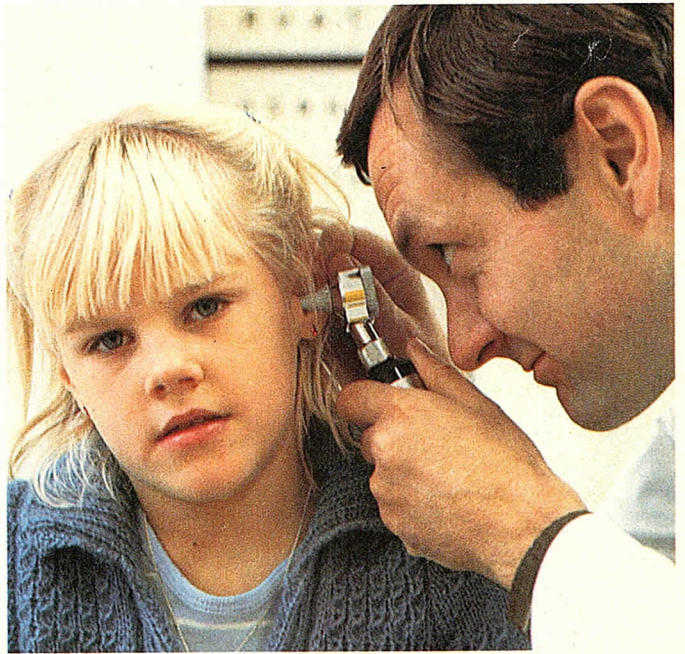
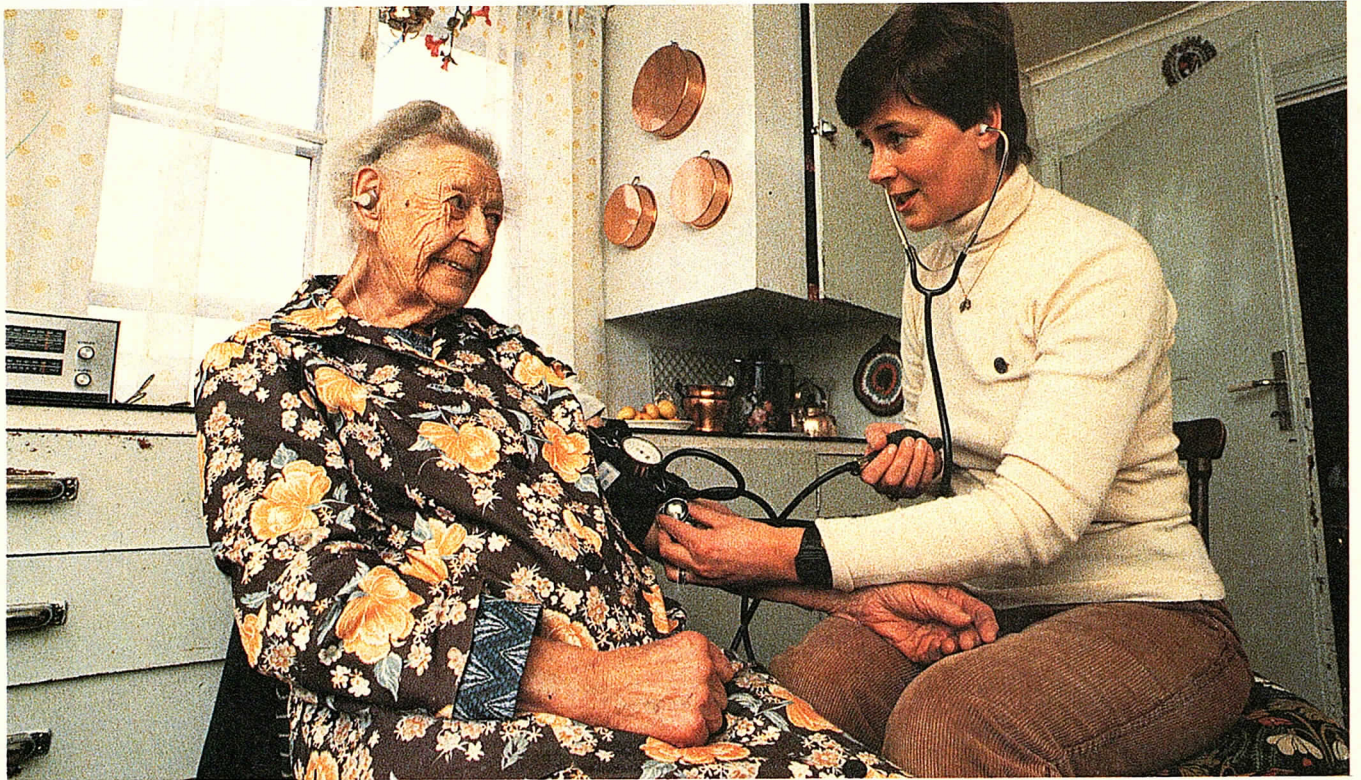


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Primärvård

6
1983

Örebro län

Urogenitala besvär

hos äldre kvinnor



”UVI föregås oftast av en kolonisation av perineum och det periuretrala området. Lactobaciller utgör en viktig del av den fertila kvinnans vaginalflora. Glykogenet i vaginalsekretet anses utgöra ett viktigt substrat för dessa mjölksyreproducerande och pH-sänkande

bakterier som därigenom bidrager till en miljö som förhindrar kolonisation med urinvägs patogena bakterier. Hos äldre är slemhinne-sekretionen starkt reducerad.”

Ref. Å. Brandberg, D. Mellström, G. Samsioe,

”Terapeutisk och profylaktisk östrogenbehandling av äldre kvinnor med urogenitala besvär.”
Abstract från föredrag presenterat vid Riksstämman 1982. Sektionen för åldersforskning.

Den naturliga spärren.



Under kvinnans fruktsamma år har slidan en skyddsmekanism som gör att infektioner utifrån har svårt att få fäste. Med sänkt östrogenproduktion försämras det skyddet, slemhinnan blir tunn och skör.

Samma sak händer i urinblåsa och urinström. Kvinnan känner urin-trängningar ofta och det kan bli svårt att hålla urinen. Den naturliga spärren för infektioner fungerar inte längre när slemhinnorna atrofierar på grund av östrogenbrist.

Ovesterin[®]

östriol

För långtidsbehandling av atrofiska
slemhinneförändringar För vidare inf. se FASS

ORGANON AB Box 5076, 421 05 V. Frölunda



Ledare:*Sven Larsson*

228

Föreningsnytt:

Schablonersättning för förebyggande hälsovård

229

Blockabonnemang på Scandinavian Journal of Primary Health Care

229

Nya allmänläkare

229

Medlemsförändringar i Svensk Förening för Allmänmedicin 1981-1983

229

Kurser och konferenser:

Utmaningar i Ystad

229

Workshop nr 2 om Balintgrupper

230

Värmlandsstämman

230

Primärvård i Örebro län.

Organisation - resurser - utveckling

Sigvard Avander

232

Forskning och forskningsorganisation i Örebro läns landsting

Björn Söderfeldt

234

Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården i Örebro län. Må tusen blommor blomma

Lennart Holmquist, Sven Larsson

235

Är resistensbestämning vid urinvägsinfektioner nödvändig inom primärvården?

Göran Falck

239

Trimetoprim 160 mg×2 - Jämförelse mellan 3- och 7-dagars behandling vid nedre urinvägsinfektion

Lena Hugmark, Göran Linde

242

Var söker öronpatienten?

*Lennart Halfvarson,**Gunilla Hegardt, Ingemar Engstrand*

244

Vårdprogramarbete i primärvården.

Ryggprogrammet i Karlskoga

Sigvard Avander, Flemming Christensen, Margus Mägi

248

Arbetskadorna kommer först till primärvården - Bättre samverkan med företagshälsovården behövs

Anders Berg, Nils Malmqvist

252

Effekter av den nya vårdcentralen

Anders Pihl

254

Hagaprojektet - Ett forskningsprogram kring samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård

Carl-Gunnar Eriksson, Gunilla Fahlström, Willy Karlsson, Sven Larsson

258

Socialt arbete inom primärvården - Bilder från vårdcentraler med skilda organisationsformer

Carl-Gunnar Eriksson, Görel Bånghagen, Gunilla Fahlström, Alf Stoor

262

Vårdlagen på Brickegården - En primör i länet

Peter Klinkert

265

Informationshantering inom primärvården

Inger Almer-Larsson, Göran Falck, Lennart Holmquist, Ingvar Lidén, Margus Mägi

266

Att undvika institutionsvård hos äldre patienter

Ove Dehlin, Åke Rundgren, Sven-Mårten Samuelsson, Brita Wallgren

270

Primärvården behöver biblioteken

Per-Olof Tellander, Bengt Holmquist

272

Rollspel som undervisningsform i allmänläkarutbildningen - en praktisk pedagogisk modell

Bengt Mattsson

274

Unga förtidspensionärer i Säffle kommun

Stig Andersson, Mats Ivermark, Elisabeth Börjeson

276

Debatt:

Läkarbesöken i öppen vård i Medelpad 1976-1982

Gösta Brydolf

278

BAL-gruppen i Falun

Malin André

279

R/P-blankett modell Tibro/Skultorp

Lars Berg, Ulf Lindblad

280

Recensioner:Handbok i forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård
Socialmedicinska institutionens skriftserie
samt Landstingets hälsovårds rapportserie
Drogförebyggande verksamhet
Cancerregistret 25 år
Nej till GT-prov i hälsokontrollen

281

Primärvård i Örebro län

I detta nummer presenteras primärvården i Örebro län.

Alla län med självaktning vill presentera sig själva som ett genomsnitt av landet. Det gäller även Örebro län. Vi har en centralort av storstadskarakter, där sjukvården domineras av det högspecialiserade Regionsjukhuset, och där primärvården utvecklats sent. Vi har andra områden, där det sedan länge funnits hälsocentraler eller vårdcentraler med ett klart definierat geografiskt ansvarsområde, ofta en kommun. Dessa områden har dock i hög grad besvärats av underbemanning särskilt på läkartjänsterna. Flera områden har drabbats hårt av osäkerhet om den ekonomiska utvecklingen och av arbetslöshet.

Vi försöker först i några översiktsartiklar beskriva primärvårdens organisation och utvecklingspotential, vårt landstings satsning på forskning och utveckling samt de skilda projekt som pågår eller nyligen genomförts. Därefter följer en exemplifiering där några projekt ges en mer ingående beskrivning. Vi har därvid strävat efter att ge en bredd och variation. Ämnesvalen berör klinisk allmänmedicin, epidemiologiska studier och områdesstudier samt vårdorganisatoriska beskrivningar. Såväl strikt systematiska studier som mera reflektioner över förändringsarbetets villkor presenteras. Den geografiska spridningen över länet är god, om än ej heltäckande. Bland författare dominerar distriktsläkare, men även specialister från länssjukvården är medarbetare i några artiklar. Sjuksköterskor, samhällsvetare, beteendevetare och tekniker finns med.

Vi har på detta sätt medvetet försökt ge en bild av vad vi tror är en ganska genomsnittlig situation i primärvården i landet idag. Trots en rad svårigheter med bristande bemanning, bristande resurser och osäkerhet i forskningsmetodik och forskningsteknik finns en spirande utvecklingskraft, som först tagits fram av enskilda personer med entusiasm, arbetsförmåga och viss metodkunnskap, men som sedan successivt kunnat spridas i allt vidare ringar. Vi har sannolikt redan en ganska god bredd på utvecklingsarbetet. Nästa steg gäller fördjupning.

SVEN LARSSON

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Bo Haglund, Karolinska institutet
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Redaktör:
Magnus Eriksson, Centralvägen 7,
151 57 Södertälje. Tel: 0755/860 01.

Carl Edvard Rudebäck,
Mariehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 902 37 Umeå.
Tel 090/12 45 09

Redaktionsadress:
AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00.
(Jane Östman).

Annonser:
MJ Annonsförmedling
Ahlströmergatan 18, n b 112 47 Stockholm.
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:
200 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän
Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer
per år. Prenumerationsavgiften inbetalas
till postgiro 37 54 40-5 till AllmänMedicin.
Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1983.

ISSN 0281-3513

Förenings
nytt

AllmänMedicin Manusstopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1983. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1984.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
1 1984	25/11-83	" 2
2	9/ 1-84	" 9
3	19/ 3-84	" 18
4	1/ 6-84	" 37
5	17/ 9-84	" 44
6	15/10-84	" 48

ADRESSÄNDRING

Medlemmar i SFAM adressändring till:
SFAM, Box 5610, 114 86 Stockholm.
Prenumeranter adressändring till redaktion:
AllmänMedicin, Karolinska Institutet,
Institutionen för Socialmedicin,
172 83 Sundbyberg.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 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.

Till våra annonsörer!

Ett ombrytningsfel smög sig in i nr 5. Vi beklagar det inträffade. Annonserna om Isoptin införes därför ännu en gång. Nu införd enligt annonsörernas önskemål.
Red.

Schablonersättning för förebyggande hälsovård

Uppgifter om ersättning med 24 kronor per invånare i landstinget från allmänna försäkringen till bla förebyggande hälsovård har väckt uppmärksamhet. Flera personer har ringt redaktionen för att få tillgång till de ursprungliga avtalen mellan stat och landsting. Utgångspunkterna finns redovisade i regeringens propositioner 1980/81: 187 och 1982/83: 174 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen mm. Dessutom finns texterna i Allmänna Cirkulär (AC) 16/81 och 83:1 från Landstingsförbundet. Överenskommelserna har sänts ut till landstingets förvaltningsutskott.

Red.

Blockabonnemang på Scandinavian Journal of Primary Health Care

Dansk Selskab for almen medicin har via förhandlingar med Almqvist & Wiksell fått ett mycket fördelaktigt pris på kollektivt abonnemang. I det låga priset ingår också att det danska sällskapet själv bekostar frakt och utskick till medlemmar av Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Motsvarande förhandlingar har också förts för SFAMS räkning. Därvid kan Almqvist & Wiksell erbjuda varje medlem i SFAM Scandinavian Journal of Primary Health Care för 1984 för 40 SEK. En sådan kollektiv prenumeration skulle trygga utgivningen av den internationella tidskriften. Distributionen skulle i ett sådant avtal ske via AllmänMedicin fyra gånger om året.

Det här förslaget skall vägas mot nuvarande förmåner, dvs 175 kr/år för frivilligt abonnemangstecknande, för medlemmar i SFAM.

BO HAGLUND

Nya allmänläkare

Siv Hedman, Anita Hjort-Pettersson, Gungerd Rynde, Ann Gutestam, Gunnilla Johansson, Ingrid Obionu-Overby, Ulla Petersson, Åke Svedbäck, Björn Näsman, Bojne Björkman, Orla Korslund, Ingegärd Malmros-Enander, Vagn Nielsen, Lisbeth Nordström, Maria Przedpelska, Mayne Rydén-Friedner, Eilerth Sjölund, Birgitta Stener-Jacobson, Gabriel Bartfay, Bernt Ersson, Kerstin Hellberg, Magnus Hellbom, Lars Henricsson, Stig Henriksson, Birgitta Jansson, Torbjörn Jonson, Lars Olov Larsson, Roland Levin, Kjell Ljungström, Anna-Stina Lövhagen, Hans Mikkelsen, Jörgen Klint Nielsen, Gunlög Svärd, Ulla Thorslund, Monika Tufvesson och Monika Wide.

Kurser & konferenser

Utmaningar i Ystad

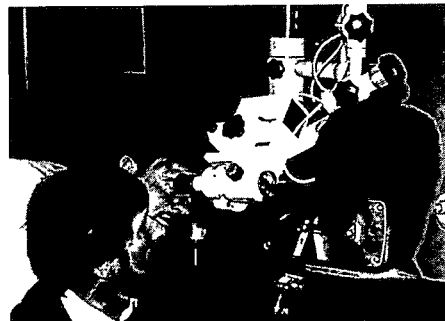
SFAM:s vetenskapliga höstmöte ägde rum i Ystad den 29 sept- 1 okt.

Arrangör var centrum för samhällsmedicin i Dalby med Bengt Scherstén, Birgitta Hovelius och Karin Svenningsson i spetsen. Programmet rymde 15 seminarier, fyra symposier samt 12 fria föredrag och avslutades med ett studiebesök på institutionen och vårdcentralen i Dalby, dit ett 80-tal av mötets 180 deltagare tog sig trots lördag. Programmets komposition innebar goda möjligheter till såväl diskussioner deltagare emellan som åhörare av föredrag och paneldiskussioner. Skilda intressen tillgodosågs. Jämfört med tidigare möten ägnades primärvårdens medicinska innehåll mer uppmärksamhet, ett glädjande steg.

