i Stockholms kommun, där varje socialdistrikt utgör ett

primärvårdsområde. Botkyrka kommun har delats i två primärvårdsområden, norra respektive södra Botkyrka. Totalt finns för närvarande 41 primärvårdsområden – 21 hela kommuner, norra och södra Botkyrka samt 18 socialdistrikt i Stockholms kommun. Indelningen i förvaltningsområden och primärvårdsområden framgår av fig 1.

Under de senaste åren har ett omfattande utredningsarbete pågått av hälso- och sjukvårdens organisation i



länet. Utredningsarbetet har omfattat såväl politikerorganisationen som förvaltningsorganisationen.

Från 1 januari 1983 träder en ny decentraliserad organisation i kraft som bygger på de fem förvaltningsområdena. I den nya organisationen benämns sjukvårdsområden. Sjukvårdsområdena ges egen tjänstemannaledning med självständigt ansvar och ökade befogenheter för de lokala politiska styrelserna som i den nya organisationen benämns sjukvårdsstyrelser. Primärvårdsområdena utgör tillsammans med klinikerna grundstenarna i den nya organisationen. Deras inflytande över planering, utveckling och samordning av vårdverksamheten stärks. Det kommer i den nya organisationen att i princip finnas två organisatoriska nivåer – dels klinik/primärvårdsområdesnivå, dels sjukvårdsområdesnivå. Blockorganisationen försvinner i flertalet sjukvårdsområden.

Primärvårdens utbyggnad

Primärvården i Stockholms län har, i

likhet med övriga Sverige, kraftigt byggts ut under senare delen av 70-talet och början av 80-talet. Utbyggnaden pågår ännu och skall enligt planerna vara avslutad 1990.

Primärvården bedrivs för närvarande vid ett 80-tal vårdcentraler inom landstingsområdet. Vidare finns vissa mottagningslokaler utanför vårdcentraler för läkare, distriktssköterskor, barn- och mödrahälsovård och sjukgymnaster. Allteftersom nya vårdcentraler tillkommer koncentreras resurserna och antalet fristående mottagningsenheter minskar. 22 ytterligare vårdcentraler är budgeterade till 1986. Enligt hälso- och sjukvårdsplanen skall det, när utbyggnaden är klar, totalt finnas 120 vårdcentraler i landstingsområdet.

Utbyggnaden framgår av tabell 1.

Man har hittills strävat efter en jämn utbyggnad av primärvården över hela länet med en successivt ökad koncentration av resurser. Det har dock inte givit det resultat man hade förväntat sig. Man har nu börjat inse att det är

först när primärvården har tillräckliga resurser som den börjar fungera på avsett sätt.

I hälso- och sjukvårdsplanen anges därför att utbyggnaden i stället ska ske punktvís. En satsning görs på "gröna öar". I hälso- och sjukvårdsplanen står bl.a.

"En ökning av antalet primärvårdsområden som är 'normalt' utbyggda leder troligtvis snabbare till en avlastning av akutsjukvården, men innebär att vissa områden kommer att gynnas framför andra. För närvarande synes en sådan satsning vara mycket angelägen i den södra länsdelen."

Organisationens utveckling

Under de senaste åren har också ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete pågått inom landstinget för att utveckla innehållet i primärvården och skapa organisatoriska förutsättningar att bedriva en väl fungerande primärvård. Frågor om ledningsorganisation, vårdlagsorganisation, organisation av olika verksamheter inom primärvården, såsom tex barn- och mödrahälsovården har ingående diskuterats i olika arbetsgrupper där berörda intressenter ingått.

Likaså har frågor om primärvårdens roll i den samlade planeringsprocessen för hälso- och sjukvården i länet diskuterats i olika utredningssammanhang.

Primärvården i Stockholms län fick en egen organisation 1976. Tidigare var dess verksamhet organisatoriskt inordnad i medicinblocket, i en särskild enhet som benämndes ISÖV (Icke Sjukhusansluten Öppen Vård).

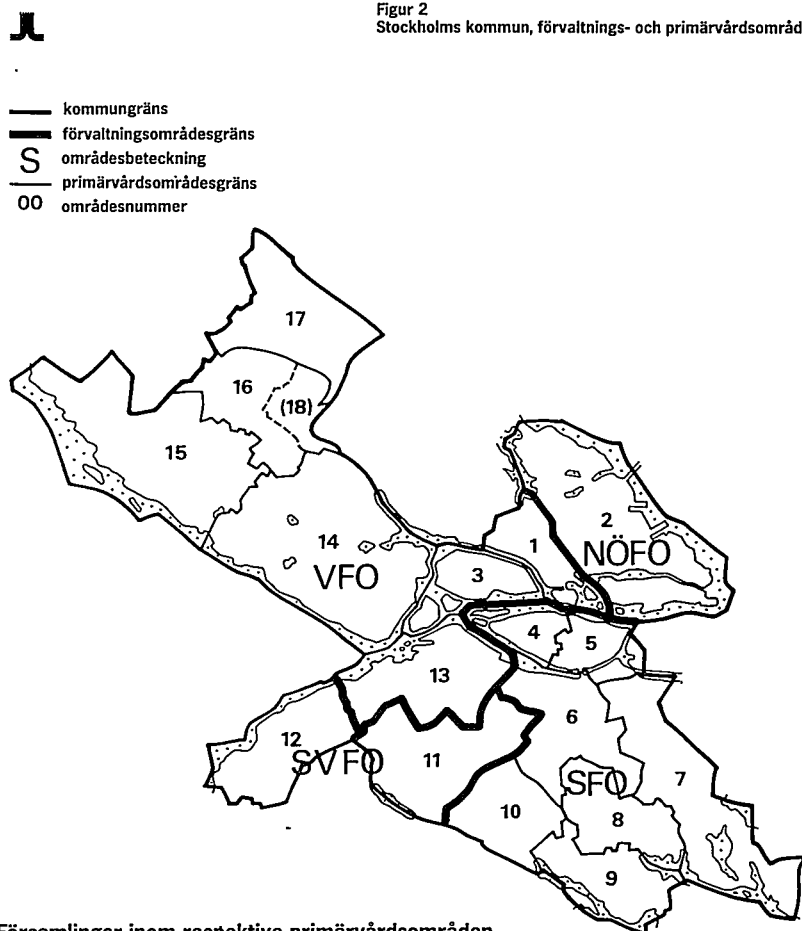
1976 tillskapades särskilda primärvårdsblock – ett inom vardera av landstingets fem förvaltningsområden. Från primärvårdsblocken administrerades hela primärvårdsverksamheten inom respektive förvaltningsområde. Den kraftiga utbyggnaden av primärvården medförde till slut en ohållbar situation för primärvårdsblocken. Det var inte längre möjligt att centralt och med knappa resurser administrera såväl en utbyggnad som en löpande verksamhet med ett befolkningsunderlag som varierade mellan 250 000 och över 400 000 invånare i de olika förvaltningsområdena.

Ny ledningsorganisation

1981 genomfördes en ny ledningsorganisation för primärvården i Stockholms län. Den nya organisationen bygger på den indelning i länet i primärvårdsområden som angivits ovan.

Primärvårdsområdena i Stockholms län varierar kraftigt i storlek såväl geografiskt som befolkningsmässigt. Strukturen på primärvårdsområdena skiljer sig också markant – från tätbebyggda innerstadsområden till glesbygd. Antalet invånare varierar mellan de olika primärvårdsområdena från 15 000 till 80 000. De flesta områdena har dock mellan 30 000 och 50 000 in-

Figur 2
Stockholms kommun, förvaltnings- och primärvårdsområden



Församlingar inom respektive primärvårdsområden

Nordöstra förvaltningsområdet (NFO)
2 Oscars, Hedvig Eleonoras, Engelbrekts

Södra förvaltningsområdet

- 4 Hogalids, Maria
- 5 Katarina, Sofia
- 6 Vantors (endast k:ndel Stureby), Enskede
- 7 Skarpnacks
- 8 Fagersta (k:ndelar Hokarängen, Skondal, Gubbängen, Svedmyra, Talkrogen)
- 9 Farsta (k:ndelar Farstastrand, Farstanaset, Larsboda, Fagersjö, Farsta)
- 10 Vantors (utom k:ndel Stureby)

Sydvästra förvaltningsområdet
11 Brännkyrka
12 Skarholmen

Västra förvaltningsområdet (VFO)

- 1 Storkyrko, Jakobs, Klara, Adolf Fredriks, Gustav Vasa, Matteus, Johannes
- 3 Essinge, S:t Gorans, Kungsholms
- 13 Hagerstens
- 14 Vasterleds, Bromma
- 15 Hasselby, Vällingby
- 17 Spånga (k:ndelar Akalla gård, Husby gård, Kista gård)
- 16 Spånga (k:ndelar Sundby, Flysta, Solhem, Lunda, Tensta)
- 18 Spånga (k:ndelar Bromsten, Rinkeby)

Tabell 1

Primärvården i Stockholm. Geografisk avgränsning. Befolkningsunderlag. Vårdcentralsutbyggnad och bemanningssituation

Förvaltningsområde/ Primärvårdsområde	Befolkning ¹⁾	Vårdcentraler		Distriktsläkare (AT/FV) ²⁾		Specialistläkare ³⁾	
		1982	1986	1982	1986	1982	1986
NÖFO							
Stockholm, distrikt 2	56.200	3	+1	9 (2)	+3	2	+1
Danderyd	27.800	2		7 (3)		1	
Lidingö	37.400	1	+1	5 (2)	+3	6	
Norrtälje	40.800	3		11 (1)		8	
Täby	47.100	3		7 (3)		10	
Vaxholm	30.500	2		5 (3)	+1	2,5	+1
Vallentuna	17.600	1		4 (1)		1	
Ej utfördelade				2		2	
Totalt NÖFO	257.400	15	+2	50 (15)	+7	32,5	+2
NVFO							
Järfälla	53.300	4		9,5 (3)		12,5	+0,5
Sigtuna	28.300	1		5 (2)		4	
Sollentuna	45.900	2		11,5	+1	6	
Solna	50.400	2	+1	6	+4	1	
Sundbyberg	25.700	2		8 (2)		5	
Upplands-Bro	18.500	2		5 (1)		1	+0,5
Upplands Väsby	32.000	1		5 (2)	+2	5	
Ej utfördelade				4,5			
Totalt NVFO	264.100	14	+1	54,5 (10)	+7	34,5	+1
VFO							
Stockholms distr 1	50.300	2		14 (2)	+1	5	
Stockholms distr 3	44.500	1	+1	7 (2)	+3	0	+3
Stockholms distr 13	38.500	1	+2	5 (1)	+6	1	+1
Stockholms distr 14	48.700	1	+1	5 (1)	+4	4	+2
Stockholms distr 15	54.700	2	+1	7	+3	6	
Stockholms distr 16	24.500	0	+2	(1)	+5	2	
Stockholms distr 17	26.200	2		4 (2)		3	
Stockholms distr 18	17.700	2		4 (1)		1	
Ekerö	15.900			2		0	+1
Ej utfördelade				1		1	
Totalt VFO	321.000	11	+7	49 (10)	+22	23	+7
SFO							
Stockholm distr 4	35.300	1	+2	3 (4)	+4	4	+3
Stockholm distr 5	39.600	4	+1	8 (2)	+2		
Stockholm distr 6	36.600	2		10 (2)		4	
Stockholm distr 7	29.000	2		8 (1)		1	
Stockholm distr 8	25.900	1		4 (2)		1	
Stockholm distr 9	19.300	1		4 (2)		2	
Stockholm distr 10	33.400	1	+1	3 (1)	+4	0	
Haninge	58.500	4		9 (6)		12,5	+1,5
Nacka	57.200	4	+1	10 (3)	+3	13	
Nynäshamn	20.300	1		5	+1	4	
Tyresö	31.000	2		5 (4)		3	
Värmdö	17.800	1	+1	4	+2		
Ej utfördelade				8		1,5	
Totalt SFO	403.900	24	+6	81 (27)	+16	46	+4,5
SVFO							
Stockholm distr 11	35.200	1	+1	4	+4	1	+1
Stockholm distr 12	31.300	1	+1	5 (1)	+4	4	
Huddinge	66.600	6		16 (4)		3	+1
Norra Botkyrka	44.600	2	+1	8	+6	6,5	
Södra Botkyrka	33.500	3		9,5 (1)		9	
Södertälje	80.000	3	+3	11 (3)	+10	15	
Ej utfördelade				1		1	
Totalt SVFO	291.000	16	+6	54,5 (9)	+24	39,5	+2
TOTALT	1.537.600	80	+22	288,5 (71)		177,5	+16,5

¹⁾ 1982-01-01 avrundat till närmaste 100-tal²⁾ Inom parentes avser antalet AT/FV-läkare³⁾ Omfattar i huvudsak barnläkare, gynekologer, öronläkare, ögonläkare samt vissa psykiatriker.

vånare. Totalt finns i länet 1,5 miljoner invånare.

I varje primärvårdsområde finns ett ledningsteam som består av

- primärvårdschef
- primärvårdsföreståndare
- primärvårdsassistent(er)

Ledningsteamet skall ha ett verksamhetsansvar och ett budget- och bemanningsansvar för resurserna inom primärvårdsområdet.

Till primärvårdschef utses en av distriktsläkarna i primärvårdsområdet, som därmed förordnas som distriktsöverläkare på viss tid.

För primärvårdsföreståndartjänsterna krävs vårdutbildning på högskolenivå (motsvarande) och erfarenhet från arbete inom öppen vård samt administrativ utbildning på högskolenivå.

I ledningsteamet ingår också en eller flera primärvårdsassistenter beroende på områdets storlek. Assistenterna skall avlasta såväl primärvårdschef som primärvårdsföreståndare med löpande administrativa uppgifter.

Ledningsfunktion på vårdcentralnivå

Redan i början av arbetet med primärvårdens ledningsorganisation konstaterades att det finns två naturliga organisationsnivåer att utgå ifrån, nämligen

- vårdcentralnivån inklusive betjäningssområde och
- primärvårdsområdesnivån

Vårdcentralen med dess betjäningssområde bedömdes dock vara en för liten enhet för att utgöra grunden för en formell organisatorisk struktur. När primärvårdsutbyggnaden är klar skulle det totalt röra sig om ca 120 organisationsenheter, vilket knappast vore rimligt. Det finns också sannolikt samordningsmöjligheter mellan de olika betjäningssområdena inom ett primärvårdsområde, varför alltför skarpa gränser ej bör dras upp – åtminstone inte inledningsvis.

Det talas idag mycket om primärvårdens befolkningsansvar – ansvar för en avgränsad befolknings hälso- och sjukvård. Möjligheterna för vårdcentralerna att ta detta ansvar kommer successivt att öka i takt med att de får planerad bemanning. För att detta ansvar ska kunna utvecklas lokalt krävs sannolikt en ledningsfunktion på vårdcentralnivå. Dessa behov kommer att aktualiseras när de nya primärvårdsteamerna varit igång en tid. Det har därför ansetts angeläget att tillskapa möjligheter lokalt att utveckla vårdcentralens ledningsfunktion i takt med ett behov uppstår. Vårdcentralens ledningsfunktion bör vara flexibel och utvecklas utifrån de lokala förutsättningar som råder.

Diskussionen kring ledningsfunktion på vårdcentralnivå har varit livlig och synpunkterna från berörda parter har varit många. En del har tyckt att det räcker med en vårdcentralföre-

stående, andra har tyckt att varje enhet på vårdcentralen bör ha en avdelningsföreståndare och vissa anser att det behövs såväl vårdcentralchef som vårdcentralföreståndare.

I den rapport som utarbetats i en brett sammansatt arbetsgrupp inom landstinget och som behandlades i hälso- och sjukvårdsnämnden i juni i år, lämnades följande förslag rörande vårdcentralens ledningsfunktion. (Faktaruta 1)

Faktaruta 1

- En arbetsorganisation i vårdlag på vårdcentralerna bör eftersträvas.
- Möjligheter bör tillskapas
 - att inrätta tjänster/förordnanden som vårdcentralföreståndare med ansvar enligt arbetsgruppens förslag
 - att vid behov förordna distriktsläkare vid vårdcentral till bitr distriktsöverläkare/vårdcentralchef med i rapporten angivet vårdcentralansvar.
- Uppbyggnaden av ledningsfunktion på vårdcentralnivå bör ske successivt i den takt de lokala behoven inom respektive primärvårdsområde kräver. PVO-ledningen i samråd med vårdcentralens personal avgör behovet av ledningsfunktion på vårdcentralen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden godkände förslaget med undantag för den del som rörde vårdcentralchef. Som motiv angavs följande "De uppgifter som föreslagits för vårdcentralchef bör med fördel kunna fördelas mellan läkarna på vårdcentralen och behovet av samordning inom vårdcentralen bör en vårdcentralföreståndare kunna fylla utan att vårdcentralchef finnes.

Utveckling mot vårdlagsorganisation
Diskussionen kring ledningsfunktionen på vårdcentralen är med all sannolikhet ännu inte avslutad. Den hänger också intimt samman med pågående diskussioner om vårdlag.

I de flesta av landstingets vårdcentraler finns idag en uppdelning i olika funktionsvisa mottagningar exempelvis allmänläkarmottagning, distriktsköterskemottagning etc. Den utveckling mot vårdlagstänkande, som nu även tagit fart inom Stockholms län, slår sönder den nuvarande mottagningsindelningen av vårdcentralerna. Med en sådan utveckling består vårdcentralen av ett antal vårdlag plus stödresurser som tillsammans bildar olika arbetslag beroende på vilka uppgifter som ska lösas.

I en utredning inom landstinget om "Personalkategorier i primärvården" som pågått under ledning av en partsammansatt arbetsgrupp har frågor om begränsning av antalet yrkesgrupper i primärvården och vårdlagsorga-

nisation diskuterats. Delar av det förslag som utarbetats på grundval av utredningen framgår av faktaruta 2.

Faktaruta 2

Med hänsyn till de utökade och förändrade uppgifterna för primärvården bör arbetsformerna anpassas till de nya krav och förväntningar som bla den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen medför. Primärvården föreslås därför organiseras så att ett fåtal yrkesgrupper arbetar tillsammans i vårdlag. I vårdlagen bör ingå allmänläkare, distriktsköterska/barnsjuksköterska och undersköterska. Vårdlaget ges ansvaret för hälso- och sjukvården inom ett geografiskt område. Antalet personer ur varje kategori som skall bilda laget blir beroende av det område som vårdlaget skall betjäna. Personalen skall både ha mottagningsverksamhet och göra hembesök och patienterna får sin "egen läkare, distriktsköterska och undersköterska. Läkaren är den som har det medicinska ansvaret medan primärvårdsområdesledningen ges det administrativa ansvaret.

Förslaget, som ännu inte behandlats av hälso- och sjukvårdsnämnden, är avsett att ligga till grund för den fortsatta utvecklingen av primärvården i landstingsområdet.

Det är viktigt att tänka igenom hur vårdcentralens ledningsfunktion bör se ut med tanke på den här skisserade utvecklingen.

Vilken typ av ledningsuppgifter finns det behov av?

Hur stora är behoven av samordning?

Hur ser den ledningsfunktion på vårdcentralen ut som kan stimulera utvecklingen mot vårdlag och i förlängningen göra sig överflödig?

Diskussionerna kring dessa frågor är med all sannolikhet ännu inte avslutade.

Ledningsorganisation för vissa andra verksamheter inom primärvården

I samband med utredning och diskussion kring vårdcentralens ledningsfunktion har också ledningsorganisationen för vissa andra verksamheter inom primärvården diskuterats. Det gäller främst

- arbetsterapi inom primärvården och hjälpmedelscentralernas roll
- distriktsjukgymnastik
- medicinsk laboratorieservice i primärvården
- mödravårdshälsovård
- barnhälsovård

Inom respektive område har förslag utarbetats som behandlats i hälso- och sjukvårdsnämnden i juni 1982. Beslut om principer och riktlinjer som underlag för respektive sjukvårdsstyrelses beslut angående dessa frågor fattades inom flertalet områden ovan, dock ej

beträffande mödravårdshälsovård och barnhälsovård. De organisatoriska frågorna inom dess områden skulle utredas vidare.

Inom övriga områden har man fattat följande principbeslut som redovisas i faktarutorna 3 till 6.

Faktaruta 3

Allmänt

- Primärvårdens resurser inom primärvårdsområdet samlas under gemensam ledning
- Primärvårdsledningen ansvarar för att leda, planera och utveckla hälso- och sjukvården inom primärvårdsområdet.
- Primärvårdens resurser måste vara flexibla över tiden, så att man inom varje primärvårdsområde kan möta de aktuella behov som föreligger.
- Till primärvårdsledningen skall kunna knytas rådgivande personer som representerar de olika kunskapsområden som finns inom primärvårdsområdet. Därigenom tillförsäkras att samtliga kunskapsområdens intressen tillvaratas och att frågorna blir allsidigt belysta.

Faktaruta 4

Arbetsterapi inom primärvården och hjälpmedelscentralernas roll

- Distriktsarbetsterapeuter bör ingå i primärvården och administrativt underställas primärvårdschefen. Som ett första steg bör varje primärvårdsområde få tillgång till en befattning som distriktsarbetsterapeut. Hur stort geografiskt område som bör tilldelas arbetsterapeuter får bedömas inom varje primärvårdsområde.
- I varje förvaltningsområde bör en av distriktsarbetsterapeuterna utses som 1:e distriktsarbetsterapeut med uppgift att svara för samordnings-, informations- och utvecklingsfrågor inom distriktsarbetsterapi och att fungera som kontaktperson mot annan arbetsterapeutisk verksamhet samt medverka i övergripande administrativa angelägenheter. 1:e distriktsarbetsterapeuten skall ha ett samordnings- och utvecklingsansvar och i förhållande till primärvårdsledningen en rådgivande funktion. Förordnande bör ske för viss tid mot skäligt arvode.
- Hjälpmedelscentralernas roll bör på sikt förändras mot att mer fungera som konsult- och serviceorgan åt behandlande personal med kunskap och behörighet ifråga om hjälpmedel för handikappade.

Faktaruta 5

Distriktssjukgymnastik

- Omgående utses åtminstone någon distriktssjukgymnast inom respektive förvaltningsområde att tillsammans med primärvårdsledningarna samordna och utveckla verksamhetsområdet.
- I takt med att antalet distriktssjukgymnaster ökar och behov föreligger utses 1:e distriktssjukgymnast med samordnings- och utvecklingsansvar för distriktssjukgymnastiken inom området. Samordnings- och utvecklingsansvaret som innebär en rådgivande funktion till primärvårdsledningen kan under utbyggnadsskedet omfatta flera primärvårdsområden men bör slutligen omfatta endast ett.
- Distriktssjukgymnasterna är underställda primärvårdschefen. 1:e distriktssjukgymnasten förordnas under viss tid och uppbär härför skäligt arvode.

Faktaruta 6

Medicinsk laboratorieservice i primärvården

- Ledningsansvaret för den medicinska laboratorieservicen i primärvården, såväl medicinskt som administrativt, bör ligga på storkliniken för klinisk kemi. Primärvårdens behov och de olika vårdcentralernas krav ska vara utgångspunkten för hur verksamheten läggs upp och fortlöpande drivs. Primärvårdens önskemål och krav även när det gäller innehåll och metoder för verksamheten måste också på ett bättre sätt än för närvarande beaktas och tas tillvara. Behovet av samarbete mellan primärvården och storkliniken är stort och av avgörande betydelse för att verksamheten skall fungera tillfredsställande för båda parter.
- För att uppnå ett bättre samarbete och för att tillgodose primärvårdens behov av inflytande över verksamheten ska samarbetsregler mellan primärvården och storkliniker utvecklas inom för respektive parter väsentliga områden.

När det gäller mödrahälsovården och barnhälsovården har diskussionerna varit särskilt livliga och många olika synpunkter har brutits mot varandra. Efter många och långa möten lyckades dock arbetsgrupperna utarbeta förslag inom respektive område som grupperna stod bakom. Dessa låg sedan till grund för preciserade förslag till hälso- och sjukvårdsnämnden i juni i år. Förslagen redovisas i faktarutorna 7 och 8. Hälso- och sjukvårdsnämnden avslög emellertid båda förslagen och begärde ytterligare utredning och gjorde samtidigt följande uttalande

"Förvaltningen förordar att barnhälsovården organisatoriskt knyts till primärvården, medan mödrahälsovården

Faktaruta 7

Mödrahälsovården och den öppna gynekologiska vården utanför sjukhus

- I den mån allmänläkaren saknar vidareutbildning i obstetrik och gynekologi bör såväl mödrahälsovården som den gynekologiska vården ombesörjas av specialistläkare.
- Har däremot allmänläkaren viss utbildning inom ämnesområdet kan denne ombesörja både "normal mödrahälsovård" och den "lilla gynekologin", varvid specialistläkaren kan fungera som konsult för alla komplicerade fall. Specialistläkaren bör därvid medverka i allmänläkarnas fortbildning.
- Specialistläkare i obstetrik och gynekologi i öppen vård är klinikanknutna.
- Inom varje kvinnoklinik tillskapas en tjänst som mödra-hälsovårdsöverläkare, med en tjänstekonstruktion som knyter den till kliniken. Mödrahälsovårdsöverläkaren ska ha medicinskt samordningsansvar för mödrahälsovården och den öppna gynekologiska vården i primärvårdsområdena samt ansvar för metodutveckling, fortbildning och eventuell forskning.
- PVO-chef planerar, leder och utvecklar verksamheten i samråd med mödrahälsovårdsöverläkaren.

alltjämt skall vara klinikansluten. De utredningar som gjorts har inte varit eniga. Enligt socialstyrelsens allmänna råd för hälsovården för mödrar och barn bör såväl barnläkare som gynekologer vara distriktsläkare och således knytas till primärvården. Därmed bör enligt socialstyrelsens råd befolkningen även få möjlighet att direkt uppsöka läkare med annan kompetens än allmänmedicin. Den svenska mödra- och barnhälsovården är mycket framgångsrik och är ett internationellt föredöme. Det är utomordentligt angeläget att den hittills höga kvaliteten kan bevaras och att mödra- och barnhälsovården också kan möta nya stora behov. Mödra- och barnhälsovården bör även i fortsättningen ha tillgång till barnläkare och gynekologer i den utsträckning som gäller idag, liksom till barnmorskor och sjuksköterskor med utbildning i och erfarenheter av barnhälsovård.

Klinikanknytningen har tydliga fördelar framför allt när det gäller läkarnas möjligheter till fortbildning och kontakt med utveckling och forskning. Lika angeläget är ett utvecklat och gott samarbete mellan mödra- och barnhälsovården och allmänläkarna. Vilket innehåller i samverkan mellan barn- och mödrahälsovården å den ena sidan och allmänläkarna och sjukhusanknutna vården å den andra bör vara, bör klar göras innan nämnden tar ställning till

Faktaruta 8

Barnhälsovården och den öppna barnsjukvården utanför sjukhus

- För att kunna etablera en hälso- och sjukvård för barn av tillfredsställande kvalitet måste läkare och sjuksköterskor med tillfredsställande barnutbildning finnas inom primärvården. Barnläkaren som specialist har därför en uppgift i primärvården. Den medicinska kompetensen inom barnhälsovården bör enligt socialstyrelsens allmänna råd tillgodoses genom distriktsläkare inom allmänmedicin och distriktsläkare med fullgjord vidareutbildning inom pediatrik. Enligt den nya vårdutbildningen har såväl sjuksköterska i hälso- och sjukvård för barn och ungdom som sjuksköterska i öppen hälso- och sjukvård behörighet för arbete inom barnhälsovården.
- Barnläkare bör organisatoriskt tillhöra primärvården med ställning som distriktsläkare i pediatrik. Genom överenskommelse bör barnläkare i primärvården beredas möjlighet att delta i klinikerens fortbildningsprogram.
- Varje primärvårdsområde skall ha tillgång till åtminstone en barnläkare. I vissa primärvårdsområden, speciellt i innerstaden, kan barnantalet vara så lågt att det inte är motiverat med en hel tjänst. I dessa fall bör då två primärvårdsområden kunna dela på en tjänst.
- För en ömsesidig kunskapsöverföring mellan primärvård och läns- sjukvård bör en barnläkare inom respektive förvaltningsområde utses att - motsvarande nuvarande barnhälsovårdsöverläkare - ha ett samordningsansvar för forsknings- och utvecklingsarbete och utbildningsfrågor vad gäller barnhälsovården och den öppna barnsjukvården utanför sjukhus. I dennes uppgifter bör bli ingå att utveckla samarbetet mellan kliniken och primärvården och tillsammans med kliniken verka för enhetlighet och medicinsk kvalitet i vården. Ett fortlöpande samarbete mellan primärvården och kliniken kring bla vårdprogram, resultatvärdering, metodutveckling samt fortbildning för personalen måste upprätthållas.
- Antalet barnläkare i länet är för närvarande tillräckligt med tanke på den i rapporten föreslagna arbetsfördelningen mellan barnläkare och allmänläkare. Dock bör en omfördelning av resurserna ske till de områden som idag inte har tillräckligt med barnläkare. I fortsättningen bör man vara restriktiv vid inrättande av ytterligare barnläkartjänster med tanke på det sjunkande barnantalet.
- Organisatoriskt bör möjligheten att ha områden med en sjuksköterska som ansvarar för enbart hälso- och sjukvård för förskolebarn bestå.

om den nuvarande organisationen bör ändras. Likaså bör resultatet av de försök med mödra- och barnhälsovården i primärvården som pågår avvaktas."

Ny roll för primärvården i planeringsarbetet

I samband med att den nya organisationen för hälso- och sjukvården i Stockholms län, vilken redovisats ovan, genomförs från 1 januari 1983 kommer också en förändrad planerings- och budgetprocess att börja tillämpas.

Med utgångspunkt från den inom landstinget nyligen antagna hälso- och sjukvårdsplanen och principen om befolkningsansvar för geografiska områden byggs en ny samordnad planerings- och budgetprocess upp. I denna process betonas behovet av en bättre samverkan mellan basspecialiteterna för samma befolkning inom ett givet geografiskt område.

Huvuddelen av befolkningens – och särskilt de äldres – vårdbehov kan tillgodoses lokalt inom primärvård, långtidsvård, invärtesmedicin och allmänkirurgi, som man här med en samlande benämning valt att kalla bassjukvård. Medicin- och kirurgiklinikernas upp-

tagningsområden utgör planeringsområden för bassjukvården. Planeringssamverkan sker i sk planeringsråd med företrädare för primärvård, långtidsvård, invärtesmedicin, allmänkirurgi och i förekommande fall sektoriserad psykiatri.

Arbetet i planeringsråden syftar till vårdgrensamverkan för att med givna resurser på bästa sätt tillgodose det samlade vårdbehovet i området. I planeringsrådet skall således bli tas upp frågor om utjämning av belastningen mellan de enheter som verkar inom samma upptagningsområde så att sjukvården bedrivs så effektivt som möjligt ur patienternas synpunkt.

Som underlag för diskussionerna i planeringsråden skall varje primärvårdsområde och klinik årligen utarbeta en primärvårdsområdesplan resp en klinikplan, som bli skall innehålla uppgifter om området och dess befolkning, verksamhet, resurser och arbetsorganisation, samverkan med andra enheter, resultat och ekonomiska utfall, verksamhetsutveckling forsknings- och utvecklingsarbete samt utbildningsfrågor.

Dessa planer blir således de grundläggande dokumenten i planerings- och

budgetprocessen i den nya organisationen.

Referenser

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Prisam, LEDNINGSORGANISATION FÖR PRIMÄRVÅRDEN I STOCKHOLMS LÄN, Rapport, september 1979.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Centrala förvaltningen, PRIMÄRVÅRDENS LEDNINGSORGANISATION – ETAPP 2, februari 1982.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Förvaltningen, Förslag till STRUKTUR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDENS FÖRVALTNINGSORGANISATION MM inom Stockholms läns landsting, Slutrapport 1981-12-21.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Centrala förvaltningen, Rapport från utredningen om PERSONALKATEGORIER I PRIMÄRVÅRDEN, maj 1982.

Författarpresentation

Elisabeth Hydén, förste sekreterare vid hälsoavdelningen inom Hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning.*

*Postadress: Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, centrala förvaltningen, Hälsoavdelningen, Box 9099, 102 72 Stockholm.

Reser Du till SFAM-mötet i Hudiksvall? Intresserad av DISTRIKTSLÄKARJABB i södra Hälsingland?

Se information i konferenscenter och kontakta gärna distriktsöverläkare Gert Lundkvist, tel 0271-114 50, bitr distriktsöverläkare Per Skoog, tel 0278-130 80, eller sjukhusdirektör Ulf Nyrén, tel 0278-130 80.

Verksamhetsredovisning från Matteus vårdcentral, Stockholm

GÖRAN SJÖNELL

Registrering och dokumentation av arbetet vid vårdcentralen är av stort värde för planering och utvärdering. Genom att följa ett stickprov ur befolkningens kontakter med vårdcentralen kan en samlad information om upptagningsområdets sjuklighet och sjukvårdsutnyttjande fås. Registrering av åtgärder, diagnoser etc vid läkarbesök på en vårdcentral blir snabbt en rutin som ej är särskilt svår eller tidskrävande.

Nyckelord: Primärvård, diagnosregistrering, verksamhetsbeskrivning, storstad, Stockholm.

Bakgrund

Den offentliga primärvården i Stockholms läns landsting har den sista femårsperioden varit föremål för intensiv diskussion. Sjukvården i Stockholms kommun, tidigare Stockholms stad, har vad gäller öppen hälso- och sjukvård tidigare dominerats av sjukhuspolikliniker och privatläkare, framför allt privatpraktiserande specialister. I Vasastaden i centrala Stockholms kommun var fram till 1979 tätheten cirka en distriktsläkare per 10 000 invånare. 1979 beslöt man att starta ett försök med väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral, Matteus församling, Stockholms kommun.

Från början bar projektet namnet

”husläkarförsök”, men av politiska skäl förändrades beteckningen. Dock är kontinuitetsutredningens betänkande och förslag grundvalarna för försöket. En distriktsläkare och två distriktssköterskor arbetar tillsammans, med ett lokalt befolkningsansvar för 3 000 invånare. Distriktssköterskorna är uppdelade på respektive 1 500. Denna modell är den i kontinuitetsutredningen beskrivna typ 2 – geografisk distriktsindelning.

Vårdcentralen innehåller även ett laboratorium med god kvalitet, 2,0 distriktssjukgymnaster, 0,75 kurator och 0,50 arbetsterapeut. Vidare ingår det i vårdcentralens ansvar att bedriva hemsjukvård i landstingets regi. För det ändamålet är 15 hemsjukvårdare anställda. Dessa hemsjukvårdare är underställda distriktssköterskorna, som är arbetsledare. Vårdcentralen har en läkarmottagning där mottagnings-sköterskor tjänstgör och arbetar enligt Lerum-modellens vårdplaneringsprincip med telefonrådgivning varvat med patientarbete. Vidare finns sjukvårdsbiträden/undersköterskor att biträda läkarna i mottagningsverksamheten samt läkarsekreterare, växeltelefonister och ekonomipersonal.

Vårdcentralen har Matteus församling, ca 22 000 invånare, som sitt upptagningsområde. Den 1/9 1979 hade befolkningen följande fördelning (Tabell I).

Samtliga invånare bor i flerbilshus. En stor del av fastighetsbeståndet inom församlingen är äldre bostäder från början av seklet. 75 procent är 1-rums- eller 2-rumslägenheter, varav 11 procent är omoderna lägenheter.

Andelen utländska medborgare i församlingen är låg, 6,2 procent. Andelen ensamstående i församlingen är

mycket hög, 78 procent ensamstående utan barn, 3 procent ensamstående med barn. 70 procent av den förvärvsarbetande befolkningen arbetar inom offentlig sektor, tjänstemannayrken, övriga inom produktionsarbete, service och transport etc.

Den 6/4 1979 var 7,8 procent av befolkningen aktuell inom socialvården, varav 5,2 procent gällde pensionärer med social hemhjälp. Församlingens kommersiella service kännetecknas av småbutiker av lokal karaktär, 24 livsmedelsbutiker finns inom församlingen. Kommunikationerna är goda.

Besök vid Matteus vårdcentral under 1980

Under 10 1/2 månad 1980 var försöket med väl utbyggd primärvård i full skala igång vid Matteus vårdcentral. Under januari och halva februari var resurserna till stor del utbyggda, men inte helt. En redovisning för besöksiffror under 1980 visar följande (Tabell II).

Tabell II.
Besöksiffror vid Matteus vårdcentral 1980.

Typ av besök	Antal besök
Distriktsläkarmottagning	16 538
Distriktssköterskemottagning	12 407
Hembesök av distriktssköterska	27 221
Hembesök av hemsjukvårdare	18 762
Totalt	74 928

Sammanlagt har 74 928 kontakter ägt rum mellan Matteus befolkning och vårdcentralen under ett år.

Distriktsläkarnas andel av besöken är inte så omfattande, vårdcentralen arbetar med frikostiga delegationsbeslut, vilket gör att många läkarbesök vid vårdcentralen har blivit distriktssköterskebesök. En sådan arbetsmetodik kräver en hel del tid och engagemang från läkarna och därmed minskar deras möjligheter att ta emot patienter. I läkarnas arbetstid ingår även hemsjukvårdsronder och barnavårdscentralsverksamhet. Alla läkarbesök på vårdcentralen registreras och 10 procent av besöken databehandlas. Av denna registrering av läkarbesök från

Tabell I.

Ålders- och könsfördelning i Matteus församling den 1/9 1979.

Åldersfördelning			Könsfördelning		
0-14 år	1 490	(7%)	Man	9 711	(44%)
15-64 år	13 747	(62%)	Kvinna	12 421	(56%)
65-74 år	3 620	(16%)			
75 år och äldre	3 275	(15%)			
Totalt	22 132	(100%)		22 132	(100%)

och med vecka 9 1980 till och med vecka 8 1981 kan följande data hämtas (Tabell III).

Tabell III.
Procentuell andel patienter som besökt läkarmottagningen, Matteus vårdcentral vecka 9 1980 tom vecka 8 1981.

Ålder	Proc	Procentuell andel i populationen
0-14 år	5,0	7,0
15-64 år	52,6	62,0
75-74 år	19,3	16,0
75 år och äldre	23,0	15,0
Kön		
Man	32,8	44,0
Kvinna	67,2	56,0

Besökspopulationens ålder överensstämmer ganska väl med Matteuspopulationens, dock med ett mindre utnyttjande av läkartjänster i de yngre åldrarna och ett större utnyttjande av läkarbesöken i de högre åldrarna, då framför allt 75 år och äldre. Att graden av vårdutnyttjande stiger med ökad ålder är en väl känd och beskriven företeelse.

Vi finner vidare att andelen kvinnor är större i besökspopulationen än i församlingspopulationen. I befolkningen över 75 år är andelen kvinnor väsentligt större än i normalpopulationen, vilket delvis förklarar den stora andelen kvinnor i besökspopulationen.

Att prioritera vårdresurserna på ett riktigt sätt, såväl kvantitativt som kvalitativt är en stor och svår uppgift för primärvården. Vid Matteus vårdcentral har vi valt att medicinskt prioritera behovet= brådskegrad. Brådskegraden varierar från 1= akutbesök samma dag, 2= besök inom 2-14 dagar, 3= besök inom 2-6 veckor samt 4= besök inom mer än 6 veckor.

Under den årsstatistik som redovisar perioden vecka 9 1980 till och med vecka 8 1981 fördelar sig resursutnyttjandet vid Matteus vårdcentral enl Tabell IVa. Det framgår av tabellen att

Tabell IV a.
Resursutnyttjande vid Matteus vårdcentral under perioden vecka 9 1980 till och med vecka 8 1981.

Brådskegrad enl vårdplanering (Lerum-modellen)	Procentuell fördelning
1 (samma dag)	41,1
2 (2-14 dagar)	25,0
3 (2-6 veckor)	19,1
4 (mer än 6 veckor)	14,8

mer än 1/3 av besöken sker samma dag akut. Det är viktigt för vårdcentralens tillgänglighet. Målsättningen med vårdcentralen är att klara befolkningens behov av akutbesök under tagtid.

Beräknad tidsåtgång domineras av 20 minuter. Hur mycket tid läkaren ska avsätta för patientbesök är omdiskute-

rat och svårvärderat. Vårt sätt att arbeta har dominerats av 20-minuterstider, ungefär 1/4 10-minuterstider och 1/4 30-minuterstider. Tidsåtgång 40-60 minuter är som framgår av Tabell IVb sällsynt vid Matteus vårdcentral.

Sjuklighet

Vid alla besök på läkarmottagningen, Matteus vårdcentral görs en diagnosregistrering enl ICD, WHO:s International Classification of Diseases. En bearbetad utgåva har gjorts av Björn

Tabell IV b.
Resursutnyttjande vid Matteus vårdcentral under perioden vecka 9 1980 till och med vecka 8 1981.

Tiden för besöket Planerad tidsåtgång	Procentuell fördelning
10 minuter	28,3
20 minuter	46,3
30 minuter	23,3
40 minuter	1,7
60 minuter	0,4

Tabell V.

De 10 vanligaste diagnoserna vid Matteus vårdcentral vecka 9 1980 tom vecka 8 1981.

Diagnos	Diagnosnummer	Proc
1. Hypertoni	401	8,3
2. Övre luftvägsinfektion	465	5,2
3. Somatisk hjärtsjukdom	427	4,3
4. Diabetes mellitus	250	4,1
5. Urinvägsinfektion	599	3,6
6. Laboratorieundersökning Allmän kroppundersökning	Y9 + Y10	2,7
7. Psykoneuros	300	2,7
8. Ledsmärtor	7873	2,6
9. Sömnsvårigheter	3064	2,6
10. Andra symptom och ofullständigt preciserade fall	796 R	2,3

Tabell VI.

Akuta remisser från Matteus vårdcentral vecka 9 1980 tom vecka 8 1981.

Mottagning	Sjukhus	Proc fördelning av akuta remisser	Proc andel av de totala besöken
Medicin	Sabbatsbergs sjh	36,0	0,5
Kirurg	"	20,0	0,3
Gynekolog	"	12,0	0,2
Röntgen	"	12,0	0,2
Ögon	"	4,0	0,06
Öron-Näsa-hals	"	4,0	0,06
Infektion	Danderyds sjh	4,0	0,06
Gynekolog	Karolinska sjh	4,0	0,06
Röntgen	Odenplans läkarhus	4,0	0,06
Totalt		≈100	1,5

Tabell VII.

Fördelning av övriga remisser (ej akuta) från Matteus vårdcentral vecka 9 1980 tom vecka 8 1981.

Mottagning	Sjukhus	Proc fördelning övriga, ej akuta, remisser	Proc andel av de totala besöken
Röntgen	Sabbatsbergs sjh	38,7	6,1
Specialistläkare	"	23,9	3,8
Annan vårdgivare	Matteus vårdcentral	20,7	3,2
Specialistläkare	Karolinska sjh	3,9	0,6
Specialistläkare	S:t Göran sjh	2,3	0,4
Kovalescenthem		2,3	0,4
Specialistläkare	S:t Eriks sjh	0,8	0,1
Övrigt		6,7	1,0
Totalt		99,3	15,6

Smedby för öppenvård. Denna klassificering har använts vid vårdcentralen. De 10 vanligaste diagnoserna kom då att fördela sig enl Tabell V.

Remisser

Av patienterna som sökt vid läkarmottagningen blev 1,5 procent remitterade akut till annan vårdinrättning, 15,6 procent av patienterna fick "övrig remiss". De akuta remisserna fördelar sig enl Tabell VI och de övriga remisserna enl Tabell VII. Av denna sammanställning framgår att 7,1 procent av patienterna som sökt på vårdcentralen har blivit remitterade till sekundärvården för inläggning eller för poliklinisk bedömning vid sjukhusklinik. Den totala remitteringsfrekvensen till specialistmottagning blir sålunda 8,6 procent (akut + icke akut remiss). Primärvården vid Matteus vårdcentral har väl svarat mot förväntningarna att handlägga, utreda och slutbehandla 90 procent av de fall som söker vid mottagningen.

Läkemedelsförskrivning

Registrering av läkemedelsförskrivning sker kontinuerligt. Dels registreras de antal recept som förskrivs vid varje enskilt läkarbesök, dels vilken typ av läkemedel som förskrivs (Tabell VIII). Av sammanställningen framgår

Tabell VIII.

Antal läkemedel utskrivna vid varje enskilt läkarbesök.

Antal läkemedel	Proc
0	43,0
1	31,6
2	14,6
3	6,7
4	2,7
5	1,4

att 43 procent av patienterna som sökt vårdcentralen inte har fått något recept. Denna siffra tenderar att öka, fn vid den löpande registreringen på vårdcentralen är andelen patienter som sökt läkarmottagningen och inte fått recept drygt 50 procent. Som framgår av Tabell IX dominerar förskriv-

Tabell IX.

De 10 mest utskrivna läkemedlen vid Matteus vårdcentral vecka 9 tom vecka 8 1981.

Läkemedelsgrupp	Proc
1. Hypotika, sedativa, ataraktika	9,9
2. Antibiotika och övriga antibakteriella medel	9,8
3. Diuretika	9,5
4. Analgetika	9,4
5. Medel vid nässjukdomar	8,7
6. Medel mot bronchialspasm, slemhinneavsvällande	5,2
7. Medel mot hjärtinsufficiens	4,9
8. Medel för reglerande av hjärtats rytm och frekvens	2,9
9. Klådstillande och antiinflammatoriska medel	2,9
10. Laxantia	2,4

ning av läkemedel relaterat till cirkulationsorganens sjukdomar: Diuretika, medel vid hjärtinsufficiens, medel för reglerande av hjärtats rytm svarar tillsammans för 17,3 procent av förskrivningen. 9,9 procent av förskrivningen är hypnotika, sedativa, ataraktika. Denna förskrivning domineras av hypnotika, framför allt till den äldre befolkningen.

Övriga åtgärder

Av övriga registrerade åtgärder kan noteras att 2,1 procent av patienterna som sökt vårdcentralen har fått annat intyg än sjukskrivning. Att 5,2 procent av patienterna som sökt har blivit behandlade med någon form av kirurgiskt ingrepp.

Diskussion

Genom att man som allmänläkare skaffar sig kunskap om populationens socio-ekonomiska struktur, framför allt via kommunens olika dataregister och genom att registrera den egna verksamheten kan man få ökade kunskaper om befolkningens behov av hälso- och sjukvård och dess resursutnyttjande.

Hittills har en kontinuerlig och detaljerad registrering av läkarnas verksamhet vid vårdcentralen gjorts. Denna registrering har givit väsentlig och användbar information som ständigt utnyttjas i planeringen av vårdcentralens verksamhet. Som framgår av Tabell II utgör allmänläkarnas kontakter med befolkningen en mindre del av vårdcentralens totala kontakter. Det är därför viktigt att skaffa sig information om vårdcentralens övriga patientkontakter.

Vid vårdcentralen pågår fn registrering av distriktssköterskornas verksamhet, hur kontakterna sker med distriktssköterskorna, vilka åtgärder som vidtas etc.

Detta kommer att ge oss ökad information om vårdcentralens verksamhet. Denna kunskap är viktig då besök hos distriktssköterska är ungefär hälften av de besök populationen gör på vårdcentralen.

Kunskap om vårdcentralens verksamhet och kunskap om vårdcentralens upptagningsområde, dess befolkning, arbetsplats, skolor, institutioner etc är basala redskap för en god primärvård.

Författarpresentation

Göran Sjönell är distriktsläkare och projektledare för försök med väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm.



Arbetsmiljö på en vårdcentral, låg sjukfrånvaro ett tecken på trivsel?

GÖRAN SJÖNELL

Kan arbetsmiljön vid en vårdcentral dokumenteras och analyseras? En metod kan vara att sammanställa sjukfrånvaron under en längre tid. Skillnaden mellan olika yrkeskategorier kan utgöra grund för analysen. Vid Matteus vårdcentral visade en sådan genomgång 1980 att läkarsekreterare och distriktssköterskor hade en lägre sjukfrånvaro än väntat. Organisatoriska förhållanden för dessa grupper kan antas vara en bidragande orsak till de låga frånvarosiffrorna.

Nyckelord: Primärvård, distriktssköterska, arbetsmiljö, sjukfrånvaro, storstad, Stockholm.

Olika undersökningar har visat att sjukfrånvaron är ett av flera tecken på dålig arbetsmiljö. En hög sjukfrånvaro är ofta kopplad till mindre tillfredsställelse med arbetsmiljön, såväl den fysiska som den psykiska, och med arbetets innehåll och utformning. En hög respektive låg sjukfrånvaro kan givetvis ha andra orsaker än trivseln i arbetet, dock anses den i väsentlig grad vara relaterad till arbetsmiljöproblematiken.

Vid Matteus vårdcentral finns 58,25 tjänster för primärvård enbart i Matteus församling. På dessa tjänster arbetar ett 80-tal personer. Huvuddelen av tjänsterna är besatta med heltidsanställd personal. Verksamheten på vårdcentralen är allmänmedicinsk primärvård med ett avgränsat upptagningsområde, Matteus församling. Resurserna på personalsidan i förhållande till befolkningen är goda, för Stockholms förhållanden. En distriktsläkare/3000 invånare, en distriktssköterska/1500 invånare och en hemsjukvårdare/1500 invånare är den resurs som står till förfogande.

Material

Sjukfrånvaron för distriktssköterskor, hemsjukvårdare, sjukvårdsbiträden, sjuksköterskor och läkarsekreterare vid vårdcentralen för 1980 har insam-

lats och studerats. Personalstaten för tidigare nämnda yrkesgrupper vid Matteus vårdcentral kan ses i tabell I.

Tabell I.
Personalstat för vissa yrkesgrupper vid Matteus vårdcentral juli 1981.

Personalgrupp	Antal tjänster
Distriktssköterskor	15,00
Hemsjukvårdare	15,00
Läkarsekreterare	7,25
Sjuksköterskor	5,75
Sjukvårdsbiträden	6,25
Totalt	49,25

Primärvård inom primärvårdsområdet I utom Matteus församling, Vasa-staden i Stockholms läns landsting, bedrivs på flera mindre enheter, tre enläkarmottagningar och två distriktssköterskemottagningar. Personalstaten för övriga primärvårdsområde I (tidigare nämnda yrkesgrupper) kan ses i tabell II.

Tabell II.
Personalstat för vissa yrkesgrupper inom primärvårdsområde I utom Matteus vårdcentral.

Personalgrupp	Antal tjänster
Distriktssköterskor	6,50
Hemsjukvårdare	17,00
Läkarsekreterare	3,50
Sjuksköterskor	7,50
Sjukvårdsbiträden	8,50
Totalt	43,00

Inom västra förvaltningsområdets upptagningsområde finns enheter för öppen hälso- och sjukvård utspridda på åtskilliga vårdcentraler, enläkarmottagningar och distriktssköterskemottagningar. Personalstaten för tidigare nämnda yrkesgrupper inom primärvården i hela västra förvaltningsområdet under 1980 kan ses i tabell III.

Tabell III.
Personalstat för vissa personalgrupper inom primärvården i västra förvaltningsområdet 1980.

Personalgrupp	Antal tjänster
Distriktssköterskor	75,00
Hemsjukvårdare	109,75
Läkarsekreterare	31,00
Sjuksköterskor	95,25
Sjukvårdsbiträden	57,25
Totalt	368,25

Resultat

Sjukfrånvaron för distriktssköterskor, hemsjukvårdare, sjukvårdsbiträden, sjuksköterskor och läkarsekreterare vid Matteus vårdcentral, inom övriga primärvårdsområde I och inom hela västra förvaltningsområdet har sammanställts för 1980. Av redovisningstekniska skäl har läkarnas sjukfrånvaro uteslutits i detta sammanhang.

Sjukfrånvaron för de olika personalgrupperna fördelar sig enligt tabell IV och tabell V.

Tabell IV.
Sjukfrånvaro, genomsnitt antal sjukdagar per år.

Personalgrupp	1980 Matteus vårdcentral	1980 Övriga PVO 1	1980 VFO
Distriktssköterskor	12,4	(68)	21,3
Hemsjukvårdare	46,25	54,5	51,2
Läkarsekreterare	6,2	(26)	26,9
Sjuksköterskor	19,1	27,2	21,3
Sjukvårdsbiträden	23,8	47,7	28,6

I tabellen har några siffror satts inom parentes beroende på att antalet tjänster i gruppen är för få för att några slutsatser skall kunna dras visavi sjukfrånvaro.

Tabell V.
Sjukfrånvaro i genomsnitt för samtliga löntagare 1980.

	Sjukdagar per år
Sverige	21,0
Primärvården, Västra förvaltningsområdet	30,2
Primärvårdsområde I utom Matteus vårdcentral	44,6
Matteus vårdcentral	20,1

Diskussion

Av sjukfrånvarosiffrorna inom Matteus vårdcentral finner man framför allt en personalkategori som kraftigt avviker mot det vanliga frånvaromönstret, det är läkarsekreterarna. Stort intresse har på vårdcentralen ägnats åt läkarsekreterarnas arbetsmiljö. På Matteus vårdcentral har sekreterarna själva och i samråd med arbetsledningen organiserat sitt arbete i ett cirkulationsschema, som innebär att högst fyra timmar om dagen ägnas åt

maskinskrivning. De övriga fyra timmarna är fördelade på arbete i reception och arbete i arkiv. Inom övrig öppen hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting är läkarsekreterare i de flesta fall enbart sysselsatta med maskinskrivningsgöromål.

Cirkulationstjänstgöringen vid Matteus vårdcentral och inte minst arbetet i receptionen med patientkontakter har av sekreterarna vid vårdcentralen upplevts positivt och tillfredsställande. Detta är sannolikt en väsentlig orsak till den mycket låga sjukfrånvaron.

En annan grupp med låg sjukfrånvaro vid Matteus vårdcentral är distriktssköterskorna. En av förklaringarna till denna låga siffra kan vara att distriktssköterskorna vid Matteus vårdcentral arbetar med goda resurser och små upptagningsområden, 1500 invånare/distriktssköterska. Arbetet inkluderar även barnavårdcentralsarbete, vilket övriga distriktssköterskor i västra förvaltningsområdet inte har i sin tjänstgöring. De små distrikten och den breda allmänmedicinska verksamheten, inkluderat barnavårdscentral, har av distriktssköterskorna vid vårdcentralen upplevts mycket stimulerande. Det är sannolikt att arbetets innehåll och utformning i detta fall har givit effekt med lägre sjukfrånvaro.

Vidare konstateras en hög sjukfrånvaro hos gruppen hemsjukvårdare genomgående, såväl på Matteus vårdcentral som i primärvårdsområde.

Arbetet som hemsjukvårdare är ganska nytt, det kräver ingen formell utbildning för närvarande och yrket är i många fall ett genomgångsyrke i avvakten på annan anställning eller annan utbildning. Hemsjukvårdarnas arbetssituation är också speciell med enskilda sjukbesök i hemmen hos ofta svårt sjuka och isolerade patienter.

Slutsats

Analys av sjukfrånvaron på en vårdcentral kan ge intressant information om arbetsmiljön och arbetets innehåll. Vid Matteus vårdcentral har en sådan analys gjorts och vi har dragit vissa slutsatser av analysen. Läkarsekreterarnas cirkulationsarbete, inklusive receptionsarbete och patientkontakt, har upplevts positivt och bör vidmakthållas. Distriktssköterskornas arbete i små distrikt, inkluderad barnhälsovård, upplevs positivt och stimulerande och bör därför bestå. Hemsjukvårdarnas höga sjukfrånvarosiffra är oroande och försök till analys måste göras.

Vid Matteus vårdcentral kommer ett försök till organisatorisk omläggning av verksamheten att ske så att ett vårdlag, som hittills har bestått av två distriktssköterskor, en distriktsläkare, kommer att utökas till att även inkludera hemsjukvårdare, sjukvårdsbiträden och mottagningssköterskor. Vår förhoppning är att en närmare knytning till ett vårdlag kommer att innebära förbättring av arbetsinnehåll och

arbetsmiljö för hemsjukvårdarna. Vi ämnar senare i verksamheten ånyo analysera sjukfrånvaron för att med denna variabels hjälp försöka mäta och värdera arbetsmiljön och arbetets innehåll.

Litteratur

1. Sjukfrånvaron i Sverige. Socialstyrelsen 1981 (Socialstyrelsen redovisar 1981:6).
2. Levnadsförhållanden. Rapport nr 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975-1976. SCB, Stockholm, 1977.

3. Ander S, Edgren B. Arbetsfrånvaro. Rapport nr 75 från Stressforskningslaboratoriet.

Författarpresentation

Göran Sjönell är distriktsläkare och projektledare för försök med väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Forskning och Utvecklingsarbete å primärvården i Sverige!

Under oktober månad 1982 kommer en enkät angående F o U-arbete i primärvården att sändas ut till samtliga vårdcentraler/läkarstationer i Sverige (utöm Stockholm)

Inventeringen utgör en fortsättning på det projekt som presenterats för Stockholms län i detta nummer av SFAM-nytt (sid 127).

Inventeringen är ett samarbetsprojekt mellan SFAM och Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, Vårdcentralen Kärnan i Sundbyberg.

För ett gott resultat krävs en hög andel svar!

Svårt med samarbete i storstadsdjungeln, studie av remisser från en vårdcentral

JONAS JONSSON · GÖRAN SJÖNELL

Samarbete slutenvård – primärvård är av stor betydelse för patienten både ur medicinsk och juridisk synvinkel. Remitterande läkare skall vid gott samarbete alltid få svar på remissen. Studien visar att 25 % av remisserna från Matteus vårdcentral under ett år till kliniker i Stockholm ej besvaras. Analys av remisser från en vårdcentral är en bra metod för att påvisa brister och stimulera till bättre samarbete.

Nyckelord: Remissflöde, primärvård, storstad, samverkan (primärvård – sjukhus) Stockholm.

Bakgrund

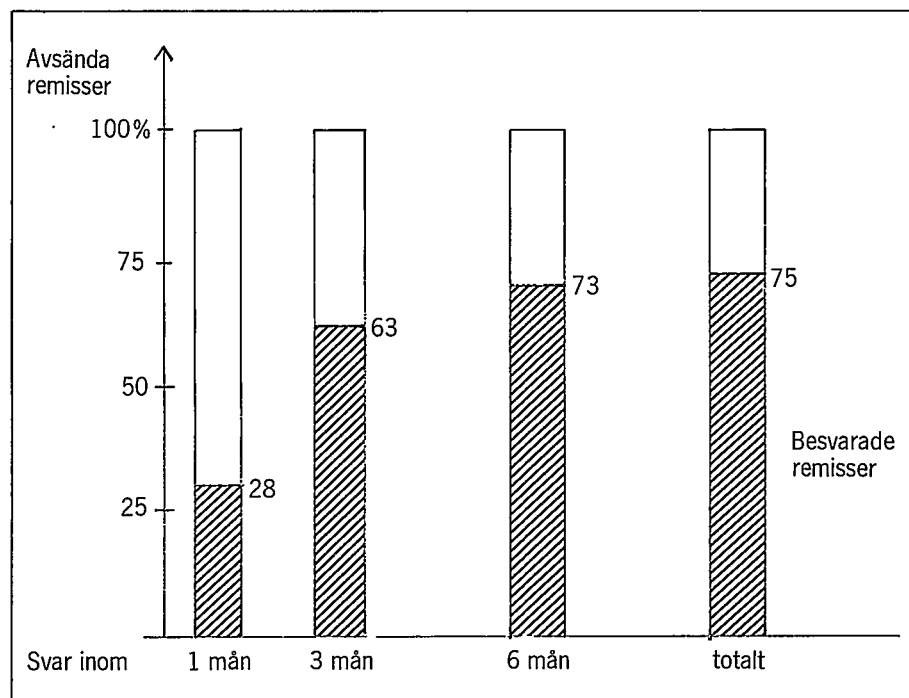
Storstadens befolkning har en veritabel djungel av sjukvårdsutbud att orientera sig i. Primärvården är rudimentär, sjukhusen med dess specialiteter och subspecialiteter är många, liksom privatpraktiserande specialister. Detta skapar en hel del förvirring bland den vårdsökande allmänheten, vilket är välkänt för många som bor eller arbetar i Stockholm. Dessutom utgör denna mångfald av specialkliniker en stor samverkansyta för primärvården, vilket kanske ger andra förutsättningar för primärvården här jämfört med landet i övrigt utanför storstäderna.

På Matteus vårdcentral, som betjänar en befolkning på 21967 individer, pågår en försöksverksamhet med normalutbyggd primärvård. Enligt normen 1 distriktsläkare och 2 distriktsköterskor på 3000 invånare finns här 7,5 distriktsläkartjänster, 15 distriktsköterskor samt mottagningspersonal och hemsjukvårdare.

Ganska snart efter det vi hade öppnat 1979 fann vi att det kunde vara bekymmersamt med samverkan med sekundärvården (specialistvården).

Diagram 1.

Procentuell andel besvarade remisser inom olika tidsrymder. Ej akuta remisser från Matteus vårdcentral (vecka 17, 1980–vecka 20, 1981).



Vi skrev remisser till okända kliniker och visste inte så mycket vad som hände sedan. Påfallande ofta kom patienter tillbaka utan svar på ivägsänd remiss. Vi beslöt därför att analysera våra remisser närmare.

Frågeställningar

1. Leder mångfalden och närheten av specialkliniker till att vi i Stockholm remitterar fler patienter än man gör på andra håll i landet? I riket i övrigt finns visat från många håll att mindre än 10 procent av patientbesöken i primärvården leder till specialistremiss (1–8).
2. Får vi svar på våra remisser? Och hur länge dröjer det i så fall? I en väl fungerande samverkan bör självklart remisser besvaras.

Vi har studerat dessa frågeställningar också med den hypotesen att det kan variera beträffande olika specialiteter och/eller kliniker.

Metod

Under drygt ett års tid, vecka 17, 1980–vecka 20, 1981, har vi sparat kopior av

ivägsända remisser. På dessa har sedan angivits när och hur svar kommit. Efter en tidsrymd, som varierade mellan 7–21 månader, har dessa remisser analyserats beträffande vart de har skickats, samt om, när och hur de har besvarats. Denna metod att spara remisskopior har också givit möjlighet till detaljanalys av våra remisser beträffande avsändare, remissorsak, ålder och kön på patienter remitterade till olika kliniker etc. Detta redovisas ej närmare i denna artikel.

RP-statistik

På vårdcentralen registreras och sammanställs via datorbehandling ett randomiserat 10-procentigt urval av vår besökspopulation. Metoden finns tidigare beskriven från Sollentuna vårdcentral (8). Från denna statistik har använts uppgifter beträffande ålder och kön på våra besök. Dessutom ingår där också uppgifter om ivägsända remisser, vilket har jämförts med vår ovan beskrivna metod.

Resultat

Ivägsända remisser. Vi har under perioden skickat 1275 remisser, varav 114 akuta remisser. Remisserna har skickats till 12 sjukhus, 25 specialiteter och 67 kliniker. Antalet läkarbesök har varit 17 430, således skickades remiss i 7,3 procent av dessa fall.

Remissfrekvensen för olika åldersgrupper liknar den i Dalby (tabell 1). Remissfrekvensen är något högre för män, 8,3 procent jämfört med kvinnornas, 6,6 procent. (Kvinnor svarar dock för merparten av läkarbesöken, 65 procent.)

Vart skickas remisserna?

De flesta remisserna har gått till allmänkirurg. Medicinkliniken får ungefär hälften av de akuta remisserna (tabell 2). Remissinstansernas fördelning är ganska likartad den som angivits även från andra håll i landet (tabell 3).

Diskussion

Ett sannolikt bortfall framkommer beträffande akuta remisser vid jämförelse med RP-statistiken (tabell 4). Detta beror säkerligen på att de akuta remisserna lätt hamnar utanför de vanliga rutinerna.

Akuta remisser skrivs ofta direkt av läkaren, det är bråttom etc, varför kopietagning kan glömmas. Storleken av bortfallet är dock svårbedömt då antalet akuta remisser är så numeriskt litet för RP-statistiken, 25 st av 1 751 observationer.

Beträffande ej akuta remisser ger RP-statistiken sannolikt en lätt underskattning av antalet remisser. RP-statistiken speglar remisser utfärdade vid besökstillfället. Remisser utfärdade enligt "kopiemetoden" innefattar även remisser som skrivits senare, efter olika undersökningar etc.

Fortsättningsvis rör resultatredovisningen ej akuta remisser. Detta beroende dels på att de ej akuta remisserna bättre speglar det mer vardagliga "elektiva" samarbetet, dels på det förmodade bortfallet av akuta remisser.

Svarsfrekvens

Efter tre månader hade 63 procent av de ej akuta remisserna besvarats, efter sex månader 73 procent och totalt där- efter ytterligare ett fåtal, innebärande 75 procent svarsfrekvens (diagram 1). Det finns klara variationer mellan olika kliniker (tabell 5).

Svarstyp

38 procent av remissvaren utgjordes helt eller delvis av journal- eller episkripa. 58 procent gav svar på remissblankett enbart. Fyra procent av remisserna besvarades på annat sätt, oftast i form av stencilerad lapp att patienten var uppsatt på tid.

Hur har vi använt denna kunskap?

För att få synpunkter på dessa siffror och kanske förbättra samarbetet erbjöd vi oss att diskutera dessa med de olika klinikerna efter en preliminär

Tabell I.

Remissfrekvens inom olika åldersgrupper. Jämförelse mellan Matteus (vecka 17, 1980–vecka 20, 1981) och Dalby (1979, Ejertsson). Antal remisser/100 läkarbesök

Ålder	Antal remisser Matteus	Antal remisser Dalby
0–14 år	6,8	5,7
15–64 år	6,9	7,1
65–74 år	9,3	8,6
≥ 75 år	6,6	9,5
Totalt	7,3	7,0

Tabell II.

Remisser från Matteus vårdcentral uppdelade på mottagande specialitet, vecka 17, 1980–vecka 20, 1981.

Specialitet	Antal	Varav akuta remisser	Procentuell fördelning av remisser
Kirurgi	270	24	21
Medicin	164	61	13
Öron	136	7	11
Ortopedi	114	–	9
Ögon	111	7	9
Gynekologi	108	8	8
Hud	62	2	5
Plastik-kirurgi	47	–	4
Psykatri	35	7	3
Neurologi	26	1	2
Hand-kirurgi	25	–	2
Övriga	177	7	14
Totalt	1275	124	101

Tabell III.

Exempel på jämförelse mellan remissfrekvens till olika specialiteter från olika vårdcentraler/läkarmottagningar.

Plats	Matteus	Nyköping	Kälarne	Haga, Örebro
År	80–81	80	75–76	80
Antal patienter	17 430	3 132	4 640	1 353
Antal remisser	1 275	235	208	100
Antal remisser/100 läkarbesök	7,3	7,5	4,5	7,4
Procentuell andel remisser till:				
Kirurgiska specialiteter	28	26	25	26
Medicinska specialiteter	22	22	23	23
Öron och subspecialitet	13	21	22	12
Ortopedi	9	6	7	9
Gynekologi	8	12	6	10
Ögon	9	3	4	4
Hud	5	2	2	3
Psykatri	3	3	4	5
Barn	2	2	4	5
Övriga	1	2	2	3
	100	99	99	100

genomgång. Samtidigt redovisades en attitydundersökning om samarbete (9). Detta har skett på åtta kliniker. Diskussionerna har varit konstruktiva och åtminstone lett till att problem uppmärksammas. Generellt angavs förvåning över den låga svarsfrekvensen, men också en viss förvåning över vårt intresse för remissvar.

Tabell V.

Svarsfrekvens på ej akuta remisser från Matteus vårdcentral (vecka 17, 1980–vecka 20, 1981) uppdelade på specialitet.

Specialitet	Antal remisser	Andel remisser som har besvarats (proc)
Kirurgi	246	64
Öron-näsahals	129	87
Ortopedi	114	90
Ögon	104	87
Medicin	103	86
Gynekologi	100	86
Dermatologi	60	48
Plastik-kirurgi	47	68
Psykatri	28	68
Neurologi	25	92
Hand-kirurgi	25	92
Övriga	170	70
Totalt	1 151	75

Tabell IV.

En jämförelse mellan remissfrekvens från Matteus vårdcentral, mätt, dels enligt RP-statistik och dels med remisskopiemetoden. Antal remisser/100 läkarbesök.