Ystad bjöd inte bara på medicinska tankemödror. Havet med öppen horisont och dyningarnas lugna puls tog emot oss utanför dörren. På torsdagskvällen hölls ålagille. En såregen måltid ställande stora krav på matsmältningen då ål i nio olika former förtärdes. Till kaffet försattes många deltagare i nostalgi av Arne Melander med tre kamrater som bjöd på smakbitar ur lundensiska spex. Nästa kväll var det stadsvandring mellan de välvärdade korsvikehusen i den gamla stadskärnan.

Mötet karakteriserades av de många utmaningar deltagarna ställdes inför.

Den första - som mötet i sig var uttryck för - är *forskningen* i primärvården. Det känns splittrande för många.



Demonstration av öronmikroskop.



Bengt Scherstén på forskningslaboratoriet.

Allmänläkaren är av hävd "patientdoktor". Nu tränger behovet av forskning på. Det för med sig en andra utmaning: akademikernas intåg. Bengt Scherstén betonade det nära samarbetet mellan institutionerna och primärvården som en förutsättning för god allmänmedicinsk forskning. Han har säkert rätt. Akademikerna behövs. Allmänläkarna på fältet klarar inte själva kvalificerad forskning. Det viktiga är den ömsesidiga respekten. Risken för motsättning mellan "sunt förnuft" och vetenskaplighet lurar. Forskning är dels arbetssam, dels till sin karaktär provocerande. En av dess uppgifter är just att ifrågasätta etablerade frågeställningar och detta drabbar även vår egen verksamhet. I nuvarande skede är

Medlemsförändringar i Svensk förening för Allmänmedicin 1981-1983

Antalet medlemmar i SFAM har fortsatt att öka även under år 1983. 205 nya medlemmar har tillkommit under året. 115 av dessa har kommit från Distriktsläkarföreningen. Denna ökning är mindre än under år 1982, då antalet totalt ökade med 182.

Tyvärr har en fortsatt minskning skett vad gäller medlemmar från Sveriges Privatpraktiserande Läkare Förening (SPLF).

Tabell.

Medlemsförändringar i Svensk Förening för Allmänmedicin fördelat efter specialistföreningar i Läkarförbundet. Augusti 1981, oktober 1982 och oktober 1983.

Medlemsföreningar i Läkarförbundet	Medlemmar i SFAM		Ej medlemmar i SFAM				Totalt	
	1981	1982	1983	1981	1982	1983	1983	1983
DLF	469	631	746	984	1.004	1.015	1.761	
SPLF	336	273	217	945	1.010	1.056	1.273	
SFLF	-	-	80	-	-	884	964	
SYLF	-	-	212	-	-	-	-	
Övriga	-	-	92	-	-	-	-	
Totalt SFAM	1.004	1.150	1.355					

läget känsligt eftersom allmänmedicinens akademiska lärare kommer från andra specialiteter.

Nästa utmaning är *utbildning*. Det gäller i första hand FV-utbildningen i allmänmedicin men också AT-handledning, vår egen efterutbildning, allmänmedicin i grundutbildningen samt deltagande i våra medarbetares utbildning. Vi hukar oss för bördan. Mötet tog upp grundutbildningen och FV-utbildningen. De grundläggande färdigheterna betonades där vi som handledare ofta är skygga för att lägga oss i. Går du in till underläkaren när han undersöker? Tar du in underläkaren till dig? Går ni tillsammans igenom journaler? Hur väljer du ut patienter för AT- och FV-läkare? Hur mycket tid avsätter du för handledning? Dessa och andra var frågor som Lars Lindholm ställde. Vi handledare – och det är vi alla – bär ansvar för hur morgondagens allmänläkare blir. Vidare, *utnyttja FV-läkarnas projektarbeten till att förbättra den lokala verksamheten! Samarbeta med kliniker och håll kontakt med FV-läkarna under deras kliniktid!*

Så *kvalitetsbedömning*, den kanske svåraste utmaningen. Vad skall bedömas? Hur? Av vem? Den avgörande frågan är, framhöll Gustav Haglund, hur befolkningens hälsa påverkas av vårt arbete. När vi skall utvärdera blir det lätt så att sökandet efter den perfekta metoden hämmar tillvaratagandet av de möjligheter som finns. Ett sätt är att använda sk tracer conditions, dvs man bestämmer sig för att granska några få tillstånd eller verksamhetsgrenar, exempelvis hypertoni-behandlingen och läkemedelsförskrivningen. Erfarenheten talar för att kvalitén på den medicinska handläggningen av tracer conditions i stort sett gäller också för arbetet i övrigt. Om nu i ett enskilt fall läkaren och patienten har skilda uppfattningar om vad som är målet med behandlingen av till exempel diabetes mellitus. Vem skall då avgöra? Här brann det till i debatten bland andra mellan Gustav Haglund och Bengt Scherstén. Andra framhöll att kvalitet inte är något absolut. Det är beroende av värderingar som vi väljer. Det är utifrån vissa värderingar som mål kan sättas. I den nämnda situationen måste läkaren samtala med patienten om vad han/hon vill uppnå och få ut av livet och sedan försöka klarlägga de medicinska förutsättningarna för detta. I det läget sammanfaller oftast läkarens och patientens uppfattning om kvalitet och mål för behandlingen. För att senare kunna bedöma hur behandlingen lyckas, måste målsättningen vara nedskriven. I detta var Gustav ense med Bengt. Vem skall då bedöma vår samlade insats. Bara vi själva tycktes Gustav Haglund mena. Men närmar man sig då inte det slutna skräets princip, undrar rapportören. Det vi kan gör är att söka och pröva metoder för primärvårdens arbete som

kan förstås av andra intressenter som självklart också har rätt att värdera vår syssla. För övrigt – är verkligen allmänmedicinskt arbete svårare att bedöma än annan sjukvård? Jag är inte övertygad om det.

Efter dessa svårgreppbara resone-mang finner sig en längtan till det handfasta, till det "rent medicinska". Mötet bjöd på seminarier om diabetes typ II, om läkemedelsanvändning, om hypertoni hos äldre och om nedre UVI samt symposier om reumatologi och antibiotika. Bland de fria föredragen togs otitkontroller, dagenures och en långtidsstudie om kvinnor och alkohol upp. Även dessa ämnen ställer dock allmänläkaren i bryderi. Säkra svar kan sällan ges. Däremot bjöds vi på fler utmaningar: av Inge Dahn i sitt rannsakanke föredrag om "existensiell smärta" varmed han avsåg svår, kronisk, terapiresistent smärta; av Leopold Recht i fråga om reumatikervården, av Markus Kallioinen om datorns intåg på vårdcentralerna.

I eftersnacket runt borden under Rådhuskällarens gamla valv förstärktes intrycket av mötets innehåll. Arrangörerna hade lyckats demonstrera dynamiken, mångfalden och problemen i svensk allmänmedicin. Utmaningarna är fler än rättesnörena.

STIG ANDERSSON

EFTERUTBILDNING I ALLMÄNMEDICIN

Värmlandsstämman

Ett fyrtiotal värmländska distriktsläkare samlades den 12 oktober till den första *Värmlandsstämman*. Distriktsläkarkretsens utbildningsgrupp hade väckt förslaget och gjort upp program och Landstinget stod för arrangemanget. Avsikten med "stämman" är att skapa ett lokalt forum för allmänmedicinsk debatt och utveckling där bland annat forskningsprojekt kan presenteras och diskuteras och de akademiska institutionerna i allmänmedicin kan medverka. Dalbydagarna kan ses som något av förebild.

Värmlandsstämman såg professor Gösta Tibblin som sin första gäst. Han föreläste på förmiddagen om allmänmedicin som specialitet. Efter några inledande internationella utblickar redogjorde han för den allmänmedicinska institutionen i Uppsala och dess arbete bland distriktsläkare och annan personal ute i regionen. Han betecknade institutionen som "allmänläkarnas förlängda universitetsarm" och kunde rapportera att den möter ett starkt positivt gensvar ute på vårdcentralerna. Gösta Tibblin redogjorde för forskningsprojekt institutionen arbetar med samt diskuterade begreppet "helhets-syn" och argument för primärvård.

På eftermiddagen stod allmänmedicin i grundutbildningen på programmet. Vårdcentralerna har genomgående visat stor entusiasm för att ta emot kandidater för praktik och handled-

WORKSHOP NR 2 OM BALINT-GRUPPEN

Allmänmedicinska sektionen i Umeå inbjuder tillsammans med Svenska föreningen för medicinsk psykologi till Workshop nr 2 om arbete i Balint-grupp. Arrangemanget äger rum på Västerbackens Kursgård i Holmsund utanför Umeå den 10-11 februari 1984.

Inbjudan vänder sig till allmänläkare med erfarenhet av eller intresse för Balint-grupp, handledare och övriga intresserade av psykologiska aspekter i allmänläkarens arbete.

Intresseanmälan sändes senast den 15 december 1983 till Allmänmedicinska sektionen, Umeå vårdcentral, Box 190093, 90010 UMEÅ.

Upplysningar:

Dr Sven-Olof Andersson,
Backens vårdcentral, Umeå,
tel 090/160400 eller
Bengt Mattsson, Umeå vårdcentral, tel 090/125600.

ning. Utvärdering bland kandidater som gått igenom praktikveckan ger mycket positiva slutomdömen. Tibblins planer på en svensk lärobok i allmänmedicin väckte livlig debatt. Några närvarande ställde sig skeptiska till behovet. Andra diskuterade målgrupp, användning och omfattning av en sådan lärobok.

I stämmans sista avsnitt presenterade Anders Broman en dödsorsaksundersökning och Kristina Nerbrant en studie av var akut sjuka barn i Karlstadsområdet söker. Anders' föredrag väckte livlig diskussion om orsakerna till överdödligheten i cirkulatoriska sjukdomar i norra och östra Värmland och visade på behovet av fortsatt forskning inom detta område. Kristina betecknade sin grupps arbete som ett typiskt "gräv-där-du-står-projekt". Sådana kan ge värdefull kunskap. Det visade sig att i ytterområdena och kranskommunerna går 90 procent av läkarbesöken till allmänläkare, i Karlstad 70 procent till allmänläkare trots närheten till barnkliniken mottagning och privatpraktiserande barnläkare.

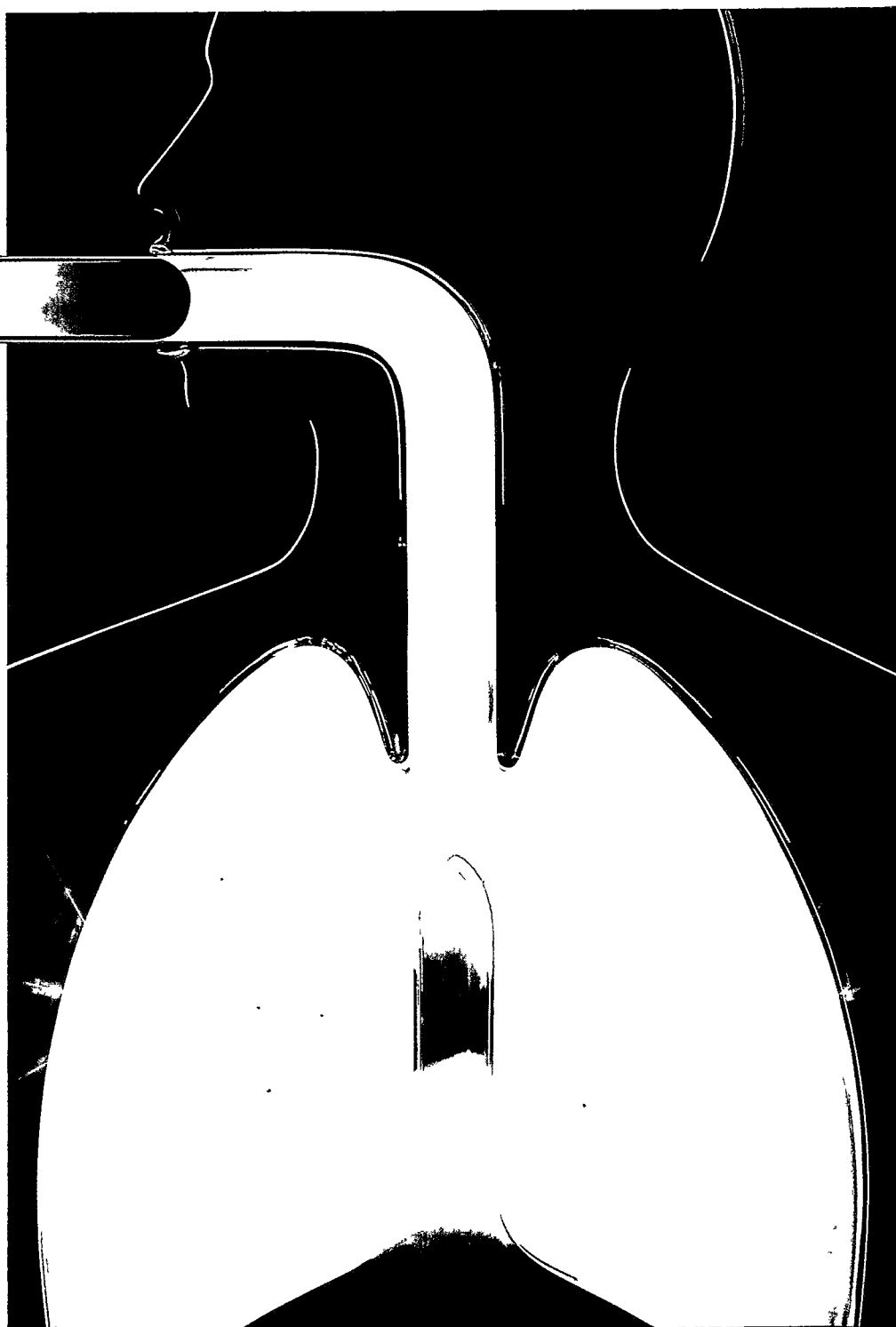
Den första Värmlandsstämman visade de värmländska distriktsläkarnas engagemang i allmänmedicinens utveckling. Den återkommer säkert och är värd efterföljare i andra delar av landet.

Författarpresentation:

Stig Andersson, distriktsläkare,
Osavägen 3, 66100 Säffle



Den nya lokala steroid- behandlingen vid astma



Pulmicort är en högeffektiv inhalationssteroid vid astma¹.
Risken för systempåverkan är låg eftersom absorberad substans metaboliseras snabbt².

Inhalationssystemet är enkelt och ger låg oral deposition³.

1. Ellul-Micallef R*

2. Ryrfeldt Å, Andersson P, Edsbäcker S, Tönnesson M, Davies D, Pauwels R*

3. Toogood JH, Jennings B, Baskerville J, Johansson SA*

*Eur J Resp Dis 1982; suppl 122:63

Pulmicort[®]

(budesonid)

Morgon och kväll

Ett svenskt originalläkemedel från Draco

AB Draco Box 1707 221 01 Lund



Organisation – resurser – utveckling

SIGVARD AVANDER

I artikeln ges en presentation av Örebro län och dess sjukvårdsresurser, särskilt med avseende på primärvården.

Nyckelord: Primärvård, organisation, Örebro län.

Örebro län är ett geografiskt sett väl sammanhållet län med relativt korta reseavstånd. Länet är sammansatt av elva kommuner, som är belägna i fyra olika landskap. Närkesdelen består av Örebro, Kumla, Hallsberg, Askersund och Laxå kommuner. I Laxå ingår dessutom ett mindre område från Västergötland. Västmanlandssdelen utgörs av Lindesberg, Nora, Hällefors och Ljusnarsbergs kommuner och Värmlandssdelen av Karlskoga och Degerfors kommuner. Totalt bor ca 274.000 människor i Örebro län.

I länet finns tre lasarett, Regionsjukhuset i Örebro, Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett. Regionsjukhuset fungerar även som läns lasarett och som länsdelslasarett för Örebro kommun och södra länsdelen. Länsdelslasarett i Karlskoga och Lindesberg ger service till invånarna i länets västra respektive norra delar. I varje kommun finns sedan många år minst en vårdcentral och ett sjukhem för kommuninvånarnas närservice.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten i Örebro län är indelad i 7 olika sektorsblock, varav primärvårdsblocket utgör ett. Primärvården indelas i sin tur i 11 st primärvårdsområden, vars gränser sammanfaller med länets primärkommuner. I Örebro, Lindesberg, Hallsberg och Karlskoga kommuner finns mer än en vårdcentral och kommunerna har då indelats i ett antal sk betjäningssområden. Varje primärvårdsområde är uppbyggt utifrån en vårdcentral med eller utan sjukhemsplatser. Primärvårdsområdeschefen (distriktsöverläkare) svarar för den administrativa verksamheten inom ett primärvårdsområde. Vid sin sida i ledningen har han en primärvårdsområdesföreståndare. I de fyra kommuner som indelats i betjäningssområden ligger det administrativa ansvaret på en betjäningssområdeschef (bitr distriktsöverläkare) resp betjäningssområdesföreståndare. Vårdcentralen utgör ur organisatorisk synpunkt det minsta verksamhetsområdet och benämns basenhet. Avsikten är att basenheten så långt det är möjligt skall självstyra för sin egen verksamhet och utveckling samt kunna ta initiativ till åtgärder, som le-

der till såväl kort- som långsiktiga förbättringar av den egna verksamheten. Basenheten förväntas också svara för uppföljning av den egna verksamheten i vilket arbete även ingår att följa den budget man har ansvaret för.

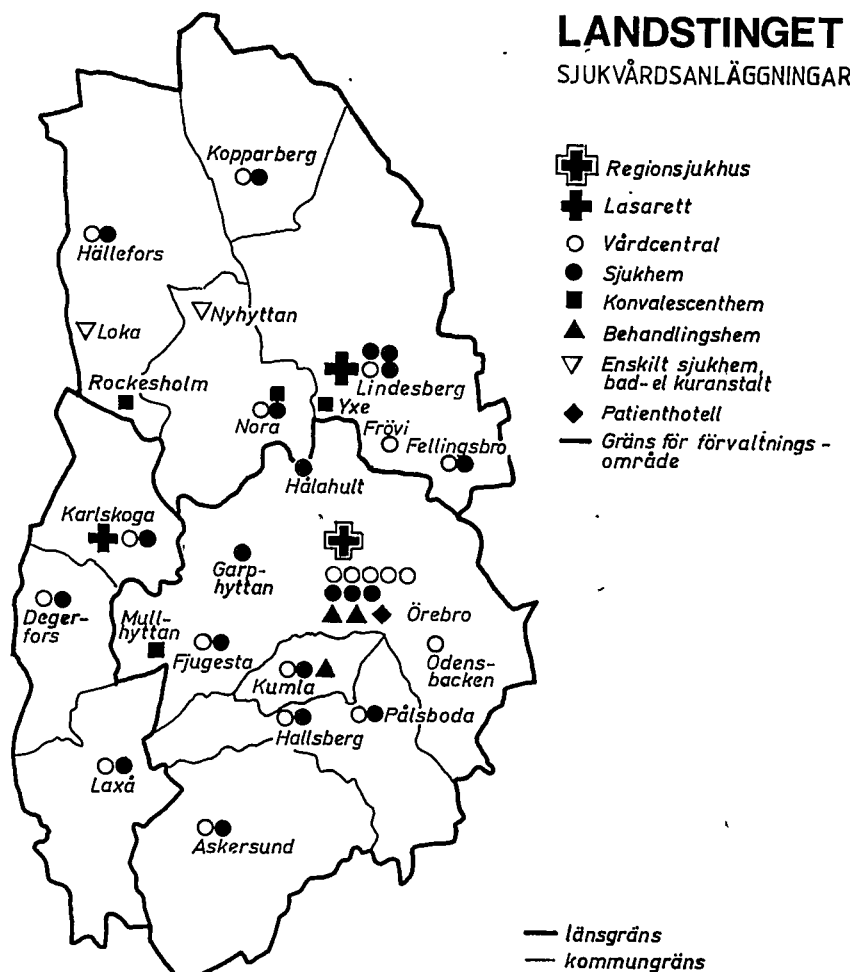
För det totala administrativa ansvaret för primärvårdsblockets verksamhet finns en sk blockledning. I blockledningen ingår en blockchef (läkare), blockintendent och blockföreståndare.

I blockkansliorganisationen ingår dessutom en bitr blockchef, bitr blockföreståndare, blockadministratör och kanslipersonal. Blockchefen är ytterst ansvarig för den verksamhet som bedrivs inom blocket. Blockledningen har till uppgift att planera, organisera, leda, samordna och kontrollera verksamheten inom den ram som givits.

Blockchefen är direkt underställd den så kallade blocknämnden för primärvård som är en politiskt sammansatt nämnd, som har rätt att besluta i de flesta frågor som rör den egna organisationen.

Totalt har primärvårdsblocket ca 2.000 anställda. Budgeten omfattar

ca 400 milj kr. Stora delar av ett omfattande nybyggnads- och ombyggnadsprogram har redan färdigställts. Planeringen pågår för ytterligare två vårdcentraler i Örebro kommun och för omfattande utbyggnads- och ombyggnadsarbeten vid vårdcentralerna i Nora och Degerfors. Kvar på önskelistan står sedan en 11:e vårdcentral i Örebro kommun, en 4:e vårdcentral i Lindesberg och en 3:e vårdcentral i Karlskoga samt ett nytt sjukhem i Hallsberg. Vid flera av våra nya vårdcentraler har skett en samlokalisering med kommunens socialförvaltning. Vid övriga vårdcentraler har vi kuratorstjänster tillhörande primärvården. I länet har vi 95 distriktsläkartjänster, men tyvärr dras vi med alltför många vakanser, vilket fortfarande i några kommuner förorsakar problem att bedriva hälso- och sjukvården på det sätt som vi skulle önska. Distriktsköterske- och barnmorskeorganisationerna är väl utbyggda. De tillfördes för några år sedan ett relativt stort antal tjänster för att täcka behovet för en fullt utbyggd föräldrautbildning, som vi lyckades få tillstånd genom ett fint samarbete med fö-



reträdarna för barna- och mödravårdsblocket, bortsett från respektive hälsovårdsöverläkare, som hör hemma inom sin moderorganisation.

De lokala sjukhemmen, som finns minst ett i varje kommun, hör till primärvården och sköts av distriktsläkare, med undantag för de sjukhem, som är lokalmässigt sammanhörande med långvårdsklinikerna vid lasaretten i Örebro, Karlskoga och Lindesberg. Vid de flesta sjukhemmen finns välutbildade dagvårdsenheter.

För närvarande pågår även genomförandet av ett mycket omfattande program för hemsjukvård med ett för landstinget och kommunen gemensamt ansvarstagande för vårdtagarnas hjälpbehov. Detta program bygger på en primärvårdsbaserad hemsjukvård, där landstinget inom vårdcentralen förfogar över beslutskompetensen i hela vårdkedjan från sluten vård, dag-sjukvård och till hemsjukvård med varierande insatser. I detta arbete ser vi också fram emot ett ökat samarbete med företrädarna för långvårdsspecialiteten för att ge så hög kvalitet som möjligt på det medicinska innehållet i hemsjukvården.

Primärvårdens jourverksamhet är mellan kl 17.00 och 23.00 vardagar samt på helgdagarna kl 08.00–23.00 förlagda till akutmottagningarna vid sjukhusen i Örebro, Karlskoga och Lindesberg samt vid Hallsbergs vårdcentral. Delvis är belastningen på jourcentralerna för stor, men vi har dock kunnat registrera ett klart minskande antal akutsökande i takt med att nya vårdcentraler tillkommer eller att bemanningen vid de redan befintliga förbättrats. Långtgående planer på att vid någon vårdcentral pröva med kvällsöppen mottagning föreligger. I Hällefors kommun pågår en försöksverksamhet sedan ett år, där landstinget slutit avtal med sju läkare, som åtar sig att sköta helgjourerna.

Landstinget har visat en mycket positiv inställning till forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvården och vi kan glädja oss åt att en lång rad projekt bedrivs vid de olika vårdcentralerna. Socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset är organisatoriskt knuten till primärvården och detta i förening med den forskningskommitté för primärvård som finns inom landstinget gör att vi redan har stora möjligheter att kunna bedriva forsknings- och utvecklingsarbeten. Vi saknar dock fortfarande en kvalificerad handledare för att hjälpa distriktsläkarna och övrig personal inom primärvården vid bl a uppläggning av olika projekt. Grundläggande kurser inom forskningsmetodik för anställda inom primärvården har genomförts med hjälp av Högskolan i Örebro och socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset.

Nyligen har primärvårdsblocket tillförts 3 heltidstjänster för hälsoupplysning. Tjänsterna har tidigare tillhört

andra avdelningar inom landstinget, men i samband med en omorganisation tillförts primärvården och ger oss nu långt större möjligheter att bedriva ett aktivt hälsovårdsarbete än vi hittills haft.

Sedan länsläkarorganisationen avskaffats har landstinget inrättat en miljö- och samhällsmedicinsk funktion. Gruppen leds direkt under förvaltningsutskottet av chefsläkaren (ordförande), blockchefen för primärvård samt klinikcheferna vid yrkesmedicin, socialmedicin och infektion. Verksamheten skall byggas ut successivt. Redan har inrättats en överläkartjänst i miljömedicin med placering vid yrkesmedicinska kliniken. Den tidigare länshälsovårdskonsulenten arbetar på deltid i den miljömedicinska funktionen. Vid socialmedicinska avdelningen finns sedan tidigare en distriktsläkartjänst med speciell inriktning som skall ingå i den samhällsmedicinska funktionen. Vidare planeras en ny tjänst som epidemiologassistent och sekreterare. Primärvården utgör basen i verksamheten och för den nödvändi-

ga samordningen och kontakterna med övriga funktioner kommer 0,25–05 distriktsläkartjänst att avsättas.

Även om vi i Örebro läns landsting känner av det kärva ekonomiska läget råder fortfarande politisk enighet om en fortsatt utbyggnad av primärvården, som är nödvändig för att vi skall kunna uppfylla de av stadsmakterna uppställda målen. Vi har all anledning att tro att primärvården i Örebro län också i fortsättningen skall komma att utvecklas i positiv riktning. Förhoppningen är att vi även i framtiden skall kunna erbjuda stimulerande arbetsuppgifter och goda arbetsförhållanden till alla dem som valt att arbeta inom primärvården i Örebro läns landsting och kunna ge invånarna i Örebro län den service och trygghet som endast en väl fungerande primärvård har möjlighet att ge.

Författarpresentation:

Sigvard Avander är distriktsläkare vid allmänläkarmottagningen i Karlskoga och blockchef i primärvårdsblocket.



primören

Primören är en tidning från primärvården i Örebro län. Den riktar sig till alla primärvårdsintresserade och vill förmedla kunskap, upplysning och debatt om primärvården.

Primören innehåller bl a aktuella FoU arbeten, kongressrapporter, information från yrkesmedicinska kliniken och socialmedicinska avdelningen m m.

Primören
Box 140 56
700 14 ÖREBRO



Forskning och forskningsorganisation i Örebro läns landsting

BJÖRN SÖDERFELDT

Från att forskning tidigare enbart har varit en statlig angelägenhet har man på senare år alltmer sökt vägar att stödja angelägen forskning inom landsting och kommuner. För hälso- och sjukvårdens del blir detta särskilt angeläget i landsting som saknar medicinsk högskola. I artikeln presenteras den utveckling som forsknings-satsningen har fått inom Örebro läns landsting.

Nyckelord: Primärvård, organisation, forskning, Örebro län.

I en sammanställning som gjordes till Medicinska Riksstämman 1980, till symposiet "Skall landstingen forska?" konstaterades att de svenska landstingens samlade, för forskning rubricerade, anslag uppgick till drygt 21 milj kr år 1980. Av detta satsade Örebro läns landsting för 1980 ca 1,5 miljon, en förhållandevis blygsam satsning. (Spri Rapport 57.)

Forskningen i Örebro läns landsting utmärks således inte av att vara särdeles kvantitativt omfattande eller av att dra stora anslag. Den har bedrivits och kommer att bedrivas landstingets engagemang förutan, precis som forskning inom de flesta medicinska områden bedrivs i de flesta landsting, beroende på personer eller lokala förutsättningar. *Det som är litet speciellt i Örebro och som tilldragit sig viss uppmärksamhet har i stället varit den organisation som byggts upp för forskningen.* Den har, tror vi, haft ganska stor betydelse för att stimulera forskning mer än vad som kan avläsas i anslag och andra kvantitativa mått, även om effekterna därvidlag inte varit försumbara de heller.

Arbetet på att från landstingets sida bygga upp en forskningsorganisation tog sin början 1976, närmast föranlett av Regionsjukvårdsutredningen, vilken som bekant ville ifrågasätta om Örebro skulle ha ett regionsjukhus. Framlidne landstingsrådet Rolf Vint-hagen tog bla av det skälet initiativ till en kommitté med det ståtliga namnet "Örebro som samhällsvetenskapligt centrum". Den tillsatte raskt på förkommittéer vanligt sätt ett antal arbetsgrupper, varav en kallades – mind-

re ståtligt – "Arbetsgruppen för läka-rens forskning och formaliserade forskarutbildning i Örebro". Det blev den gruppen som kom att överleva och som bildade grunden för "Kommittén för forskning och forskarutbildning i Örebro"; en kommitté som inrättades 1979 som en Förvaltningsutskottet direkt underställd kommitté, med Bertil Widman som ordförande. Redan med kommitténs sammansättning markerades en av de bärande principerna för dess arbete – det var en ren expertkommitté. En stor frihet från politisk detaljstyrning har hela tiden kännetecknat vår forskningsorganisation, betingat av en insikt från våra politiker om vikten av forskningens frihet.

En annan central princip illustrerades av det kansli som byggdes upp – det blev nämligen mycket litet, en forskningsadministratör med forskningskompetens samt så småningom 1 1/2 rent administrativ personal. *En grundidé för oss var och är att de som berörs av problemen själva skall forska om dem.* Vår strävan är att bygga upp en icke-professionaliserad forskningsorganisation. Vi vill därför inte bygga upp en stor central enhet med professionella forskare som löser problem åt andra. Det är två *medel* som är de viktigaste i det sammanhanget, *utbildning och forskningsstipendier.*

I samarbete med högskolan i Örebro, som också är representerad i forskningskommittén, driver vi ett relativt omfattande utbildningsprogram, dels bestående av rena forskarutbildningskurser, dels av sk forskningsförberedande kurser. Tyngdpunkten ligger i samtliga på forskningsmetod. I forskarutbildningen ger vi således ett regelbundet block, "metodblocket", med medicinsk vetenskapsteori, medicinsk statistik och praktisk forskningsteknik som delkurser. I den forskningsförberedande delen ger vi dels "Grundläggande metoder i omvårdnadsforskning", dels en kurs "Förberedande orientering i primärvårdsforskning". Utöver detta "bassortiment" ger vi olika kurser betingade av behov och olika lokal speciell kompetens, tex "Människosyner i vården", "Vårdvetenskapens teoretiska grunder", "Medicinsk ekonomi" och mycket annat. Högskolan, som också har en lokal linje i "Hälso- och sjukvårdsadministration" betyder mycket i detta arbete.

När det gäller stipendier delar vi ut ca 1 miljon kr om året, dels i form av rena stipendier där man på ansökan får 90 procent av grundlönen för viss tid,

dels i form av forskningsbidrag med medel för inköp av apparatur, avlöning av biträdespersonal och dylikt. Grund-idén är att dessa medel ej skall ägnas totalfinansiering av större projekt – i så fall räcker de inte långt – utan de avser i första hand *planering av forskning*, som sedan får finansieras i konkurrens med andra av forskningsråd och andra medelsbeviljande organ. Vi menar att vi som icke universitetslandsting är handikappade i den konkurrensen, där den fasta forskningsresursen vid universiteten ju huvudsakligen ägnas åt just forskningsplanering. Stipendier och bidrag ger oss något mer likställda förutsättningar i det arbetet. Våra forskningspolitiska prioriteringar avspeglas i det faktum att 25 procent av forskningsstipendierna avsätts till vardera omvårdnadsforskning och primärvårdsforskning.