Typ av remisser	RP	Kopiemetoden
Akuta remisser	1,4	0,7
Ej akuta remisser	5,0	6,6
Alla remisser	6,4	7,3

De skäl som angavs för uteblivna remissvar var av olika slag: organisatoriska (bristande tid på mottagningen, bristande sekreterarhjälp, bristande kontinuitet och allmän glömska), perfektionistiska (vill ej skicka svar förrän fallet var fullständigt utrett) och ideologiska (trodde inte vi ville ha svar).

Diskussion

Enligt denna undersökning så skickar vi remisser i ungefär samma frekvens och till ungefär samma specialiteter som primärvården i övrigt. I en hyggligt fungerande primärvård leder mindre än tio procent av patientbesöken till specialistremiss. Det förefaller som om remitteringsfrekvens är beroende av såväl vårdcentralens storlek, geografiska läge som tillgången till specialistresurser. Det borde alltså ur den aspekten mycket väl gå att bedriva primärvård i Stockholm på liknande sätt som sker på landsbygden.

Våra remisser besvarades i beklagligt liten utsträckning. En fjärdedel obesvarade remisser kan inte bara skyllas på slarv. Uppenbarligen krävs mer aktiva åtgärder för att få detta samarbete att fungera. Självklart bör remisser i högsta möjliga utsträckning besvaras. *Patienten* har ju berättigade krav på att få en medicinskt acceptabel bedömning och behandling i rimlig tid och inte "komma bort" i pappershögar och kölistor.

Medicinskt-juridiskt behandlas remissomhändertagandet i Socialstyrelsens författningssamling 1979:77 (10) där det bl.a. står att ansvarig remissmottagare bör tillse att inremitterande läkare underrättas om att remissen har mottagits, samt om planerade åtgärder. Den remitterande läkaren har dock också medicinskt ansvar att förvissa sig om att patienten får tid för undersökning inom godtagbar tid. Remissvar är också en viktig del av vår *vidareutbildning*. Ett bra remissvar kan vara en god hjälp att ta del av specialistens aktuella synpunkter på handläggning av olika tillstånd. Det kan vara ett sätt att få samstämmighet i våra bedömningsgrunder och minska andelen "onödiga" eller ofullständiga remisser i framtiden.

Övrigt

Vi har också med denna metod fått en hel del detaljkunskap angående våra remitteringsvanor. Detta kan man ha nytta av beträffande arbetsplanering och arbetssätt, planering av internutbildning och annat. Dessutom ger resultaten upphov till nya frågor: Varför remitteras män oftare än kvinnor, exempelvis? Vi planerar att redovisa detta närmare vid ett senare tillfälle, men metoden kan rekommenderas till andra vårdcentraler.

Slutsats

Det går att bedriva primärvård i allmänmedicinens mening i Stockholm, men det återstår en bit att gå innan vi får en sjukvård med acceptabelt samarbete mellan olika instanser. Våra diskussioner har dock påvisat en vilja till att förbättra samarbetet, både beträffande remisser och på andra sätt. Vi bör dock mer aktivt bevaka våra remisser, av ansvarsskäl, för patientens skull och för vår vidareutbildnings skull. Patienterna borde slippa riskera att gå vil-

se i sjukvårdsjungeln och bli obehandlade eller dubbelbehandlade beroende på att den ena sjukvårdshandlen inte vet vad den andra gör.

Referenser

1. Berg K, Näsman D. Patienter på allmänläkarmottagning i förort. Stickprovsundersökning från Tynnereds vårdcentral i Göteborg. Läkartidningen 1974; 71:5297-5300.
2. Dahlin L. Åtgärder vid en vårdcentral och kontinuiteten i patientläkarkontakten. Läkartidningen 1980; 77:1748-1751.
3. Ejlerstson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund: Studentlitteratur, 1981.
4. Hazell Å. Ett års patientstatistik i Kälarne med diagnos- och remissregistrering på läkarmottagning. Läkartidningen 1977; 74:2759-2762.
5. Kjellström D. Manuell registrering och bearbetning av basala data på en distriktsläkarmottagning. SFAM-nytt 1981; 2.
6. Norrmén G. Kommunikation mellan allmänläkare och specialist. En studie

av remissflöden. Örebro: FAL-arbete, Haga vårdcentral, 1980. (Stencil)

7. Staugård F. Sjukdomspanoramat i ett glesbygdsområde. Läkartidningen 1975; 72:3542-3544.
 8. Krakau T, Tibblin G. Läkarbesök - en vårdbeskrivning. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Solentuna, mars 1980.
 9. Larsson S. Kommunikation mellan sjukhusläkare och distriktsläkare i Stockholm. SFAM-nytt 1982; 3:153.
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kunngörelse om läkares ansvar för remitterade patienter m.m. Socialstyrelsens författningssamling 1979:77.

Författarpresentation:

*Jonas Jonsson** är distriktsläkare vid Matteus vårdcentral, Stockholm.

Göran Sjönell är distriktsläkare och projektledare för försök med väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral, Stockholm.

*Matteus vårdcentral, Distriktsläkarmottagningen, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

PS!

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Startar under våren 1983!

Redaktionsmöte för genomgång
av artiklar äger rum under december.

Vi ser fram emot svenska bidrag.

Manuskript på engelska till nummer 1,
insändes före 20:e november till

Bo Haglund
Karolinska Institutet
Institutionen för Socialmedicin
172 83 Sundbyberg

Kommunikation mellan sjukhusläkare och distriktsläkare i Stockholm

STEN LARSSON · GÖRAN SJÖNELL

Matteus vårdcentral, som öppnades med full kapacitet i februari 1980, ligger i centrala Stockholm och betjänar med åtta allmänläkare 21 967 invånare i Matteus församling. Upp- tagningsområdet är indelat i 15 distrikt för lika många distriktssköterskor. Varje distriktsläkare tar befolkningsansvar för cirka 3 000 invånare i två distrikt, tillsammans med de två distriktssköterskorna. Ett sådant vårdlag tillhandahåller barnhälsovård samt befolkningens primära behov av sjukvård. För Stockholmsförhållanden är de till primärvården givna resurserna mycket goda vid Matteus vårdcentral.

Effekterna av en på detta sätt väl utbyggd primärvård studeras vid vårdcentralen i form av ett projektarbete i Stockholms läns landstings regi. Bland annat har samarbetet med den slutna vården studerats.

Nyckelord: Samverkan (primärvård-sjukhus), storstad, Stockholm.

Bakgrund

Vid genomgång av de remisser som skrivits till den slutna vården fann distriktsläkare Jonas Jonsson att remiss hade utfärdats till specialist vid 7 procent av läkarbesöken vid vårdcentralen (1). Var fjärde remiss hade inte besvarats inom en sexmånadersperiod. Normalt bör alla remisser besvaras. Någon rimlig förklaring till den höga frekvensen obesvarade remisser kunde

Tabell I.
Materialets fördelning på de olika klinikerna och remissfrekvens.

Klinik	Remissfrekvens från Matteus	Enkät proc av hela materialet	Svarsfrekvens
Kirurg	22,0%	12,0	73%
Öron	13,0	4,8	50,0
Ortoped	11,0	3,2	100
Ögon	10,0	6,4	62,0
Medicin	8,0	12,0	58,0
Gynekolog	6,0	0	0
Hud	5,0	4,0	56,0
Plastkirurg	3,5	5,6	100
Neurolog	2,5	0	0
Handkirurg	2,0	5,0	71,0
Hörselcentral	2,0	0	0
Psyk	1,5	11,2	56,0
Barn	1,5	24,0	50,0
Reumatolog	1,5	1,6	100
Strumapol	0,5	1,6	67,0

vi inte finna. Remisserna var i stort maskinskrivna och alltid försedda med vårdcentralens adress. I avsikt att öka vår kunskap om bakgrunden till den låga svarsfrekvensen och samtidigt stimulera till debatt om samsarbetsfrågor genomfördes våren 1981 en enkätundersökning avseende samsarbetsvanor, attityder till samsarbete och till primärvården.

Enkätundersökningen följdes upp med ett erbjudande om diskussion av enkätresultatet vid de åtta största klinikerna. Enkätresultaten kom på så vis att diskuteras vid medicin-, kirurg-, barnmedicin-, handkirurg-, ortoped-, plastik-, hud- och infektionsklinikerna. Vid dessa diskussioner gavs ytterligare aspekter på varför remissvarsfrekvensen var så låg.

Metod

Två enkäter konstruerades avsedda för sjukhusläkare och distriktsläkare. På primärvårdsblocket fanns uppgifter om namn på samtliga i tjänst varande distriktsläkare och enkäterna kunde således skickas ut direkt till dem på vårdcentralerna. Det enda sättet att få besked om hur många läkare som var i tjänst i den slutna vården var att kontakta respektive kliniks läkarsekreterare, som lämnade uppgifter om antalet läkare i tjänst. Läkarsekreteraren tog också på sig uppgiften att distribue-

ra enkäterna till dessa doktorer och lämnade sedan klartecken till projektsekreteraren vid vårdcentralen att enkäterna hade distribuerats. Överläkaren vid varje klinik fick ett personligt brev med en allmän beskrivning av syftet med undersökningen.

207 enkäter skickades ut till samtliga i tjänst varande läkare vid de kliniker som var mest betydelsefulla som samsarbetspartners med vårdcentralen (1). Från några kliniker var svarsfrekvensen initialt låg, varför respektive kliniks sekreterare påmindes att uppmuntra respektive läkare till att besvara enkäten.

Enkäten till sjukhusläkare innehöll tre frågor om *samsarbetsvanor*: *Brukar Du beställa journalkopior från allmänläkare?* (Figur 3). *Hur många gånger har Du försökt nå en allmänläkare per telefon under 1980?* (figur 4). Frågan om svarsfrekvensen av remisser kompletterades med frågan: *"Hur stor del av remisserna från Matteus vårdcentral tror Du har besvarats?"* (Figur 5).

Attityder till samsarbete med distriktsläkare belystes med frågorna: *"Har Du ett gott eller tillfredsställande samsarbete?"* (Figur 1). *"Anser Du att en journalkopia är en bra form av remissvar?"* (Figur 2) samt *"Anser Du att det är nödvändigt att besvara en*

remiss även om patientens uppföljning inte kräver detta?" (Figur 8).

Sjukhusläkarnas vana att samarbeta med primärvården undersöktes genom frågan: "Hur brukar Du göra när någon av Dina patienter tar upp ett problem som inte tillhör Din specialitet?" Fyra olika alternativa handlings-sätt gavs: "Remittera till adekvat specialist, hänvisa till distriktsläkare, remittera till distriktsläkare eller handlägga själv" (Figur 6). Frågorna skulle besvaras genom markering av ett av fem alternativ, som för de flesta frågorna var: 1. aldrig, 2. sällan, 3. ibland, 4. för det mesta och 5 alltid.

Några frågor ställdes också avsedda att belysa en mer allmän attityd till primärvården: "När Du handlägger en patient på akutmottagningen eller på polikliniken brukar Du då räkna med primärvården som en resurs?" (Figur 7). "Anser Du att en patient bör tas emot även om det framkommer att han erbjudits en tid i primärvården inom rimlig tid?"

Samt frågan: "Ges en i primärvården väl utredd patient förtur vid den klinik där Du arbetar?"

Förutom dessa frågor om attityder och samarbetsvanor ställdes i frågeform två förslag till utveckling av samarbetsformer: "Är frågeremiss ett bra alternativ till att besvara frågeställningar kring patienter på?" samt "Hur ofta skulle Du ta telefonkontakt med en allmänläkare om deras direktnummer blev lättare tillgängliga?"

Till allmänläkarna ställdes samma frågor om telefonkommunikation, känsla av gott samarbete, journalkopior (Figur 1, 2, 3, 4) men också en fråga om de hade behov av utökat samarbete med specialisterna. Vidare efterfrågades om allmänläkarna brukade beställa journalkopia eller skriva påminnelsebrev om remissvar uteblev.

Även till distriktsläkarna ställdes frågan om ökad användning av frågeremiss och om det var lämpligt att deras direkttelefonnummer lämnades ut till sjukhusläkarna.

Resultat

125 av 207 sjukhusläkare, som var i tjänst, besvarade enkäterna (60 procent). 40 av 55 allmänläkare svarade (72 procent). Av tabell I framgår hur enkätmaterialiet fördelar sig vid de olika klinikerna. Svarsfrekvensen vid de olika klinikerna anges också liksom klinikernas procentuella andel av remiss från vårdcentralen (Tabell I).

Av sjukhusläkarna var 71 (57 procent) specialistkompetenta. I texten avses med sjukhusläkare hela antalet, 125 st, och med specialister de 71 specialistkompetenta.

Av figur 1 framgår att både specialister och allmänläkare anger en känsla av att samarbetet är tillfredsställande. Av figur 2 framgår att båda grupperna anser journalkopia vara en bra form av remissvar. Figur 3 och 4 visar att sam-

Fig 1.
har Du ett gott eller tillfredsställande samarbete med specialister/allmänläkare?
(Procentuell fördelning)

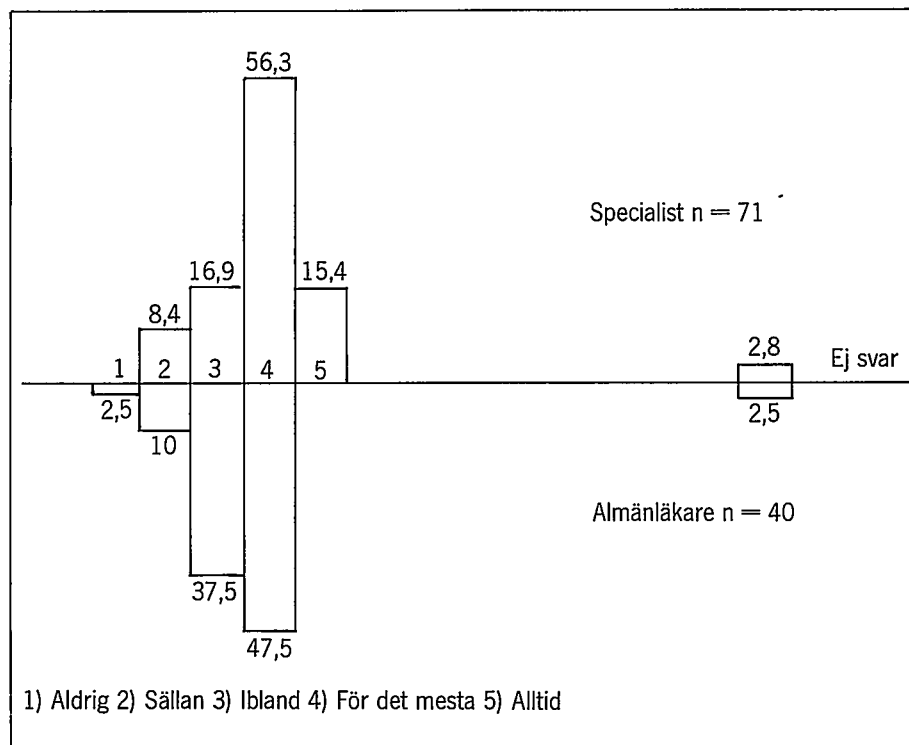
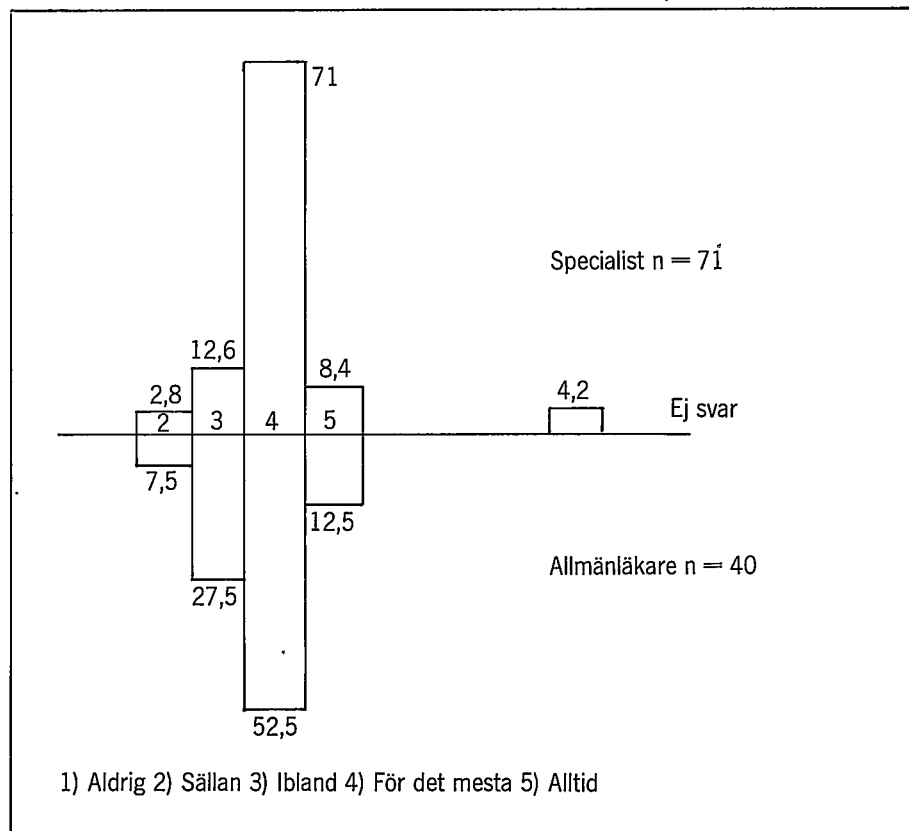


Fig 2.
Anser Du att en journalkopia är en bra form av remissvar? (Procentuell fördelning)



verkan är av kvantitativt större betydelse för allmänläkare än för specialister. I figur 5 framgår av båda gruppernas stora spridning av svaren att man inte har någon realistisk uppfattning om hur stor del av remisserna som har besvarats.

Av figur 6 framgår att sjukhusläkarna oftare väljer att samarbeta med andra specialister än med distriktsläkare.

Av samtliga sjukhusläkare angav 62 procent att de alltid besvarade remis-

ser. De som alltid svarar på remisserna har enligt figur 7 en annan attityd än de som inte alltid besvarar remisserna. Av figur 8 framgår att de som alltid besvarar remisser inte i större utsträckning än övriga anser det nödvändigt att besvara en remiss. De övriga två frågorna om attityder till primärvård i allmänhet besvarades i för låg utsträckning för att det skall vara meningsfullt att analysera resultaten.

På frågan hur ofta telefonkontakt

skulle tas om distriktsläkarnas direkttelefonnummer blev mer lättillgängliga svarade 39 procent av sjukhusläkarna med ett "högre" svarsalternativ än på frågan hur ofta telefonkontakt brukade tas. Dessa sjukhusläkare markerade därmed ett intresse för ökad telefontekommunikation.

Beträffande ökad användning av frågeremiss så angav 55 procent av allmänläkarna att man var positiv till detta, medan endast 16 procent av sjukhusläkarna ansåg frågeremiss vara ett bra alternativ för att besvara frågeställningar kring enskilda patienter. 45 procent av distriktsläkarna hade ett behov av ökat samarbete.

65 procent av allmänläkarna angav att de ofta brukade beställa journaler om remissvar uteblivit. Endast 30 procent brukade lika ofta skriva påminnelsebrev om remissvar uteblev. 30 procent av distriktsläkarna skrev aldrig påminnelsebrev.

Under våra diskussioner vid klinikköten med sjukhusläkarna framhöll man vid samtliga kliniker att uteblivna remissvar vanligen beror på att man inte kunnat besvara remissen vid det första tillfället och att remissen sedan blivit liggande i patientens journal och inte uppmärksamats vid återbesöket. Man framhöll på flera av klinikerna att det inte klart framgick av remissen att avsändaren var intresserad av att få remissvar.

Diskussion

Bortfallet är inte obetydligt bland sjukhusläkare och distriktsläkare. Trots detta bortfall, vilket ju gör analysen av enkäten något osäker, menar vi att slutsatserna kan anses tillförlitliga. Uteblivet svar på enkäten kan ju knappast tolkas som en positiv inställning till enkätens grundproblem, "samarbete mellan sjukhusvård och primärvård i Stockholms läns landsting".

Enkätresultaten liksom de diskussioner vi har haft med sjukhusläkarna talar för att samverkan är kvantitativt av mycket större betydelse för distriktsläkare än för sjukhusläkare. Resultaten talar för att det stora antalet obesvarade remisser beror på att man inte alltid anser det absolut nödvändigt att besvara remissen och att man inte heller varit medveten om den låga svarsfrekvensen och att man ibland har svårigheter att besvara en remiss vid första undersökningstillfället.

Resultaten visar också att attityden till primärvården har betydelse för om en remiss skall besvaras eller inte. Detta är förvånande och föga rationellt. Primärvården skall kunna ta ett övergripande ansvar även för patienter som har remitterats (3). Det är självklart att detta förutsätter ett gott samarbete.

När primärvården byggs ut är det nödvändigt att man utvecklar samsamarbetsformer som fungerar effektivt med den slutna vården. Samverkan i storstäderna bjuder på speciella svårigheter och lösningar på problem som an-

Fig 3.

Brakar Du beställa journalkopior från allmänläkare/specialister? (Procentuell fördelning)

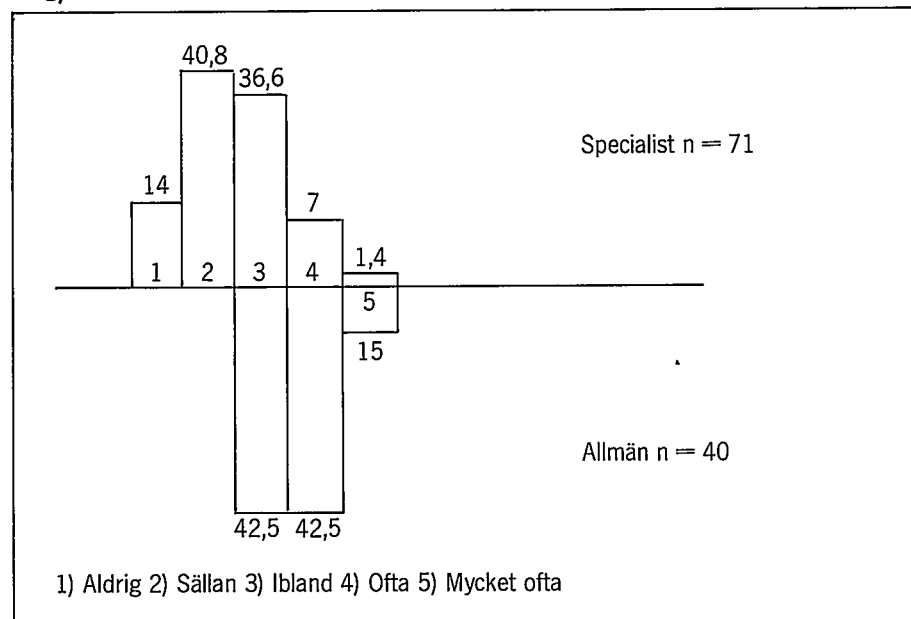


Fig 4.

Hur många gånger har Du försökt nå en specialist/allmänläkare per telefon under 1980? (Procentuell fördelning)

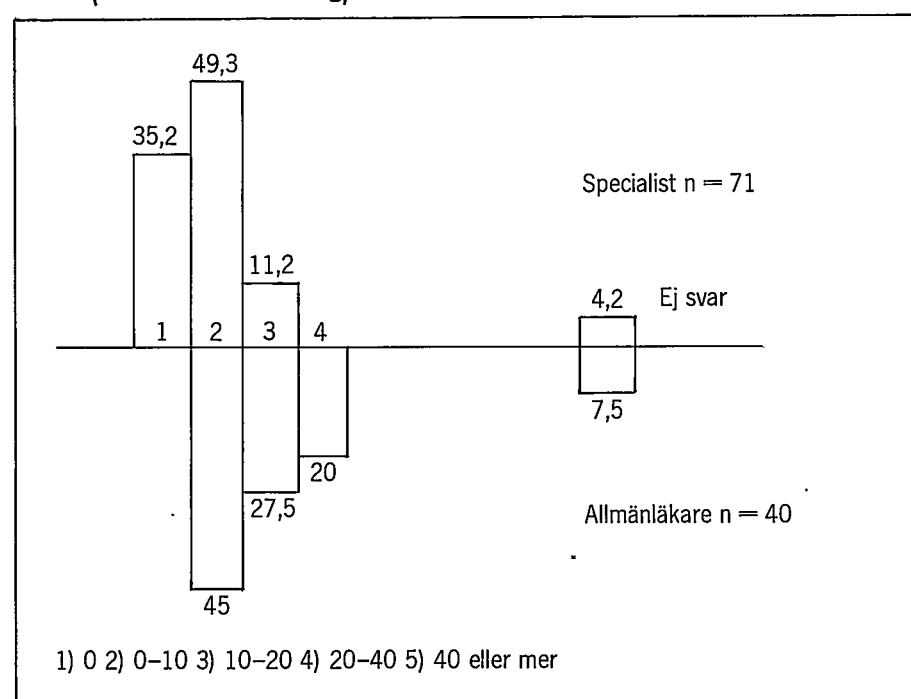
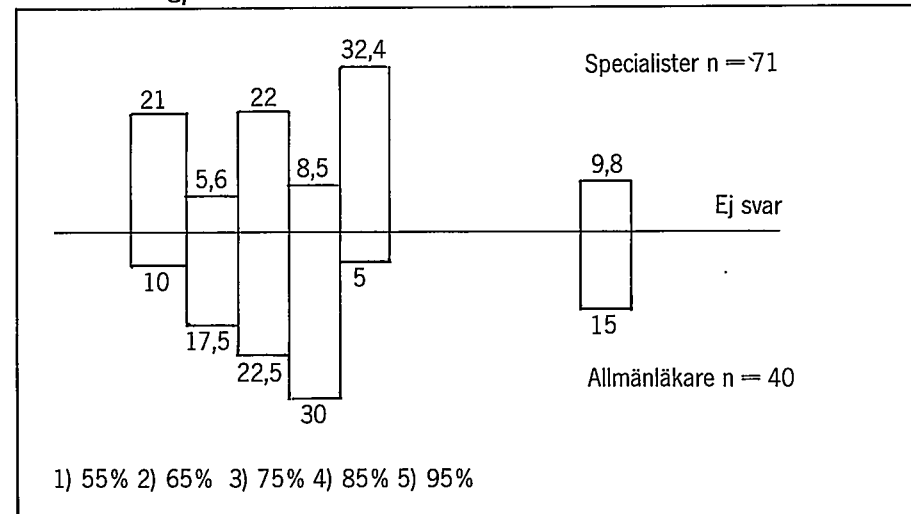


Fig 5.

Hur stor del av remisserna från Matteus vårdcentral tror Du har besvarats? (Procentuell fördelning)



vänds på annat håll passar ofta inte.

Distriktsläkare måste ta medicinskt ansvar för remitterade patienter tills de omhändertagits (3). För att kunna göra detta bör en kopia av remissen behållas på vårdcentralen i patientens journal och uteblivna remissvar följas upp. Remisserna måste formuleras på ett sådant sätt att det för sjukhusläkaren blir självklart att avsändaren är angelägen om att få ett svar.

Om man är angelägen att få svar på alla remisserna bör man med sjukhusläkarna komma överens om att svar skall skrivas vid första undersöknings-tillfället, även om specialisten endast har en preliminär diagnos eller utredningsplan färdig för patienten vid detta tillfälle.

Litteratur

1. Jonsson, J. Svårt med samarbete i storstadssjukhus. Studie av remisser från en vårdcentral. SFAM-nytt 1982;3:150.
2. Sjönell G. Rapport från matteus vårdcentral, vecka 9-32 1980. Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna 3, mars 1981.
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens kun-görelse om läkares ansvar för remitte-rade patienter m.m. Socialstyrelsens för-fattningssamling 1979:77.

Författarpresentation

Sten Larsson* är distriktsläkare vid Matteus vårdcentral.

Göran Sjönell är distriktsläkare och projektledare för "försök med väl ut-byggt primärvård" vid Matteus vård-central, Stockholm.

Postadress: Matteus vårdcentral, Distriktsläkarmottagning, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Fig 6.

Fördelning av svaren på frågan: "Hur brukar Du göra när någon av Dina patienter tar upp ett problem som inte tillhör Din specialitet?"

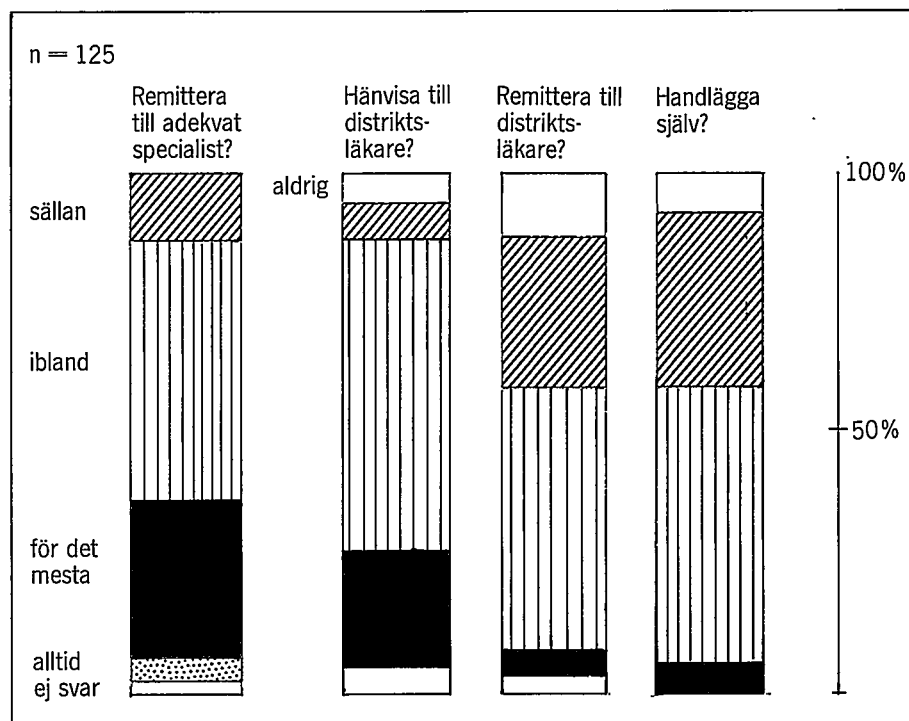


Fig 7.

När Du handlägger en patient på akut-mottagningen eller på polikliniken brukar Du då räkna med primärvården som en resurs?

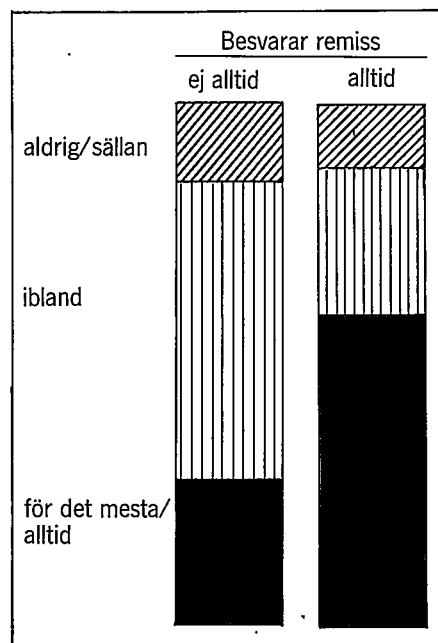
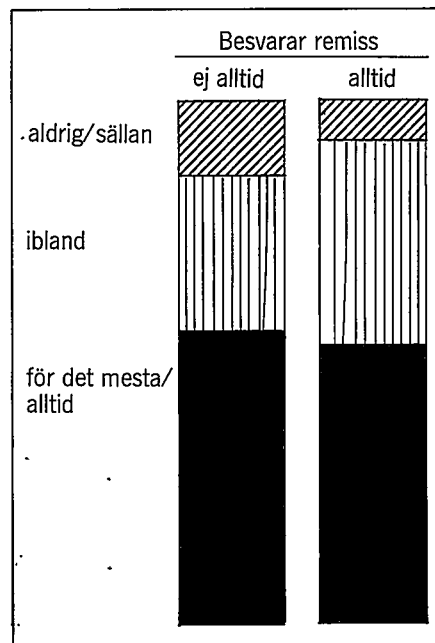


Fig 8

Fördelningen av svaren på frågan: Anser Du det att det är nödvändigt att besvara en remiss även om patientens uppföljning inte kräver detta?





Information om en nyöppnad vårdcentral, informationsteknik-utvärdering.

GÖRAN SJÖNELL

Information från vårdcentral till befolkning är mycket viktig. Informationens utformning är av stor vikt. Broschyrer, affischer o dyl ska vara begripliga och lättillgängliga, ej för tätt-skrivna eller mångordiga. Erfarenheter från öppnandet av Matteus vårdcentral i Stockholm visar att god kontakt kan nås med befolkningen med traditionella informationsmedel, affischer och broschyrer.

Nyckelord: Information, utvärdering, enkätundersökning, primärvård, stad, Stockholm.

Vid Matteus vårdcentral i Stockholms läns landsting startade i full skala i februari 1980 "försök med väl utbyggd primärvård". Full skala innebär med stockholmsmått att 8 distriktsläkare och 15 distriktssköterskor har ansvaret för församlingens 21 967 invånare. Matteus församling ligger i norra centrala Stockholm i Vasastaden. Befolkningen i området är åldrad, ca 1/3 av invånarna är pensionärer. Försöket innebär att ett vårdlag med en distriktsläkare och två distriktssköterskor skapas med ett direkt befolkningsansvar för 3 000 invånare – geografisk ansvarsindelning.

Primärvård i vårdcentralform är en ganska ny företeelse i Stockholms innerstad. Information till befolkningen i Matteus församling om den nyöppnade vårdcentralen bedömdes som mycket viktig och har därför ägnats en stor uppmärksamhet, större än vad som är vanligt då en vårdcentral öppnar.

I vårdinformationsutredningen som antogs av hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting 1978 finns förslag på olika försöksverksamheter.

Ett av dem gäller samarbete mellan sjukvårdspersonal och informatörer för att förbättra sjukvårdsinformationen. Ett sådant samarbete har skett vid

Matteus vårdcentral mellan sjukvårdspersonal och Stockholms läns landstings informationsavdelning. Projektet har från informationsavdelningen drivits av Anna-Karin Asp, som också har utfört och lett utvärderingen.