Skall man sammanfatta våra erfarenheter sedan 1979 tror jag man kan säga att även de relativt blygsamma insatser som gjorts har haft stora effekter. Fundamentalt viktigt har varit att arbetet har kunnat bygga på tre, fyra klinikers och institutioners basresurser, yrkesmedicin, socialmedicin och högskolan i första hand, men även anestesikliniken, barnkliniken och det bakteriologiska laboratoriet. Där har forskningsorganisationen spelat en stor roll som kontaktforum och samordningsorgan. *Marginalnyttan av forskningsmedlen har varit stor, kanske allra störst i att göra forskning till en accepterad del av ett landstings verksamhet.*

Dessa erfarenheter har också legat till grund för vissa omorganiseringar av forskning i landstinget. Kommitténs ställning har stärkts och det har ytterligare markerats att den är ett FU-organ direkt underställt landstingsdirektören. En profilering har skett såtillvida att uppgiften att forska definierats snävare, och det utvecklingsarbete som forskningskommittén till viss del engagerats i har förts över till sjukvårdsorganisationen. Forskningskommitténs arbete har på så vis burit frukt till att prägla också den mer reguljära landstingsorganisationen. Utöver de tidigare arbetsgrupperna inom kommittén, för omvårdnadsforskning respektive för primärvårdsforskning, har ytterligare en grupp tillkommit, en *arbetsgrupp för beteendemedicin*. Nära band har knutits till landstingets hälso- och sjukvårdsplanering och till den miljö- och samhällsmedicinska ledningsgruppen i landstinget. Kommittén har också bytt ordförande nu med



Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården i Örebro län. Må tusen blommor blomma

LENNART HOLMQUIST · SVEN LARSSON

I artikeln redovisas en inventering av genomförda och pågående forsknings- och utvecklingsarbeten inom Örebro läns landsting. Inventeringen kombinerar med ett försök att avgränsa forskningsfältet samt en diskussion av möjligheter och problem i primärvårdsforskningen.

Nyckelord: Forsknings- och utvecklingsarbete, översikt. Örebro län.

Forskningsområdet

Sedan några år tillbaka har en påtaglig vitalisering skett av verksamheten inom primärvården. Kunskapssökande och förändringsarbete har från att tidigare ha drivits vid några enstaka platser av entusiastiska personer spritt sig till allt fler vårdcentraler. En snabb expansion har skett av tillämpad forskning och utvecklingsarbete.

Orsakerna till expansionen är många. I den hälsopolitiska debatten har primärvårdens betydelse på många sätt poängterats. Resurserna har ökat och den förbättrade tillgången på utbildade allmänläkare har givit en bättre bemanning. Etableringen av allmänmedicinen som ett akademiskt ämne har också förbättrat dess vetenskapliga status. Många landsting har givit allt

Lars Wranne som ansvarig för verksamheten. Allmänt kan sägas att *omorganisationen har markerat att pionjärperioden är över och att forskningen nu är en helt etablerad del av landstingets arbete*. Framtiden lovar också intressanta perspektiv, kanske framför allt inom det samhällsmedicinska arbetet. Stöd till forskning inom allmänmedicin och primärvård kommer där att än mer inta en central plats.

Författarpresentation:

Björn Söderfeldt är statsvetare och forskningshandledare vid Landstingets forskningskommitté.*

*Postadress: Socialmed avd, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

bättre stöd till FoU-arbete inom primärvården.

Medicinska Forskningsrådets rapport 1981 om forskning inom allmänmedicin anger, att den är en forskning som får angripa de problem som utgår från konfrontationen mellan en viss typ av sjukvårdsorganisation och en definierad befolkningsgrupp med ett oselektat sjukdomspanorama. Landstingsförbundets kongressrapport 1982: "Forskning och utvecklingsarbete i primärvården" och en skrivelse från Delegationen för social forskning till Utbildningsdepartementet 1982 om prioriterade forskningsområden ger på samma sätt en mycket bred uppmärksamhet av primärvårdens forskningsområde.

Utifrån dessa programskrifter kan primärvårdsforskningen delas in i följande fält:

*Epidemiologi
Hälso- och sjukvårdsforskning
Klinisk allmänmedicinsk forskning
Omvårdnadsforskning*

Denna stimulerande bredd ger samtidigt en rad problem. Det är många typer av vetenskaplig kompetens som kan behöva engageras i den forskning som bedrivs inom primärvården och det är knappast möjligt att se "primärvårdsforskning" som ett enhetligt område. Fältet är definierat, metoderna måste vara mycket varierade.

Enligt en enkät som genomförts från Vårdcentralen Kronan visade Örebro län en livlig forskningsaktivitet. Det är givetvis vanskligt att veta, hur heltäckande en enkätundersökning är. Vi har i länet genomfört en kompletterande inventering av pågående projekt och projekt genomförda under de senaste fem åren. Den har skett genom en enkät till alla vårdcentraler, genom telefonsamtal, personliga kontakter och litteraturgenomgång. Det är också svårt att avgränsa vad som skall falla inom ramen för forsknings- och utvecklingsarbete, men i redovisningen har medtagits allt som inte hör till den ordinarie rutinverksamheten. Det innebär, att en tämligen brokig samling av arbeten presenteras.

Det har visat sig ändamålsenligt att

delat in arbetena i sex olika grupper enligt tabell I.

Tabell I.

Andel påbörjade/slutförda arbeten (n= 54)	%
Epidemiologi	9
Vårdkontakter	24
Hälso- och sjukvårdsorganisation	22
Socialt arbete	6
Allmänmedicin	30
Forskning och utbildning	9
	100

Epidemiologi

Landstingets ansvar för befolkningens hälsa har inneburit ett utökat arbetsfält för primärvården. Det är nödvändigt att samla kunskaper om befolkningens sammansättning, levnadsförhållanden, hälsorisker etc (1). Inom Hagaprojektet pågår en serie levnadsnivåstudier av befolkningen inom en vårdcentralens upptagningsområde (2). Vid Haga och Adolfsbergs vårdcentraler har genomförts utförliga områdesbeskrivningar (3, 4). Dessa områdesbeskrivningar har använts som underlag för planering av verksamheten vid vårdcentralerna samt för att fördjupa personalens kunskaper om det betjämningsområde man avser att arbeta inom. Ytterligare ett antal epidemiologiskt inriktade studier redovisas under rubriken Vårdkontakter.

Vårdkontakter

Under utbyggnadsskedet av länets primärvård har intresset varit stort för att studera hur vårdkontakterna fördelar sig, var patienterna söker, vilka typer av problem patienten söker för etc. Socialmedicinska avdelningen har inom Skebäcks vårdcentralens upptagningsområde med hjälp av enkät kartlagt befolkningens åsikter om hälso- och sjukvård i allmänhet och primärvård i synnerhet. Man jämförde förhållandena strax före vårdcentralens öppnande och en tid efter att vårdcentralen haft verksamhet igång. På detta sätt kunde man studera befolkningens möjligheter att få sjukvård före respektive efter vårdcentralens öppnande (5). En liknande enkätstudie pågår vid Odens-

backens vårdcentral. Denna vårdcentralens upptagningsområde utgör ett rent landsbygdsdistrikt.

Vid Skebäcks vårdcentral har man även studerat vilka förväntningar patienten hade inför ett läkarbesök och hur dessa förväntningar påverkades av själva läkarbesöket. Patienterna intervjuades före läkarbesöket, direkt efter samt genom en telefonintervju två veckor efter besöket (6).

Vid Skebäck, Haga och Degerfors vårdcentraler har man på olika sätt studerat vårdkontaktarna och vilka problem patienterna söker för. Vid Skebäck har man gjort det genom journalgenomgång (7). Vid Haga och Degerfors har man använt sig av R/P-blanketter och ADB. Diagnosmönster, åldersfördelning, besöksprofil har tagits fram (23).

Ett halvt år före det att Haga vårdcentral öppnades genomfördes en minienkät i syfte att studera, hur många skilda vårdkontakter befolkningen hade före vårdcentralens öppnande (8). 1 1/2 år efter det att vårdcentralen varit igång upprepades enkäten. Uppföljningsstudien är ännu ej publicerad. De intervjuade gavs möjligheter att i öppna svar såväl före som efter vårdcentralens öppnande notera förväntningar respektive synpunkter på vårdcentralen (9).

Vid Kopparbergs vårdcentral har man studerat, hur många patienter vid vårdcentralen som var anslutna till företagshälsovård (10). Vid samma vårdcentral har man gjort en studie av handläggningen av arbetsskador vid en distriktsläkarmottagning (11). Allmänläkarmottagningen vid Lindesbergs lasarett har i samarbete med yrkesmedicinska kliniken, RSÖ, studerat, hur många patienter med arbetsskador som söker primärvården och samtidigt registrerat hur många av dessa arbetsskador som registrerats i arbetsskadestatistiken (12).

För att studera, hur de akuta vårdkontaktarna fördelade sig mellan vårdcentraler och slutenvårdsklinikernas mottagningar samt akutmottagningen genomfördes en studie, där samtliga akuta besök under en månad registrerades. Frekvensen av besök från skilda bostadsområden har även undersökts (13).

Hälso- och sjukvårdsorganisation

Vid Haga vårdcentral bedrivs ett samarbete mellan landsting och kommun. Ett av Hagaprojektets delsyften är att studera kvaliteten i denna samverkan. Man har därvid bl.a. gjort intervjuer med personal från landsting och kommun om deras erfarenheter av samarbete mellan sjukvård och socialtjänst (14).

Vid Haga vårdcentral arbetar man i socialmedicinska områdesgrupper. Dessa grupper har ansvar för var sitt betjämningsområde. Områdesgruppernas arbete har beskrivits och utvärderats i Hagaprojektet (15, 16).

Förändringsarbete bedrivs vid flera vårdcentraler och tex vid den nyöppnade vårdcentralen Brickegården i Karlskoga har man sedan starten arbetat i medicinska vårdlag (17). De flesta vårdcentraler i länet arbetar dock inte i medicinska vårdlag. Vid flertalet vårdcentraler ansvarar en sjuksköterska, sk patientmottagare, för rådgivning och tidbokning. Patientmottagarnas miljö- och arbetsförhållanden vid ett antal vårdcentraler har studerats (18).

I samarbete med SPRI har man vid Karlskoga allmänläkarmottagning tagit fram ett vårdprogram för patienter med smärtor i ländryggen (19). Man har även försökt utvärdera hur vårdprogrammet förankrats bland personalen (20).

Remisser är ett av många uttryck för samarbete mellan slutenvården och öppenvård. Detta samarbete är värdefullt att skaffa sig ökade kunskaper om, varför man vid Haga och Skebäcks vårdcentraler under ett år registrerat samtliga remisser till och från specialistklinikerna vid regionsjukhuset (21).

Haga och Skebäcks vårdcentraler har tillsammans med SPRI gjort en studie av samarbetet mellan primärvården och öronkliniken vid regionsjukhuset. Man registrerade samtliga patienter som hörde till respektive vårdcentralens upptagningsområde. Man gjorde även en vårdnivåbedömning för att utröna, huruvida patienter som sökte vid öronmottagningen skulle kunna handlagts vid sin egen vårdcentral (22). En liknande studie av samarbetet med ortopedkliniken har nyligen påbörjats. I Laxå har två distriktsköterskor studerat samarbetet mellan öppenvården och slutenvården.

Vid Haga vårdcentral har man alltså sedan starten 1980 använt R/P-blankett (23). Data från samtliga läkarbesök har samlats in och bearbetats. Redovisning av två års arbete med detta system kommer inom kort (24). En lokal basdatagrupp har tillsatts och denna skall ta fram ett förslag till en för länet gemensam R/P-blankett. Gruppen skall även ta fram underlag för diskussioner om hur ett primärvårdsanpassat datoriserat informationssystem inom primärvården bör se ut (25, 26).

Sjukskrivna patienter tvingas ofta till betydligt större inaktivitet än vad som är medicinskt och socialt motiverat. Därför har vid Haga vårdcentral en gruppaktivitet för sjukskrivna startats. En pilotstudie genomfördes under våren och en mer omfattande utvärdering av verksamheten kommer att ske under hösten 1983 (27).

Socialt arbete

En stor del av primärvårdens arbete har ett socialt innehåll. I länet finns olika organisationsmodeller representerade. Under 70-talet inrättades kuratorstjänster vid ett flertal vårdcentraler (28). Innehållet i kuratorsarbetet har beskrivits från Kumla och Nora vårdcentraler (29–31). Vid de nystarta-

de vårdcentralerna i Örebro är det dock socialsekreterarna inom socialtjänsten som svarar för det sociala arbetet vid vårdcentralen. En beskrivning av socialsekreterarnas arbetsinnehåll samt en jämförelse mellan dessa två olika arbetsmodeller genomförs inom Hagaprojektets ram (32–34).

Allmänmedicin

I Laxå planerar man att genomföra en screening av oupptäckta diabetespatienter med hjälp av blodsockerbestämning (35). Vid Kumla vårdcentral har man studerat handläggningen av patienter med diabetes mellitus (36). Vid Kopparbergs vårdcentral har man sedan 1976 haft en diabetesdispensär och verksamheten vid denna utvärderades några år efter starten (37). Vid samma dispensär pågår en studie, som vill visa hur patienterna använder urintestmaterial och hur informationen till patienterna kan förbättras. I norra länsdelen har primärvården i samarbete med medicinkliniken vid Lindesbergs lasarett tagit fram ett vårdprogram för patienter med diabetes mellitus (38).

Urinvägsinfektioner är en mycket vanlig sjukdom inom primärvården. Vid Kopparbergs vårdcentral har man under lång tid studerat resistensmönster vid urinvägsinfektioner samt effekten av korttidsbehandling vid okomplicerad UVI. Man har genom dessa studier kunnat visa vägen till förändrade behandlingsrutiner (39, 45). Vid samma vårdcentral har man även studerat snabbdiagnostik av streptokockinfektioner samt transporttidens betydelse vid odling av hemolytiska streptokocker (46, 47).

För att kartlägga alkoholprogram inom den förebyggande mödravårdens samt för att förbättra informationen till gravida kvinnor har man genomfört en försöksverksamhet vid mödravårdcentralerna i Nora, Brickebacken och Haga. Utvärdering av denna verksamhet pågår. I Kopparberg har man startat en alkoholmottagning som genomförs i samarbete mellan kommun och vårdcentral. I Hällefors har man i samarbete med medicinkliniken vid Lindesbergs lasarett genomfört en screeningundersökning av oupptäckta hypertoni-patienter.

Forskning och utbildning

Relativt få arbeten är gjorda kring forskningsmetodik, allmänmedicinsk forskning i sig och liknande. Ett av Hagaprojektets delsyften är dock att utveckla metoder för att studera kvaliteten på samverkan mellan sjukvård och socialvård (48–52).

Några arbeten med utbildning som gemensam nämnare finns. Den förlängda FV-utbildningen i allmänmedicin har inneburit att utbildningsinsatserna har ökat. Handledarseminarier för samtliga distriktsläkare har genomförts i länet. Under dessa seminarier genomfördes en del studier, där man

bla tittat på hur handledarfunktionen avspeglade sig i remissmönstret. Man tittade på, hur ofta FV- respektive AT-läkare sände remisser och vilka typer av remisser, samt gjorde en jämförelse med de ordinarie läkarnas remisskrivning (53). En grupp har tagit fram förslag till utbildningsprogram i gynekologi för allmänläkare (54).

Vid de vårdcentraler, som har ett nära samarbete mellan sjukvård och socialtjänst har ett gemensamt utbildningsprogram genomförts. Då Haga vårdcentral öppnades gjorde man en beskrivning av denna utbildning (55).

Stimulans och hinder i FoU-arbete

Tiden: Då vårdcentralerna har varit underbemannade genom obesatta eller för få tjänster är det inte möjligt att syssla med annat än den löpande verksamheten. Merparten av länets vårdcentraler har trots denna tidspress och resursbrist tagit upp FoU-arbete. Utbyggnaden av primärvården gör att vi i detta avseende går en ljusare framtid till mötes.

Intresse: Kopparbergs vårdcentral är ett exempel, där man visserligen inte varit fullt bemannad, men å andra sidan haft två ordinarie distriktsläkare under lång tid på samma tjänst. Det har funnits ett intresse för utvecklingsarbete och dessutom en del grundläggande kunskaper i metodik. Härigenom har man kunnat genomföra flera allmänmedicinska studier. I en enkätstudie, som den lokala basdatagrupper i länet genomförde, framkom, att intresset för FoU-arbete är stort, men att tiden utgjorde det väsentligaste hindret för att starta.

I syfte att stärka intresset och sprida information ges en lokal primärvårdstidning, PRIMÖREN, ut 3-4 ggr/år. Där finns möjligheter att presentera såväl noggrant genomarbetade studier som enklare rapporter kring aktuella primärvårdsproblem. Tidningen fångar upp aktiviteter från skilda personalkategorier inom primärvården.