Material

En vecka efter det att Matteus vårdcentral öppnades i full skala sändes informationsmaterial ut. Detta bestod av fyra delar: Se figurer

- En broschyr till hushållen (fig 1)
- En affisch (fig 2)
- Ett vykort till småbarnsföräldrar (fig 3)
- Ett visitkort där läkaren och distriktssköterskan skulle fylla i sina namn och lämna till patienten vid första besöket på vårdcentralen (fig 4).

Budskapet till matteusborna var huvudsakligen: "Ring till oss först". Vi ville få invånarna i upptagningsområdet att ta kontakt med oss innan man tog kontakt med annan vårdgivare.

Distriktsläkaren blev i detta fall kallad "familjeläkare" av det skälet att distriktsläkare har en dålig klang hos äldre stockholmare. Den tidigare distriktsläkaren var "fattigläkare" (den läkare man hänvisades till kostnadsfritt via socialbyrån). Broschyren skickades ut till samtliga 17 000 hushåll i församlingen. Dessutom skickades broschyren till privatläkare och sjukgymnaster i området samt till sjukhuspolikliniker i upptagningsområdet.

Metod

För utvärdering av informationsinsatserna har valts att göra en postenkät. Ett slumpmässigt urval av populationen, som bestod av 549 personer, fick en postenkät i början av maj 1980, alltså tre månader efter att broschyren hade skickats ut. Svar på enkäten inkom från 440 (80,1 procent). Enkäten hade skickats ut till personer i åldrarna 19 år och uppåt. Bortfallet = 19,9 procent, fördelade sig lika mellan könen. Det högsta bortfallet fanns i de lägre åldersgrupperna. Könsfördelningen i urvalet var 44 procent män och 56 procent kvinnor. Fördelningen i Matteus församling för hela populationen är 42 procent män och 58 procent kvinnor.

Resultat

Kunskap om vårdcentralen.

På frågan: "Kände du till Matteus vårdcentral innan du fick det här frågeformuläret?" svarade 89 procent ja och 11 procent nej av de tillfrågade. Kännedom om vårdcentralen efter ålder kan ses i tabell I.

Tabell I.
Kännedom om vårdcentralen efter ålder

Ålder	Ja	Nej	Ej svar	Totalt
19–29	80%	20%	0%	100%
30–44	86	13	1	100
45–64	90	9	1	100
65–74	93	7	0	100
75–	96	4	0	100

Kännedom om vårdcentralen ökar successivt med åldern. Denna fördelning av kunskap mellan åldrarna svarar mer än väl mot den förväntade fördelningen.

På frågan: "Hur har du huvudsakligen fått information om vårdcentralen?" svarade de tillfrågade enl tabell II. Frågan var ställd på ett sådant vis att

Tabell II.
Huvudsaklig information om vårdcentralen

Broschyren	39%
Affischen	3
Artiklar i dagspressen	12
Artiklar i lokaltidningar	15
TV	2
Landstingskatalogen	2
Anhöriga eller bekanta	14
Annat sätt*)	14
Totalt	101

*) Annat sätt är bl a via läkarhuset, Odenplan, från Sabbatsbergs sjukhus, från telefonkatalogen, gått förbi, arbetar inom landstinget.

de tillfrågade endast fick ge ett svarsalternativ, 9 procent hade dock angivit två svarsalternativ. I redovisningen har dessa 9 procent svar räknats som ett halvt svar till vardera gruppen. Här framgår att broschyren varit en väsentlig informationskälla, mer än 1/3 av de tillfrågade har fått sin information via broschyren. Affischen däremot har i

mycket mindre omfattning varit informationsgivare.

Lokalpress och dagspress står för en anseelig del av informationen, tillika med anhöriga, bekanta och annat sätt. Det kan här noteras att landstingskatalogen har varit informationsgivare till endast 2 procent av de tillfrågade. Landstingskatalogen har i Stockholms läns landsting i många år varit det huvudsakliga informationsinstrumentet. Dess utformning vad gäller information om primärvården har hittills varit ganska splittrad. Denna enkät visar att informationsvärdet åtminstone vad gäller primärvård i Stockholms innerstad är lågt.

Broschyren

På frågan: "I mitten av februari skickade vi ut information om vårdcentralen. Har du fått broschyren som delades ut till hushållen?" svarade 76 procent av de tillfrågade att de hade fått broschyren, se tabell III. Tre måna-

Tabell III.

Svar till frågan "Har Du fått broschyren?"

Nej	19%
Ja, men jag kastade den direkt	3
Ja, jag har läst den och kastade den sedan	15
Ja, jag har läst den och sparat den	52
Ja, jag har sparat den, men inte läst den	5
Annat	1
Vet ej, kom ej ihåg	4
Totalt	99

der efter att broschyren skickades ut uppger 57 procent att de fortfarande har kvar broschyren. Denna siffra får anses hög mot bakgrund av att direktreklam till hushåll ständigt har ökat och gjort att många har fått en negativ inställning till broschyrer.

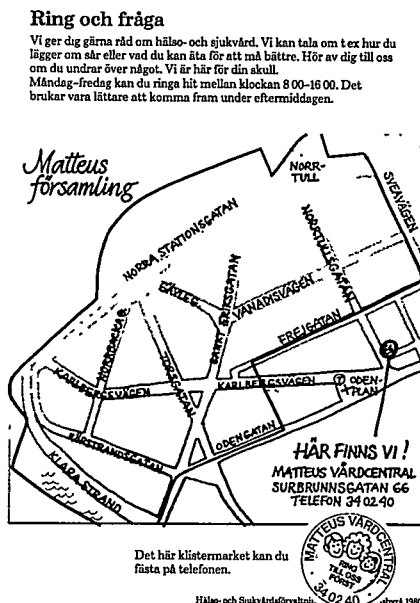
De här siffrorna tyder dock på att folk i allmänhet ögnar igenom postreklam och plockar ut det som anses angeläget och dit räknas uppenbarligen sjukvårdsinformation. Broschyren som skickades ut vid ett tillfälle har lästs och sparats av hälften av de tillfrågade. Denna siffra är hög, men om den ställs i relation till informationsvärdet i landstingskatalogen kan sannolikt en del av broschyrens genomslagskraft förklaras.

Informationsvärde

För att utröna värdet av informationsbroschyren ställdes följande frågor: "Till dig som aldrig besökt eller ringt till Matteus vårdcentral. Om du framöver behöver sådan vård som Matteus vårdcentral kan hjälpa till med kommer du då att vända dig dit?" Frågan har besvarats av 263 personer i urvalet och svaren fördelar sig enligt följande: 80 procent svarade ja, 4 procent svarade nej och 16 procent vet ej på frågan.

Svaren tyder på att befolkningen i Matteus församling genom informa-

Figur 1.



Du får en egen läkare

På vårdcentralen är vi flera allmänläkare. Det betyder att vi är specialister på hela människokroppen och på alla åldrar. Vi tar hand om barnsjukdomar, barnläkarsfall, gynekologiska besvär, ögon- och öroninflammationer, sår, shop sår, opererar bort fodelsemärken och så vidare. Man kan säga att vi tar hand om hela din vardagsjukvård och hälsovård. En av oss är din läkare. När du ankommer till oss och behöver läkarhjälp, så får du träffa samma läkare och det hoppas vi ska kunnas tryggt för dig. Läkarbesöket betalar du som vanligt. Skulle du ha problem som vi inte kan lösa på vårdcentralen, så skriver vi en remiss och ordnar så att du kommer till rätt mottagning.

Distriktssköterskan

Du får också din egen distriktssköterska. Behöver du träffa din läkare så ordnar din sköterska det meddelsamma. Hos din distriktssköterska kostar ett besök ingenting och du behöver inte beställa tid. Vi är flera sköterskor här och när du vet vad din heter, så är det bara att ringa hit och be att få tala med henne. Det går bra alla dagar, vardagar mellan klockan 8 00-16 00. Lördagar och söndagar kan du nå distriktssköterskan genom Sjukvårdsupplysningen, tel. 84 04 00.

Barnens sjuksköterska

Alla barn i församlingen hör också till vårdcentralen. Barn som hittills gått på barnvårdscentralen på Karlbergsgatan ska nu komma till oss och få samma sköterska och läkare som mamma och pappa. För på vårdcentralen har vi hela familjen som utgångspunkt för sjukvården och hälsovården, och på vår barnvårdscentral kommer vi att arbeta tillsammans med förskolan och engagera oss i den nya föräldrautbildningen.

Information om den nya sjukvården i Matteus församling

Familjeläkaren på Matteus Vårdcentral hälsar alla Matteusbor välkomna!

Det är till oss du ska ringa först. Kan vi inte hjälpa dig på vårdcentralen så ordnar vi remiss till rätt specialist. Vårt telefonnummer är

34 02 40

Hemsjukvården

Om du blir sjuk och måste ligga hemma, så behöver du inte känna dig orolig. Här på vårdcentralen finns också hemsjukvårdare, som kommer hem till dig och hjälper dig med omläggningar och annan sjukvård, om du inte själv kan ta dig hit. Hemsjukvårdare arbetar förstås tillsammans med din läkare och din distriktssköterska.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten

Om du behöver sjukgymnastik för en sjukdom, eller skada, eller om du helt enkelt har otränade leder kan din läkare hänvisa dig till sjukgymnasten, som också finns här för att ge dig råd och hjälp.

Tanken med vårdcentralen är att vi ska kunna hjälpa dig med det mesta. Samma sak är det om du behöver någon form av hjälpmedel hemma, på arbetet eller har andra arbetsmässiga problem, så förmedlar din distriktssköterska kontakt med arbetsterapeuten hos oss.

Kuratorn

Om du skulle få personliga problem i samband med sjukdom eller om du helt enkelt behöver social rådgivning, så kan du få hjälp med det av kuratorn som finns här på vårdcentralen. Kuratorn kan också hjälpa dig att få kontakt med rätt personer utanför vårdcentralen om du har problem och inte vet vart du ska vända dig för att få hjälp i en social angelägenhet.

Du får ett kort

Första gången du är här så får du ett kort med namnen på din sköterska och din läkare. Har du familj, så har hela familjen samma sköterska och läkare. Det är det vi menar med familjeläkare.



Figur 3.



Figur 2.



Information om den nya sjukvården
i Matteus församling

Familjeläkaren på Matteus Vårdcentral hälsar alla Matteusbor välkomna!



Det är till oss du ska ringa först.
Kan vi inte hjälpa dig på vårdcentralen så ordnar
vi remiss till rätt specialist. Vårt telefonnummer är

34 02 40

Figur 4.



MATTEUS VÅRDCENTRAL

Surbrunnsgatan 66
Telefon 34 02 40

Din familjeläkare heter

Din distriktssköterska heter

tion har fått ett stort förtroende för vårdcentralens verksamhet.

Hela 80 procent av de som aldrig kontaktat vårdcentralen uppger att de i framtiden tänker vända sig till vårdcentralen med vård av den art som kan handläggas på en vårdcentral. De som svarat nej på frågan har ombetts motivera detta nej. Tre personer skulle gå till företagsläkare i stället, tre personer skulle flytta från församlingen, en person skulle gå till Sabbatsbergs sjukhus i stället, en person till privatläkare och en person till läkarkollega.

På frågan: "Till dig som besökt eller ringt till Matteus vårdcentral efter den 12 februari 1980. Motsvarade kontakten i stort sett det som vår broschyr utlovade?" svarade 89 procent ja, 11 procent nej på frågan och 1 procent var tveksamma. 9 patienter av 10 var nöjda med vårdcentralens tjänster. Detta kan tolkas på flera sätt. En förklaring är att broschyren på ett adekvat sätt beskrev vad vårdcentralen kunde erbjuda för tjänster, en annan förklaring är att vårdcentralens verksamhet med tillgänglighet, närhet och kontinuitet tillfredställer befolkningens önskemål och förhoppningar på primärvården.

Slutsats

Information till befolkningen är en väsentlig del i hälso- och sjukvårdsarbetet. Utan en bra information har patienterna små möjligheter att hamna hos rätt vårdgivare. Broschyrer och affischer är traditionella och etablerade sätt att informera. Det är av stor vikt att broschyrer utformas på ett sådant sätt att de är begripliga och lättillgängliga och möjliga för människor att nyttja.

Informationsaktiviteterna i Matteus församling i samband med vårdcentralens öppnande visar att det snabbt går att sprida information om en lokalt förankrad primärvård till befolkningen med hjälp av traditionella informationsinstrument. Broschyren om Matteus vårdcentral (fyra sidor kortfattad, lättillgänglig information) har i många fall fungerat väl som informationsgivare.

Författarpresentation

Göran Sjönell är distriktsläkare och projektledare för försök med väl utbyggd primärvård vid Matteus vårdcentral. Postadress: Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm.



Informera om vårdcentralen

KARIN WIKELL · HELEN HANSAGI · BRITT-GERD MALMBERG · EVA OLSSON

Personalen i primärvårdsområdena Tumba och Storvreten har genom en informationsbroschyr kort presenterat primärvårdens hälso- och sjukvård inom respektive område. Efter att broschyrerna sänts till samtliga hushåll gjordes en enkätundersökning på akutmottagningen, Södertälje sjukhus, för att få synpunkter på broschyren. Det visade sig att hälften av de tillfrågade på akutmottagningen hade läst broschyren. Av de som läst broschyren visste dubbelt så många att vårdcentralen har möjlighet att ta emot akut sjuka, jämfört med dem som inte läst broschyren.

Nyckelord: Information. Utvärdering. Enkätundersökning. Primärvård. Storstad. Stockholm.

Informationsbroschyerna

Personalen på vårdcentralerna, Tumba och Storvreten, belägna i Botkyrka kommun, har utarbetat en informationsbroschyr om respektive vårdcentral, för att ge befolkningen kännedom om vad som görs på en vårdcentral och när dessa är tillgängliga.

Broschyerna ger information om att det är till vårdcentralen man i första hand skall vända sig vid sjukdom eller olycksfall. Den hälso- och sjukvårdsservice som finns där beskrivs kortfattat. Upplysning ges om sjuksköterskornas telefonrådgivning och att allmänläkarmottagningen varje dag har akuttider, dvs brådskande fall kan bokas samma dag för läkarbesök. Särskild klisterlapp med aktuella telefonnummer och mottagningstider medföljde broschyren.

Broschyrens innehåll till de boende i Storvreten utformades något annorlunda, beroende på att man där erbjuder familjeläkare.

Arbetet med att utforma broschyrernas innehåll sträckte sig över ett år. Den första versionen blev ett ganska tjockt häfte, eftersom varje mottagning utförligt berättade om sin verksamhet. Ett tidskrävande arbete för mottagningspersonalen återstod således; att välja ut den information som allmänheten torde vara mest betjänt av att känna till om verksamheterna.

Vi hade från början bestämt oss för att broschyren skulle tryckas i A5-storlek och endast bestå av fyra tryckta sidor, med tanke på att broschyren skulle vara lätthanterlig och lätt överskådlig.

Frågeställningar efter att broschyrerna delats ut

Efter att informationsbroschyerna delats ut till allmänheten önskade vi ta reda på något om dess effekt. Vi ville tex veta hur många som läst den, nådde broschyren fram med sitt budskap, var den bra utformad?

Vi avsåg att belysa våra frågeställningar genom att fråga dem som under viss tid besökte Södertälje akutmottagning.

Besökarna på akutmottagningen avspeglar ju till en del om de som läst broschyren handlat efter broschyrens budskap, dvs att det är till vårdcentralen man i första hand skall vända sig vid sjukdom eller olycksfall.

Genom att använda samma frågor som i en tidigare studie (1) som genomfördes på samma plats och med samma urvalskriterier men före broschyrens utgivande kunde vi ställa följande frågor:

- Vänder man sig till akutmottagningen med samma slags besvär nu som innan broschyren utgavs?
- Har attityderna till vårdcentralen ändrats hos akutmottagningspatienterna sedan de läst broschyren?

En undersökning planerades och genomfördes

Under tre konsekutiva veckor i maj 1982 gjordes en enkätundersökning vårdsökande på akutmottagningen vid Södertälje sjukhus. Undersökningen gjordes drygt två månader efter det att informationsbroschyerna om vårdcentralerna distribuerats till hushållen.

Till vissa delar var vår undersökning en upprepning av den delen av en större studie som utfördes på samma ställe i februari 1980 (1). Urvalskriterierna var desamma vid bägge undersökningstillfällena; patienterna skulle vara över 15 år, bosatta i Tumba eller Grödinge församling och inte ha inkommit till akutmottagningen med ambulans eller lagts in på vårdavdelning.

Vid undersökningen 1980 delades frågeformulären ut till patienterna i samband med besöket. De som sökte på icke kontorstid fick formuläret hemsänt 2-3 dygn senare. 1981 sändes frågeformulären hem till samtliga patienter 2-5 dagar efter besöket.

Undersökningens material

1980 svarade 61 patienter av 71. Av dem som besvarade enkäten var 56 procent män (medianålder 33 år) och 44 procent kvinnor (medianålder 47). Åldern varierade mellan 16-83 år.

103 patienter av 133 svarade 1981. Av dem som besvarade enkäten var 49 procent män (medianålder 40 år) och 51 procent kvinnor (medianålder 37 år). Åldern varierade mellan 16-78 år.

SJUKVÅRD PÅ NÄRA HÅLL för dig som bor i Tumba



I entreplanen vid Tumba sjukhus finns din vårdcentral med bl a allmänläkare, distriktsköterska, mödra- och barnvårdcentral.

Det är till oss på vårdcentralen du i första hand ska ringa vid sjukdom och olycksfall. Kan vi inte hjälpa dig här så ordnar vi remiss till rätt mottagning.

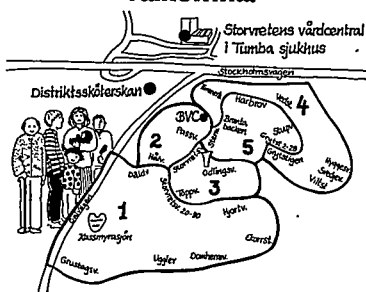
Vårt telefonnummer är

60 000



Tumba vårdcentral

Familjeläkaren på Storvretens vårdcentral hälsar alla som bor i Storvreten och Skäcklinge välkomna!



Det är till oss du ska ringa först. Kan vi inte hjälpa dig på vårdcentralen så ordnar vi remiss till rätt specialist. Vårt telefonnummer är

600 50

Tabell 1

Procentuell fördelning på åldersklasser av populationen och hos de som svarat på enkäten 1980 respektive 1981.

Ålder	procent 1980 och 1981 population	1980 enkät	1981 enkät
16-44	67	57	61
45-64	24	35	28
65-	9	8	11
	100	100	100

Resultat och diskussion

I den tidigare genomförda studien fann vi att skillnader förelåg mellan akutmottagnings- och vårdcentralspatienter, så tex dominerade skador på akutmottagningen liksom besvär med kortare symptomduration, till vårdcentralen vände man sig med förkylningssymptom och symptom som funnits en längre tid.

Jämför man de patienter som besökte akutmottagningen i studien 1980 och den nu aktuella finner man mycket små förskjutningar mellan kontakthanledningarna.

1980 var det 16 personer eller 26 procent som haft kontakt med vårdcentralen före besöket på akutmottagningen. 1981 var den siffran 31 procent, motsvarande 32 personer. De som haft kontakt med vårdcentralen före sitt besök på akutmottagningen i undersökningen 1980 var andelen män och kvinnor lika stora. I undersökningen 1981 var andelen kvinnor tre gånger större jämfört med männen.

I vår studie åker således 70 procent av patienterna till akutmottagningen utan att dessförinnan ha kontaktat vårdcentralen. Om detta beror på bristande tillgänglighet av primärvården eller har andra orsaker kan inte utläsas av denna undersökning. Av de vårdsökande, som inte tagit kontakt, uppger 62 procent "omedelbart behov av vård" som skäl, medan bristande tillgänglighet uppges av cirka en femtedel, dvs de som försökt, men inte kommit fram på telefon och de som sökt vård då vårdcentralen haft stängt.

Knappt hälften av patienterna på akutmottagningen uppger att de läst informationsbroschyren om sin vårdcentral.

Liksom andra liknande undersökningar (2, 3) visar även vår undersökning att kvinnor i högre grad än män tar del av information. Även högre utbildning verkar i den riktningen.

Vi kan också se att de som uppger att de läst broschyren också har fått större kunskap jämfört med dem som uppger att de inte läst broschyren; dubbelt så många i den försträmda gruppen vet att vårdcentralen har möjlighet att ta emot akuta fall samma dag som man ringer.

Bland dem som läst broschyren tyckte de flesta att broschyren var lätt att förstå och gav viktig information, utom en person som tyckte att den var

svår att förstå. Hälften sparade broschyren eller klisterlappen.

Följande synpunkter framfördes i samband med frågan:

- bra
- fick inte någon uppgift om att man kunde få akut hjälp
- bra, saknar dock anvisning för olycksfall av brådsökande art ("man ringer inte och dividerar med växeltelefonister när man tex fått en kvalificerad brännskada")
- uppmärksammade inte någon klisterlapp
- den är trevlig och ger en positiv bild av vårdcentralen.

Attityderna till vårdcentralens telefonrådgivning tycks inte påverkas av om man har läst broschyren eller inte. Över 75 procent av de tillfrågade på akutmottagningen (både 1980 och 1981) har inget emot eller är positiva till att sjuksköterskan bedömer hur pass brådsökande vårdsökarens sjukvårdsbehov är. Nästan 90 procent accepterar också sjuksköterskan som rådgivare vid enklare sjukdomstillstånd. Däremot är inställningen till att denna bedömning och rådgivning måste ske per telefon i allmänhet något mer tveksam. I enkäten 1980 var cirka hälften negativ till detta, 1981 en tredjedel.

Över hälften av de tillfrågade har bott i församlingen i mer än tio år och endast 16 personer i kortare tid än tre år. Detta gör att många någon gång haft möjlighet att beröras av information om vårdcentralen på olika sätt. Ändå pekar resultaten på att även broschyren är en viktig informationskälla: en fjärdedel av de tillfrågade uppger att de fått sin huvudsakliga information om vårdcentralen genom utsänd broschyr.

En minst lika viktig informationskälla är tidigare kontakter med sjukvården (tabell 2).

Tabell 2

Vilken är den huvudsakliga informationsvägen om vårdcentralen? (Endast ett svarsalternativ kan förekomma.)

	procent (n=103)
Genom tidningar, radio och TV	1
Genom anhöriga och bekanta	18
Genom landstingskatalogen	15
Genom broschyr om vårdcentralen	26
Genom tidigare kontakter med sjukvården	22
Annat sätt	11
Ingen information	3
Ej svar	4
	100

Kontakterna mellan patient och sjukvårdspersonal utgör en möjlighet för personalen att fungera som "vägvisare". Detta kan ske via olika personalgrupper. Exempel på sådana informanter är sjukvårdspersonal inom den slutna vården, på akutmottagningar,

sjukvårdsupplysning, liksom personal inom social service och lärare. För att dessa skall kunna ge adekvat vägledning måste de själva ha kunskap om primärvårdens lokala verksamhet, dvs dess resurser och begränsningar. Utbildning bör ske kontinuerligt och ömsesidigt, exempelvis genom arbetsplatsbesök och utarbetande av gemensamma handlingslinjer.

Eftersom sjukvården under en lång tid byggt upp och förstärkt den sjukhusanslutna öppna vården har både patienter och personal därvid lärt sig och vant sig vid att det är dit man vänder sig vid sjukdom. Det kommer att fordras många insatser av skilda slag för att åstadkomma ett förändrat vård-sökarbeteende.

Denna studie finns dokumenterad i Tumbaprojektets rapport nr 4 - Att informera om vårdcentralens verksamhet - vilken kan rekvideras från Tumba vårdcentral, Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba, tfn 0753/600 00.

Referenslitteratur

1. Malmberg B-G m.fl.: Telefonrådgivning vid en vårdcentral - vårdsökandes attityder. Tumbaprojektet rapport nr 2, Stockholms läns landsting.
2. Asp A-K: Att "marknadsföra" en vårdcentral. Rapport 1981, Stockholms läns landsting, hälso- och sjukvårdsförvaltningens informationsbyrå.
3. Leathar DS, Hastings GB, Davies JK: Health Education and the Media Pergamon Press. Oxford, 1981.

Författarpresentation:

Karin Wikell, sjuksköterska och projektsekreterare Tumbaprojektet.*

Helen Hansagi, sociolog Tumbaprojektet och Soc Med-enheten, HS.

Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare och projektledare Tumbaprojektet.

Eva Olsson, distriktsläkare och projektledare Storvretensförsöket.

* Vid korrespondens: Karin Wikell, Tumba vårdcentral - Tumbaprojektet, Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba. Tfn 0753/600 00.

Att använda hälsodagbok – något för primärvården!

BODIL QVIST · BRITT-GERD MALMBERG · HELEN HANSAGI · BRITTA PETTERSSON

Hälsodagböcker, en speciell form av enkätmetod, beskrivs i samband med en nack- och ryggstudie som genomförts vid Tumba vårdcentral inom Tumbaprojektets ram.

Metoden, som den utformats i denna studie, är förhållandevis enkel och användbar inom primärvården, när man avser att studera tex symtom och hälsotillstånd och deras förändringar över tiden.

Nyckelord: Primärvård. Utvärdering. Hälsodagbok. Longitudinella studier. Metodik. Nack- och ryggpatienter. Stockholm. Storstad.

Bakgrund

På några håll i Sverige har hälsodagböcker använts i primärvården. Sålunda pågår i Vilhelmina (1) ett projekt där föräldrar får föra dagbok över sina barns hälsa.

Vad är då en hälsodagbok och vad används den till? Verbrugge (2) beskriver det som en prospektiv metod för att få rapporterat hälsa och sjuklighet. Dagböcker har använts i olika syften; i metodstudier för att jämföra resultat i retrospektiva och prospektiva undersökningar, som hjälpmedel för att öka minnet beträffande personliga hälsoförhållanden och som primär informationskälla. Verbrugges översiktsartikel belyser användandet av hälsodagböcker ur tio olika aspekter; från tillförlitlighet i insamlade data till den ofta komplexa bearbetningen av dessa data.

Ytterligare en intressant undersökning, där hälsodagbok använts, har beskrivits av Banks och medarbetare (3, 4). Kvinnor i åldern 20–44 år fick föra hälsodagbok i fyra veckor. De rapporterade bla symtom och om de tagit kontakt med primärvården. Detta jäm-

fördes med "General Practitioner Record Card", som innehåller mått på sjukvårdsutnyttjande, vad patienten sökt för liksom diagnoser noterade av allmänläkare.

Nack- och ryggstudien

Tumbaprojektet, ett landstingsstött utvecklingsprojekt förlagt till Tumba vårdcentral, skall initiera olika studier i primärvården. I detta ingår att pröva olika metoder och deras användbarhet inom primärvården.

Vår nyfikenhet att pröva hälsodag-

bok väcktes framför allt av Bank's och medarbetare (3, 4). Vi valde att använda hälsodagbok som metod i en studie som gällde omhändertagande av patienter med nack- och ryggbesvär.

Denna studie är dokumenterad i Tumbaprojektets rapport nr 7. (5).

Undersökningen genomfördes av två sjuksköterskor vid allmänläkarmottagningen, Britta Pettersson och Bodil Qvist. Som handledare har Helen Hansagi, sociolog, och Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare, fungerat.

Syftet med studien var dels att un-

Figur 1

Har Du varit arbetsför idag? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis	Har Du använt smärtstillande medicin sista dygnet? ☐ Ja ☐ Nej	Vid ja, ange vilken sort och hur många _____/dygn
Försök att tala om hur Du känt Dig och klarat av följande rörelser senaste dygnet genom att markera ett kryss på linjen.		
Har Du haft ont i vila? inte alls _____		fruktansvärt ont _____
Har Du haft ont i rörelse? inte alls _____		fruktansvärt ont _____
Har Du klarat av att gå? utan svårighet _____		inte alls _____
Har Du klarat att sätta Dig och resa Dig från sittande? utan svårighet _____		inte alls _____
Har Du klarat att lägga Dig och resa Dig från liggande? utan svårighet _____		inte alls _____
Har Du klarat att ta upp föremål från golvet? utan svårighet _____		inte alls _____
Ev. kommentarer _____		

dersöka om vi genom ett tidigare omhändertagande med personligt besök och god rådgivning kan hjälpa patienter med nack- och ryggbesvär till snabbara tillfrisknande, dels att pröva huruvida hälsodagbok är en metod som kan vara användbar inom primärvården.

För att underlätta bearbetningen av dagböckerna strukturerades dagboksbladen: dels fick patienterna notera vissa besvär och symtom på i förväg uppgjorda måttskalor, dels fanns det plats för egna anteckningar (figur 1). Genom hälsodagboken ville vi under en veckas tid följa förändringar i patientens tillstånd med avseende på rygg- eller nackbesvären. De frågor som patienten fick besvara var av typ:

- Smärta i vila och arbete dagligen.
- Hur klarade hon/han funktionellt sitt vardagliga liv, tex att resa sig, klä sig, lägga sig varje dag.
- Oro för nack- och ryggbesvären sjunde dagen.

Svaren lämnades på en skattningskala, en sk lineär (visuell analogskala). Dagboken fylldes i varje kväll under en veckas tid och sändes till oss.

Den lineära skalan förklarades på följande sätt för den som skulle fylla i den:

"Har Du haft ont i vila?

inte alls _____ fruktansvärt ont

Linjen är tänkt som en ograderad skala. Du får själv gradera efter *Dina* besvär. Om Du inte haft ont i vila sätter Du ett kryss längst till vänster. Ju mer ont Du har haft desto längre åt höger sätter Du krysset."

Vid bearbetningen "mätte" vi smärtan genom att mäta linjen med linjal till patientens markering. Början på skalan till vänster = nollpunkt, slutet på skalan till höger (högsta smärtan) = 100. Linjen var 10 cm.

I studien, som omfattade 60 personer (vilka i vanliga fall får råd av sjuksköterska), var hälften på besök hos sjuksköterskan och fick då information om hur dagboken skulle fyllas i. Den andra gruppen (kontrollgruppen) fick per telefon först och främst sedvanliga råd vid rygg- och nackbesvär, därefter information om studien samt en hälsodagbok och skriftlig information om tillvägagångssättet för ifyllandet av dagboken hemskickat.

Alla patienter i båda grupperna förstod exemplet vi givit och svarade noggrant på alla frågor. Många gjorde också dagligen egna anteckningar.

Vi ringde hem till varje patient en gång under den vecka de förde hälsodagbok, dels för att höra hur de mätte, dels för att höra hur de klarade att fylla i dagboken.

Vid utvärderingen av svaren på den lineära skalan gjorde vi en indexkurva för varje patient. Vi har utgått från dag 1 med alla dagens uppgivna smärtvärden sammanslagna och sett om smär-

tan ökar eller minskar under veckan. På kurvan syns alltså inte vilken grad av smärta, hög eller låg, som patienten haft utan enbart hur smärtupplevelserna skiftar under veckan med första dagen som utgångspunkt.

Slutsats

Hälsodagbok som ett hjälpmedel att följa patientens tillstånd dag för dag har visat sig fungera tillfredsställande åtminstone under en kortare period, såsom det tillämpats i denna undersökning.

Patienterna tycks inte ha haft några svårigheter att bedöma sina smärtupplevelser med hjälp av den visuella analogskalan. Ifyllnadsfrekvensen har varit hög och många har kompletterat de speciella skalorna i dagboken med personliga kommentarer.

Vi har upplevt att patienterna villigt har fört sin dagbok. De som avlagt personligt besök har varit mer noggranna med att rapportera sina symtom dag för dag. Kanhända blir de lite *för* observanta? Dagboken ger utmärkta möjligheter för patienterna att nyansera sina hälsobeskrivningar och oss en möjlighet att följa förändringar i hälsotillståndet dag för dag.

Metoden, när den används under kortare perioder och där dagboken har en viss struktur men ändå möjlighet för egna "öppna" kommentarer, är förhållandevis enkel att använda, och den är inte heller speciellt dyr. Bearbetning av en stor mängd data fordrar dock särskilda resurser. Såsom hälsodagboken utformats i denna undersökning kan den rekommenderas och bör prövas i större utsträckning som utvärderingsinstrument i primärvården.

Referenser

1. Bergström, B: Dagboksmetoden vid studier av människors arbete med hälsoproblem. Manuskript till Socialmedicinska föreningens årsmöte 1982.
2. Verbrugge L.M.: Health diaries. Medical Care 1979 vol XVIII no 1 s 73-95.
3. Banks M.H., Beresford S.A., Morrell D.C. et al: Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years; a preliminary report. Internat. J of Epidemiology 1975, vol 4, nr 3, s 189-195.
4. Beresford S.A.A., Waller J.J., Banks M.H. and Wale C.J.: Why do women consult doctors? Social factors and the use of the general practitioner. Brit J of Preventive and Social Medicine 1977, 31, s 220-226.
5. Tumbaprojektet, Stockholms läns landsting. Rapport nr 7: Sjuksköterskans rådgivning vid nack- och ryggbesvär - vid besök och per telefon.

Författarpresentation

Bodil Qvist, sjuksköterska, Tumba vårdcentral.

Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare och projektledare, Tumbaprojektet.*

Helen Hansagi, sociolog, Tumbaprojektet och socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus.

Britta Pettersson, sjuksköterska, Tumba vårdcentral.

* Vid korrespondens: Britt-Gerd Malmberg, Tumba projektet, Tumba vårdcentral, Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba.

Att jobba i vårdlag – det enda vettiga

Reportage av ANNA-KARIN ASP

Nyckelord: Vårdlag, Storstad, Stockholm.

Lilla Alby vårdlagsområde

– Att arbeta i vårdlag är bra både för oss personal och för våra patienter, säger Anna Källkvist, distriktsläkare i ett av vårdlagen vid Kronans vårdcentral i Sundbyberg. Vi ansvarar för ett geografiskt avgränsat bostadsområde, där vi lär känna våra patienter och patienterna får träffa samma personalgrupp vid besöken på vårdcentralen. Det är det enda vettiga sättet att arbeta på.

I samma vårdlag som Anna Källkvist finns distriktssköterskan Britt-Maria Eriksson, sjuksköterskan Judith Löf och sjukvårdsbiträdet Anne Fjellkman. Tillsammans tar de hand om invånarna i Lilla Alby, Sundbybergs sydligaste del, som ligger mellan järnvägen och Bällstaviken.

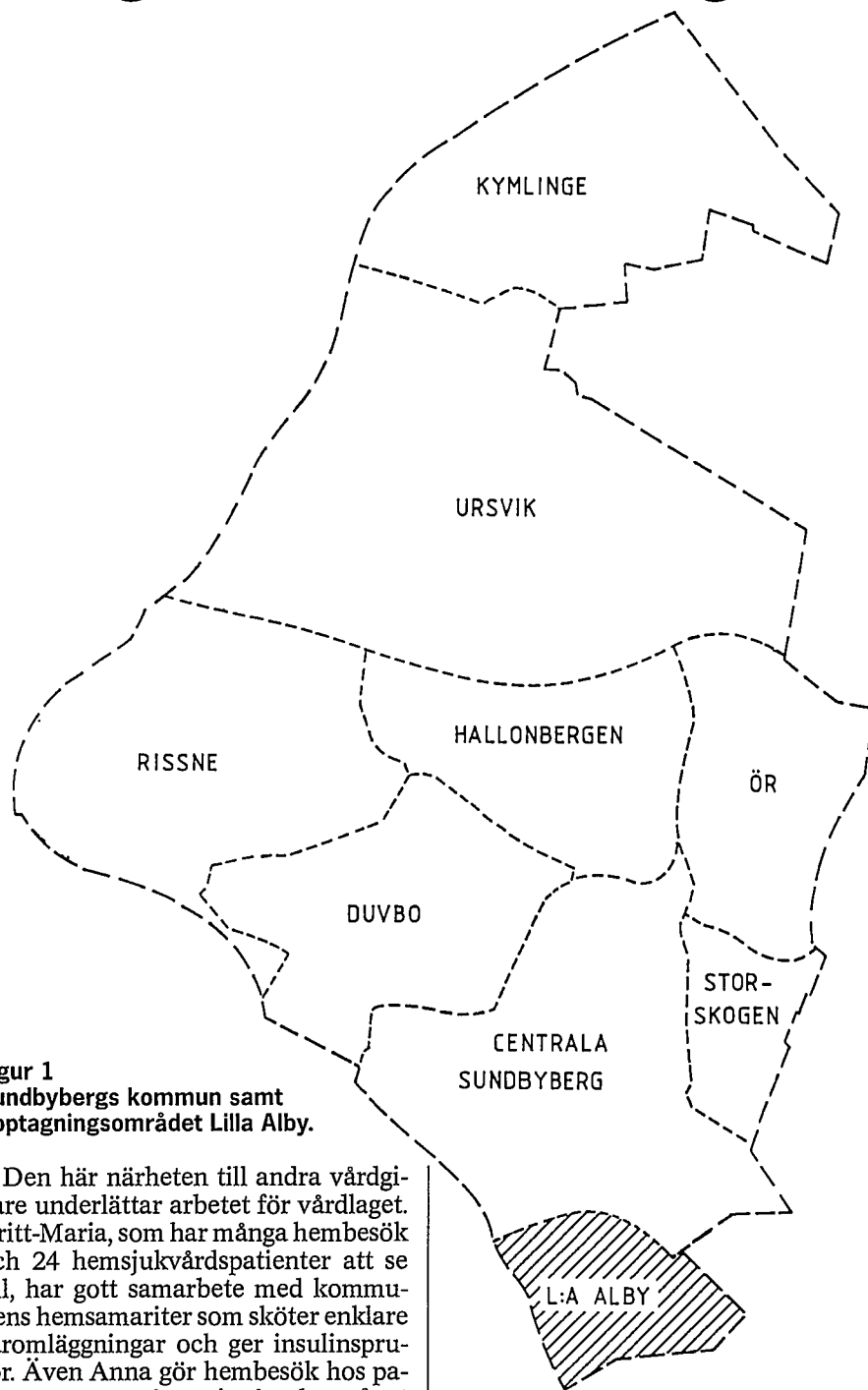
I Lilla Alby finns en kärna av gammal villabebyggelse, men det är hyreshusen som dominerar. Inom området ligger flera industrier, av vilka Marabou och Sieverts Kabelverk är de största. Många av Marabous personal bor i Lilla Alby och är patienter hos vårdlaget.

Lilla Alby har ca 4000 invånare, många pensionärer, många ensamma kvinnor och hög frekvens förvärvsarbete bland dem i yrkesverksam ålder. Den här kartläggningen av området man arbetar i tycker vårdlaget är viktig.

– Nu vet vi i vilket kvarter patienterna bor, vi känner till problemadresser. Förr arbetade man mer anonymt. Här känner patienterna oss på ett helt annat sätt. De hälsar från varandra vid besök, tipsar om grannar som kanske inte blivit riktigt bra efter en sjukdom och berättar om vad som hänt i familjerna. Förut kunde patienten få beskedet: Gå till distriktssköterskan. Nu vet folk i Lilla Alby att det är Britt-Maria de ska gå till, säger Anna Källkvist.

Hembesök spar tid

Det här vårdlaget är ett av fem vid Kronans vårdcentral, som ligger på fem minuters gångavstånd från Lilla Alby. Kronans vårdcentral tar hand om ungefär hälften av Sundbybergs invånare, de som bor söder om Hallonbergen. På vårdcentralen finns också kommunens socialförvaltning, specialistläkare och en socialmedicinsk institution.



Figur 1
Sundbybergs kommun samt upptagningsområdet Lilla Alby.

Den här närheten till andra vårdgivare underlättar arbetet för vårdlaget. Britt-Maria, som har många hembesök och 24 hemsjukvårdspatienter att se till, har gott samarbete med kommunens hemsamariter som sköter enklare såromläggningar och ger insulinsprutor. Även Anna gör hembesök hos patienter ett par gånger i månaden, oftast på initiativ av distriktssköterskan eller hemsamariten.

– Om patienten inte kan ta sig hit går det snabbt för mig att göra ett hembesök. Området ligger ju så nära. På sikt spar det också tid. I annat fall blir patienten ett akutfall på sjukhuset, säger Anna Källkvist. Kronans vårdcentral har inneburit en avlastning för Karolinska sjukhuset, menar vårdlaget. Och vårdplanering är något vi borde lära mottagningarna på sjukhusen. Personalen där blir helt begeistrade när man berättar för dem hur väl det fungerar. De skulle kunna minska sina väntetider betydligt.

Trots att vårdlaget är ett väl sammanväst team så har var och en sina bestämda arbetsuppgifter. Man har inte kommit så långt att man bytt roller. Britt-Maria har sin distriktssköterskemottagning med telefoni och patientmottagning på förmiddagen och hembesök på eftermiddagen. Anna är som sagt distriktsläkare och Judith är mottagningssköterska.

– Många problem kan lösas per telefon, men jag tycker att jag tillbringar alldeles för stor del av min arbetsdag i telefon. Jag har kirurgi som specialutbildning och gillar att jobba mer praktiskt med patientvård. Jag skulle gärna



Distriktssköterskan Britt-Maria Eriksson.

(Foto: Anna-Karin Asp)

vilja hjälpa Anna vid mindre operationer, men det hinner jag inte nu. I stället har sjukvårdsbiträdet fått träna upp den biten, säger Judith. Det är hon som har hand om vårdplanering och telefonrådgivning i vårdlaget. Som mottagningssköterska kan hon hjälpa till med öronspolningar, omläggningar, förklara sjukdomstillstånd för patienterna och ge råd i största allmänhet. Och det är för sådana arbetsuppgifter hon skulle behöva mer tid.

Två vårdlag samarbetar

– Hade du frågat mig om mitt arbete före sommaren, hade jag låtit mer positiv, säger Judith. Men nu i sommar har två vårdlag haft samma expedition och då har vi varit två sjuksköterskor som kunnat byta av varandra, och det trivdes jag mycket bättre med. Jag gillar mer handgriplig kontakt med patienterna, ge sprutor och göra omläggningar.

De andra i vårdlaget håller med. Det är jobbigt att sitta bunden vid telefonen så gott som hela dagen. Anna har själv provat och tyckte ett par timmar var nog.

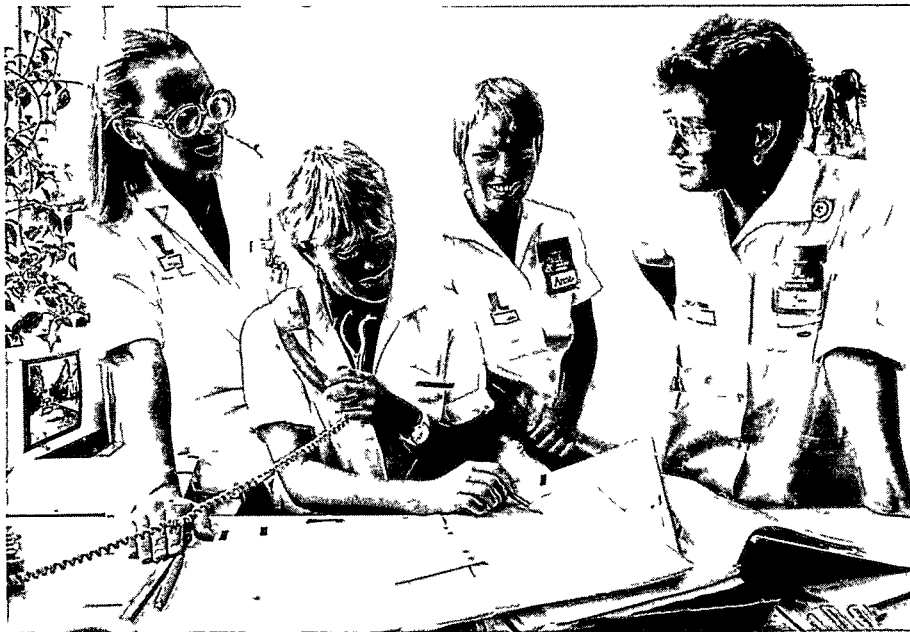
Britt-Maria verkar inte heller pigg på att utöka sin telefontid.

– Vad vi skulle kunna göra är att vi hjälps åt lite mer på förmiddagarna, säger hon, då jag ändå är här på vårdcentralen.

Det här problemet som dök upp under intervjun kommer vårdlaget att arbeta vidare med. Samarbetet med andra vårdlag i den här frågan verkade till sist mest vara en lokalfråga.

Anne Fjelkman, som är sjukvårdsbiträde, servar distriktsläkaren med journaler, har hand om arkivet och har även hon en del telefonpassning.

Sammansättningen av vårdlag varierar i Stockholms län. Vid de vårdcentraler som öppnat senast verkar man sträva efter följande bemanning: distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterska. Där är distriktssköter-



Vårdlaget samlat. Från vänster distriktsläkare Anna Källqvist, sjuksköterska Judith Löf, sjukvårdsbiträde Anne Fjelkman och distriktssköterska Britt-Maria Eriksson.

(Foto: Mats Jondell)

skan patientens första kontakt med vårdlaget och undersköterskan deltar aktivt i hembesöken.

Barnen saknas

Även om vårdlaget har hand om hela Lilla Alby så är långt ifrån alla invånare där deras patienter.

– En pusselbit som jag verkligen saknar är barnen, säger Anna. Jag ser nästan aldrig ett barn på min mottagning. De går till barnvårdscentralen och till speciella barnläkare här på vårdcentralen. Det känns helt fel. Vi vill ha över BVC till oss. Nu träffar jag barnen först i skolan, där jag är skolläkare i en låg- och mellanstadieskola. Det här är en kärnfråga, ska specialisterna i öppen vård vara konsulter eller ta samtliga patienter inom sin specialitet?

– Vi har heller inga rena psykiatriter. De går till psykmottagningen här i huset och socialläkaren tar hand om alkoholfallen. Men vi samarbetar och kan ibland byta patienter, säger Anna.

Samarbetet mellan de fem vårdlagen på vårdcentralen är viktig. Man vet vad de andra allmänläkarna och sjuksköterskorna är specialutbildade i. Till sammans täcker de ett stort kunskapsområde. Dessutom finns på vårdcentralen två barnläkare, en psykiater, en socialläkare och en gynekolog.

– Det är en av fördelarna med en storstad, vi har så många att fråga. I landsorten får man ofta sitta och pula själv, säger Anna.

– Jag har valt allmänläkarutbildningen som specialitet, eftersom jag tror på det. Jag vill jobba med hela människan. För mig är inte orden kontinuitet, helhetssyn, personlig kontakt bara honnörssord. De betyder verkligen något.

Britt-Maria arbetade inom slutenvård innan hon blev distriktssköterska.

– Jag skulle aldrig ha valt en distriktsskötersketjänst om jag satt ensam på en mottagning. Då hade jag ju ingen att lära av. Nackdelen med vård-

lag är kanske att vi stör varandra mer. Vi är många i huset, så man har stora chanser att störa andra. Distriktsläkaren blir nog mer utnyttjad på det här sättet, säger Britt-Maria.

Men Anna slår ifrån sig. Hon verkar vara den sortens läkare som gillar att bli "utnyttjad" av sitt vårdlag.

Pilotstudie av distriktssköterskors verksamhet i Tyresö primärvårdsområde

MALL KRIISA

För att konkretisera problemen med dålig kommunikation mellan sjukhus och primärvård, har en serie studier gjorts för att analysera patientflödet mellan vårdformerna samt den slutna vårdens kunskaper om primärvård.

I den aktuella studien har distriktssköterskornas telefon- och polikliniska verksamhet registrerats. Det framkommer att distriktssköterskorna i mycket hög utsträckning själva slutför varje patientkontakt. Vid den polikliniska verksamheten har mer än var tredje vård sökande remitterats från läkare på sjukhus eller i primärvård, medan endast var tjugonde remitterades av distriktssköterskan till läkare.

Nyckelord: Distriktssköterska, Verksamhetsbeskrivning, Stockholm.

Områdesbeskrivning

Tyresö kommun ligger ca 1,5 mil söder om Stockholm. Av kommunens befolkning på totalt 31.300 invånare bor ca 16.000 invånare centralt i ett tätbebyggt hyreshusområde. Perifer till den koncentrerade bebyggelsen finns nyare radhusområden och för övrigt finns blandat äldre och nyare villabebyggelse. Kommunens befolkning har låg medelålder och ligger betydligt under riksgenomsnittet. Endast 4,5 procent av befolkningen är över 65 år medan 30,8 procent är i åldrarna upp till 15 år. (Tabell I). Kommunen hör till Nacka sjukhus upptagningsområde

som totalt är 160.000 invånare. Sjukhuset är ett sk länsdelssjukhus med verksamheterna medicin, kirurgi, gynekologi och långvård.

Primärvårdens resurser

Tyresö kommun och primärvårdsområde är uppdelat i två betjäningssområden - Bollmora och Trollbäcken. Vid undersökningstillfället hade allmänläkarna, distriktssköterskorna, mödravårdscentralen och barnavårdscentralen i Bollmora egna separata lokaler. Enda samlokaliseringen var mellan allmänläkare och två barnspecialister. Under våren 1982 har en ny vårdcentral öppnats, där samtliga primärvårdsverksamheter samlokaliseras. Trollbäckens vårdcentral är nyuppförd och samlokaliseras med folktandvården. Den betjänar drygt 9 000 invånare. Vid undersökningstillfället fanns för hela primärvårdsområdet 5 distriktsläkar- samt 4,5 distriktsskötersketjänster.

Redovisad verksamhet

Samtliga distriktssköterskor redovisade under tiden 31.10-6.11 1978 hela sin telefonverksamhet, totalt 175 samtal, samt mottagningsverksamheten inklusive hembesök, totalt 302 besök.

Tabell II
Telefonverksamhet, totalt 175 samtal

Ringt på eget initiativ	136	78 %
Hänvisade av:		
dl.mottagningen	20	11 %
Nacka kir.klin.	10	5,5 %
Nacka övr. klin.	1	0,6 %
Övr. sjukhus privat läk företagshälsovård	8	4,6 %

Distriktssköterskornas telefonverksamhet

78 procent av de vård sökande ringde på eget initiativ till distriktssköterskan, 11 procent via sjukhus och andra vårdgivare (tabell II). På åtgärdsidan framkom att 54,3 procent av samtalen utgjordes av endast råd, provsvar och dyl. Ytterligare 18,3 procent av de vård sökande handlades i ett andra skede vid mottagnings- eller hembesök. (Tabell III). 17,7 procent av de vård sökande per telefon slussades direkt till distriktsläkarmottagningen och 3,9 procent hänvisades till sjukhus eller övrig läkare.

Kontakt med socialbyrån angående hemtjänst och övrig social service gällde endast fem fall dvs 2,8 procent. 127 samtal dvs 72,6 procent betjänades så-

Tabell III
Åtgärder vid telefonkontakt

Råd, provsvar och dyl.	95	54,3 %
Rek.bes. på distr.-sköt.mottagn.	28	16,0 %
Hembesök av distr.-sköt.	4	2,3 %
Hänvisade:		
Distr.läkare	31	17,7 %
Nacka kir. klin.	2	1,1 %
Övr. sjh + läk	5	2,8 %
Socialbyrån	5	2,8 %
Ej reg. åtgärder	5	2,8 %

ledes helt självständigt av sköterskorna medan 38 samtal dvs 21,6 procent slussades vidare till någon läkarkontakt.

Distriktssköterskornas mottagningsverksamhet

Under registreringsperioden gjordes 302 besök hos distriktssköterskorna därav drygt 45 procent av män och hembesöken var totalt 62. Det ansågs av stort intresse att följa upp andelen patienter med behandlingsmeddelande som remitterats till distriktssköterska. Tyvärr saknades uppgift huruvida behandlingsmeddelande funnits i knappt vart 5:e fall och då förekomst av behandlingsmeddelande registrerats, saknades detta hos 50 procent av patienterna. 37 procent av de polikliniska patienterna uppgav att de remitterats av någon läkare därav 29 procent från distriktsläkare, 38 procent från Nacka sjukhus och 33 procent från övriga läkare. Den genomsnittliga medelåldern hos distriktssköterskans patienter var 44,5 år och hembesökspatienterna 60,2 år. Som jämförelse kan anges att distriktsläkarnas patienter under motsvarande registreringsperiod var ca 30 år. Under den mycket korta registreringsperioden fanns enligt vårdpersonalen ovanligt litet barnsjukdomar och andra infektioner varför hembesöken hos barn var relativt få. Vidare bör observeras att barnproblemen inom Tyresö primärvårdsområde handläggs primärt av andra vårdgivare som BVC med barnsjuksköterskor samt barnläkarmottagning.

Åtgärder på mottagning och vid hembesök

Tillsammans med distriktssköterskorna gjordes åtgärdsförteckning, som användes vid registreringen av mottagningsverksamheten. Kirurgiska åtgärder som suturtagning och omläggning svarade för ca 40 procent av verksam-

Tabell I

Åldersfördelning i Tyresö kommun per 1978-12-31

0-6 år	3.506	(11,2 %)
7-15 år	6.135	(19 %)
16-64 år	20.250	(64,7 %)
≥ 65 år	1.409	(4,5 %)

heten och injektioner för ytterligare ca 10 proc. Patienter som enbart fått rådgivning, blodtryckskontroll samt dieterådgivning, utgjorde tillsammans 22 procent. Distriktssköterskorna remitterade till distriktsläkaren 11 patienter och ytterligare endast en till sjukhus. (Tabell IV.) Då det gäller de 62 patienter

Tabell IV
Poliklinisk verksamhet, 302 besök, inklusive hembesök

Råd	34
Suturtagning	20
Omläggning	98
Kateterbyte/spolning	1
Injektioner	31
Bltr.kontroll/dietråd	65
Medicindelning	3
Tillsyn	10
Ord., konstnadsfria hjälpm.	8
Ord. tekn. hjälpm	6
Bed. omvårdn.beh./hemsjukvård	2
Remitterat: Distr.läkare	11
Sjukhus	1
MVC	1
Socialbyrå	—
	291

ter som distriktssköterskorna besökt i hemmen, dominerade omläggningar och injektioner med tillsammans 30 fall, närmast blodtrycks- och dieterådgivning i 14 fall och allmän tillsyn i 9 fall. De övriga åtgärderna förekom i något enda fall vardera. (Tabell V.)

Tabell V
Poliklinisk verksamhet 62 patienter, endast hembesök

Råd	3
Omläggningar	20
Kateterbyte	1
Injektioner	10
Bltr/dietråd	14
Medicindelning	1
Tillsyn	9
Ord. kostn.fria hjälpm.	2
Ord. tekn. hjälpm.	3
Bed. omvårdn.beh./hemsjv.	1
Rem. övr. sjh. + läkare	1

Sammanfattning

Den relaterade undersökningen kan pga sitt ringa omfång endast betraktas som pilotstudie främst pga den korta registreringstiden. Vid registreringstillfället var arbetsformerna inom primärvården ej optimalt utvecklade mellan de olika funktionerna liksom samarbetet externt tex med sociala sektorn, vilket speglas i de få kontakttillfällena. Undersökningen ger ändå en god bild av distriktssköterskornas olika verksamhetsområden med telefonkommunikation och poliklinisk verksamhet. Det mesta handlägger distriktssköterskorna självständigt. Av telefonsamtalen åtgärdas 73 procent med enbart råd eller efter mottagning eller hembesök. Inom mottagningsverksamheten dominerar kirurgiska åtgärder samt blodtryckskontroller och dieterådgivning. På grund av låg andel pensionärer bland befolkningen är äldreomsorgs-åtgärder tämligen lågfrekventa.



100 5803

Ny hälsovårdsorganisation i Stockholm – skall möta 80-talets behov

LAILA LINNERGREN · LEIF SVANSTRÖM · PER TILLGREN

Inom Stockholms läns landsting har den framtida inriktningen av det förebyggande arbetet fastställts i hälso- och sjukvårdsplanen från november 1981.

Primärvårdens huvudansvar fastslås där, men på andra nivåer har organisatoriska förändringar vidtagits. Bland annat har inrättats en lokal hälsovårdsenhet, ett medicinskt sakkunnigt råd – HÄLSAK – samt en hälsoavdelning inom central förvaltning! Arbetsuppgifterna för denna organisation, såväl som för den politiska ledningsorganisationen – länskommittén för hälsoupplýsning – beskrivs.

Nyckelord: Samhällsmedicin, hälsovård, hälsovårdsenhet, Stockholm.

Genom den hälso- och sjukvårdsplan för Stockholms läns landsting som fastställdes i november månad 1981, har målet för en offensiv hälsopolitik i länet slagits fast. (1).

Primärvården i centrum

I framtiden skall sjukvården ha en väl utbyggd primärvård som grund. Det gäller såväl den somatiska som den psykiatriska vården.

Beslutet innebär också att den förebyggande vården prioriteras och skall byggas ut. På så sätt skall det i större utsträckning än i dag göras insatser för att förhindra sjukdomars uppkomst.

Författarpresentation:

Mall Kriisa, distriktsöverläkare, Dalens vårdcentral. Vid tiden för studien distriktsöverläkare vid primärvårdsblocket, Södra förvaltningsområdet, Stockholm.*

*Postadress: Dalens vårdcentral, 122 87 Enskede, tel 08-39 96 00

men även för att behandling skall sättas in i ett tidigt skede.

Arbetet förutsätts i framtiden ske i mindre enheter och med ett lokalt befolkningsansvar. Samarbete med primärkommunerna skall förbättras och sjukvårdens möjligheter att påverka den allmänna samhällsutvecklingen skall öka.

En ytterligare konkretisering av hälso- och sjukvårdsplanens intentioner har gjorts i länshälsokommitténs programskrift. (2).

Politiskt ledningsorgan

Länskommittén för hälsoupplýsning i Stockholms län är ett politiskt ledningsorgan för samarbete mellan landstinget och kommunerna i länet. Kommitténs uppgift är att ta initiativ till, stimulera, stödja, sprida och förmedla erfarenheter på det förebyggande området. Kommittén består av nio förtroendevalda ledamöter. Kommitténs ordförande ingår också i hälso- och sjukvårdsnämndens presidium. Kommunens representanter utses genom kommunförbundets länsavdelning.

I handlingsprogrammet belyses bla utgångspunkterna för en offensiv hälsopolitik, förutsättningar för hälsa och ohälsa i AB-län samt en nulägesbeskrivning av den förebyggande vården.

Programmet redovisar också principer för kommitténs arbete samt inriktningen på länskommitténs verksamhet för den kommande femårsperioden.

Handlingsprogrammet fastslår att landstingets primärvård utgör en plattform för insatser på det förebyggande området.

Ny organisation för att möta 80-talets behov

För att bättre svara upp mot de krav som handlingsprogrammet och primärvården ställer, har inom hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning vidtagits följande organisatoriska åtgärder:

- inrättande av lokal hälsovårdsenhet vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg
- tillsättande av ett hälsoråd med sakkunniga – HÄLSAK
- inrättande av en central hälsoavdelning.

Lokal hälsovårdsenhet i nordvästra förvaltningsområdet

Den lokala hälsovårdsenhetens främsta uppgift är att utgöra ett stöd för hälso- och sjukvården och då särskilt för primärvården i dess utvecklingsarbete med förebyggande frågor.

Hälsovårdsenhetens arbete leds av hälsovårdsöverläkaren och som övrig personal ingår en biträdande hälsovårdsöverläkare, tillika distriktsläkare, samt två utredningssekreterare med samhällsvetenskaplig inriktning. I hälsovårdsenheten finns sålunda samhällsvetenskaplig, socialmedicinsk och allmänmedicinsk kompetens.

I två pågående utredningar i landstinget – "Inriktning, omfattning och struktur för den samhällsmedicinska verksamheten" och "Utredning om utbyggnad av yrkesmedicin i Stockholms läns landsting" – diskuteras hur man skall förse primärvården med kompetens från det omgivningshygieniska och yrkesmedicinska området samt hur man skall kunna tillgodose behovet av en utbyggnad med en lokal hälsovårdsenhet i vart och ett av landstingets fem förvaltningsområden.

Hälsovårdsöverläkaren skall utöver ansvaret för den lokala hälsovårdsenheten även ha en rådgivande funktion i hälsofrågor till länshälsokommittén och den centrala hälsoavdelningen. För att bli kunna upprätthålla denna funktion, har det inrättats ett medicinskt sakkunnigt råd benämnt HÄLSAK.

Hälsak

I HÄLSAK ingår ett begränsat antal kvalificerade företrädare för olika medicinska verksamhetsområden med särskild betoning av det förebyggande området och då från primärvården (allmänmedicin och socialmedicin), barn- och mödrahälsovård samt invärtesmedicin. Huvuduppgifterna för HÄLSAK är att:

- ta initiativ till och vara stimulans för försöksverksamhet, forsknings- och utvecklingsprojekt inom hela det förebyggande och hälsovårdande området
- vara rådgivande organ till förvaltningen i dess arbete inom i första hand hälsoavdelningen och läns-hälsokommittén
- medverka till att sprida dokumenterade erfarenheter från sitt verksamhetsområde.

En viktig uppgift för HÄLSAK blir att konkretisera de mål för förebyggande vård som finns fastlagda i landstingets hälso- och sjukvårdsplan samt föreslå framtidsvägar för det förebyggande arbetet. För närvarande består HÄLSAK av nio ledamöter och förutom ordföranden, hälsovårdsöverläkare Leif Svanström, ingår i HÄLSAK mödrahälsovårdsöverläkare Bo A Nilsson, barnhälsoöverläkare Mats Barr, biträdande hälsovårdsöverläkare Bo Haglund, distriktsöverläkarna Ylva Roth, Agneta

Vigborg, Mall Kriisa och Hans Theander samt överläkare Stephan Rössner.

Varje ledamot i HÄLSAK har till uppgift att inom sitt medicinska verksamhetsområde ta initiativ till och vara stimulans för försöksverksamhet, forsknings- och utvecklingsprojekt.

Förutom att sjukvårdsdirektören deltar vid rådets möten har också avdelningscheferna för primärvårds- och akutavdelningarna inom central förvaltning, möjlighet att deltaga vid HÄLSAK's sammanträden. HÄLSAK har också möjlighet att till sig knyta övrig erforderlig medicinsk expertis.

HÄLSAK beräknas sammanträda cirka åtta gånger per år. Avdelningschefen för hälsoavdelningen är föredragande och verkställande tjänsteman och sekretariatsfunktionen handhas av hälsoavdelningen (3).

Hälsoavdelningen inom central förvaltning

På central nivå har också genomförts organisatoriska förändringar. Sedan 1 maj 1981 finns det en ny hälsoavdelning. Samtidigt upphörde de två avdelningarna för hälsoservice och kostfrågor med sin verksamhet (4, 5).

Den nya avdelningens främsta uppgifter är att:

- genomföra övergripande utredningar och utvecklingsarbete inom hälsopolitik och förebyggande verksamhet
- stimulera utvecklingen av förebyggande och hälsovårdande insatser vid landstingets sjukhus och vårdcentraler
- stimulera utvecklingen av förebyggande hälsovårdande insatser hos primärkommuner, föreningslivet, folkrörelserna m.fl organisationer
- utgöra sekretariat åt länskommittén för hälsoupplýsning.

Hälsoavdelningens verksamhet är främst inriktad på områdena "hälsopolitik/samhällsmedicin" (6) och "hälsovård/hälsoupplýsning".

Hälsopolitik/samhällsmedicin

Inom funktionsområdet hälsopolitik och samhällsmedicin är huvuduppgifterna att svara för utveckling och kunskapsuppbyggnad som underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens och landstingets hälsoplanering och policy. En annan uppgift är bli att utföra övergripande utredningar och analyser vad avser främst hälsorisker. Arbetet skall bli kunna leda till utarbetandet av hälsopolitiska handlingsprogram. Det pågående arbetet har hittills främst inriktats på utredningar som berör samhällsmedicin och yrkesmedicin samt kunskapsunderlag inom allergiområdet.

Hälsovård/hälsoupplýsning

Inom området hälsovård och hälsoupplýsning är den främsta uppgiften av förebyggande arbete, hälsovård och hälsoupplýsning inom landstingets egen hälso- och sjukvård men även hos

andra huvudmän. En stor del av verksamheten ägnas åt de länsprogram och modellarbeten som länskommittén har tagit initiativ till. Tyngdpunkten av det förebyggande arbetet kommer att ske inom primärvårdens verksamhet. Denna praktiska förankring sker genom den lokala hälsovårdsenheten.

Referenser

1. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsplan för Stockholms läns landsting, Stockholm 1981.
2. Länshälsokommittén, kommitténs roll och uppgifter inom landstingets förebyggande vård-handlingsprogram 1982-1987, Länskommittén för hälsoupplýsningsskriftserie nr 11. Stockholm 1982.
3. Stockholms läns landsting, hälso- och sjukvårdsnämnden, hälsosakkunniga – HÄLSAK – arbetsordning 1982-05-03, stencil. Stockholm 1982.
4. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Inriktning och organisation av en hälsoavdelning inom central förvaltning, stencil. Stockholm 1981.
5. Tillgren, Per: Den förebyggande hälsovården sätts i focus i AB-län, Sjukhuset 1982; 5: 255-257.
6. Svanström, Leif: Vad är samhällsmedicin? Sjukhuset 1982; 2: 62-66.

Friskvård inom en kommun med primärvården som bas

SIV NORRBY-JOHANSSON · KERSTIN PERSSON-NYJORDET · PER TILLGREN

Distriktssköterskorna i Vaxholms kommun uppsökte under ett år 314 personer i ett slumpmässigt urval om 500 för ett samtal om sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. Deltagarna var ofta motiverade för att motionera mera, gå ner i vikt, minska stressen, äta sundare och minska rökningen. Distriktssköterskorna har startat viktreducerings- och rökslutarkurser. Sjukgymnasterna erbjuder ryggskola. Aktionen fortsätter i kommunen.

Nyckelord: Hälsoupplýsning, hälsovård, distriktssköterska, Stockholm.

Bakgrund

Våren 1977 framlades en motion i Vaxholms kommun om upprättandet av en friskvårdsplan för kommunen (1). Våren 1978 tog kommunens kansli kontakt med länskommittén för hälsoupplýsning i Stockholms län och frågade om kommittén var beredd att medverka i framtagande av en sådan plan. I maj 1978 förklarade sig länskommittén positiv till detta, det förusattes då att:

- begreppet friskvård skulle innefatta förebyggande åtgärder över huvud taget
- kommunens olika förvaltningar skulle medverka i planeringen
- planen skulle bli föremål för seriös behandling

Syftet med friskvårdsarbetet var att ta fram en plan som kunde främja hälsa och välbefinnande och förebygga sjukdom och ohälsa hos invånarna.

Arbetet i Vaxholm har uppdelats i följande tre delprojekt:

- 1) Kartläggnings- och utvecklingsarbete om enskilda människors och gruppers behov.

- 2) Lägga fram konkreta åtgärdsprogram inom friskvården.

- 3) Ta fram en modell för kommunal friskvårdsplanering.

Ett av delprojekten hade till syfte att med primärvården som bas bedriva hälsoupplýsning och förebyggande arbete. För att ge personalen bättre förutsättningar för detta arbete inleddes olika former av fortbildningsinsatser dels repetition av gamla kunskaper samt fortbildning för att bättre kunna möta nya krav från allmänheten och de nya arbetsuppgifter som den nya hälso- och sjukvårdslagen innebär. Personalen fick på arbetstid delta i en universitetscirkel i kommunikation där bla möjlighet gavs till att träna intervju- och samtalsmetodik samt att engagera sig i attitydförändringar som pågår. Målet var att sätta individens hälsa och välbefinnande i fokus - den egna likaväl som medmänniskors. Dessutom genomfördes för personalen en föreläsningssirkel om prevention.

Distriktssköterskorna i primärvårdsområdet kom också att engageras i det kartläggnings- och utvecklingsarbete som gjordes i kommunen. Arbetet var en uppföljning av den enkätundersökning som professor Lars Olof Bygren tidigare gjort 1979, då en enkät utskickades till 5000 hushåll i Vaxholms kommun. Resultatet från denna undersökning har redovisats i rapporten 3353 hushålls syn på behovet av hälsofrämjande åtgärder (2).

Distriktssköterskorna i kommunen har därefter gjort en uppföljning med intervjuundersökning till 500 slumpvis uttagna personer i kommunen. Detta arbete har också utförts under ledning av professor Lars Olof Bygren. Resultaten av dessa arbeten ska bli ligga till grund för konkreta åtgärdsprogram samt svara för ett av underlagen för innehållet i primärvårdens hälsoansvar.