Kunskap: Forskningen inom primärvården har inte någon lång tradition i landet. Forskningsområdets bredd ger dessutom bekymmer. Forskarutbildade med metodkunskap är ganska sällsynta och behovet av metodikhandledning är trängande. Forskningskommittén i länet har bildat en initiativ- och stödgrupp för primärvårdsforskningen. Denna har bl.a. givit en orienteringskurs i primärvårdsforskning, som förutom allmän forskningsmetodik med problemformulering, datainsamling, datahantering och rapportskrivning tagit upp metoder inom epidemiologi och kontrollerade kliniska studier samt omvårdnadsforskning. Kursen planeras att upprepas med jämna mellanrum.

Vid regionsjukhuset finns handledarkompetens inom klinisk medicin, epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning. Högskolan i Örebro har kompetens i bl.a. företagsekonomi, so-

ciologi, statskunskap, statistik. Inom ramen för utbildning i hälso- och sjukvårdsadministration vid Högskolan i Örebro utgår en del primärvårdsanknutet FoU-arbete i form av uppsatsskrivning.

Kontakter byggs upp med institutionerna för allmänmedicin och socialmedicin i Uppsala.

Den brokiga skalan av handledningskompetens, som kan behövas i skilda primärvårdsprojekt gör det naturligtvis svårt att finna den rätta orienteringen vid varje tillfälle. Forskningsorganisationen i länet är härvidlag en hjälp, men har väl ännu inte helt lyckats att lösa problemen.

Regelbunden seminarieverksamhet för att dryfta vetenskapliga projekt är också under uppbyggnad.

Resurser: Länets forskningskommitté har möjligheter att bevilja forskningsmedel för att bekosta smärre projekt. Dessutom finns ett system med stipendier, som gör det möjligt att under ekonomiskt drägliga villkor ta ledigt från ordinarie arbete under ett visst arbetsintensivt skede av ett projekt. En del av FoU-arbetet bedrivs även inom den ordinarie verksamheten. Vid socialmedicinska avdelningen har nyligen inrättats en distriktsläkartjänst och en distriktskötersketjänst i syfte att förstärka avdelningens resurser mot FoU-arbete i primärvården.

Bredd eller djup

En god regel för militär strategi är ju att satsa på kraftsamling på viktiga punkter. I diskussionen om primärvårdsforskningen har ofta framförts, att en eller ett par vårdcentraler i ett län bör bli utvecklingscentraler, där resurser för forskning och utveckling samlas. Samtidigt blir i så fall medarbetarna på andra vårdcentraler bekymrade för att arbetet där ses över axeln, rekrytering försvåras i en redan besvärlig situation, centralorten gynnas alltid o.s.v. Det gäller således att finna en god balans mellan fördjupning och bredd i utvecklingsarbete. I Örebro län har hittills som på många håll inställningen varit, att man måste ta till vara den entusiasm och det intresse som kan finnas, varhelst det dyker upp, således "Att låta tusen blommor blomma". Ofrånkomligt är att man på längre sikt måste satsa på förädlingsarbete för vissa plantor, från vilka efter hand sticklingar kan placeras ut på många platser.

Referenser:

1. Eriksson C-G och Haglund B. Vad är kommundiagnos? Socialmedicinsk Tidskrift, 58 (4-5): 220-225, 1981.
2. Eriksson C-G, Fahlström G och Pihl A. Att bo och leva i Haga och Tysslinge - En rapport från levnadsnivåundersökning 1. Hagaprojektet, stencil nr 20.
3. Holmquist L och Olsson U. Gemensam områdesindelning - en förutsättning för samverkan. Ett underlag för planerings- och utvecklingsarbete vid Haga vård- och servicecentral, januari 1980. Hagaprojektet, stencil nr 3.

4. Fahlström G och Isaksson T. Områdesbeskrivning av Adolfsbergs, Mosjö och Mariebergs betjäningssområde. 1983, stencil.

Vårdkontakter

5. Pihl A. Skebäckundersökningen - en undersökning av befolkningen och effekten av en ny vårdcentral. Socialmedicinska avdelningens rapportserie nr 2, 1982.
6. Ahlström G, Eriksson C-G och Fryxell A.L. Vårdsökandens syn på läkarbesök före och efter besöket på en vårdcentral. PRIMÖREN 3, 1982.
7. Halfvarsson L. Besöksprofil vid en vårdcentral. PRIMÖREN 3, 1982.
8. Eriksson C-G, Fahlström G och Holmquist L. Befolkningens kontakt med hälso- och sjukvården. I. Före vårdcentralens öppnande 1982. Hagaprojektet, stencil nr 8.
9. Eriksson C-G, Fahlström G och Holmquist L. Befolkningens åsikter om en vårdcentral före dess öppnande 1982. Hagaprojektet nr 9.
10. Eriksson M. Besök vid vårdcentral och företagshälsövård under 2-, 5- och 10-årsperioder för män i 40-60-årsåldern. Kopparberg, 1978, stencil.
11. Falck G och Widman B. Handläggning av arbetsskador vid en distriktsläkarmottagning (under publicering i en rapportserie för Örebro läns landsting och Högskolan i Örebro).
12. Berg A och Malmqvist M. Arbetsmiljöundersökning i Lindesberg. Stencil.
13. Holmquist L. Akutbesök från olika bostadsområden i en kommun. Rapportserie nr 11 Örebro läns landsting - Högskolan i Örebro.

Hälso- och sjukvårdsorganisation

14. Eriksson C-G och Fahlström G. Att arbeta på en vård- och servicecentral - en studie av personalens erfarenheter under första halvåret 1982. Hagaprojektet, stencil nr 6.
15. Fahlström G. Områdesgruppernas första halvår, 1981. Hagaprojektet, stencil nr 10.
16. Fahlström G. Ideal och verklighet. Områdesgrupper - en reell resurs eller...? Januari 1983, Hagaprojektet, stencil nr 17.
17. Klinkert P. Att arbeta i vårdlag. Karlskoga. AllmänMedicin 1983;6: 265.
18. Almer-Larsson I och Atterlöf U. Undersökning av miljö- och arbetsförhållanden för sjuksköterskor med telefonrådgivning på vårdcentral. Alnängsskolan, Örebro, 1983. Stencil.
19. Avander S, Christensen F och Mägi M. Vårdprogramarbete i Karlskoga. Ryggprogram, Örebro 1983. AllmänMedicin 1983;6: 248.
20. Kamwendo K. Personalen och vårdprogrammet. Socialmedicinska avdelningen, Örebro, 1983. Stencil.
21. Halfvarsson L, Mägi M och Näslund B. Ett brev betyder så mycket - vad betyder remissen för oss i primärvården? PRIMÖREN 2, 1982.
22. Holmquist L. R/P-blankett - ett informationssystem för primärvården. SFAM-nytt, 2: 4-6, 1981.
24. Holmquist L. Två års arbete med R/P-blankett vid Haga vårdcentral, Örebro 1983. Stencil.
25. Holmquist L och Mägi M. Behov av R/P-blankett samt PAS i primärvård. Örebro 1982. Stencil.
26. Holmquist L och Mägi M et al. Informationshantering i primärvård. Lokala basda-

tagruppens i Örebro län förslag 1983. Stencil.

27. Holmquist L och Hällvik E. Gruppaktivitet för sjukskrivna. Haga vårdcentral, Örebro 1983. Stencil.

Socialt arbete

28. Boethius et al. Kurativt arbete enligt Örebro-modellen. Socialmedicinsk Tidskrift 55: 179-182, 1978.

29. Bjerling C. Socialt arbete inom primärvården. Örebro april 1982. Stencil.

30. Bånghagen G och Eriksson C-G. Socialt arbete på vårdcentral - Noradelen, dec 1982. Hagaprojektet. Stencil nr 15.

31. Bånghagen G, Eriksson C-G, Fahlström G, Lindqvist K och Stoor A. Socialt arbete på vårdcentral - bilder från läkares, kurators och socialsekreterares dokument i Nora. Hagaprojektet. Stencil nr 22.

32. Fahlström G, Isaksson T och Eriksson C-G. Socialt arbete inom Tysslinge - Haga under fyra år. Hagaprojektet. Stencil nr 25.

33. Stoor A, Eriksson C-G, Fahlström G och Holmquist L. Socialt arbete på vårdcentral - Hagadelen, jan 1983. Hagaprojektet. Stencil nr 16.

34. Stoor A, Bånghagen G, Eriksson C-G, Fahlström G och Lindqvist K. Socialt arbete på vårdcentral - bilder från läkares och socialsekreterares dokument i Haga. Hagaprojektet. Stencil nr 23.

Allmänmedicin

35. Andersson D. Blodsockerbestämning som screeningmetod för patienter med diabetes mellitus. Laxå. Stencil.

36. Halfvarsson L. Hur tar vi hand om våra diabetespatienter, PRIMÖREN 2, 1981.

37. Eriksson M. Utvärdering av diabetesdispensär vid Kopparbergs vårdcentral 1983. Stencil.

38. Eriksson M et al. Vårdprogram för patienter med diabetes mellitus. Lindesberg 1983. Stencil.

39. Falck G. Erfarenheter av diagnostik och terapi vid urinvägsinfektioner vid en hälsocentral. Läkartidningen 1979;76: 305-308.

40. Falck G, Eriksson M och Fellner H. Nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor. Jämförelse mellan Nalidixinsyra och Trimetoprim - Sulfadiazin. Läkartidningen 1981;78: 3474-3476.

41. Falck G och Kjellander J. Urinvägsinfektioner. Behandlingsrekommendation i Örebro län, 1982. Rapport om läkemedel. Läkemedelskommittén vid Örebro läns landsting

42. Falck G och Kjellander J. Är resistensbestämning vid UVI nödvändig inom primärvården? AllmänMedicin 1983.

43. Falck B. Urinvägsinfektioner hos kvinnor. Jämförelse mellan 3- och 7-dagarsbehandling med Nalidixinsyra och Trimetoprim - Sulfadiazin (ej publicerad).

44. Falck G et al. Jämförelse av 3- och 4-dagarsbehandling av okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor med Negram, Selexidin och Trimin. (Multicenterstudie om 780 patienter pågår.)

45. Hugmark L. Jämförande studier mellan 3- och 7-dagarsbehandling med Trimetoprim-sulfa vid nedre urinvägsinfektioner, 1983. Stencil.

46. Falck G. 10 års erfarenheter av streptokockdiagnostik vid vårdcentral. Symposium om diagnostik av betastreptokocker i öppenvård. Lund: Orion Diagnostica AB, 1981.

47. Danielsson D, Falck G och Kjellander J. Diagnostik av betastreptokocker i öppenvård. Nov 1983. Stencil.

Forskning och utbildning

48. Eriksson C-G et al. Forskningsprogram för Hagaprojektet. Hagaprojektets stencilserie nr 1, 4, 13, 18.

49. Eriksson C-G och Ståhl R. Att söka kunskap på fältet - problem och möjligheter ur Örebro perspektiv. Socialmedicinsk Tidskrift, 59 (2): 1982.

50. Ståhl R. Om helhet, samverkan och studium av "socialt arbete på vårdcentral". Hagaprojektets stencilserie nr 12.

51. Ståhl R. Levnadsnivåstudie som arbetsmetod på en vård- och servicecentral. Rapportserien Örebro läns landsting - Högskolan i Örebro, nr 9 1982.

52. Eriksson C-G, Fahlström G och Pihl A. Att genomföra en levnadsnivåundersökning med intervjumetod - erfarenheter från levnadsundersökning 2. Hagaprojektet. Stencil nr 21.

53. Palmborg P et al. Hur remissen avspeglar handledarfunktionen. Stencil 1982.

54. Näslund B et al. Utbildning för allmänläkare i gynekologi. PRIMÖREN 1, 1983.

55. Askerlund H. "För en gemensam framtid." Minnesanteckningar från den gemensamma utbildningen Socialförvaltningen - Landstinget inför starten av Haga vård- och servicecentral, 1980. Hagaprojektet. Stencil nr 2.

Författarpresentation:

Lennart Holmquist är distriktsläkare vid Haga vårdcentral i Örebro och samarbetar med socialmedicinska avdelningen.

Sven Larsson är överläkare vid Socialmedicinska avdelningen, Region-sjukhuset i Örebro.

LÄKARDAGARNA I ÖREBRO 1984

ETIK ANSVAR KOMMUNIKATION

Läkardagarna i Örebro är en efterutbildning som arrangerats sedan 1981 gemensamt av Svenska Läkaresällskapet och Örebro Läkaresällskap. 1981 var ämnet: Förebyggande och tidig upptäckt av cancer, 1982: Åldrandet - problem och strategi, 1983: Allergi och annan överkänslighet. Läkardagarna 1984 äger rum 9-11 april och har som tema: Etik - ansvar - kommunikation. Läkardagarna i Örebro är en efterutbildningskurs för läkare och andra ansvariga inom hälso- och sjukvården. Kursen är öppen för deltagare från hela landet.

Läkardagarna i Örebro har som mål satt upp en effektivare efterutbildning och informationsspridning än med traditionella föredrag och symposier. Ledande experter i Norden inom olika ämnesområden engageras. Kursinnehållet struktureras av en lokal programgrupp med företrädare från olika

verksamhetsområden genom att detaljerade frågor ställs till de inbjudna experterna. Kursdeltagarna får i förväg ta del av tämligen detaljerade frågelistor och kan på det sättet stimuleras till självstudier och diskussion. Kursdeltagarna har även möjligheter att formulera egna frågor och sända in dem före kursstarten. Kursinnehållet anpassas härigenom så långt som möjligt till deltagarnas behov och önskan.

Läkardagarna i Örebro ger kursdeltagarna en tämligen utförlig kurssammanfattning och dessutom underlag till att framställa egna bilder, i syfte att var och en på sin ort skall föra kunskapen vidare.

Ytterligare information om Läkardagarna i Örebro kan lämnas av Svenska Läkaresällskapet eller Sven Larsson, Socialmedicinska avdelning, Region-sjukhuset i Örebro.



Är resistensbestämning vid urinvägsinfektioner nödvändig inom primärvården?

GÖRAN FALCK · JAN KJELLANDER

Stora material av UVI-stammar av den typ som presenteras i den så kallade riksundersökningen från 1976 har ett mycket begränsat informationsvärde och kan inte användas för att dra slutsatser om etiologi eller behandlingspolicy vid UVI inom en enskild specialitet. Genom att analysera inemot 11.000 UVI-stammar, åldersfördela materialet och bryta ned det på olika kategorier av insändare visar författarna att informationsvärdet ökar. Det visar sig då att en hög andel av UVI-stammar isolerade från primärvården är känslig för de vanliga urinvägsmedlen. Hos patienter < 45 år med akut, okomplicerad UVI är tex 94 procent av stammarna känsliga för nitrofurantoin. Författarna frågar sig mot denna bakgrund om resistensbestämning är nödvändig inom primärvården för denna patientkategori.

Nyckelord: Urinvägsinfektioner, resistensbestämning, behandling, rekommendationer. Örebro län.

Terapi av symptomgivande urinvägsinfektioner (UVI) måste ofta inledas utan att svaret på odlingen och resistensbestämningen kan inväntas. För att lämplig terapi skall kunna ges är det då viktigt att man känner till det etiologiska panoramat vid UVI och de dominerande UVI-patogenernas antibiotikakänslighet. Därvid är man hänvisad till de olika undersökningar av UVI-material som av och till publiceras. Ett sådant material som ofta återkommer när det gäller situationen i vårt land är den så kallade riksundersökningen "Antibiotikaresistens vid urinvägsinfektioner i Sverige 1976" (1) som omfattar inemot 24.000 UVI-stammar isolerade vid 12 olika bakteriologiska laborato-

rier i landet. Denna undersökning visar på en betydande resistens mot vanliga urinvägs-antibiotika och en av de slutsatser som författarna drar är att resistensbestämning alltid bör göras vid UVI. Samma rekommendation ges av en rad experter vid ett av Socialstyrelsen sammankallat expertmöte rörande behandlingen av UVI (2). Denna rekommendation följs i stor utsträckning i vårt land.

Riksundersökningens UVI-material har delats upp i stammar isolerade från slutet och öppen vård. De två materialen visar vissa skillnader, men de är förvånansvärt små. Detta kan möjligen bero på att "öppen vård" omfattar både primärvård och öppen vård vid sjukhus, två grupper som sannolikt ter sig ganska olika. Det är inte känt hur stort inslaget av primärvård är i materialet, och det är över huvudtaget okänt vilken odlingspolicy som tillämpas i de olika laboratoriernas upptagningsområden. Man kan alltså fråga sig hur representativt riksundersökningens resultat är när det gäller primärvårdens situation.