Population och urval

Populationen i denna undersökning utgörs av knappt 30000 personer i åldern 20-70 år och som var skrivna i Vaxholm kommun den 1 april 1981. Av ett slumpmässigt urval om 500 personer deltog 314 dvs 62%. Bortfallet är stort och förvanskar sannolikt resultaten, som alltså inte kan användas som populationsskattning. De är intressan-

ta som en beskrivning av aktionen. De äldre och kvinnorna hade högsta deltagandet. Sammanlagt deltog 147 män och 167 kvinnor och totalt var 145 personer 45 år eller äldre (4).

Vad gör man redan nu

De flesta av deltagarna, 93 % trodde att det går att förebygga sjukdom, 5 % var tveksamma och 2 % svarade nej. Man frågade vad det finns för hinder för att göra mer för sin hälsa. Vidare frågades om kostvanor, rökning, viktproblem och vad man önskade göra mera för att förbättra sin hälsa och om så vara fallet är man då intresserad av att delta i någon aktivitet tex rökslutargrupp, bantningsgrupp, egenvård.

Deltagarna fick också framföra en hälsning till kommunen med önskan om mer service som skulle kunna underlätta hälsofrämjande service.

Vad ville deltagarna göra mera?

Av de 314 deltagarna ville 145 få mer motion. För övrigt ville de i sjunkande frekvens:

- 1 Motionera mera
- 2 gå ner i vikt
- 3 minska stressen
- 4 äta sundare
- 5 minska rökningen
- 6 sova mer
- 7 få en bättre fritid
- 8 få ett bättre familjeliv
- 9 ordna upp ekonomin
- 10 minska alkoholen

Metod

Distriktssköterskorna var med och utformade frågeformuläret och kom med önskemål om vilka frågor som skulle vara med. Sedan visade det sig att intervjuerna tog mycket tid i anspråk. Det var svårt att få kontakt med deltagarna. Det var dessutom svårt att få en tid som passade båda. Telefonkontakter och intervjusamtal gjordes mest under kvällstid då det var mycket få av deltagarna som kunde nås under dagtid. Många som tillfrågades var ovilliga att medverka, många bodde ej på den adressen som datalistan angav, några bodde utomlands, några var långvarigt sjuka och vistades på sjukhus och några hade avlidit.

De flesta av distriktssköterskorna har varit mycket negativa till att göra

intervjuerna. De hade svårt att se någon mening med arbetet – då också en enkätundersökning gjorts inom kommunen strax före. Man var också rädd att det ordinarie distriktssköterskearbetet ej skulle hinna med då distriktssköterskorna fortfarande har distrikt med ca 5 000 invånare.

En viss förstärkning hade man fått i form av en extra distriktsskötersketjänst under en viss tid samt hjälp av en projektledare. Men meningen var att allt friskvårdsarbete skulle ingå som en naturlig del i det ordinarie distriktssköterskearbetet. Att motivationen särskilt i början var låg kan kanske bero på att distriktssköterskorna tycker att de kurativa arbetsuppgifterna är viktigare än de preventiva. Att uppsöka friska personer kan kännas främmande när man tidigare ej arbetat så med undantag av barnhälsovård och skolhälsovård.

Nuläge

Vid starten var det meningen att friskvårdsprojektet skulle drivas både från landstingets primärvård och kommunen med utnyttjande av varandras resurser. På grund av ökade arbetsuppgifter i samband med kommunens delning och omorganisation så har inte kommunen förmått genomföra en del av de planerade aktiviteterna. De önskemål som framkommit vid intervjuerna och som hörde till kommunens verksamhet skulle överlämnas till kommunens friskvårdskonsulent för vidare åtgärder inom repsektive förvaltning. Innan någon verksamhet kommit igång visade det sig att den framtida verksamheten var oklar. Friskvårdskonsulentens tjänst var in dragen från årsskiftet 1981/82 och det fanns ingen kontaktperson.

Som en uppföljning av intervjuarbetet har distriktssköterskorna sedan början av detta år arbetat med rökavvänjande och bantargrupper. Några av distriktssköterskorna har individuella patienter. Sjukgymnasterna har ryggskola. En del av de intervjuade deltar nu i grupperna – dock har inte så många av dessa tackat ja. Skälen är många och en del kan inte komma ifrån på eftermiddagarna då grupperna träffas. Några har sedan intervjutillfället lyckats på egen hand med tex att sluta röka eller gå ner i vikt. Andra önskar att få återkomma vid senare tillfälle.

Grupperna har bestått av ca tio personer vilket vi tycker är en lagom storlek för att det ska kunna sporra, inspirera och hjälpa varandra.

Grupperna fylls lätt på från andra håll. Många kommer från distriktssköterskornas egna mottagningar andra remitteras från allmänläkarmottagningen, barnvårds- och mödravårdscentralerna. Vi ser att efterfrågan hela tiden ökar och många står nu på väntelista.

För att klara av motionsdelen till dem av de intervjuade som önskade motion har fritidskontoret i kommu-

nen tagit fram en förteckning på aktiva föreningar som har motion på sitt program. Genom studieförbunden skall kommuninvånarna också erbjudas andra aktiviteter som framkommit vid intervjuerna tex önskemål om kost och diet, vegetarisk kost, fasta och egenvård, samlevnadskurserna och avslappning.

Viktigt har också varit att tillhandahålla material som stärker den muntliga informationen. Vid både bantargrupper och rökslutargrupper har distriktssköterskorna själva klarat av den viktiga motionsdelen. Vid rökslutargruppens sammankomst har tidigare gruppdeltagare kommit in som resurs.

Distriktssköterskorna som till att börja med var tveksamma och kände en viss osäkerhet inför de delvis nya arbetsuppgifterna upplever nu hälsoarbetet som positivt och stimulerande. Det är viktigt att komma ihåg att allt förändringsarbete och den process detta för med sig ej sker från en dag till en annan utan måste få ta en viss tid.

Referenser:

- 1 Tillgren, P, Översiktlig redovisning av friskvårdsplanarbetet i Vaxholms kom-

mun – Rapport 1982-06-02, Stencil. Stockholm 1982.

- 2 Bygren, L-O, 3 353 hushålls syn på behovet av hälsofrämjande åtgärder. Länskommittén för hälsoupplysnings skriftserie nr 6. Stockholm 1980.
- 3 Bygren, L-O, Uppsökande primärhälsovård, Stencil. Stockholm 1982.
- 4 Norrby-Johansson, S, Friskvård i Vaxholm med primärvården som bas. Stencil. Stockholm 1982.

Författarpresentation:

Siv Norrby-Johansson, distriktssköterska och vårdlärare, Vaxholms primärvårdsområde.*

Kerstin Persson-Nygjordan, distriktssköterska och blockföreståndare, primärvårdsblocket Nordöstra förvaltningsområdet, Stockholms läns landsting.*

Per Tillgren, socionom och sekreterare vid hälsoavdelningen inom hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning.

*Postadress: Vaxholms vårdcentral, Hamngatan 5, 185 00 Vaxholm.

Erfarenheter av hälsoupplysning i primärvård

Varken i Vaxholm (sid 169) eller i Sollentuna (sid 171) är resultaten – på kort sikt – särskilt uppmuntrande av hälsoupplysning.

Det finns dock andra som fått mera positiva resultat. Det är viktigt att berätta om dessa.

**Välkomna
med Era bidrag
till
SFAM-nytt!**

Hälsoupplysning med vårdlag som bas

Från projekteringen av ett hälsovårdsprojekt på Sollentuna vårdcentral

MARIANNE DE LOËS

I Länskommitténs för hälsoupplysning handlingsprogram 1982-1986 anges bl a i några projekt riktlinjer för utvecklingsarbete av hälsoupplysning med primärvården som bas. Där diskuteras också behov av utveckling av vårdlagets roll i hälsoupplysningen.

Då vårdlagsorganisationen inom primärvården är av mycket sent datum och i Stockholms läns landsting hittills finns företrädd bara på några få ställen, saknas erfarenhet av vårdlagets möjlighet att utveckla hälsoupplysningsarbetet. Läns-hälsokommittén har därför uppdragit åt Hälsovårds-enheten att i samarbete med Sollentuna primär-vårdsområde, som har längst erfarenhet av vård-lagsarbete i Stockholm; i ett projekteringsarbete systematiskt studera hinder och svårigheter som kan föreligga vid vidareutveckling av hälsoupplysning. Projekteringsarbetet, ur vilket vi här publicerar de viktigaste avsnitten, är ämnat att utgöra en bas för fortsatt utvecklingsarbete och projekt inom området.

Nyckelord: Vårdlag, hälsoupplysning, hälsovård, primärvård i storstad, Stockholm.



(Från Galageo nr 4 1982)

BAKGRUND

Projekteringsens målsättning

Målsättningen för projekteringen var:

- (1)
 - att studera hur primärvården med vårdlagen som bas utvecklar arbetet med förebyggande åtgärder. Denna utveckling skall ske i form av hälsovård och hälsoupplysning med befintliga resurser och inom ramen för vårdlagens normala verksamhet.
 - att låta de erfarenheter som samlats under projekteringen utgöra underlag för planering av framtida hälsovårdsprojekt.

Teoretiska utgångspunkter

Hälsovårdsarbetet är i hög grad beroende av synsättet hos dem som skall utföra det. Först i andra hand kommer frågor som resurser, utbildning, metod osv.

Bolin och Haglund föreslår ett schema med indelning av olika hälsoperspektiv som en modell för att beskriva denna problematik (2). Först en definition av preventionsnivåer:

Förebyggande arbete med tvärvetenskaplig ansats

Fältet med ett samhällsmedicinskt perspektiv bundet till primär- och se-

Figur 1. Nivåer för prevention

Primär	Sekundär	Tertiär
Förebygga och skydda mot sjukdom	Tidigt upptäcka och tidigt behandla sjukdom	Bota, vårda och rehabilitera

Fig 2 Perspektiv på hälsa och prevention

Efter Bolin och Haglund 1982

Perspektiv	Tertiär prevention	Primär och sekundär prevention
Samhällsmedicinskt	Vårdlagssynsätt	Förebyggande arbete med tvärvetenskaplig ansats
Biologiskt-naturvetenskapligt	"Traditionell" sjukvård	Vårdprogram Teknokratiska lösningar (medikalisering)

kundärpreventiva åtgärder motsvarar den ideologi som kommit till uttryck i en rad sjukvårdspolitiska beslut.

Primärvårdens speciella förutsättningar för primär- och sekundärprevention ligger i direktkontakten med befolkningen. Att arbeta utifrån en helhetssyn och bedriva hälsoupplýsning som en dialog med olika grupper ligger följaktligen mycket väl till för primärvårdspersonal. Deras eget arbetssätt innehåller de grundläggande förutsättningarna (3).

Vårdlagssynsätt i förening med ett samhällsmedicinskt perspektiv

Utvecklingen mot bildande av vårdlag är en logisk följd för att kunna bemöta de problem som uppstår när man på primärvården ställer krav såsom helhetssyn, områdesansvar, kontinuitet osv.

Den områdesbaserade enheten – vårdlaget – blir en enhet som i första hand uppehåller hälsoansvaret i primärkommunen. Vårdlaget karakteriseras av ett långt drivet samarbete mellan de olika yrkesgrupperna och blir en självständig enhet inom primärvården. Det organiserar och planerar sin verksamhet självständigt utifrån egna förutsättningar, men med uppfyllande av de uppgifter det har att ansvara för (4).

Som primärvården kommit att utvecklas i Sverige de senaste decennierna ligger det i dess arbetssätt att huvudsakligen ha en sjukvårdande funktion, dvs framför allt att utföra tertiärpreventivt arbete och i viss mån sekundärpreventivt. Den primära preventionen förekommer som en naturlig del endast i mödra- och barnhälsovården. Genom utvecklingen till vårdlagsorganisation skapas förbättrade förutsättningar i hela primärvårdsorganisationen även för primärpreventivt arbete. I dag arbetar ofta distriktsköterskor, distriktsläkare och andra befattningshavare sida vid sida utan större samordning. Patientarbete bedrivs sällan på lägsta effektiva omhändertagningsnivå. Erfarenheter av vårdlagsarbete i exempelvis Sjöbo visar att distriktssköterskan i praktiken kan ta hand om en betydande del av distriktsläkarens patienter. Vidare kan distriktssköterskan speciellt inom hem-sjukvården fördela arbetsuppgifter till undersköterska osv. Detta rationaliserar arbetet och skapar möjligheter för andra insatser (4).

Vårdlagsarbetet skapar också möjlighet att i praktiken ta ett ansvar för befolkningen i ett upptagningsområde och i tid uppmärksamma hälsorisker och ta de första initiativen till förebyggande åtgärder (3).

Traditionell sjukvård

Det dominerande synsättet inom den traditionella sjukvården har alltmer utvecklats mot ett biologiskt-naturvetenskapligt perspektiv, kanske främst tack vare specialisering av vården som skett med hjälp av stora tekniska land-

vinningar inom medicinen. Den snabba tekniska utvecklingen för exempelvis sofistikerade utrustningar för diagnostik förväntas fortgå.

Som motvikt till denna utveckling står dock trenden till en helhetssyn på människan; människan beroende av sin fysiska, psykiska och sociala omvärld.

Vårdprogram

Vårdprogram utarbetas för att utveckla arbetsrutiner, samla kunskap och etablera samarbete med olika funktioner inom primärvården och i primärkommunerna beträffande vissa stora sjukdomsgrupper såsom hypertoni, diabetes och rörelseorganens sjukdomar.

Vårdprogram är till sin natur sekundärpreventiva, stundom även tertiärpreventiva, och grundar sig på ett biologiskt-naturvetenskapligt synsätt. En risk för medikalisering genom teknokratiska lösningar föreligger. Som exempel kan nämnas vårdprogram för hypertoner. Redan gränsdragningen för en diagnos är av största betydelse för en individ: stämpeln hypertoner kan i sig innebära en försämring för individen och tom tänkas ha en negativ effekt på blodtrycket. Risken för "övermedikalisering" är uppenbar.

Utveckling av målsättningen – förutsättningar för en målmedveten satsning på hälsovård på Sollentuna vårdcentral

I målsättningen anges att målen för projekteringen är att studera utvecklingen av arbetet med förebyggande åtgärder och att låta de erfarenheter som samlats under projekteringen utgöra underlag för planering av framtida hälsovårdsprojekt.

Med utgångspunkt från Bolin och Haglunds schema över synsättet på hälsa och prevention kartlades förutsättningar och svårigheter för hälsovård på Sollentuna vårdcentral med hjälp av följande frågekomplex (figur 3).

MATERIAL OCH METOD

Dagboksanteckningar har förts kontinuerligt sedan den första kontakten togs med Hälsovårdsenheten för medverkan till planering av ett hälsovårdsprojekt på Sollentuna vårdcentral. Med hjälp av dessa anteckningar redovisas i korthet de olika former och nivåer för projektet som diskuterats under projekterings tiden.

RESULTAT

Maj 1981

Första kontakt från Sollentuna vårdcentral med Hälsovårdsenheten om en önskan om samarbete för att utveckla ett hälsovårdsprojekt på Sollentuna vårdcentral. Hälsovårdsenheten var intressad och önskade konkreta förslag i en preliminärplan som en av forskarna på Hälsovårdsenheten fick i uppdrag att utarbeta.

Figur 3
Frageställningar vid utvärdering av hälsovårdsarbetet i primärvården

1. **SYNSÄTT** – I vad mån har ett samhällsmedicinskt synsätt trängt igenom i vårdlagen? Finns det något ideologiskt motstånd till att genomföra preventiva åtgärder?
2. **BEREDSKAP** – Hur stor är beredskapen att motsvara de ideologiska förväntningarna – tidstrenden – att realisera preventivt arbete? Vilka eventuella hinder går att identifiera?
3. **NIVÅ** – Är vårdlaget en lämplig nivå att omsätta ett samhällsmedicinskt synsätt?
4. **ORGANISATION** – Vilken arbetsmodell finns på vårdcentralen? Finns ett utvecklat samarbete mellan olika personalkategorier?
5. **RESURSER** – Finns det tidsmässigt utrymme för preventivt arbete? Vilka personalresurser kan frigöras?
6. **AVGRÄNSNING** – Vad kan primärvården påtaga sig att genomföra i förebyggande åtgärder? Var går gränsen?
7. **METOD** – Vilka metoder bör primärvården använda i sitt hälsoarbete?
8. **UTBILDNING** – Vilka kunskaper behöver personalen för att utföra sitt hälsoarbete?

Diskussioner i ett av vårdlagen på vårdcentralen beträffande preventiva satsningar. Vårdlaget vill genomföra kurser för rökavvänjning och viktminskning för överviktiga med ledbesvär. Dessa beräknas starta till hösten.

Juni–augusti 1981

Under denna tid fördes diskussioner mellan vårdcentralen och Hälsovårdsenheten. En första plan för ansökan om projekteringsanslag började ta form. Den var klar i slutet av augusti.

September 1981

Eftersom denna första plan rörde sig på vårdlagsnivå presenterades den på en konferens hos det aktuella vårdlaget. Den fick ett ganska svagt mottagande. Vårdlaget önskade endast den planerade gruppverksamheten för rökare och överviktiga med ledbesvär.

På Hälsovårdsenheten och vårdcentralen diskuterades därefter möjligheterna för att utvidga planen till ett hälsovårdsprojekt med en epidemiologisk ansats. Ett sådant projekt skulle kunna startas hösten 1982 efter planering under innevarande höst 1981 och våren 1982. Ett seminarium för genomgång av förutsättningar, önskemål och målsättningar planerades till mitten av november 1981.

Rökavvänjningskursen startade i slutet av september i Östra Turebergs vårdlag.

Oktober 1981

I slutet av oktober startade gruppen i Östra Turebergs vårdlag sin verksamhet för överviktiga med ledbesvär.

Under oktober diskuterades den epidemiologiska utvidgningen av hälsovårdsprojektet.

November 1981

Den plan som förelades på ett seminarium den 13 november omfattade en hälsoundersökning (hälsoprofil) av ett representativt urval av befolkningen i Östra Turebergs upptagningsområde (ca 6000 invånare) för att identifiera riskgrupper. Planen bygger på erfarenheter från Skaraborgs läns hälsoprofilstudie. I detta seminarium deltog biträdande hälsovårdsöverläkaren, PVO-chefen och en läkare från Sollentuna vårdcentral samt fem forskare från Hälsovårdsenheten och Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan.

En av aspekterna som togs upp i samband med frågan om förverkligandet av primärvårdens målsättning var vårdlagets attityd till prevention. En av läkarna från vårdcentralen ansåg att en förändring mot acceptering av behovet av preventiva åtgärder för tillfället sker, men att ett visst motstånd ändå finns.

En annan frågeställning var forskarens roll i detta sammanhang. Uppstår det svårigheter genom att forskaren kommer utifrån, i detta fall från en hälsovårdsenhet med idéer om hälsovård som egentligen faller inom vårdlagets kompetensram? Frågan lämnades öppen.

I mitten av november antogs ansökan om projekteringen som beräknades ta fem månader i anspråk, från 1 november.

December 1981

I december skrevs och förelades en ny plan för vårdlaget, ovannämnda hälsoundersökning ingick i den. Vårdlaget var inte intresserat av att utvidga sin verksamhet. Resursbrist angavs som skäl.

Rökavvänjningen var avslutad och viktgruppen beräknades pågå till maj månad.

Januari 1982

Vid nya överläggningar mellan vårdcentralen och Hälsovårdsenheten föreslogs en ny modell. Med hänsyn till den resursbrist som framkom vid vårdlagskonferensen i december planerades nu endast en satsning på ett utvidgat anamnesupptagande beträffande patienternas levnadssätt, dvs rökning, hög alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet, övervikt osv, faktorer som kan tänkas påverkbara antingen genom att läkaren uppmanar patienten att själv göra något eller också genom att skicka patienten vidare till någon hälso-/friskvårdsorganisation. Ett nätverk av frivilligorganisationer för hälsofrågor skulle kartläggas i en första fas. Denna

modell bygger på en integrering av hälsovården i det dagliga arbetet på vårdcentralen.

Februari 1982

På ett möte med vårdcentralens läkare framlades förslaget om ett utvidgat anamnesupptagande. Det påpekades av läkarna att detta i och för sig inte är någon nyhet, utan de flesta av dem är redan observanta på dessa riskfaktorer. Förslaget om kartläggning av hälsoorganisationer i kommunen mottogs däremot med mer bifall. Med en katalog över de organisationer som kan samarbeta med vårdcentralen i hälsofrågor kan läkaren lättare vid behov skicka vidare sina patienter till en annan lämplig "instans".

Mars 1982

Efter läkarmötet i februari fattades beslut på Hälsovårdsenheten om att skriva en slutrapport från projekteringsarbetet.

DISKUSSION

Effekten av hälsoupplýsning för patientgrupper

Rökavvänjning

Resultaten av rökavvänjningen vid sexmånadersuppföljningen, med tre av tio deltagare som slutat röka, en familjemedlem utanför kursen som också slutat samt en person som minskat sin tobakskonsumtion avsevärt, får anses ligga inom ramen för förväntade resultat vid dylik verksamhet (5). Närmast kan verksamheten jämföras med rökavvänjningsklinik. Uppföljning av dem som startat behandling vid sådan klinik visar oftast endast en femtedel rökfria efter ett år (6). Trots att långtidsresultaten förbättrats något under de senaste åren ger de ändå mager utdelning för en relativt stor insats.

Gustafsson och Tibbling (6) anser rökavvänjning inom sjukvården trots detta vara av betydelse. Rökavvänjningsenheter kan fungera för behandling och för information och hjälp till självhjälp. Dessutom kan de utnyttjas som påtryckningsmedel genom att läkare hänvisar patienter med rökkningsassocierade besvär eller sjukdomar till en sådan enhet.

Den personella insatsen förefaller något överdimensionerad. Deltagarantalet på sammankomsterna har varierat mellan tre och fem personer. Med två till tre ledare under 1 1/4 timme och 10 sammankomster blir arbetsinsatsen stor i förhållande till deltagarantalet. Denna stora insats har kanske inte varit utslagsgivande för resultatet. Det är möjligt att, om verksamheten skall fortsätta, distriktssköterskan i högre grad kan ta ansvar för verksamheten och därmed avlasta läkaren, eventuellt också överta motionsverksamheten. Med tanke på den nedsatta grundkonditionen hos rökare (7,8) är motionsverksamheten utomordentligt viktig och samtidigt är aktivering mycket tålamodskrävande.

Vidare kan påpekas, att inte mindre än sex av 24 personer, dvs 25 procent av dem som svarade på kallelsen, inte kunde komma till rökavvänjningen på grund av att den hölls på ordinarie arbetstid. Det kan därför vara lämpligt att försöka att även erbjuda kurser på annan tid.

9 av 24 svarade inte på kallelsen överhuvudtaget. En orsak till detta kan vara den stora tidsrymd som ibland förflöt mellan patientens beslut och kallelsen. I vissa fall rekryterades patienten redan på våren för höstens kurs. Har patienten kanske slutat röka på egen hand eller kan beslutet ha gått upp i rök?

Med dessa magra resultat genom rökavvänjning framstår en satsning på debutförebyggande program som ytterst viktig. Likaså bör arbetet för att uppnå en rökfri sjukvård intensifieras inom ramen för en hälsovårdssatsning. Detta blir allt tydligare en nödvändighet om sjukvården vill verka övertygande och föredömlig.

Viktninskning för överviktiga med ledbesvär

De preliminära resultat som redovisats pekar tydligt på de svårigheter som uppstår när man försöker få till stånd en beteendemodifikation beträffande kostvanor. Endast en av de fem patienter som deltog har lyckats gå ned mer än 5 kg. Denna patient har också kommit regelbundet till simhallen och lärt sig att simma. Det är dock möjligt, att viktninskningen hos denna patient har ett samband med en under våren diagnosticerad bröstcancer.

Också i denna gruppverksamhet har kursledningen förefallit överdimensionerad. Om sådan verksamhet skall fortsätta kan kanske en sköterska även här i fortsättningen ta mer ansvar för verksamheten än hittills. Skillnaden är dock att denna grupp består av patienter som har kroniska ledbesvär vilka endast i viss mån förbättras genom viktninskning. De fordrar givetvis mer handledning av såväl läkare som sjukgymnast än rökavvänjningspatienterna.

Förutsättningar och svårigheter för en målmedveten satsning på hälsovård

I det följande diskuteras lokala förutsättningar och svårigheter för en hälsovårdssatsning efter de frågekomplex som anfördes inledningsvis under frågeställningar (figur 3).

Synsätt och beredskap

Stora förväntningar knyts till primärvården genom den offensiva hälsopolitik som nu drivs och som avlöst den specialiseringsväg inom medicinen som präglad de senaste decennierna. I den "nya" ideologin talas bland annat om helhetssyn på människan och hennes hälsa. För att förverkliga denna målsättning behövs en väl utbyggd och fungerande primärvård.

I realiteten, även på en "normalbe-

mannad" vårdcentral, visar det sig svårt att motsvara dessa förväntningar. Ett paradigmskifte av denna storlek tar tid och sker givetvis inte smärtfritt. Synsättet på hälsa och prevention blir väsentligt och utslagsgivande för resultatet.

I detta sammanhang kan också påpekas att en förändring i en väl fungerande organisation inte kan synas lika angelägen som under motsatta förhållanden. De lokala förutsättningarna kan synas ideala – någon sorts "dukat bord": väl inarbetad vårdlagsorganisation, områdeskännedom, områdesansvar, vårdplanering, inga vakanser, tillräckligt tilltagna tider för patienter osv. Men en god organisation innebär inte i sig en önskan till att förändra, utan kan i stället innebära en viss konservatism, en önskan att bevara det uppnådda tillståndet.

Det samhällsmedicinska synsättet och öppenhet för preventiva åtgärder finns företrätt på vårdcentralen, men är dock inte det dominerande. Alla fyra perspektiven är företrädna i skiftande grad hos de olika personalkategorierna. Ännu ett tecken på att intresset för prevention ökar är tex den tilltagande observansen hos läkarna för sjukdomar som kan vara relaterade till levnadsmönstret.

Nivå

I Skaraborgs läns hälsovårdssatsning har tillvägagångssättet varit ett annat. En central hälsovårdsenhet har varit föregångare och styrt insatserna i länet (9). Vårdcentralen har tillförts särskilda hälsovårdsavdelningar och specialutbildad personal har varit ansvarig för utformningen av hälsovården. Nästa steg är att föra in hälsovården i den reguljära organisationen. Vidare söker man i tex Vara kommun och primärvårdsområde att genom samarbete med organisationer i kommunen förankra det förebyggande arbetet. Det gäller att ta tillvara de potentiella resurser som finns ute i samhället (10).

I Stockholms län är den organisatoriska lösningen en annan. Hälsovården önskas även här integrerad i den normala verksamheten, men hälsoavdelningar finns ej inom primärvårdsområdena. I denna organisationsform måste det anses av största vikt för resultatet att vårdlagen själva blir drivande inom hälsovården, då man inte kan förlita sig till en utifrån eller uppifrån kommande "hälsovårdsideologi".

Organisation

Tack vare den väl fungerande vårdlagsorganisationen finns här goda förutsättningar för ett fruktbart samarbete mellan de olika personalkategorierna.

Resurser

Under projekteringstiden frigjordes personal för gruppverksamhet. Deras insatser kom dessvärre inte att stå i proportion till resultatet. Det är troligt att även resursfrågorna är beroende av

synsätt på hälsan och att därför den pågående förändringsprocessen mot mer hälsoarbete kan påverkas negativt av nedslående resultat.

Avgränsning

Avgränsning är en fråga om prioritering, resurser och kompetens. Avgränsningen inom primärvården mot andra institutioner som exempelvis socialvården eller mot frivilliga organisationer är ännu oklar och fastläggs successivt i takt med konkret erfarenhet av förebyggande arbete.

Metod

Om primärvården skall motsvara sin målsättning beträffande hälsoansvar för primärkommunen är det också naturligt att den tar initiativ till hälsovårdsåtgärder även då insatsen delvis kommer att ske utanför vårdcentralen. Genom att kartlägga alla organisationer i kommunen som arbetar med hälsa blir det möjligt att bygga upp ett nätverk som kan fungera i ett samarbete primärvård – primärkommun.

Utbildning

Kunskap om hälsovård finns egentligen hos personalen. Det viktigaste är att få praktisk erfarenhet genom tillämpning i hälsovårdsarbete. Det är även möjligt att genomföra viss utbildning i hälsovårdsfrågor under vårdlagskonferenserna som äger rum en gång i veckan. Ett av vårdlagen har startat en föredragsserie på dessa möten, (någon i vårdlaget håller ett kort föredrag under den andra hälften av mötet). Det visar således en möjlighet att utnyttja kunskaper och resurser som redan finns utan en stor och kostsam utbildningsapparat.

SAMMANFATTNING OCH KONKLUSION

Målsättningen för projekteringen var att undersöka förutsättningar och svårigheter för en hälsovårdssatsning i primärvården.

Det vårdlag som i första hand studerades startade två kurser i hälsoupplysning under projekteringstiden: rökavvänjning och viktnedskning för överviktiga med ledbesvär.

Bortfallet i kurserna var stort. Arbetsinsatsen var överdimensionerad och de magra resultaten hade en nedslående effekt på vårdlaget. I rökavvänjningsgruppen slutade 3 av 10 deltagare att röka och i viktnedskningsgruppen var det endast en patient som reducerade sin vikt med mer än 5 kg. Den fysiska aktiviteten var låg eller mycket låg i båda grupperna och någon förändring av detta mönster kunde inte noteras.

Under projekteringstiden förändrades beredskapen i de tre vårdlagen för ytterligare satsningar i denna form i negativ riktning. Följande slutsatser kan dras av de erfarenheter som gjorts under projekteringstiden:

- Nya vägar och metoder bör utvecklas där arbetsinsatsen står i rimlig proportion till resultaten.
- Gränsdragningen för olika preventionsnivåer bör preciseras.
- Indelning i kompetensområden för de olika hälsoorganisationerna i primärkommunen bör ske.
- Slutligen bör ett åtgärdsprogram för hälsovård och hälsoupplysning utarbetas. Detta kan ske i samarbete mellan primärvården och hälsoorganisationerna i primärkommunen. Primärvården bör endast åta sig arbete i hälsovård och hälsoupplysning där en sådan kompetensnivå erfordras och arbetsinsatsen kan anses rimlig.

Litteraturreferenser:

1. de Loës M, Krakau I, Svanström L; Hälsoupplysning med primärvårdens vårdlag som bas. Landstingets Hälsovård, Stockholms läns landsting, Stockholm 1982.
2. Bolin A, Haglund B; Hinder för hälsovård i primärvården. (Under bearbetning)
3. Bolin A; Hälsoupplysning och hälsofostran inom den framtida primärvården. Ur: Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Dokumentation av konferens 1981. Socialstyrelsen, HS 90-pp.
4. Hey M, Svanström L; Vårdlag – en nödvändighet för genomförande av primärvården? SFAM-nytt, 1981; 2:77–80.
5. Eriksson C-G; Åtgärder för minskat tobaksbruk – kunskapsläget i dag. SPRI Rapport 85, 1981; 101–111.
6. Gustafsson B, Tibbling L; Rökfri sjukvård. SPRI Rapport 85, 1981; 113–120.
7. Biener K, Wüest A, Schwarzenbach FH, Müller P; Leistungsmessungen nach Zigarettenkonsum. Schweiz Ztschr Sportmed 28, 1980; 77–82.
8. Lindell SE; Rökning och fysisk arbetsförmåga. SPRI Rapport 85, 1981; 47–53.
9. Haglund B; Landstingets samhällsmedicinska enheter, hälsovårdsenheter. Praktiska erfarenheter från Skaraborgs län under ett decennium. SFAM-nytt, 1982; 3: 81–83.
10. Bolin A, Haglund B; Inför satsningen på förebyggande arbete i primärvården. Soc Med Tskr, 1981; 4–5: 302–307.

Författarpresentation:

Marianne de Loës är verksam som forskningsassistent på Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, Sundbyberg.

* Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Distriktssköterskeledd kost- och motionskurs – en utvärdering

MARGARETA BLOMQVIST · BRITT-GERD MALMBERG

I två års tid har kost- och motionsgrupper varit i gång på Tumba vårdcentral.

En enkätundersökning till kursdeltagarna efter knappt ett år visar att deltagarna upplevt ett förbättrat hälsoläge och att de förändrat sina kost- och motionsvanor. Fd deltagare, dvs de som avbrutit gruppaktiviteterna, skiljer sig i flera avseenden från de övriga deltagarna.

Gruppaktiviteter, typ kost- och motionskurs, bör lämpligen starta med distriktsköterskan som central resursperson för att efter tex ett halvår bli deltagarleda. Primärvården besitter i dag på de flesta håll resurser för att ta detta initiativ.

Nyckelord: Prevention i primärvården. Hälsoupplýsning. Kost- och motionsgrupp. Distriktssköterska. Utvärdering. Stockholm. Storstad.

Distriktssköterskeledd kost- och motionskurs – en utvärdering

Vid Tumba vårdcentral pågår som ett delprojekt* inom Tumbaprojektet sedan mars 1980 kost- och motionskurser under ledning av distriktssköterskor.

Ekonomiföreståndaren vid Tumba sjukhus har utarbetat kostprogrammet och sjukgymnaster har utformat motionsprogrammet.

Deltagarna har under kurs tiden genomgått två läkarundersökningar och psykolog har kunnat konsulteras.

*Tumbaprojektet, Stockholms läns landsting, Rapport nr 6: kost- och motionskurs vid Tumba vårdcentral – verksamhetsredovisning och enkätstudie.

Deltagarna, sammanlagt 42 st i tre grupper, är patienter som kontaktat vårdcentralen för olika besvär som är relaterade till övervikt, tex hypertoni och ledbesvär.

Kursens primära mål är naturligtvis viktnedgång, men vi strävar också till att ge deltagarna ökad rörlighet och att höja deras kondition, vilket förhoppningsvis skall leda till ökat välbefinnande och bättre hälsa.