Med hänsyn till ovanstående, samt också på grund av att den kliniska erfarenheten när det gäller akuta UVI

inom primärvården är att bakterierna praktiskt taget alltid är känsliga för de vanligaste UVI-preparaten har gjort att vi velat gå igenom ett UVI-material från vårt län, där hänsyn tagits till ovanstående faktorer.

Material och metoder

Materialet består av 10.831 bakterieisolat från patienter med signifikant bakteriuri och utgörs av samtliga stammar isolerade ur prov som har sänts in till bakteriologiska laboratoriet under perioden 1 februari 1981–31 januari 1982 från Regionsjukhuset i Örebro samt samtliga vårcentraler i Örebro län. Samtliga isolat har resistensbestämts mot trimetoprimsulfa, ampicillin, nitrofurantoin och nalidixinsyra enl den så kallade lappmetoden (3).

Med hjälp av laboratoriets ADB-system har materialet delats upp i olika grupper med hänsyn till insändare, patienternas ålder med mera. Materialet från Kopparbergs vårdcentral, varifrån urinodling sänds på alla patienter med misstanke på UVI, har dessutom bearbetats särskilt. Vid denna bearbetning har journalerna från samtliga patienter med positiv urinodling under ovan angiven tidsperiod granskats, bland

Tabell I.
Fördelning av urinvägsisolat från slutet och öppen vård.

Insändare	Antal isolat	E coli	Procentuell fördelning				Övriga**
			Klebs/enterob	Övriga* gr-	Staph saprophyt	Enterokocker	
Samtliga	10,831	58,8	8,6	14,0	5,6	9,0	4,0
All slutet v	3,928	45,7	11,7	21,7	0,8	14,4	5,7
All öppen v	6,903	66,3	6,8	9,6	8,4	5,9	3,0
Urologi sv	270	24,1	17,0	23,7	0,8	20,0	14,4
Urologi öv	601	40,6	16,8	17,5	1,1	16,1	7,9
Gynekol sv	209	45,5	8,6	15,3	1,9	17,7	11,0
Gynekol öv	165	66,7	4,2	6,7	7,9	9,1	5,4
All prim v	4,497	70,8	5,1	8,0	10,1	3,9	2,1
All <45 år	1,641	65,0	2,8	2,7	23,5	2,8	1,2
All 45+ år	2,856	74,1	6,4	10,0	2,4	4,5	2,6

* = Proteus, Citrobacter, Acinetobacter, Pseudomonas m fl.

** = Staph aureus, Strept agalactiae.

annat för att gallra bort dubbelodlingar, prov som bedömts som kontaminerade samt prov från sjukhemspatienter.

Resultat

Tabell I visar den procentuella fördelningen av bakteriediagnoser i hela materialet samt också i några av de olika insändarkategorier som ingår i det samma. Av tabellen framgår klart att öppen- och slutenvårdsgrupperna skiljer sig ganska avsevärt från varandra. Bland annat är andelen *Staph saprophyticus* betydligt högre i öppen än i slutenvård medan till exempel andelen "övriga gr negativa" (väsentligen pseudomonas- och proteusarter) uppvisar det omvända.

Även de specialiteter som redovisas i tabell I visar stora olikheter. Inom gynekologiklinikens öppna vård är tex andelen *Staph saprophyticus* avsevärt högre än inom dess slutna. Intressant i detta sammanhang är att i gynekologens slutenvårdsmaterial av "övriga gr positiva" ingår en relativt hög andel (ca 10 procent) *Strept agalactiae*. Inte oväntat uppvisar urologmaterialet ett från övriga grupper avvikande mönster. Inslaget av *E coli* är lågt medan andelen andra gramnegativa stavar och enterokocker är betydande.

Tabell I visar också att primärvårdsmaterialet skiljer sig från övriga grupper, vilket blir speciellt markant om man delar upp det i två åldersgrupper. *Staph saprophyticus* förekommer i markant högre andel i den lägre åldersgruppen (<45 år) än i den högre. Andelen *Klebsiella/Enterobacter* är bland de yngre lägst i hela materialet.

Som inledningsvis berörts påverkas ett urinodlingsmaterials sammansättning givetvis av provtagningskriterierna. Om endast prov från rediciverande och/eller utpräglad symptomgivande UVI skickas till odling fås ett annat resultat både vad beträffar den etiologiska fördelningen och antibiotikakänsligheten än om alla patienter underkastas odlingsundersökning. Materialet påverkas också av andelen dubbelodlingar samt inslaget av kroniska UVI, tex från kateterpatienter på sjukhem knutet till primärvården.

Vid rensningen av Kopparbergsmaterialet visade det sig att av de 335 isolaten 261 kvarstod. De kom från sammanlagt 26 män och 186 kvinnor varav några hade haft flera infektionstillfällen under året. 21 prov kom från patienter på sjuk- eller ålderdomshem varav flera var inkontinenta eller hade andra komplicerande faktorer. 13 prov bedömdes som kontaminerade, 39 var dubbelprov och en patient kunde inte återfinnas vid journalgenomgången.

Tabell II visar Kopparbergsmaterialet, dels diagnosfördelningen för samtliga isolat, dels sedan materialet rensats på sätt som beskrivits ovan. Fördelningen när det gäller isolat stämmer ganska väl överens med den övriga primärvårdens, dock är andelen *Staph*

Tabell II.

Fördelning av urinvägsisolat från Kopparbergs vårdcentral. Tabellen visar dels diagnosfördelningen för samtliga isolat, dels fördelningen sedan endast en stam per infektionstillfälle tagits med. Kontaminerade prov samt prov från sjukhemspatienter har exkluderats.

Kategori	Antal	E coli	Procentuell fördelning				Övriga** gr+
			Klebs/enterob	Övriga* gr-	Staph saprophyt	Enterokocker	
Isolat							
Pat <45 år	97	68,0	4,1	8,3	16,5	2,1	1,0
Pat 45+ år	238	77,3	5,0	11,0	0,8	2,5	3,4
Inf-tillf							
Pat <45 år	79	73,4	3,8	2,7	19,0	1,1	0,0
Pat 45+ år	182	80,2	6,0	7,8	0,8	1,6	3,6

* = Proteus, Citrobacter, Acinetobacter, Pseudomonas m.fl.

** = Staph aureus, Strept agalactiae.

Tabell IV.

Andel antibiotikaresistenta urinvägsisolat från Kopparbergs vårdcentral. Tabellen visar dels andelen av samtliga isolat, dels andelen sedan materialet rensats enl tabell II. Resistent motsvarar känslighetsgrupp "R".

Kategori	Antal	Ampicillin	Procent resistent		
			Nitrofurant	Nalidixinsyra	Trimetoprim-sulfa
Isolat					
Pat <45 år	97	17,5	11,3	24,7	6,2
Pat 45+ år	238	14,3	14,3	16,4	2,5
Inf-tillf					
Pat <45 år	79	11,4	6,3	22,8	3,8
Pat 45+ år	182	12,6	11,0	12,1	1,1

Tabell V.

Procent antibiotikaresistenta stammar bland *E coli* från olika insändare. Resistent motsvarar känslighetsgrupp "R".

Insändare	Ampicillin	Nitrofurant	Procent resistent <i>E coli</i>	
			Nalidixinsyra	Trimetoprim-sulfa
Samtliga	10,8	3,2	4,4	1,4
All slutenv		14,5	4,2	6,0
All öppen v		9,3	2,8	3,7
Urologi sv		21,5	6,2	4,6
Urologi öv		15,5	6,5	12,2
Gynekol sv		15,7	2,1	1,0
Gynekol öv		8,1	3,6	4,5
All prim v		8,4	2,4	2,6
All <45 år		8,4	2,4	2,6
All 45+ år	8,6	3,0	3,6	2,0

Tabell VI.

Procent antibiotikaresistenta stammar bland *E coli* från Kopparbergs vårdcentral. Tabellen visar dels andelen av samtliga coli-isolat, dels andelen sedan materialet rensats enl tabell II. Resistent motsvarar känslighetsgrupp "R".

Kategori	Antal	Ampicillin	Procent resistent		
			Nitrofurant	Nalidixinsyra	Trimetoprim-sulfa
Isolat					
Pat <45 år	97	10,6	0,0	0,0	3,0
Pat 45+ år	238	6,1	1,1	8,3	1,1
Inf-tillf Pat <45 år	79	8,6	0,0	0,0	3,5
Pat 45+ år	182	6,3	1,4	4,9	0,7

saprophyticus lägre. Sedan materialet rensats till att omfatta enbart infektionstillfällen sjunker dock andelen *Klebsiella/Enterobacter* och "övriga gramnegativa stavar", i varje fall i de yngre åldersgrupperna. Andelen *E coli* och, hos de yngre, *Staph saprophyticus* är hög.

Tabell III.

Andel antibiotikaresistenta urinvägsisolat från olika insändare. Resistent mot svarar känslighetsgrupp "R".

Insändare	Procent resistent	Ampi- cillin	Nitro- furant	Nali- dixin- syra	Trimeto- prim- sulfa
Samtliga	21,2	21,8	25,3	4,2	
All slutet v	27,4	32,3	30,0	6,9	
All öppet v	17,7	15,8	22,6	2,9	
Urologi sv	41,1	38,1	45,9	8,9	
Urologi öv	32,3	31,4	41,8	7,7	
Gynekologi sv	20,6	25,4	33,0	3,3	
Gynekologi öv	14,5	11,5	26,1	1,8	
All primv	15,0	12,9	19,5	1,6	
Pat <45 år	9,5	7,6	28,2	0,9	
Pat 45+ år	16,3	16,0	14,3	2,0	

Tabell III visar frekvensen resistent (=känslighetsgrupp "R") stammar. Totalmaterialet uppvisar relativt höga resistenssiffror (ca 1/4 av antalet stammar) utom när det gäller trimetoprim-sulfa där känsligheten genomgående är hög. I primärvårdsmaterialet är känsligheten genomgående större, framför allt i den yngre åldersgruppen. Undantaget är nalidixinsyra beroende på den höga andelen *Staph saprophyticus* som alltid är resistent mot detta medel.

Kopparbergsmaterialet (tabell IV) avviker från det övriga primärvårdsmaterialet så tillvida att resistenssiffrorna genomgående är högre. Detta kan förklaras av att Kopparbergsmaterialet innehåller många dubbelprov, vilka är vanliga hos patienter med antibiotikaresistenta bakterier som på så sätt blir överrepresenterade i materialet. Detta illustreras också i tabell IV där bland annat dubbelproven är bortrensade. Resistenssiffrorna blir då betydligt gynnsammare.

Eftersom *E coli* är den vanligaste urinvägspatogenen har antibiotikakänsligheten för denna bakterie redovisats separat i tabellerna V och VI. Av tabell V framgår att resistensläget hos *E coli* fortfarande är gynnsamt. Högsta resistenssiffrorna föreligger gentemot ampicillin, speciellt hos urologiklientelet.

Tabell VI visar situationen i Kopparberg. Här föreligger ett ännu gynnsammare läge. Samtliga colistammar är känsliga för såväl nitrofurantoin som nalidixinsyra och andelen resistent stammar för övriga preparat är genomgående låg.

Diskussion

Undersökningen visar klart att ett stort blandat material av UVI-stam-

mar inte kan utnyttjas för att dra slutsatser om vare sig etiologi eller resistensläge inom en enskild specialitet. Man kan fråga sig vem som egentligen har glädje av sammanställningar av denna typ, utom möjligen läkemedelsindustrin. I varje fall är de inte till nytta för primärvården, där både diagnosfördelningen och resistensläget klart avviker från genomsnittssiffrorna. Riktigt representativt för ett rent öppenvårdsmaterial inom primärvården blir inte materialet förrän man – som i Kopparberg – odlar på alla UVI och rensar materialet från dubbelprov, kontaminerade prov och prov från patienter på sjuk- och ålderdomshem.

Det visar sig också att en uppdelning av patientmaterialet i olika åldersgrupper ökat informationsvärdet av ett UVI-material. Vi har valt "brytpunkten" 45 år på grund av att *Staph saprophyticus* huvudsakligen förekommer under denna åldersgräns och det visar sig också att de två åldersgrupperna skiljer sig ganska avsevärt när det gäller bakteriernas antibiotikakänslighet. Möjligen hade en uppdelning i fler åldersgrupper liksom också en könsfördelning ytterligare ökat informationsvärdet men materialet är för primärvårdens del för litet för att tillåta en sådan uppdelning.

Mot bakgrunden av detta material och kliniska erfarenheter har vi diskuterat fram behandlingsrekommendationer för primärvården när det gäller akut UVI. Dessa skiljer sig från de som läkemedelsindustrin presenterar med riksundersökningen som bakgrund.

Som förstahandspreparat till patienter under 45 år har vi valt nitrofurantoin. Nalidixinsyra torde vara olämpligt i denna åldersgrupp med tanke på den stora andelen *Staph saprophyticus*-infektioner. Som förstahandspreparat i den högre åldersgruppen har vi däremot valt nalidixinsyra – biverkningsrisken för nitrofurantoin är väsentligt högre i denna grupp än hos de yngre. Trimetoprim-sulfa är utan tvekan in vitro det mest gynnsamma av alla testade preparat, men det reserveras av hänsyn till risken för allvarliga biverkningar (4) för terapiresistenta fall.

Mot bakgrund av här redovisade material kan man fråga sig om resistensbestämning behöver utföras rutinmässigt vid akut okomplicerad UVI inom primärvården. De rekommendationer som lämnas om hur UVI skall handläggas kommer oftast från experter inom specialiteter som nefrologi och urologi, vars patienter har en helt annan sammansättning av UVI-stammar än primärvårdens. Vår uppfattning är att resistensbestämning mycket väl kan undvaras när det gäller ej gravida kvinnor i fertil ålder med enstaka, okomplicerade urinvägsinfektioner där bilden helt domineras av *E coli* och *Staph saprophyticus*. Kanske en möjlighet till besparing i kärva ekonomiska tider?

Nackdelen med att ej skicka prov för

odling och resistensbestämning är av epidemiologisk art. Genom ett sådant förfarande skulle man tappa möjligheten att kontinuerligt övervaka resistensläget. Detta kan lösas genom att man inom primärvården under vissa tidsperioder, förslagsvis två månader varje år, sänder alla prov till bakteriologisk undersökning.

Referenser:

1. Burman, L G, Holm, S: Antibiotikaresistens vid urinvägsinfektion i Sverige 1976. Läkartidningen 1978; 75: 781–5.
2. Expertmöte om urinvägsinfektioner: Maning till återhållsamhet med terapi. Antalet biverkningsrapporter har ökat. Läkartidningen 1980; 77: 2589.
3. Ericsson, H M, Sherris, J C: Antibiotic sensitivity testing. Report of an international collaborative study. Acta Pathol Microbiol Scand (B) Suppl 217 1971.
4. Arneborn, P, Palmblad, J: Drug-induced neutropenia – a survey for Stockholm 1973–1978. Acta Med Scand 1982; 212: 289–292.

Författarpresentation:

Göran Falck* är distriktsläkare vid Vårdcentralen, Kopparberg.

Jan Kjellander är överläkare vid avd för klinisk mikrobiologi, Regionsjukhuset, Örebro.

*Postadress: Vårdcentralen, 714 00 Kopparberg.

Är rökning verkligen din ensak?

Det mesta av röken går ut i luften som alla andas. Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 106 30 STOCKHOLM



Trimetoprim 160 mg×2 – jämförelse mellan 3- och 7-dagars behandling vid nedre urinvägsinfektion.

LENA HUGMARK · GÖRAN LINDÉ

För att utröna om man kan få samma utläkning av nedre urinvägsinfektion med 3- och 7-dagars behandling har vid Skebäcks vårdcentral Örebro samt infektionskliniken Regionsjukhuset Örebro gjorts en dubbel blindundersökning med Trimetoprim i (TMP) 3- och 7-dagars behandling. I studien ingår 49 patienter varav 28 har behandlats med TMP i 3 dagar, 21 har fått 7-dagars behandling. Resultaten har varit kliniskt gott i bägge grupperna. Samtliga patienter har varit utläkta vid kontroll en vecka efter avslutad behandling, 2 patienter med 3-dagars behandling fick bakteriuri recidiv efter en månad. Resultaten får anses som lovande och uppmuntrar till att fortsätta försök med korttidsbehandling.