Verksamheten har utvärderats i juni 1981 genom en enkätstudie. Vi ville främst ta reda på om deltagarna ändrat sina kost- och motionsvanor samt hur de upplevde kursen. Då några deltagare avbrutit kursen ställdes speciella frågor till dem.

Kursbeskrivning

Deltagarna remitterades till kursen från vårdcentralens olika mottagningsar. Kriterier för deltagande var övervikt på minst 15 kg samt medicinska besvär som förvärrades av övervikten. Ålder 20–60 år.

Kurskostnad erlades genom 15-kortet inom sjukvården. Vi fick disponera behövliga lokaler på vårdcentralen. På fysioterapiavdelningen finns varmvattenbassäng som flitigt använts för vattengymnastik.

Kurslängden planerades till 1 1/2 år för att deltagarna skulle få tid på sig att ändra sina kost- och motionsvanor. Första halvåret skulle vi träffas varje vecka, andra halvåret varannan vecka och tredje halvåret en gång per månad.

Träffarna förlades till kvällstid då 90 procent av deltagarna förvärvsarbetade. Tidpunkten för träffarna har varit onsdagskvällar kl 17.00–cirka 18.30. Vi har startat med motionsgymnastik, sedan vägning och därefter teori, dvs kostinformation, eller friskvårdsinformation. Alla träffar har avslutats med gruppdiskussion då deltagarna fått ventilera sina problem, utbyta erfarenheter och ge varandra tips och råd.

Utvärdering

Efter ett års verksamhet började vi undra över vad deltagarna tyckte om kursen och om de ändrat sina kost- och motionsvanor.

Många deltagare lyckades bra med sin viktnedgång, andra hade stora problem. Hos vissa fanns ett motstånd mot motion i varje form.

En av oss distriktssköterskor fick tillfälle att gå en kurs i forskningsmetodik och där förbereda enkätfrågor att användas vid utvärdering av kursen.

Alla 42 deltagarna fick enkätformuläret, som kunde besvaras anonymt. 15 deltagare hade slutat och de fick besvara speciella frågor om orsakerna därtill. 38 deltagare besvarade enkäten. Fyra avstod, två bland dem som fortfarande deltog i kursen och två bland fd deltagare. Detta ger en svarsfrekvens på 90 procent.

Vid enkät tillfället hade deltagarna medverkat under 14 och 8 resp 4 månaders tid. de tre grupperna är sammanslagna i tabellen (tabell 1).

Tabell 1
Viktnedgång vid enkät tillfället

Viktnedgång	Deltagare antal (%)	Fd deltagare antal (%)
6 kg	11 (44)	7 (54)
7–12 kg	9 (36)	5 (38)
13–22 kg	5 (20)	1 (8)
Totalt	25 (100)	13 (100)

Fd deltagare, dvs deltagare som avbrutit kursen, har också lyckats rätt bra med viktnedgången. Många har i enkäten uppgett att de fortsatt att följa dietföreskrifterna men tvingats avbryta kursen på grund av tidsbrist.

Tabell 2
Har kursen förändrat Dina kostvanor?

Förändrade kostvanor	Deltagare antal (%)	Fd deltagare antal (%)
inte alls	0	4 (31)
Ja, helt och hållet	7 (28)	3 (23)
Ja, något	18 (72)	6 (46)
Totalt	25 (100)	13 (100)

Tabell 2 har också korsats med viktnedgångstabellen (tabell 1) och man finner då ett positivt samband mellan viktnedgång och ändrade vanor.

Frågor beträffande huruvida kurs-

aktiviteterna påverkat omgivningen ställdes också (tabell 3).

Tabell 3

Har Du kunnat påverka familj/vänner att äta näringsriktig kost?

Påverkat omgivningen	Del tagare antal (%)	Fd deltagare antal (%)
Ja	15 (60)	1 (8)
Nej	5 (20)	7 (58)
Vet ej	5 (20)	4 (33)
Totalt	25 (100)	12 (99)

Samma fråga ställdes angående motionen. Medan 60 procent av deltagarna svarade ja visavi kosten var motsvarande siffra beträffande motionen endast 36 procent. Förklaringen kan ligga i att antalet kvinnor i kursen är högt (88 procent) och i egenskap av husmödrar har dessa större möjlighet att påverka omgivningen i kostfrågor än i motionsfrågor.

Vi ställde en del frågor angående deltagarnas hälsotillstånd, bla denna:

Hur mår du jämfört med vid kursstart (tabell 4).

Tabell 4

Hur mår Du nu jämfört med vid kursstart?

Mår nu, jämfört med vid kursstart	Deltagare antal (4)	Fd deltagare antal (4)
Sämre	0	1 (8)
Bättre	18 (72)	7 (54)
Ingen skillnad	7 (28)	5 (38)
Totalt	25 (100)	13 (100)

Företar man samma korsning med viktninskningen som i tabell 2 finner man också här positivt samband mellan viktninskning och att må bättre.

Erfarenheter av gruppaktiviteter

Den första gruppen bestod av 24 deltagare. Vi upptäckte snart att det var för många; det blev trångt när vi motionerade och rörigt vid vägningen, då alla ville prata om den gångna veckan. Någon grupp känsla ville inte infinna sig.

Till de följande två grupperna kallade vi 12 deltagare per grupp och det har visat sig vara ett lämpligt antal.

Vad grupp sammansättningen beträffar tycks variationer i ålder inte spela någon roll. Vår yngsta deltagare var 27 år, den äldsta 63 år.

Deltagare med grava ledbesvär kan med fördel bilda en egen grupp, då de har svårt att delta i vissa motionsaktiviteter. Tillgången till bassäng och sjukgymnast har varit en fördel med tanke på denna patientgrupp.

Vad kurslängden beträffar såg vi den egentliga viktninskningen under det första halvåret. Resten av tiden har använts för att nöta in de nya kost- och motionsvanorna, och för många har det också varit en kamp mot en hotande viktökning.

En kurstid på 1 1/2 år är krävande för såväl ledare som resurspersoner och det är diskutabelt om resultaten motsvarar den stora arbetsinsatsen. En tänkbar kursform vore att primärvården startade med kurser på cirka ett halvt år och sedan kunde någon av deltagarna överta ledarskapet.

Samarbete med organisationer av typ Korpen eller Friluftsrådet är också möjligt och prövas i några lands- ting. Sjukgymnasten hos oss hade varken tid eller möjlighet att delta mer än ett halvår. Vi kontaktade då Korpen, som efter en tid fann en motionsledare, vilken nu sedan ett år har hand om motionsaktiviteterna. Ett "inbyggt" motstånd mot att vända sig direkt till friluftorganisationerna, simhallar etc har funnits hos de överviktiga, något som också rapporterats från andra studier, tex Skaraborgsprojektet.

Varför avbryter en del personer kursen?

Det är vanligt med ett stort bortfall i alla typer av "bantningsgrupper". 50-65 procent är vanliga siffror också under relativt korta kurser. 36 procent slutade våra kurser.

Av våra fd deltagare har många angett tidsbrist som orsak till att man avbrutit kursen. Långvarig sjukdom, flyttning från orten och misslyckande med viktninskning är andra orsaker. En av dem som slutade hade uppnått normalvikt.

Ur enkätsvaren har vi kunnat utläsa vissa skillnader mellan deltagare och fd deltagare.

Fd deltagare

- har svårare att prata om sina problem i gruppen
- är mer missnöjda med gruppsammansättningen
- anser gruppstödet mindre viktigt för att lyckas
- tycker inte att gruppdiskussionerna gett mycket
- motionerar mindre
- har inte förändrat sina vanor i lika stor utsträckning
- har inte påverkat sin omgivning lika mycket
- har tidsbrist
- är tröstätare
- upplever sig må allmänt sämre än deltagarna

Konklusioner

Vi distriktssköterskor anser att en vårdcentral är en lämplig institution för anordnande av dylika kurser. Lokaler och personal finns till förfogande. Det har varit berikande att få arbeta tillsammans med andra personalkategorier.

Vi har en geografisk närhet till befolkningen, och patienterna/deltagarna har vi ofta redan etablerade kontakter med.

Primärvården, med sina resurser, skall främst ta hand om de överviktiga patienter som har sjukdomar och symptom som förvärras av övervikten.

Vi har lärt oss mycket genom dessa kurser, om problem i samband med fetma och viktninskning, om gruppdynamik och om att fungera som kursledare.

Författarpresentation

Margareta Blomqvist*, distriktssköterska, Tumba vårdcentral.

Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare och projektledare Tumbaprojektet.

* Vid korrespondens: Margareta Blomqvist, Distriktssköterskemottagningen, Tumba vårdcentral, Samaritvägen 2-6, 147 00 TUMBA.

Rökavvänjning i praktiken

RUNE LINDQVIST

Vårdcentralen utgör en bra basenhet för rökavvänjningsarbete där samarbetet sjuksköterska – läkare, gärna med någon med erfarenhet av rökavvänjning i bakgrunden att rådfråga, utgör den naturliga stommen. Vi kan med detta nå ut till en stor grupp människor och uppgiften kan tillföra sjuksköterskor (eller andra personalkategorier) stimulerande ny sysselsättning.

Rökavvänjning kan bedrivas enskilt eller i grupp. I artikeln framförs en del praktiska synpunkter på bådaddera. Medicinsk information, stöd till den som slutar röka och hjälp med abstinensbesvär är hörn-pelare i rökavvänjningsarbetet.

Det är personligen mycket tillfredsställande att lyckas hjälpa en patient med rök-ningsrelaterade symptom att sluta röka och därmed hjälpa patienten till ett friskare liv.

Nyckelord: Rökavvänjning, Preven-tion, Gruppundervisning.

Bakgrund

Flera skäl till att rökavvänjningsarbete bör ingå i primärvården är förutom resursmässiga bl a att möjlighet till kontinuitet patient – vårdgivare finns, att behandlande enhet ligger nära arbets-plats eller bostad, och att möjlighet att träffa grannar och bekanta med lik-nande problem föreligger, vilket ökar gruppkänslan.

Ur primärvårdens synvinkel innebär rökavvänjning i grupp att andra yrkes-grupper än läkare kan engageras tex sjuksköterskor. Dessa kan ta på sig in-tressanta och stimulerande arbetsupp-gifter.

På vårdcentralen kan rökavvänjning ingå som en naturlig del i vårdarbetet. När patienten söker för sina tobaksas-

socierade sjukdomar blir det naturligt att diskutera rökfrågan. Första gången kanske det inte ger resultat men så småningom kan beslutet att sluta för gott mogna hos patienten och han/hon kan då få det stöd som behövs för att lyckas.

Praktisk rökavvänjning vid Tumba vårdcentral

Redan när patienten kontaktar vård-centralen i telefon för att få tid för be-sök eller råd om egenvård, bör frågan om rökvanor ingå om det är av bety-delse i det enskilda fallet. I kontakten mellan läkare/sköterska och patienten är det dock av stor vikt att man inte kommer att framstå som "en-frågedok-tor/sköterska". Patienter som söker för ryggvärk och kommer hem med en-bart rökavvänjningsråd tappar fört-roendet för vårdcentralen och slutar inte röka. Har frågeställningen om rökning däremot relevans för patien-tens besvär bör diskussion om rökva-norna alltid ingå i terapin.

Hur många patienter med kronisk bronkit har inte lämnat våra mottag-ningar med olika symptomatiska re-cept utan att rökning diskuterats. Ty-värr fungerar det ju så, att om patien-ten lämnar mottagningen, utan att vi tagit upp rökfrågan när detta varit mo-tiverat, tar patienten detta som skäl att fortsätta röka. "Doktorn sa ju inget, då kan det ju inte vara så farligt".

Ett enkelt och uppriktigt råd till pa-tienten att sluta röka, i de situationer då det är motiverat, leder till att cirka 3 procent av patienterna verkligen slutar röka för gott (1). Den upprepade kon-takten under lång tid, tex kontrollerna av en kronisk sjukdom, ger doktorn på vårdcentralen stora möjligheter att så småningom förmå patienten att sluta röka.

Om man till rådet att sluta röka bifo-gar "hotet" att "vi hör av oss för att se hur det går" och bifogar broschyr, ökar man utsikterna att patienten slutar till cirka 5 procent (1). Man kan antingen via ett brev ge uppmuntran eller via te-lefonkontakt med sjuksköterska följa upp avvänjningsrådet.

Om patienten vid besöket får en bro-schyr i handen med enkla råd och in-formation om rökavvänjning förstärks känslan av att "doktorn menar allvar". Patienterna kan också i lugn och ro läsa igenom det som doktorn sagt men som glöms bort snabbt igen. Att följa enkla råd, som finns i ett flertal tillgängliga rökavvänjningsbroschyrer – se NTS-katalog (2) – kan vara helt avgörande för om patienten skall lyckas i sin av-sikt att sluta röka.

Individuell rökavvänjning

Vid Tumba vårdcentral har vi på grund av dessa erfarenheter försökt att struk-turera den individualiserade rökav-vänjningen för att få den effektivare.

Den behandlande läkaren ger medi-cinsk information om rökningens bety-delse för patientens egen situation. pa-tienten får på mottagningen låna bo-ken Fimpa nu (3). Boken ger medi-cinsk information och många råd som "fimparna" kan ha god nytta av. Patien-ten förses med ett självkontrakt (figur 1) där han/hon förbinder (inför sig själv) att följa vissa råd i samband med rökavvänjningen. Vad är då tanken bakom detta?

Kontraktet kan hjälpa patienten att verkligen följa de råd som ges under de första besvärsliga veckorna. Upprättar man ett kontrakt med sig själv ökar förutsättningarna för att man tar del av, minns och följer muntligt givna råd.

Erfarenheten visar att små bagatell-artade händelser under den första ti-den kan bli helt avgörande för om man lyckas eller ej. Det är då av stor vikt att man själv planlägger tillvägagångs-sättet i samband med avvänjning, för att inte komma i situationer där man inte kan stå emot rökbegäret.

Det är en vanlig mekanism att pa-tienter som försöker sluta och har svå-righeter undermedvetet försöker över-föra "skulden" för misslyckandet på doktorn. "Han/hon kunde inte hjälpa mig". Kontraktet kan tjäna som en hjälp för patienten att inse att han/hon i första hand själv måste tackla proble-men med vårdcentralen som ett stöd.

Några punkter i kontraktet behöver en kommentar.

Punkt 2. Det är bra att inför sig själv försöka verbalisera den egentliga orsa-ken till, att man vill sluta. Efter en tid har man ofta glömt sina motiv.

Punkt 3. För de allra flesta är det lät-tast att sluta helt genast. Man bestäm-mer sig en gång, inte hela dagarna, som man tvingas att göra om man trappar ner. Den som blir kvar på 1–2 cigarret-ter per dag går som regel upp till sin "normala" förbrukning relativt snart igen. För enstaka patienter, som ej lyc-kas sluta genast, kan nedtrappnings-metoden försökas. Det är då lämpligt att komma överens med patienten om perioder under dagen då han/hon ej skall röka. Dessa perioder ökar succes-sivt under loppet av några veckor. Pa-tienten uppmanas under den tiden föra rökdagbok för att på så sätt själv ha kontroll på sin förbrukning.

Punkt 4. Boken ger goda råd och medicinsk information som patienten lätt glömmar bort efter bara en muntlig

Figur 1

SJÄLVKONTRAKT FÖR DIG SOM VILL SLUTA RÖKA

1. Läs igenom alla punkter i kontraktet, och lova dig själv att följa föreskrifterna. Signera varje punkt som tecken på att du ger dig själv det här löftet.
2. Tänk igenom noga dina skäl för att sluta röka. Skriv ned dem på en lapp. Lova dig själv att inte ge upp försöket att sluta röka, utan att ta fram den här lappen och läsa den.
3. Sluta helt genast. Trappa inte ned.
4. Läs ett kapitel i Fimpa nu av Ture Arvidsson varje kväll.
5. Släng alla cigaretter du har hemma. Ställ askfaten svår-åtkomligt högt upp i skåpen.
6. Bär fimparmärket.
8. Gör en plan över vad du skall göra på fritiden de närmaste 14 dagarna. Försök hitta på aktiviteter där du normalt sett inte är röksugen. Inga luckor får förekomma.
9. Drink ingen alkohol och gå ej på fest på 14 dagar.
10. Tänk igenom vilka situationer du brukar vara som mest röksugen. Undvik dessa situationer.
11. Promenera minst en halvtimme varje dag.
12. Räkna ut och skriv upp hur mycket du spar på ett år genom att sluta röka.

information. Kunskap ökar patientens möjligheter att lyckas.

Punkt 5. Somliga patienter har den föreställningen att det går lättare att sluta röka om man alltid har ett paket cigaretter tillgängligt så att man kan börja "om det inte går". Det misslyckas som regel. Man bör minska de praktiska möjligheterna för återfall så mycket som möjligt. Perioderna av rökbegär är ofta intensiva den första tiden men också korta. Det kan övervinnas om man inte har rökverk till hands.

Punkt 6 och 7. Vänner och arbetskamrater kommer att diskutera med "fimparna". Ofta har de själva funderat på att sluta. Kan flera sluta samtidigt är det en fördel. Det är svårare att börja igen om man "bränt sina skepp" och meddelat omgivningen att man slutat. Diskussion kring rökstoppet är alltid positivt.

Punkt 8. Det är lättast att återfalla när man är sysslöslös. Aktivitet håller rökbegäret borta. Inte ens rökaren känner rökbegär i situationer när man normalt inte röker.

Punkt 9. Många återfall orsakas av alkoholförtäring den första tiden.

Punkt 10. Ett fåtal situationer är för många starkt förknippade med rökning, tex kaffestunden, efter maten, telefonsamtal, bilkörning.

Punkt 11. Konditionen ökar snabbt efter rökstoppet. Det är en för patienten positiv upplevelse att notera detta. Den positiva effekten bör utnyttjas. Dessutom är motion en aktivitet, där de flesta inte har något rökbegär.

Punkt 12. Många rökare vill inte för sig själva erkänna, hur mycket de egentligen röker och vad de lägger ner ekonomiskt på sin rökning.

Det är viktigt att betona för patienten att han/hon har möjligheter att

höra av sig till mottagningen, antingen till behandlande läkare eller till någon för patienten bekant sköterska, om problem uppstår. Detta ger patienten en känsla av att någon bryr sig om han/hon får svårigheter och minskar känslan av att vara helt utlämnad åt sig själv. Ett kort telefonsamtal eller ett besök kan ofta vara tillräckligt, för att patienten skall komma över en tillfällig svikt i motivationen. Abstinensbesvär kan förklaras och ibland avhjälpas med råd eller något läkemedel.

Efter en vecka får patienten en återbesökstid hos en sköterska. Vid det besöket går man tillsammans igenom patientens erfarenheter av rökavvänjningen. Avsikten är att stötta patienten i hans/hennes beslut att sluta röka och att försöka mildra de besvär som eventuellt uppstår under de första veckorna. De flesta patienterna har redan efter en vecka noterat positiva effekter av rökstoppet i form av bättre kondition och luktsinne. *Det gäller för sköterskan att ta vara på de positiva sidorna* då patienten vid den här tidpunkten ofta dominerar av problem och negativa erfarenheter i samband med rökstoppet. Att i det läget enbart informera om tobakens skadeverkningar verkar nedbrytande och hjälper inte patienten.

Vid återbesöket återlämnar patienten boken Fimpa nu (3). Efter erfarenheten av den första veckan bestämmer sköterskan och patienten om *ytterligare besök eller telefonkontakt* under den närmaste tiden. Eventuella recept förskrivs av behandlande läkare via sköterskan.

Naturlig uppföljning är patientens nästa ordinarie besök för sin grundsjukdom hos den behandlande läkaren. Den mycket positiva effekt som ett

rökstopp ofta har på en begynnande kronisk bronkit eller claudicatio intermittens kan ju oftast både patienten och läkaren notera och det ger goda möjligheter att ytterligare *stödja patientens motivation* att förbli rökfri.

Rökavvänjning i grupp

Efter samråd med rökavvänjningskliniken, Huddinge sjukhus, har vi sedan tre år bedrivit rökavvänjning i grupp vid Tumba vårdcentral. Vi har valt att genomföra en grupp om 10 träffar varje vår och höst. Målsättningen har varit att bygga upp en verksamhet för framtiden. Ett entusiastiskt engagemang innebär lätt en för stor kraftinsats, som man inte orkar med i längden, och medför risk, att verksamheten avstannar.

Detta kan tyckas vara en marginell insats mot rökproblematiken. Man skall dock komma ihåg att för den enskilde med en rökrelaterad sjukdom kan den vara nog så viktig. Erfarenheten visar också att exemplet smittar av sig så att för varje patient, som slutar röka via en "fimpargrupp", når man ytterligare en person i patientens omgivning som slutar spontant.

Patienter som lider av rökningssassocierade sjukdomar och som bedöms som lämpliga för gruppavvänjning och är intresserade anteckas löpande i en speciell pärm. I starten kallas dessa för en *förberedande intervju* hos sjuksköterska.

Vid intervjun noteras tidigare sjukdomar, rökvanor, förväntningar och oro inför rökstoppet. Vi försöker också ge patienten en rejäl uppfattning om vad "fimpargruppen" innebär, vilken hjälp han/hon kan förvänta sig och vad han/hon *inte* kan förvänta sig.

Intervjun tjänar två syften.

1. Vissa patienter bör frånrådas rökavvänjning. Patienter med psykiska besvär, som inte är obetydliga, bör som regel avrådas. Besvaren förvärras som regel och möjligheterna att patienten slutar röka är mycket små. Patienter i en tillfällig situationsbetingad insufficiens kan lämpligen delta i ett senare avvänjningsförsök.
2. Genom intervjun förbereds patienten på att "nu är det dags". Beredskapen för att sluta förstärks, och det blir lättare för patienten att verkligen sluta, när gruppen startar.

Den enskilda gruppen samlas vid tio tillfällen. Träffarna har förlagts till mellan klockan 16.30–18.00 för att underlätta för deltagarna att närvara. De tre första veckorna träffas man två gånger per vecka. Därefter en gång per vecka två gånger. Sedan efter 14 dagar och den sista träffen sker efter ytterligare cirka 4 veckor.

Efter en inkörningsperiod har ett system utvecklats, där läkaren deltar i fem av träffarna, och två sköterskor självständigt delar på de övriga. På så vis når man en stor flexibilitet, och den deltagande personalen behöver inte binda sig för samtliga träffar.

Deltagarna betalar avgiften för hela "kursen" före starten. Den utgörs av fem besöksavgifter till läkare och fem till sköterska enligt den aktuella taxan.

Vi har sett det som en fördel att deltagarna betalar hela avgiften i förväg. Det är givetvis lättare, att man uteblir och ger upp vid motivationssvikt, om man måste betala för nästa besök. Omvänt kan en sviktare "luras" att fortsätta, "eftersom han/hon ändå betalt" och så småningom lyckas sluta trots allt.

Vid det första mötet försöker vi på ett informellt sätt få deltagarna att börja känna varandra och vänja sig vid att diskutera sina erfarenheter och förhoppningar inför rökslutet. De råd som anges på självkontraktet (figur 1) går igenom och får kampanjmaterial i Fimpa nu och får kampanjmaterial i form av rockmärken och affischer.

Puls, blodtryck och vikt kontrolleras. Förändringar i dessa värden följs sedan vid träffarna eftersom *hjärtklappning och lågt blodtryck* är vanliga abstinensbesvär. En annan orsak till dessa kontroller är att ge patienten ett konkret bevis på att vi "kontrollerar dem, följer deras värden, bryr oss om vad som händer", och inte bara "säger åt dem att sluta röka". För många speciellt kvinnor utgör den *viktuppgång* man ofta ser (genomsnitt 4–5 kg) vid rökavvänjning ett hot och kan till och med bli ett skäl att ge upp försöket. Genom att redan från början fästa patientens uppmärksamhet på problemet genom viktkontroller kan man ofta förhindra att viktuppgången blir så stor. Det är fel att säga att "det här med vikten tar vi senare, nu gäller det rökningen".

Vid de följande träffarna bör framför allt *deltagarnas erfarenheter* ventileras. Gruppen får del av enskildas lyckande och misslyckande, positiva och negativa erfarenheter. Det är positivt för en sviktande att få höra att det går bra för andra. "Det går att sluta, det är inte bara något som doktorn hittat på som är omöjligt". Tips om råd om "hur man gör när det kniper" utbyts. Det faktum att det är lite besvärligt för alla verkar stärkande för den enskilda. Det bör vara gruppleadarens uppgift att uppmärksamma om någon av deltagarna är alltför dominerande och kanske sprider en alltför dyster erfarenhet som färgar av sig på de andra.

Någon annan kanske blir sittande allt för tyst och passiv och bör uppmuntras att delge sina erfarenheter. Doktorn har i detta sammanhang en lite annorlunda roll än han/hon är van vid. Det är lätt hänt att läkaren blir alltför talför, vilket kan leda till att ingen vågar yttra sig gentemot "experten". Läkaren och sköterskan bör i stor utsträckning vara lyssnande och stimulera deltagarna själva att vara aktiva. man bör också försöka styra samtalet så att man *inte glömmar bort de positiva aspekterna*. Vad har blivit bättre? Vad kan vi göra åt de aktuella besvären?

Detta bör vara grunden för de fortsatta träffarna. Ofta har det inträffat att man inte hunnit mera än vad deltagarna har att ta upp. Det är dock lämpligt att vid varje träff kort diskutera ett avsnitt ur Fimpa nu (3). Studiehandledning finns i slutet av boken. Vissa delar av boken är suggestiva och kan verka skrämmande och bör ventileras gemensamt.

Det är vår erfarenhet att den medicinska informationen har ett stort värde. Man kan uttrycka det så att "alla vet att det är farligt att röka, men man har avskärmat sig, man fattar det med hjärnan men inte med hjärtat".

En träff bör därför ägnas åt *information om rökningens medicinska aspekter* och erfarenhetsmässigt uppskattar deltagarna om den förläggs ganska tidigt under "kursen". Lämpligt underlag till en sådan information finns i Fimpa nu (3) och bildmaterial kan skaffas från NTS (2).

Det ligger i sakens natur att en sådan information kan vara skrämmande. Vi brukar följa upp den genom att vid närmsta träff diskutera hur man reagerar på information och även i relevanta fall erbjuda dem som så önskar kontroll med tex ekg, blodfetter, sputum, cytologi, lungröntgen.

Detta förstärker känslan hos deltagarna att vi vill hjälpa dem. Detta har stor betydelse för att de skall lyssna på våra övriga råd.

Eftersom många har givit upp försöket att sluta röka på grund av *viktuppgång* bör en träff ägnas åt information om orsaken till viktuppgång, tips om motåtgärder i form av ändrade kostvanor med mindre intag av fett och socker men med högre andel fibrer och om lämplig motion. Det är vanligt att patienter som slutar röka av hälsoskäl ofta samtidigt blir intresserade av kost- och motionsfrågor som ett uttryck för ökat intresse för hälsovård. Det är naturligt att sköterskan på vårdcentralen intresserar sig för detta även med anledning av att problemen är likartade med dem han/hon möter vid rådgivning av diabetiker. Deltagarna är ofta bekymrade över sin dåliga kondition och noterar med glädje hur orken ökar relativt snart efter rökstoppet. För den som vill har vi erbjudit *konditionstest* på ergometercykel som ofta visat påtagligt låga värden. Patientens intresse för att "ta reda på hur det är" och att åtgärda det bör stödjas.

Patienter som slutar röka blir ofta *spända och irriterade*. Ett sätt att mildra detta är att lära ut *avslappning*. Till Fimpa nu finns ett av Ture Arvidsson intalat avslappningsband "Slappa nu" (Larssons förlag) som vi använt för gruppavslappning och som även kan användas av patienten enskilt. Erfarenheten av avslappning är varierande. Somliga, speciellt män, tycker att det är lite löjligt att träna avslappning eller att "jag är inte spänd". De som utan förutfattade meningar kan träna avslappning har dock säkert nytta av att kunna

den tekniken, framför allt under rökavvänjningen men också senare under livet.

Hjälp vid abstinensbesvär

De besvär som kan uppstå den första tiden bör ventileras ingående. Ofta kan det kännas bättre att få veta att ett symptom är vanligt förekommande och att det går över. Ibland kan ett extra telefonsamtal mellan träffarna vara en hjälp. Ibland kan något läkemedel under en kortare tid ha effekt. Vi har börjat arbeta efter den grundsynen att man i första hand bör försöka sluta röka utan hjälp av läkemedel. De flesta patienterna har delat den uppfattningen. I vissa situationer bör man dock inte tveka inför att försöka stödja patienten med ett läkemedel.

Patienter med *gastritsymtom* får ofta en tids ökad besvär under rökavvänjningen. Hjälper inte enbart kostråd och antacidum kan ett antikolinergikum gärna med ett mildt anxiolyticum som tillägg (tex Kombistrat) vara av värde. Ett ibland vanligt problem är att *blodtrycket sjunker* vilket kan ge upphov till besvär av typen vasoregulatorisk asteni. Boten bör i första hand vara motion, speciellt kroppsövningar vid uppstigandet brukar vara effektivt, men Orstanorm 5–10 mg dagligen under ett par veckor kan behövas om andra åtgärder ej hjälper. Den största delen av den yrsel som ibland upplevs är dock inte blodtrycksbetingad utan en del av *irritabilitet, koncentrationssvårigheter och lättare depression* som är vanligt förekommande. En god hjälp mot detta är i många fall nikotintuggummi (Nicorette 2 resp 4 mg mg) som används under ett par veckor till månader i nedtrappningsdos. Speciellt storrökare brukar ha nytta av detta. Viktigt är dock att tuggummit används rätt för att inte ge problem med sveda i halsen. Det skall *tuggas långsamt* och patienten bör veta att effekten inte kommer lika snabbt som när man röker. Patientinstruktion finns i företagets broschyr (Leo). Tillvänjande effekter av nikotintuggummi har visat sig vara små (4) och medlet bör provas före tillvänjande medel av typen Mogadon, Sobril, som dock kan ha en viss plats under kortare tid vid markerade *sömnproblem eller irritabilitet*. Någon gång kan antidepressiva (typ Tryptizol) vara indicerat vid mera markerad *depression*, då starka skäl föreligger för fortsatt rökavvänjning. I fall med uttalade problem med koncentrationssvårigheter och irritabilitet har tidigare använts Actoninjektioner 1–2 gånger per vecka med viss effekt, men numera bör detta rimligtvis ersättas av nikotintuggummi. Man bör inte glömma bort att vid förskrivning av samtliga dessa medel kan man räkna sig till godo en *ausevärd placeboeffekt*. Symtomen är oftast relativt snart övergående och medlen kan hjälpa patienten över en besvärlig tröskel.

Var tredje öppenvårdsbesök hos praktiker

MATTS BELING

De praktiserande läkarna i Stockholms län tar emot cirka 1 miljon besök, varav 600.000 på läkarhus. Praktikerna har sedan 1975 byggt ut sin efterutbildning och strävar nu efter att även få igång forsknings- och utvecklingsarbete. Man är även intresserad av att samarbeta med den offentliga sjukvården vad gäller den framtida utbyggnaden av sjukvården.

Nyckelord: Privatpraktiker, primärvård i storstad, Stockholm.

Varje år äger det rum cirka 3 miljoner besök i öppen sjukvård inom Stockholms län. Av dessa äger 1 miljon rum hos praktiserande läkare. Detta är ett intressant konstaterande med tanke på

Slutligen några allmänna praktiska råd: undvik att som gruppleddare bli för dominant, glöm inte bort den tyste gruppdeltagaren. Patienter som uteblir bör alltid kontaktas (ofta ett tecken på misslyckande). Diskutera i grupp den irritation och besvikelse som både gruppleddare och patienter kan känna; besvikelser då patienter misslyckats, irritation och lätt aggressivitet som följer med rökavvänjningen. Moraliska aspekter på rökning kan lysa igenom den engagerade rökavvänjaren. Detta bör dock undvikas. Han/hon skall stödja patienten, inte mästra eller fördöma.

Referenser:

1. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker C. Effect of General practitioners advice against smoking. Br Med J; 1979;2:231-35.
2. NTS-katalogen.
3. Arvidsson T. Fimpa Nu. ISBN 91-154-0125-8. Bokförlaget Robert Larsson AB, Box 3063, 183 03 Täby.
4. Russel MAH. Clinical use of nicotine chewing gum. Br Med J; 1980, juni.

Författarpresentation:

Rune Lindqvist*, distriktsläkare, Tumba vårdcentral.

*Tumba vårdcentral, Samaritvägen 2-6, 147 00 Tumba

att rekryteringen till praktikerbanan fört en tynande tillvaro under hela 70-talet. Detta har bl.a. medfört att genomsnittsåldern hos de praktiserande läkarna i Stockholm är 58 år.

Tittar man vidare i statistiken sker 600 000 av de 1 miljon besöken hos praktiker inom läkarhus och gruppläkarmottagningar. Med tanke på den höga genomsnittsåldern och den imponerande vårdvolymen måste man vid en helhetssyn av sjukvården se det som absolut nödvändigt att privatpraktiker-kåren inom Stockholmsregionen får en förnyelse med det snaraste.

Läkarvårdstaxan

Den nuvarande läkarvårdstaxan är uppbyggd på principen att den läkare som etablerar sig som praktiker skall vara färdig allmänläkare eller specialist. En annan sak i sammanhanget är att praktiserande specialister som varit verksamma på fältet under några år alltmer tenderar att även åta sig delar av allmänläkarens ordinarie arbetsuppgifter. I praktiken blir det en viss skillnad mellan en praktiserande specialist med erfarenhet av egen mottagningsverksamhet och en specialist inom offentlig vård.

Läkarhusen, som började sin verksamhet omkring 1960, var framdeles de första grupp-mottagningarna i landet och kom samtidigt att fungera som inspirationskälla för den uppbyggnad av vårdcentraler som skett inom den offentliga sektorn. Skillnaden finns dock i att vårdcentralerna bemannas till största delen av allmänläkare, medan vi på våra läkarhus till övervägande delen har specialistmottagningar, dock med i många fall en allmänläkarfunktion inbyggd i verksamheten.

Varje mottagning inom Praktiker-tjänsts läkarhus och grupp-mottagningar förestås av en kostnadsställansvarig läkare. Även om mottagningarna således fungerar som separata enheter så är arbetsmodellen att man söker samverka så att läkarhusen/grupp-mottagningarna medicinskt sett blir en fungerande enhet inom vilka olika specialister strävar efter att ge varandras patienter en så god vård som över huvud taget är möjligt.

Inom den offentliga sjukvården har vårdcentralen ett definierat områdesansvar för sina patienter. Denna typ av ansvar åvilar inte de praktiserande lä-

karna. Dock föreligger det ett för den praktiserande läkaren moraliskt vårdansvar för de patienter som en gång vänt sig till dennes mottagning. De praktiserande läkarna kan genom uppbyggnaden av verksamheten erbjuda en långvarig patient-läkare kontinuitet, eftersom den praktiserande läkaren i mycket stor utsträckning blir etableringsorten trogen under hela sin återstående yrkesverksamma tid. Även om det naturligtvis händer att "praktiker-patienterna" omhändertas under delar av vårdförloppet både på sjukhus och ibland även inom distriktsläkarvården, så är det dock vanligt att de återvänder till "sin" praktiserande läkare och att de i det beteendet upplever en trygghet i dennes närvaro i bakgrunden både för den egna hälsan och i anhörig/familjesituationen.

Personligen har jag varit verksam inom Stockholmsområdet sedan 1969, vilket innebär att jag har ett flertal patienter som gått hos mig sedan 12 år tillbaka. Det är mycket stimulerande att år från år följa patienternas levnadsöden och även märka hur man så småningom även får de anhöriga och deras familjer som patienter.

Av och till hör man kritiska synpunkter på privatpraktikernas verksamhet. Det kan finnas uppgifter om att de blir för isolerade från sin kollega inom den egna lilla enheten och att detta i sin tur medför att deras efterutbildning blir lidande. Inom Praktiker-tjänst AB har man haft ögonen öppna för dessa problem som kan uppstå för praktikerna och söker möta dem genom att dels öka möjligheterna till interkollegiala kontakter inom bolagsgruppens ram men även genom att utforma olika modeller för efterutbildningsaktiviteter inom företaget.

Sedan 1975 har man således inom Praktiker-tjänst genomfört sk *fördjupningskurser* innebärande att man arrangerat kurser för i genomsnitt 40 läkare per gång inom och utom landets gränser. Som lärare vid dessa kurser har anlitats högkvalificerade akademiska lärare. Nivån på kurserna har varit hög och till vår glädje har även de akademiska lärarna uppskattat det intresse med vilket de praktiserande läkarna tagit del av undervisningen. På prov har även genomförts en variant av fördjupningskurser innebärande att några praktiker till att börja med läser

in ett ämnesområde, exempelvis hematologi. Man kontaktar därefter en akademisk lärare som står för den definitiva utformningen av kursen tillsammans med de praktiker som haft speciellt intresse för ämnesområdet.

Som tidigare nämnts är de flesta praktiserande läkare specialister och vi har därför även utarbetat en utbildningsmodell med syfte att vidga kunskapsområdet i riktning mot ökad bredd och medicinsk allmänorientering. Inom denna utbildningsform som går under benämningen HOLOS (grekisk för "helhet") har man vidgat ämnesområdena och sysslar med kunskapsfält som till övervägande delen brukar skötas av allmänläkare. Här kan då nämnas ämnen som ryggsjukdomar, socialmedicin, friskvård, immunologi, neurologisk undersöknings-teknik, tropikmedicin, medicinsk data-teknik m.m. Det är vår avsikt att flertalet läkare inom Praktikertjänst skall ha genomgått dessa kurser under närmaste treårsperiod. Kurserna förläggs till veckorna 11 och 40 varje år och omfattar tre kursdagar per tillfälle (torsdag, fredag, lördag). Kurserna är förlagda till internat- och konferensanläggningar inom Sverige. Uppläggningsen är att samma grupp kursdeltagare möts gång efter annan. Vidare planeras även undervisning av sköterskor, biträden och läkarsekreterare och det är vår förhoppning att utbildningen i samplanering med de olika personalkategorierna skall kunna erbjudas inom en icke alltför avlägsen framtid.

Kostnaderna för efterutbildningen debiteras det enskilda kostnadsstället. Det är således nödvändigt för den kostnadsställeansvarige läkaren att tillse att mottagningarnas ekonomi räcker till för att täcka mottagningarnas fasta kostnader under utbildningstid. Det kan då nämnas att inkomstbortfallet för en mottagningsdag ofta ligger på siffror om över 2.500 kr per arbetsdag.

Forsknings- och utvecklingsarbete

Det är även en strävan inom Praktikerbolagen att man också skall möjliggöra medicinsk forskning och utvecklingsarbete. Således arbetas på en modell att kunna bevilja "tjänstledighet" från mottagningsarbetet för att i stället kunna ägna sig åt att fördjupa sig inom något område som på sikt gynnar utvecklingen av praktikersektorn.

Då vi är angelägna om att hela tiden förnya Praktikertjänsts verksamhet är vi naturligtvis även lyhörda för kritik som kan riktas mot vår verksamhet. Det är i det sammanhanget känt att det varit problem för praktikernas verksamhet, speciellt sommartid när semesterlag och avtal inneburit att mottagningsverksamhet stängts. Det är dock vår avsikt att intensifiera ansträngningarna att även under sommartid ge en så god service som möjligt. Ett sätt att åstadkomma detta är att olika grupp-mottagningar i högre grad än tidigare skall kunna växla sina

sommarstängningar och därmed kunna upprätthålla en läkarhänvisning. Detta skulle då leda till att patienterna i samma omfattning som hittills vänder sig till distriktsläkarmottagningarna, som även dessa har en starkt beskuren verksamhet sommartid. Problemen är stora och vi kan nog inte lösa dem på en gång utan vi får be om överseende med de problem som kan uppstå även kommande sommar. Som en tröst kan vi dock nämna att vi tycker oss arbeta åt rätt håll!

Vi strävar också inom företaget att på sikt åstadkomma ett allt närmare samarbete med landstingen i olika avseende. Ett sätt att åstadkomma detta är att genom samråd se till att det ej byggs ut vårdcentraler eller etableras nya mottagningar för praktiserande läkare i omedelbar närhet av varandra. Ur den totala sjukvårdens horisont måste detta anses vara ett dåligt utnyttjande av befintliga resurser och direkta konkurrenssituationer av detta slag gynnar på sikt ej patienterna. Man skulle således i framtiden kunna tala om önskan om planeringssamverkan mellan landstinget och Praktikertjänst.

Som tidigare nämnts är medelåldern för de verksamma praktikerna hög och de kolleger som är verksamma i Stockholmsområdet har sina arbetsrutiner och dessa går naturligtvis att ändra i vissa avseenden. Skall man emellertid åstadkomma ett vitalt samarbete på sikt är det min uppfattning att det är viktigast att tillse att man har samarbetsrutiner redan från början mellan de nyetablerade läkarna och sjukvårdshuvudmannen.

Ett intressant samarbetsavtal har sedan ett par år fungerat i Jönköping mellan praktiserande läkare och landstinget där. I princip kan man säga att det är tre läkare som genom ett specialavtal påtagit sig ett områdesansvar. För patienterna från detta upptagningsområde om cirka 5000 patienter går landstinget in och täcker mellanskillnaden i patientavgiften mellan distriktsläkarvård och läkarvårdstaxans bestämmelser för praktiserande läkare. Läkarna samarbetar nära med distriktssköterskorna för området och de deltar i landstingets efterutbildningsverksamhet och ingår även i jour-systemet inom distriktsläkarvården. Vid sidan om åtagandet för "distriktet" fungerar läkarna som vilka praktiker som helst.

Personligen anser jag att det för närvarande finns ett stort glapprum i samarbetet mellan praktiker å ena sidan och andra sidan distriktssköterskor, socialvårdsbyråer, försäkringskassor och å andra sidan distriktssköterskor, socialvårdsbyråer, försäkringskassor dels samarbetsrutiner mellan praktiserande läkare och dessa sociala institutioner. En förutsättning härför är dock att det sker på ett sätt som gör att den praktiserande läkaren ej blir direkt ekonomiskt lidande när han eller hon

åtar sig samhällsinriktade arbetsinsatser.

Jag skulle därför vilja föreslå att man inrättar en samarbetsgrupp mellan sjukvårdshuvudmannen och praktikertjänst. Syftet härmed skulle vara att man med jämna mellanrum skulle söka utarbeta ett mönster för hur relationerna skall kunna fördjupas mellan oss som vårdgivare, hur vissa resurser skulle kunna samutnyttjas och i övrigt agera så att patienterna erbjuds den maximalt bästa vården.

Författarpresentation

Matts Beling, specialist allmän internmedicin, är verksam vid Praktikertjänst gruppläkarmottagning inom Betaniastiftelsens sjukhus.*

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

FV i storstad – hur kan det gå?

ANNA-KARIN FURHOFF

I artikeln presenteras hur den nya FV-utbildningen i allmänmedicin för närvarande byggs upp i Stockholm. Inom varje förvaltningsområde har lokala så kallade FV-råd ansvar för vidareutbildningen. Representeranter från varje FV-råd bildar tillsammans med representeranter från centrala personalavdelningen och två distriktsläkare "Hälso- och Sjukvårdsnämndens referensgrupp för FV i Allmänmedicin" med uppgiften att samordna erfarenheter i första hand från handledarkurserna.

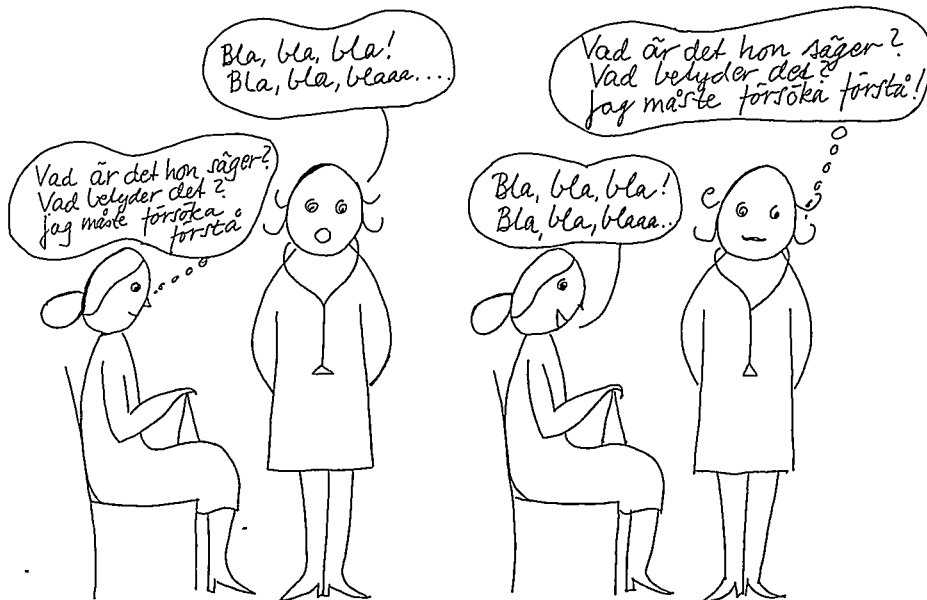
Regelbundna utbildningsträffar äger rum för FV-läkarna en förmiddag varannan vecka i två förvaltningsområden. Sedan ett år finns även efterutbildningsseminarier för distriktsläkare vid Socialmedicinska Institutionen, Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg.

Förståelse finns också både bland primärvårdens personal, administratörer och politiker för att man i primärvården saknar de flesta av de undervisningssituationer som på klinikerna är inbyggda i det dagliga arbetet (ronderna!) och att dessa måste ersättas med utbildningsaktiviteter på särskilt avsatt tid.

Nyckelord:

Allmänmedicin, utbildning, vidareutbildning, efterutbildning, Stockholm.

Stockholms läns landsting har ungefär en femtedel av Sveriges befolkning. Sedan ett tiotal år pågår en satsning på primärvård, som dock först nu börjar få någon större genomslagskraft. Det



Artikelförfattaren (till höger) före och efter genomgången handledarutbildning.

finns ca 260 distriktsläkartjänster, varav 190 är besatta med ordinarie innehavare (feb 1982). Antalet vårdcentraler uppgår fn till ca 65. En del enläkarmottagningar finns fortfarande kvar, framför allt i centrala Stockholm. Uppdragsområdena varierar högst avsevärt, från 3 000 personer per distriktsläkare (södra Sollentuna, Matteus, Hallunda mfl) till över 10 000.

De senaste åren har Stockholms läns landsting tilldelats 70 FV-block i allmänmedicin per år. Landstinget agerar för att antalet ska sänkas till kommande år, med för närvarande oviss utgång. Inom primärvården finns 25 underläkarutrymmen för FV.

Det är ganska svårt att få block i allmänmedicin i Stockholmsområdet, liksom på övriga universitetsorter, och de som blir förordnade kan i regel tillgodoräkna sig åtskilliga års tjänstgöring, när de väl börjar sina block. I nordvästra förvaltningsområdet fanns tex i början av 1982 22 underläkare med blockförordnande i allmänmedicin. Av dessa tjänstgjorde då endast tre inom primärvården, vilket nog är ganska typiskt för våra förhållanden. I regel har man alltså redan gjort den allmänmedicinska tjänstgöringen som vikarierande distriktsläkare eller underläkare innan blocket tillträds. Den nya bestämmelsen som gäller från 1 januari 1983 om att man endast får tillgodoräkna sig tjänstgöring på underläkarutrymme i blocket kommer rimligen att märkas väl hos oss.

Som synes kommer för Stockholms del den nya FV-utbildningen i allmänmedicin med sina 18–24 månaders tjänstgöring inom huvudämnet inte

bara att innebära pedagogiska problem, utan också i hög grad planeringsmässiga och administrativa.

Denna insikt har präglat arbetet med att förbereda genomförandet av den nya FV-utbildningen (och förbättra den gamla). Den första handledarkursen, som hölls i november 1981, utformades mycket som en kurs i såväl pedagogik som undervisningsplanering. Deltagarna som var fyra från vart och ett av de fem förvaltningsområdena togs ut av primärvårdsblocken i samarbete med kursledningen. Av inbjudan till kursen framgick att meningen var att dessa fyra sedan skulle äta sig att tillsammans med primärvårdsblockens ledning och lokal förvaltning verka för att den nya FV-utbildningen skulle komma att fungera.

Deltagarna i den första handledarkursen har nu kommit igång med arbetet inom sina respektive förvaltningsområden. Man har informerat övriga distriktsläkare om den nya utbildningen, och även sjuksköterskor och annan personal. På de flesta ställen har man redan haft möten med lokal förvaltning och blockledning, och kommer också att informera lokalstyrelserna (förvaltningsområdenas politiska ledning). Den tidigare benämningen "de fyras gäng" har nu, allt eftersom de olika grupperna blivit kända och börjat arbeta konkret, börjat bytas ut mot den mera respektingivande benämningen "lokala FV-råd".

Lokala FV-råd

FV-råden i de olika förvaltningsområdena arbetar alltså tillsammans med den lokala förvaltningens olika grenar,

och kommer sannolikt att undan för undan ta på sig följande uppgifter (med lokala variationer):

- att ge pedagogiska synpunkter på uppläggningsplaneringen av nya FV-block,
- att ha kontakt med de vårdcentraler och kliniker där FV-läkare tjänstgör, med syfte att ge tjänstgöringarna så stort utbildningsvärde som möjligt,
- att övervaka att nödvändiga resurser finns på vårdcentraler där utbildning bedrivs (lokaler, litteratur, kvalificerade handledare),
- att ordna seminarier och annan teoretisk utbildning för FV-läkare,
- att vara ett stöd för handledarna och
- att verka för de ordinarie distriktsläkarnas efterutbildning.

En av de viktigaste uppgifterna för FV-råden under de närmaste åren blir att ordna ytterligare handledarkurser. Ambitionen är att det i första hand ska finnas två utbildade handledare per vårdcentral, och i ett längre perspektiv hoppas vi att samtliga distriktsläkare ska kunna erbjudas handledarutbildning. Om vart och ett av de fem förvaltningsområdena är "värd" för en kurs med 20 deltagare, skulle i varje fall det första målet kunna nås inom rimlig tid.

Handledarkurser

Den första av dessa handledarkurser ägde rum i maj 1982, med uppföljningsdagar i september, och var ordnad av västra förvaltningsområdet. Under den första handledarkursen hade just västra förvaltningsområdets deltagare arbetat med planeringen av handledarkurs som projektarbete. Två av FV-rådets medlemmar ingick i kursledningen, liksom förvaltningsområdets primärvårdslärare. I uppläggningsplaneringen skiljde den sig ganska mycket från den första kursen, genom att mera direkt vara inriktad på handledning och pedagogik. Samtliga förvaltningsområden var representerade bland deltagarna, vilket bidrog till en mångsidig och livlig diskussion.

Enligt den nuvarande preliminära planeringen kommer de andra förvaltningsområdena att ordna var sin handledarkurs under de närmaste fyra terminerna.

Kurserna betalas av Hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning (ännu så länge med bidrag från NLV), och det är därför naturligt att man där intresserat sig för att skapa ett forum för samordning och erfarenhetsutbyte. Denna "Hälso- och sjukvårdsnämndens referensgrupp för FV i allmänmedicin" består av två representanter för den centrala personalavdelningen, varav en är sjukvårdslärare och ingick i kursledningen för den första handledarkursen, två distriktsläkare, vilka båda ingick i den första kursledningen (Eva Olsson, Anna-Karin Furhoff), samt en representant för varje FV-råd.

Ute på vårdcentralerna har man kanske ännu inte märkt så mycket av

nyordningen. De block som tillsätts kommer sannolikt att gå efter den gamla ordningen ännu tre-fyra år, med endast korta tjänstgöringsperioder i allmänmedicin. Men det börjar komma en medvetenhet hos distriktsläkarna, att underläkare (både AT och FV) är läkare under utbildning med rätt till handledning, och även till formaliserad utbildning. FV-råden följer nu placeringen av underläkare med blockförordnande inom sina förvaltningsområden, och försöker styra sådana underläkare till vårdcentraler med utbildad handledare.

Kontakten med de underläkare som gör sina kliniktjänstgöringar är för närvarande dålig, men vi hoppas att de distriktsläkare som handlett underläkare på sin vårdcentral, sedan ska hålla kontakt även under tiden på klinikerna. Någon formaliserad undervisning i allmänmedicin för dessa underläkare finns ännu inte.

Utbildningsträffar under FV

Inom två förvaltningsområden (nordvästra och sydvästra), ordnas däremot sedan flera år *regelbundna utbildningsträffar* för underläkare som tjänstgör i primärvården. Utbildningsträffarna i nordvästra förvaltningsområdet, som jag ansvarar för sedan 1 1/2 år tillbaka, *äger rum en förmiddag varannan vecka*. Dit kommer 15-20 underläkare (AT, FV) och vikarier (av vilka många kommer att tillgodoräkna sig vikariatet i FV-block i allmänmedicin). Tema för träffarna bestäms i samråd med deltagarna. Underläkarna vill helst diskutera praktiska kliniska problem, sådana som de möter i sin dagliga verksamhet, men vi har också talat om samarbetet med försäkringskassan, ansvarsnämndens verksamhet och det allmänmedicinska ämnesinnehållet. De sista fem träffarna under våren 1982 ägnades åt handläggningen av patienter med respektive hög sänka, ont i magen, huvudvärk, yrsel och trötthet. Några av deltagarna svarade varje gång för litteraturreferat i ämnet, och hade också tagit med sig journaler som belyste det aktuella problemet. Dessa diskuterades först i grupp, och sedan gemensamt. Överhuvud taget har träffarna mycket byggt på deltagarnas egen aktivitet, och jag själv och andra resurspersoner (i regel distriktsläkare) fungerar huvudsakligen som diskussionsledare.

Träffarna har högt utbildningsvärde, inte minst för oss ordinarie distriktsläkare som deltagit som ledare. I diskussionen med underläkarna upptäcker vi mycket om vår egen verksamhet, som vi tidigare inte varit medvetna om. Hur ställer vi en diagnos? Hur genomför vi en utredning? Vilken vikt tillmäter vi olika faktorer, objektivt mätbara eller intuitivt uppfattade? Den sammansmältning av kunskaper och erfarenhet som är unik för varje läkare har kunnat presenteras och diskuteras av intresserade kolleger, och vi

har alla lärt mycket. En viktig lärdom har varit var luckorna i vår kunskaper finns. När FV-läkarnas forsknings- och utvecklingsarbeten kommer igång, kommer det inte att saknas uppslag.

För mig har utbildningsträffarna på ett mycket påtagligt sätt illustrerat tesen att undervisning och forskning/utveckling är två sidor av samma sak.

FoU-arbete som utbildning

Det är under den sista allmänmedicinska tjänstgöringsperioden som underläkaren ska fullgöra ett forsknings- eller utvecklingsarbete. Någon organiserad sådan verksamhet har ännu inte kommit till stånd. En självklar anledning är att de nuvarande tjänstgöringarna är så korta att det inte finns tid att planera och genomföra något sådant arbete. I Stockholm är vi väl annars ganska väl rustade att handleda underläkarna. Vid fem vårdcentraler i länet bedrivs försöksverksamhet med väl utbyggd primärvård, och där finns redan nu god erfarenhet av utvärderings- och utvecklingsarbete.

Efterutbildningsseminarier

Någon allmänmedicinsk/samhällsmedicinsk universitetsinstitution finns däremot inte. Vår viktigaste akademiska resurs är den *socialmedicinska institutionen* som är kopplad till *vårdcentralen Kronan*, där Leif Svanström är innehavare av en professur i socialmedicin med särskild inriktning på primärvård. Där ordnas sedan ett år tillbaka seminarier för distriktsläkare, där man diskuterar litteratur, undersökningsmetodik etc. Kanske kan en fördjupad utbildning i forsknings- och utvecklingsarbete för distriktsläkare växa ur den verksamheten.

Glädjande nog har det gått att få gehör både från sjukvårdspersonal, administratörer och politiker, för de mycket stora fördelarna som den nya FV-utbildningen ger, och som framför allt den aktiva handledarrollen medför. Den underläkare, som får en genomtänkt och systematisk utbildning, måste rimligen ha större chans att snabbt kunna fungera som en bra doktor, än den som i likhet med dagens AT- och FV-läkare i bästa fall har en välvilligt inställd men jäktad distriktsläkare att fråga till råds på kafferasterna. *Det finns också förståelse för att man i primärvården saknar de flesta av de undervisningssituationer som på klinikerna är inbyggda i det dagliga arbetet (ronderna!), och att dessa måste ersättas med utbildningsaktiviteter på särskilt avsatt tid.*

Särskilt bland primärvårdens personal finns också en begynnande medvetenhet om att pedagogiska kunskaper och erfarenhet av handledning är något som direkt berikar och utvecklar patientarbetet. Mycket av det vi gör har ju pedagogisk anknytning. Vi sysslar inte bra med receptskrivande och omläggningar, utan förmåga att lyssna, kunskapsförmedling och attitydpåver-

Hur skall resultat och diskussion presenteras?

BO HAGLUND

I två tidigare artiklar har jag givit dels en översiktlig beskrivning av vad en vetenskaplig artikel innehåller och dels diskuterat hur man skriver introduktion samt material och metodavsnitt.

I den här artikeln fördjupas diskussionen av resultat och diskussionsavsnitten.

Nyckelord: Forskningspresentation.

Bakgrund

I serien om hur man skriver och publicerar vetenskapliga artiklar utgör denna den tredje i ordningen (1, 2). I den första artikeln diskuterades definitionen av en vetenskaplig artikel och dessutom gavs en översiktlig redovisning av innehållet. Detta bör besvara frågorna: Vad var problemet? Hur studerade Du problemet? Vad fann Du? Vad betyder fynden? I den andra artikeln gavs en något utförligare presentation av de två första problemställningarna som besvaras i introduktions-, material- och metodavsnitten.

Syftet med den tredje artikeln är att utförligare diskutera svaren på fråga tre och fyra, dvs *Vad fann Du och Vad betyder fynden*. Dessa båda frågor besvaras i avsnitten *resultat och diskussion i en artikel*.

Resultat

I motsats till vad många tror skall man inte starta resultatdelen med att beskriva metoder som tidigare försumats i material och metodavdelningen.

kan är minst lika viktiga delar av vår verksamhet. Förhållandet mellan läkare (sjuksköterska, sjukgymnast etc) och patient har faktiskt stora likheter med förhållandet mellan lärare och elev.

Författarpresentation:

Anna-Karin Furhoff*, distriktsöverläkare i Sollentuna.

*Postadress: Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191223 Sollentuna, tel 08-96 81 00



Från Laerum (Den förunderlige vitenskapen)

Resultatdelen består av två huvudingredienser. För det första skall man ge en översiktlig beskrivning av experimentet utan att därför repetera detaljer i genomförandet av undersökningen. För det andra skall man presentera data.

Mest betydelsefullt i manuskriptet är att de data som presenteras skall vara representativa. "Tvånget att inkludera allt, och att inte utelämna något, bevisar inte att man har obegränsade informationer utan enbart att det föreligger en brist på diskriminationsförmåga (3).

Praktiskt skall data som innehåller enbart några få uppgifter ges i löptexten medan mera omfattande bestämmingar redovisas i tabeller eller figurer. Alla uppgifter som presenteras skall naturligtvis vara meningsfulla. Observera också att negativa uppgifter, det vill säga sådant som man *inte* fann vid undersökningen, kan vara viktigt att redovisa.

Om statistik skall användas för att beskriva resultaten bör det vara meningsfylld statistik. En klassisk historia för att stryka under det här är en artikel i en tidskrift där följande angavs: "33 1/3 % av mössen som användes i det här experimentet botades av den testade drogen 33 1/3 % av den testade populationen påverkades inte utan blev kvar i ett moribunt stadium medan den tredje musen lyckades försvinna under försöket".

Viktigt att sträva efter är klarhet i resultatredovisningen utan ordflöde. Även om resultatdelen av artikeln är den viktigaste delen är den oftast kortast. Framför allt gäller detta om den har föregåtts av en välskriven material- och metodavdelning och följs av en likadan diskussion. En perfekt vetenskaplig artikel, om nu sådana finns, kan innehålla enbart en mening i resultatavsnittet: "resultatet framgår av tabell 1".

Om någon del av artikeln behöver vara klar och enkel i framställningen

är det resultatdelen, detta för att resultatdelen tar fram den nya kunskap som Du vill bibringa världen. Den första delen av artikeln (introduktion, material och metoder) är utformad för att berätta varför och hur Du fick Dina resultat; den senare delen av artikeln (diskussion) är utformad för att berätta vad den betyder. Själva artikeln står därför och faller med resultatredovisningen. Denna måste därför presenteras med kristallklarhet.

Det är således viktigt att undvika riklig ordsvada i resultatdelen. Det vanligaste misstaget är att upprepa i ord vad som redan framgår klart för läsaren vid studiet av figurer och tabeller. Ännu värre är att i löptexten ta upp samma data som visas i tabeller och figurer. Å andra sidan får man inte vara rädd att ge tillräckligt med data så att läsaren klart förstår vad man menar.

Diskussion

Diskussionsavsnittet är svårare att definiera än andra delar av artikeln. Som en följd av detta är det också svårast att skriva det här avsnittet. Och många är de manuskript som refuserats på grund av dåliga diskussioner, även om data som presenterats i resultatet både är tillförlitliga och intressanta. Samma sak gäller om data som presenteras fullständigt skymms av de tolkningar som presenteras i diskussionen.

Många för att inte säga de flesta diskussioner är för långa och ordrika.

Det finns dock några väsentliga drag i ett gott diskussionsavsnitt. Huvudkomponenterna är följande:

1. Försök att presentera principer, relationer och generaliseringar som är styrkta i resultatavsnitten. Håll i minnet, i en god diskussion skall man diskutera inte rekapitulera resultaten.
2. Peka på undantag eller brist på korrelation och definiera svaga punkter.
3. Visa hur Dina resultat och tolkning- en överrensstämmer eller kontras-

terar med tidigare publicerade arbeten.

4. Var inte blyg; diskutera de teoretiska implikationerna av Ditt arbete såväl som alla tänkbara praktiska tillämpningar.
5. Ange Din konklusion så klart som möjligt.
6. Sammanfatta Dina bevis för varje konklusion.

Det viktigaste med avsnittet är att i enkla termer visa relationen mellan observerade fakta. För att stryka under det här kan poängen i en historia om en biolog som tränade flugor att hoppa relateras.

Biologen genomförde ett försök där flugorna på kommando hoppade. För att undersöka vidare vilka receptororgan som var involverade utökade biologen sitt experiment och tog bort det ena benet efter det andra. Flugan fortsatte att hoppa tills dess att alla ben var borta. Då blev flugan orörlig. I publiceringen av resultaten var författarens slutsats: när benen på en fluga tas bort kan flugan inte längre höra.

Allt för ofta diskuteras inte signifikansen av resultaten i diskussionen. Om läsaren av artikeln upptäcker att han frågar "so what" efter att ha läst igenom diskussionen är chanserna stora att författaren har varit så uppfylld av alla träd (data) att han inte såg skogen. Diskussionen skall därför sluta med en kort sammanfattning eller konklusion som slår fast betydelsen av arbetet. "Finally, god writing, like god music, has a fitting climax. Many a paper loses much of its effect because the clear stream of the discussion ends in a swampy delta." (4).

Slutligen när Du beskriver Din del av "sanningen" som Du vill tillföra världen gör det enkelt. Många ord och konstiga tekniska termer används för att skyla över grumliga tankgegångar.

Författarpresentation:

Bo Haglund, distriktsläkare.*

*Postadress: Hälsovårdsenheten, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Litteraturreferenser:

1. Haglund B: Vad är en vetenskaplig artikel? SFAM-nytt 1982, 3:84-85.
2. Haglund B: Den vetenskapliga artikelns innehåll. Något om hur man skriver introduktionen samt material- och metodavsnitt. SFAM-nytt 1982; 3: 115-116.
3. Aaronson S: 1977. Style in scientific writing. Current Contents, No 2, 10 January; p. 6-15.
4. Anderson JA, Thistle MW: 1947. On writing scientific papers. Bull. Can.J.Res., 31 December 1947, N.R.C. No. 1691.

Prislista för särtryck ur SFAM-nytt 1982-1983

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	1.490:-	100:-
8 sidor	850:-	80:-
4 sidor	575:-	55:-
2 sidor	410:-	50:-

Tillkommer för särskilt omslag med tryck på fram- och baksida 590:- 80:-

Priserna är exkl. nysättning och originalarbete.

Mervärdesskatt tillkommer.

AllmänMedicin

blir nytt namn
på tidskriften

SFAM-nytt

från nr 1, 1983

3:e Nordiska kongressen i Allmänmedicin Tammerfors 15-18.6.1983

Ett utförligt program kommer att presenteras i ett följande nummer av SFAM-nytt. Här vill vi påminna om tidsramar och utformningen av fria föredrag.

Fria föredrag

Deltagarna inbjuds att vid kongressen framträda med fria föredrag på 10 minuter jämte 10 minuters diskussion. Ämnena fördelas på olika sektioner, tex

Epidemiologi
Kroniska sjukdomar
Infektionssjukdomar
Utbildning
Miljömedicin
Medikamentell terapi
Primärvårdens administration
Geriatrici
Forskningsmetoder i primärvården
Praksisanalys
Hälsoplanering

En sammanfattning av föredragen uppgjord enligt nedanstående anvisningar, bör insändas till kongresskommittén *senast den 30 januari 1983*. Kongresskommittén förbehåller sig rätten att begränsa antalet föredrag vid kongressen.

Sammandragens utformning

Sammandragen av de fria föredragen publiceras i anslutning till kongressen. Tryckningen sker i offset direkt från de insända manuskripten.

Texten skrivs på maskin på A4-ark med en marginal runtom på minst 20 mm mellan texten och papperets kant. Texten skrivs på danska, norska eller svenska, i slutlig form.

Sammandraget bör innehålla följande uppgifter i nu nämnd ordning:

1. Föredragets titel, med stora bokstäver
2. Eventuell undertitel, med små bokstäver
3. Författare (i händelse av flera författare nämnes först föredragshållarens namn)
4. Föredragshållarens adress (institution, ort, land)
5. Text, eventuella figurer och tabeller. Texten bör innehålla en klar och koncis beskrivning av problemställningen, material, metoder och en kort redogörelse för resultat och konklusioner.

Manuskriptet får omfatta högst två A4-ark. Författarens namn, adress och telefonnummer bifogas på särskilt papper och insänds med ett exemplar av sammandraget under adress:

3:e Nordiska kongressen i allmänmedicin, Fria föredrag. PB 105, SF-00181 Helsingfors 18, Finland.

Kopia även till SFAM
c/o Bo Haglund, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg.

VENTRUX- ACIDO

normaliserar tarmfloran vid antibiotikabehandling.

Vid behandling med penicillin och andra antibiotika uppstår ofta en sådan rubbning i tarmfloran, att diarréframkallande bakterier kommer att dominera.

Samtidig tillförsel av VENTRUX-ACIDO synes minska risken för att detta tillstånd ska uppstå, och medlet används i detta syfte vid vissa sjukhus.

Ett annat område, där VENTRUX-ACIDO används med gynnsamt resultat, är som profylaktiskt medel mot tarmbesvär vid utlandsresor.

VENTRUX-ACIDO är helt oskadligt och utan biverkningar.

VENTRUX-ACIDO innehåller per kapsel:

25 miljoner *Streptococcus Faecium* Strain Cernelle 68.

En normal, förebyggande dosering av VENTRUX-ACIDO-kapslarna är:

1 kapsel 4 ggr dagligen lämpligen mellan måltiderna. Vid utbruten sjukdom kan doseringen tredubblas.

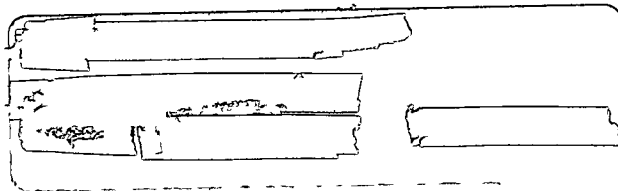
VENTRUX-ACIDO är ett registrerat naturmedel nr 78-5017 (oskadlighetsgranskat av Socialstyrelsens läkemedelsavdelning) och genomgår därför ej den för läkemedel föreskrivna kontrollen.

VENTRUX-ACIDO finns i förpackningar om 75 och 200 kapslar.

Finns i hälsokosthandeln.



Helsingborg Tel 042-13 92 40



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).