Nyckelord: Primärvård, urinvägsinfektioner, behandling, Örebro län.

Behandlingsrutinerna vid nedre urinvägsinfektion har under de sista åren förändrats radikalt. Dels har nya preparat kommit på marknaden tex Pivmecillinam och Trimetoprim (TMP), dels har behandlingstiden successivt förkortats (1). Kombinationspreparatet Trimetoprimsulfa (TS), som introducerades i början av 70-talet, fick snabbt stor användning vid behandling av urinvägsinfektioner. Sedan 1980 har TMP som ensam substans använts

i Sverige, först som långtidsprofylax mot recidiverande urinvägsinfektioner. På senare år har TMP blivit ett alltmer använt preparat även vid akuta nedre urinvägsinfektioner. Den nu rekommenderade behandlingsdosen är 150–200 mg×2 i 1 vecka. Goda behandlingseffekter och få biverkningar har erhållits. Däremot har man diskuterat risken för resistensutveckling vid alltför omfattande användning av TMP (2). Man har på flera håll sett god utläkningsfrekvens av urinvägsinfektioner efter 3-dagarsbehandling med nalidixinsyra, amoxycillin och trimetoprim-sulfadiacin (3–7). Syftet med vår undersökning var att utröna, om man även kunde nå god utläkning med 3-dagarsbehandling med enbart TMP på nedre urinvägsinfektioner (Nuvi).

Material och metoder

Studien utfördes vid Skebäcks vårdcentral och infektionskliniken, Regionsjukhuset, Örebro under perioden oktober 1981 tom maj 1983. Till studien accepterades patienter med akuta symptom på nedre urinvägsinfektion där urinprovet visade positivt nitrittest och/eller patologiskt sediment. Primärt uteslöt patienter med tecken på övre urinvägsinfektion, känd allergi mot TMP, graviditet, känd njur- eller leversjukdom samt antibiotikabehandling under senaste månaden. Nedre åldersgräns var 12 år; ingen övre åldersgräns.

Ett mittströms urinprov för odling och resistensbestämning togs före behandlingens insättande och omkring 1 vecka samt 1 månad efter avslutad behandling. På vårdcentralen togs prov för urinodling med Dipslidemetod (uricult). Denna sändes efter primäravläsning till bakteriologiska laboratoriet, Regionsjukhuset för art- och resistensbestämning. Initial växt på Dipslide med 10^5 bakterier/ml urin eller mer var förutsättning för diagnosen urinvägsinfektion. Ett undantag härvid gäller växt av Staph saprophyticus där även sparsam växt noterades. Dessutom undersöktes urinen med nitrittest och sediment samt bestämdes CRP, B-SR och S-Kreatinin. Behand-

lingen påbörjades vid första besöket med tabletter TMP (Idotrim[®]) 160 mg×2 i 3 eller 7 dagar.

Fördelning av behandlingsgrupper

Studien utfördes som en dubbel blindundersökning där patienten tilldelades kodade dosetter med medicineringskod 7 dagar. I hälften av dosetterna innehöll de fyra sista dagarna endast placebo substans. Dosettens kodnummer antecknades omedelbart på patientformuläret och först när koden bröts i samband med bearbetningen av materialet blev det känt vilken behandlingstid varje patient hade fått. Biverkningarna registrerades av läkaren på ett fast formulär i samband med återbesök 1 vecka efter avslutad kur.

Resultat

Till undersökningen accepterades 62 patienter i åldrarna mellan 17 och 85 år. Av patienterna var, 59 kvinnor och 3 män. Definitionsmässigt benämndes infektionen som primär om patienten varit besvärsfri i 1 år; recidiverande om det rörde sig om återfall inom 1 år och som kroniskt om patienten fick återfall så fort antibiotikabehandlingen upphörde. I vårt material hade 39 patienter primär infektion och 23 patienter recidiverande urinvägsinfektion.

Odlingsresultat

Av 62 patienter hade 49 positiv urinodling med signifikant bakteriuri enligt tabell I. Två patienter hade dubbelinfektion med E coli och Staph saprophyticus respektive E coli och enterococcus. 13 patienter hade negativ urinodling, möjligen beroende på sjukdomssymptom med täta trängningar med otillräcklig blåsinkubation som följd. Dessa patienter har uteslutits ur studien men kvarstått vid bedömningen av biverkningar. De framodlade bakteriellstammarnas känslighet för TMP framkommer i tabell I.

Biverkningar

17 av patienterna uppgav någon form av biverkan. Flera av dessa patienter uppgav 2 eller fler biverkningar. 2 säkra fall av läkemedelsexanthem uppkom dag 7 respektive 8 vid 7-dagars-

Tabell I.

Framodlade bakteriestammar från 49 patienter.

	E coli	Staphylococcus saprophyticus	Enterococcus	Klebsiella enterobakter	Proteus	Totalt
Stammar	41	4	1	2	3	51
TMP-känsliga (S)	36	3	1	1	1	42
TMP-resistenta (R)		1			2	3
Ej TMP-res bestämda	5			1		6*)

*) Samtliga dock TS-känsliga (S).

Tabell II.

Biverkningar hos 17 av 62 tillfrågade patienter.

	3-dagars-behandling	(antal patienter)	7-dagars-behandling	(antal patienter)
G-1-symtom (illamående, buksmärter, diarré)	3		6	
Exanthem			2 (ev 3)	
Trötthet, huvudvärk, yrsel	4		2	
Övrigt	2		1	
	(blåsor i munnen dag 3, svullnadskänsla tungan dag 1)		(sömnbesvär)	

kur. Ytterligare 1 patient hade icke kliande ljusröda utslag 3 dagar efter en 7-dagarskurs avslutande. Distriktssköterska misstänkte här röda hund. Övriga biverkningar var mer av subjektiv natur – 1 patient med 3-dagarsbehandling som uppgivit illamående och yrsel i början av behandlingen hade exempelvis tagit medicinen från fel håll ur dosetten! I övrigt se tabell II. De biverkningar som uppkom uppfattades av patienterna som milda till måttliga och ingen av patienterna avbröt kuren.

Behandlingsresultat

Av 49 odlingspositiva patienter visade sig 28 patienter ha fått TMP-behandling under 3 dagar och 21 patienter behandling under 7 dagar. 44 av patienterna kom på två efterkontroller, 4 har uteblivit från den andra kontrollen och en från bägge efterkontrollerna. Samtliga efterundersökta patienter har varit laboratoriemässigt utläkta vid första kontrollen. Vid andra efterkontrollen hade två patienter bakterierecidiv. Dessa patienter hade fått 3-dagarsbehandling och tillhörde kliniskt gruppen recidiverande Nuvi. (Tabell III.) En av dessa patienter behandlades vid recidivet med TMP i 7-dagarsbehandling och recidiverade ånyo efter ca 3 veckor. Ett observandum är att även de tre patienterna med TMP-resistenta stammar blev besvärsfria.

Genomgång av aktuella patienters journaler har gjorts vid Skebäckers vårdcentral maj 1983. Vi finner där att ytterligare två patienter med 3-dagarsbehandling har insjuknat i uvi efter 5 månader, tre patienter med 7-dagarsbehandling har insjuknat efter 5, 13 och 14 månader. Denna undersökning är naturligtvis inte heltäckande då möjlighet finns att patienten sökt vård någon annanstans. Det belyser dock det faktum att vi här har att göra med besvär som har en klar tendens att recidivera.

Tabell III.

Behandlingsresultat av 3 respektive 7 dagars behandling av 44 patienter med Nuvi.

Antal behandlade patienter/antal recidiv efter ca 1 månad.

Klinisk grupp	3 dagars behandling	7 dagars behandling
Primära infektioner	13/0	16/0
Recidiverande infektioner	11/2	4/0
Summa	24/2	20/0

Subjektivt upplevde sig 24 av patienterna vid 3-dagarsbehandling och 20 av patienterna vid 7-dagarsbehandling som besvärsfria vid första kontrollen, medan fyra respektive en patient i respektive grupp ansåg sig förbättrade. Vid kontroll efter ca 1 månad var samtliga besvärsfria även subjektivt, förutom de två som drabbats av ny infektion.

Före behandlingens insättande mättes CRP för att utesluta övre uvi. Vid vår undersökning visade sig 15 av 62 patienter ha lätt till måttligt förhöjt CRP-värde (0,006–0,050). I 2 fall kunde CRP-stegringen anses förorsakad av annan sjukdom. Av de övriga 13 patienterna hade 8 vid efterkontroll negativ CRP – 5 patienter är ej efterkontrollerade med avseende på CRP. Patienterna fördelades jämnt mellan 3- och 7-dagarsbehandlade.

Diskussion

Med anledning av ovanstående resultat förefaller det som om 3-dagarsbehandling med TMP är effektiv vid nedre okomplicerade urinwegsinfektioner. För att få säkrare belägg för hypotesen borde naturligtvis större material studeras. På detta relativt lilla material har vi på biverkningssidan inte noterat några säkra objektiva biverkningar med 3-dagarsbehandling. Vid 7-da-

garsbehandling framkom två, eventuellt tre fall av läkemedelsexanthem. I övrigt mest symptom från gastrointestinalkanalen av tämligen beskedlig natur. Av 51 testade stammar var tre resistenta mot TMP, vilket icke synes ha påverkat behandlingsresultatet.

Något förvånande är att 24 procent av patienterna med uvi-symptom visar lätt till måttligt CRP-stegring. Normalisering av värdet sker i samtliga kontrollerade fall efter såväl 3- som 7-dagarsbehandling.

På grund av de fördelar som korttidsbehandling kan ge genom minskad påverkan av tarmfloran, minskad resistensutveckling minskad biverkningsfrekvens, bättre patientcompliance och lägre totalkostnader, anser vi att fortsatta försök med 3-dagarsbehandling bör göras med tanke på ovan lovande resultat.

Referenser:

1. Bucht, Böttiger, Holm, Norrby, Strandberg: Antibiotikaval vid urinwegsinfektioner hos vuxna. Läkartidningen volym 78 nr 5, 1981, 316–317.
2. Kaasanen: Status and use of trimethoprim i urinary tract infections. Pharmos medical News 1/82, 17–22.
3. Helin: Short-term treatment of lower urinary tract infections in children with trimethoprim sulphadiazine. Infection 1981, 9: 249.
4. Wohrm, Ahlmén, Bäck et al: Effekt av tre dagars behandling med nalidixinsyra samt diagnostik av ett oselektat urinwegsmaterial i öppenvården. Resymé, p 76.2. Nordiske Kongress i Almenmedisin, Bergen 1981.
5. Charlton CAC, Crowther, Davies et al: Three-day and ten-day chemotherapy for urinary tract infections in general practice. Br Med J 1976, 1: 124–126.
6. Fair, Crane, Peterson, Dahmer, Tague, Amos: Three-day treatment of urinary tract infections. J Urol. 1980, 123: 717–721.
7. Sigurdson, Almén, Berglund: Three-day treatment of acute lower urinary tract infections in women. Acta Med Scandinavica 1983, 213: 55–60.

Författare:

Lena Hugmark, distriktsläkare, Skebäckers vårdcentral, Örebro.

Göran Linde, biträdande överläkare, Infektionskliniken, Regionsjukhuset, Örebro.



1306794

Var söker öronpatienten?

LENNART HALFVARSON · GUNILLA HEGARDT · INGEMAR ENGSTRAND

Utbyggnad av primärvården har aktualiserat frågan om samarbete och arbetsfördelning mellan primärvård och specialistvård. För att kunna föra en diskussion i dessa frågor är kunskap om nuvarande förhållande en nödvändighet. I en studie från Örebro har vi försökt få en uppfattning om var patienten med öron-näsa-halsproblem får sin sjukvård tillgodosedd.

Nyckelord: Primärvård, slutenvård, samarbete, öron-näsa-halssjukdom, remisser, Örebro län.

Primärvårdens utbyggnad i vårt land under senare år har medfört att tidigare förbisedda frågor om arbetsfördelning – samverkan mellan primärvårds-läkare och specialist fått ett ökat intresse. (1, 2) Specifika studier har gjorts beträffande öppenvårdsutnyttjande i olika specialiteter. (3, 4).

För att få ett underlag för diskussioner, i första hand med öronkliniken, Regionsjukhuset i Örebro, gjorde vi, i visst samarbete med SPRI (5) och Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro, under mars månad 1982 en inventering av patienter med öron-näsa-halsdiagnoser. Studien avser patienter från två områden i Örebro kommun med väl utbyggd primärvård. Vi ställde oss följande frågor:

- Vad söker öronpatienten för?
- Söker patienterna på rätt vårdinrättning?
- Hur remitteras öronpatienterna?

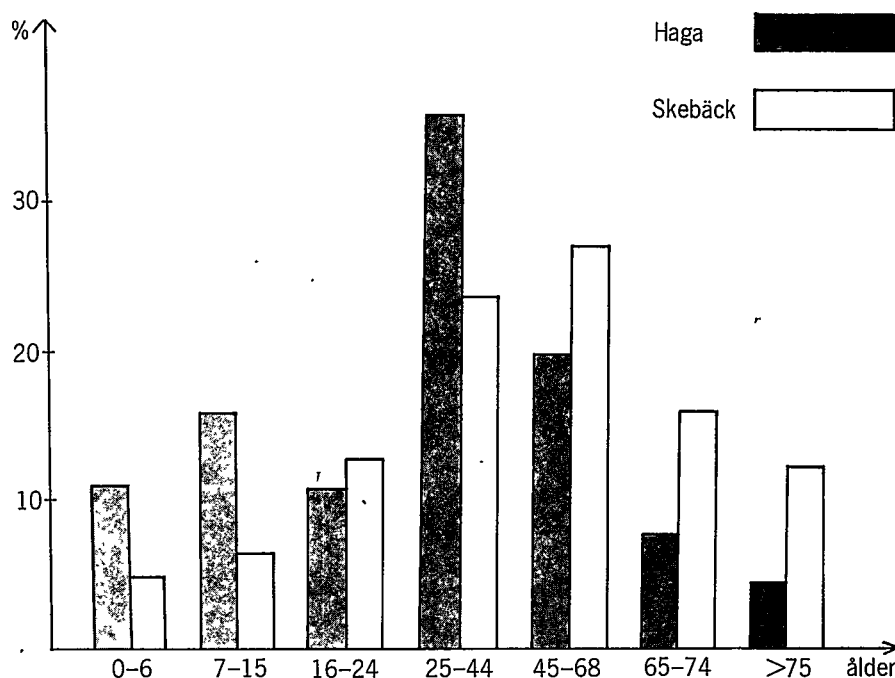
Huvudsyftet med föreliggande undersökning är att få svar på dessa frågor och att svaren ska vara en utgångspunkt för de fortsatta diskussionerna mellan primärvård och öronspecialister kring samarbete. Ett annat syfte med studien är att söka få fram en modell för liknande diskussioner med andra kliniker.

Material och metoder

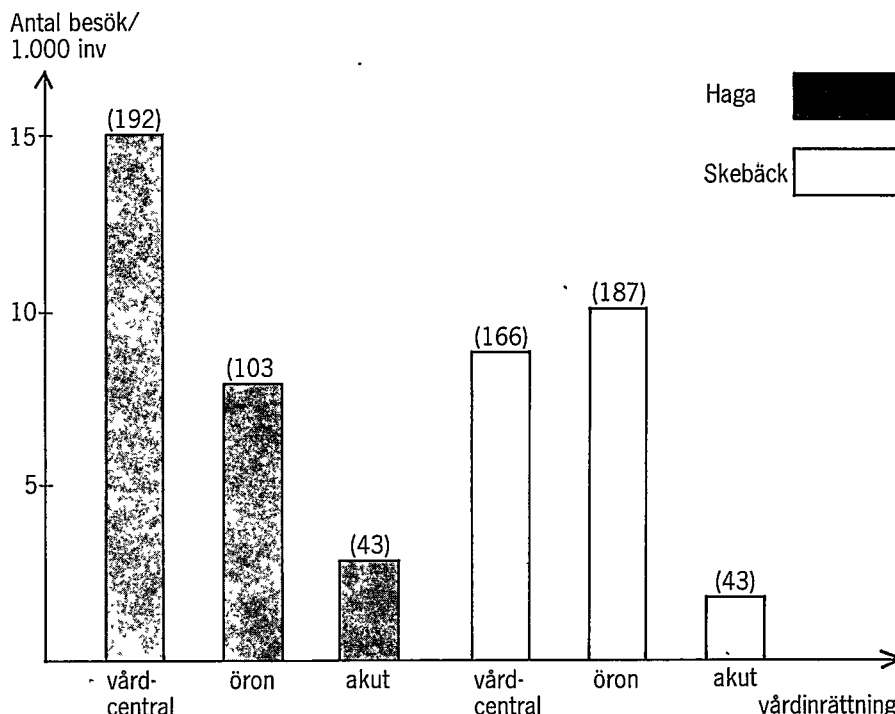
Studien avser patienter från Haga och Skebäcks vårdcentraler, vilka bägge har geografiskt avgränsade upptagningsområden. Påtagliga skillnader föreligger mellan befolkningsstrukturen

i de bägge vårdcentralernas upptagningsområde. Årsskiftet 1981/82 hade Haga vårdcentral ett befolkningsunderlag på 12.987 personer och Skebäcks vårdcentral 19.181 personer. Haga vårdcentral är belägen 5 km från Regionsjukhuset. Upptagningsområ-

det är ett typiskt ytterområde med dominans av unga barnfamiljer. I området ingår även en del landsbygd (4.760 personer). Skebäcks vårdcentral är belägen i Regionsjukhusets skugga, på andra sidan Svartån. Upptagningsområdet domineras av centrala staden



Figur 1. Åldersfördelning Haga/Skebäcks upptagningsområden i procent av respektive befolkning.



Figur 2: Fördelning av besök per 1.000 invånare/vårdinrättning. Absoluta tal inom parentes.

och äldre människor utgör en betydande del av befolkningen (27 procent äldre än eller lika med 65 år). Figur 1 visar åldersfördelningen i respektive vårdcentralens upptagningsområde. Vid undersökningens genomförande arbetade på Haga vårdcentral 4 och på Skebäcks vårdcentral 5 ordinarie distriktsläkare.

Vi har studerat besök med öron-näsa-hals-diagnoser under mars månad 1982. Besöken fördelar sig på de bägge vårdcentralerna, distriktsläkarjournalmottagningen samt öronmottagningen och öronjouren. Vi är medvetna om att en del av patienterna sköts av barnläkare respektive privatpraktiker. Av resursskäl har vi dock ej kunnat inkludera dessa i undersökningen.

Urvalet av patienter på vårdcentralen och distriktsläkarjouren är gjort efter en diagnosförteckning, utarbetad av allmänläkare och sedan godkänd av öronspecialist. På öronmottagningen har urvalet skett efter adress, dvs alla patienter från vårdcentralernas upptagningsområde är medtagna.

Insamling av data har sedan skett retrospektivt. Samtliga journaler har i efterskott framlagts för registrering av relevanta data. Följande variabler har då registrerats.

- Vårdinrättning
- Ålder
- Kön
- Besökstyp (akut - kontroll - övrigt)
- Remisser från ... (gäller patienter på öronmottagningen)
- Remisser till ... (gäller patienter på vårdcentral och akutmottagning)
- Diagnosnummer
- Bedömning (primärvårdsfall - specialistfall - tveksamt)

Kontrollbesök definieras som vid tidigare besök planerat återbesök. Akutbesök var de som sökt och fått tid inom 1-2 dagar. "Övrigt" inkluderar exempelvis icke akuta nybesök, tidsbeställt besök för ny åkomma mm.

För varje besök har gjorts en vårdnivåbedömning. Besök som kan klaras av distriktsläkare bedöms som primärvårdsfall, övriga som specialistfall. Några distinkta kriterier för denna klassifikation har ej gjorts utan bedömningen gjordes i varje enskilt fall. På öronmottagningen gjordes bedömningen av distriktsläkare och öronspecialist tillsammans. Motsvarande genomgång på vårdcentral gjordes av resursskäl enbart av distriktsläkare. Databearbetningen har sedan skett på Högskolans dataavdelning.

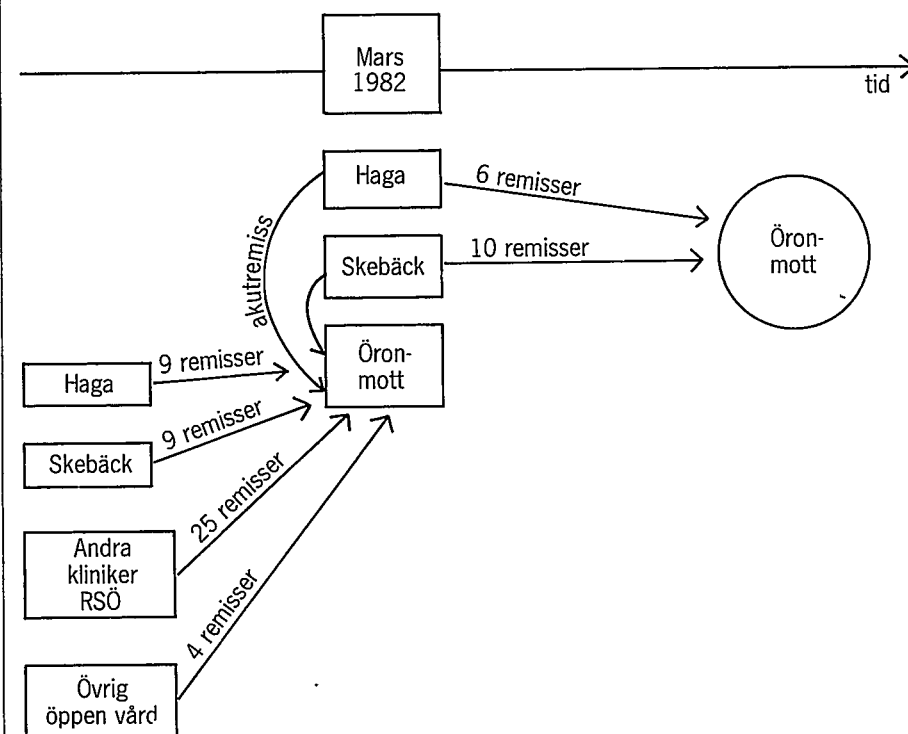
Resultat

Totalantalet besök var 734. Figur 2 visar fördelningen av besök mellan de olika vårdinrättningarna. På Haga respektive Skebäcks vårdcentraler utgör öron-näsa-halsdiagnoser 20 respektive 15 procent av totalantalet besök. Könstillfördelningen i materialet är 55 procent kvinnor och 45 procent män.

Åldersfördelningen visar som väntat en stor andel förskolebarn både på

Tabell 1.
Procentuell diagnosförteckning vid resp vårdinrättning.

Diagnos	Haga (n=192) %	Skebäck (n=166) %	Öron Haga (n=103) %	Öron Skebäck (n=187) %	Akut Haga (n=43) %	Akut Skebäck (n=43) %
Otitis media acuta	12,0	4,5	12,5	8,5	28,0	25,5
Otosalpingit (plaströr)	9,5	8,0	36,0	10,0	7,0	4,5
Otitkontroll	15,0	2,5	3,0	2,0		
Extern otit	2,0	6,0	1,0	13,0		
Kronisk otit	-	0,5	12,0	18,0		
ÖLI	31,0	33,0	2,0	2,5	25,0	33,5
Halsinfektion	10,0	11,5	1,0	2,5	35,0	16,0
Sinuit	10,5	5,0	1,0	1,0	2,5	4,5
Vaxpropp	2,0	8,5		1,5		7,0
Hörselnedsättning	1,0	2,5	1,0	1,0		
Yrsel + sus (inkl Menière)	5,0	5,5	4,0	4,0		
Allergi		3,0	3,0	10,0		
Laryngit + heshet	1,0	2,5		1,0		4,5
Huvudvärk + psykosom	0,5	0,5	5,0	2,0		
Näsblödning	0,5	0,5	2,0	3,0		
Struma		1,0	2,0	5,0	2,5	
Övrigt		5,0	15,0	15,0		4,5
Totalt	100	100	100	100	100	100



Figur 3.
Flödesschema för remisser från vårdcentral till öronmottagning.

vårdcentralen och öronmottagningen. Besökstyperna skiljer sig markant mellan vårdinrättningarna. På vårdcentralen dominerar akutbesök (70 resp 57 procent) medan på öronmottagningen kontrollbesök är vanligast (drygt 50 procent).

Diagnoser

Tabell 1 visar hur diagnoserna fördelar sig på de respektive vårdinrättningarna. Som väntat dominerar övre luftvägsinfektioner på vårdcentralerna. På öronmottagningen är otosalingit och kronisk otit de två vanligaste diagnoserna.

Remisser

Remissmönstret kan man se på två sätt. Dels remitteras patienter under mars 1982 från distriktsläkare till öronmot-

tagningen. Dessutom får patienter tid på öronmottagningen under mars månad och där remissen skrivits tidigare. Remitterande kan förenklat återges i följande flödesschema i figur 3.

Av de totalt 290 besöken på öronmottagningen kom 47 på remiss. Diagnosspridningen på dessa är rätt stor. De vanligaste diagnoserna är otitis media, otosalingit, allergi och yrsel. Vi har även studerat varifrån dessa patienter remitterats. Av flödesschemat ovan framgår att fler patienter remitterats från olika kliniker på regionsjukhuset (25 remisser) än från vårdcentralerna (18 remisser).

Vårdnivå

De besök på vårdcentral som ej remitterats till öronklinik bedömdes samtliga som primärvårdsfall. Vid den ge-

mensamma bedömningen av öronmottagningens patienter fann man att nästan 30 procent av Haga- och Skebäcksbarnas besök på öronmottagningen utgjordes av primärvårdsfall. Vi fann att bland dessa primärvårdsfall var bland Hagaborna 73 procent och för Skebäcksbarnas del 44 procent akutbesök.

Vi har även gjort en särskild vårdnivåbedömning på de remissfall som omhändertogs på öronmottagningen under mars månad 1982. Denna visar att det är vanligare med primärvårdsfall bland remisserna från regionsjukhuset (6) än bland remisserna från vårdcentralerna (1).

Diskussion

Vi vill påpeka att de påtagliga skillnaderna i befolkningsprofil mellan vårdcentralernas upptagningsområden kommer till uttryck i såväl totalantalet besök som patienternas åldersfördelning och diagnosfördelning.

Var söker öronpatienten?

Majoriteten av Haga-patienterna med öron-näsa-halsdiagnoser söker på sin vårdcentral. Skebäcksbarna däremot söker i ungefär samma utsträckning på vårdcentral och öronmottagning. Vi tror att förklaringen ligger i skillnaden i åldersfördelning kombinerat med närheten till andra vårdinrättningar. Skillnaden är störst i åldersgruppen 0-6 år. Vi tror att detta förklaras av Skebäcks närhet till sjukhusets barnklinik och det faktum att det inom upptagningsområdet finns en öron- och två barnspecialister i öppen vård.

Vem är patienten?

Andelen förskolebarn dominerar alltså kraftigt både på vårdcentralen och öronmottagningen som tidigare påpekats. Detta förklarar också att könsfördelningen i materialet är ovanligt jämn jämfört med siffror från ett totalmaterial (64 procent kvinnor, 36 procent män - opublicerat material från Skebäcks vårdcentral). Fördelningen pojkar - flickor med öron-näsa-halsdiagnoser är jämn enl tidigare undersökningar. (6)

Vad söker patienten för?

Som väntat dominerar besöken på vårdcentralen och distriktsläkarjouren av infektioner (övre luftvägsinfektion, otit, otosalingit, halsinfektion och sinuit). Den tidigare relaterade skillnaden i befolkningsprofil mellan de bägge vårdcentralerna återspeglas i form av ett ökat antal akuta mediaotiter och därav följande otitkontroller på Haga vårdcentral. På Skebäcks vårdcentral kan man finna en viss ökning av åkomor som mer drabbar äldre människor.

Besöken på öronmottagningen uppvisar en avvikande bild jämfört med mönstret på vårdcentralerna. De två största diagnosgrupperna är här kronisk otit och otosalingit. Den senare utgörs huvudsakligen av barn med recidiverande infektioner, ofta med plaströr. En annan stor diagnosgrupp

är extern otit, vilken utgörs till stor del av patienter med kroniska besvär, som är vana att gå till öronläkare för regelbunden rengöring av hörselgången. En annan vanlig patientgrupp är allergikerna som går på hyposensibiliseringar.

Söker patienterna på rätt vårdinrättning?

Primärvårdsfallen på öronmottagningen utgjorde 81 besök av totalt 734. Detta innebär att 11 procent av samtliga besök sökte fel vårdinrättning. Omvänt medför detta att 89 procent söker rätt, vilket vi tycker är en mycket hög siffra och talar för att människor boende inom ett område med välfungerande primärvård hittar till sin vårdcentral.

De primärvårdsfall som går på öronmottagningen uppvisar en diagnosfördelning som ofta föranleder akutbesök, dvs akut otit, extern otit, otosalingit m.m. Bland Hagaborna som sökt fel vårdinrättning är akutbesök vanligast (73 procent). Bland Skebäcksbarna dominerar ej akutbesöken lika mycket (44 procent) men är fortfarande högre än hela gruppen Skebäcksbarn, där akutbesöken utgjorde 27 procent.

Det här visar att en stor del av primärvårdsfallen på en öronmottagning utgörs av akutbesök. Sannolikt skulle man få en minskning av antalet primärvårdsfall på öronmottagningen om man i större utsträckning frågar patienterna var de bor och att de i förekommande fall hänvisas till respektive vårdcentral.

Vi har hittills diskuterat om patienten på öronmottagningen söker på rätt vårdnivå. Fallen på vårdcentralerna bedömdes enbart av distriktsläkare. Efteråt har vi frågat oss om bedömningen blivit annorlunda om en öronläkare varit med. Kanske är fler än de av oss remitterade patienterna specialistfall?

Hur remitteras öronpatienter?

Sammanlagt gjordes 444 besök på vårdcentralerna och distriktsläkarjouren. Av dessa resulterade 16 stycken i remiss till öronspecialist. Detta innebär alltså att 3,6 procent av örondiagnoserna på Haga och Skebäcks vårdcentraler respektive distriktsläkarjouren remitterades till öronmottagningen. Denna siffra kan jämföras med den genomsnittliga remissfrekvensen från våra vårdcentraler till sluten vård, som vi i egna undersökningar fått fram till 7-8 procent.

Vad gäller de remisser som föranlett besök på öronmottagningen under undersökningsmånaden var det alltså vanligare att remissen kom från annan klinik på sjukhuset än från vårdcentralen. Slutsatsen blir att sjukhusläkarna i större utsträckning skulle kunna skicka remisser till allmänläkare på respektive vårdcentral i stället för till öronspecialist. Vi är medvetna om att remissmaterialets storlek är för litet för att dra några generella slutsatser men

siffrorna talar dock emot att utbyggd primärvård leder till ökat remissflöde till specialist.

Sammanfattning

Vi har gjort en inventering av patienter med öron-näsa-halsdiagnos som sökt på vårdcentral och öronmottagning under mars månad 1982. Patienterna kom från två geografiskt begränsade områden i Örebro, bägge områdena med välutbyggd primärvård. Vi har inte tagit med andra vårdinrättningar såsom barnklinik, öppenvårdspecialister eller liknande. Vi fann att nästan 90 procent av patienterna sökte på rätt vårdnivå. Ett litet antal besök gjordes på öronmottagningen trots att det rörde sig om primärvårdsfall. Dessa var oftast akutbesök. Vidare fann vi att remitteringsfrekvensen från vårdcentralerna var förhållandevis låg samt att fler remisser kom från sjukhusets övriga kliniker till öronmottagningen än från de båda vårdcentralerna.

Bedömningen av primärvårdsfall respektive specialistfall gjordes på öronmottagningen av allmänläkare och öronspecialist tillsammans. Av resursskäl gjorde enbart allmänläkare denna bedömning på vårdcentral. Skulle man göra om undersökningen anser vi att allmänläkare och öronspecialister tillsammans gör alla bedömningar.

Dessutom anser vi att övriga vårdinrättningar också borde medtagits (barnklinik m.m.) och att man då sannolikt hade fått fram en annan bild av var öronpatienten söker.

Slutligen vill vi påpeka att vi anser att en studie av denna typ utgör ett gott underlag för diskussioner mellan allmänläkare och specialist i samarbetsfrågor.

Referenser:

1. SPRI Rapport 46. Primärvård, länssjukvård - samverkan eller gränsfjäd, 1980.
2. Krakau, Ingvar. Allmänläkare och specialist. Hur skall arbetsuppgifterna fördelas? NYTT från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, nr 4/81.
3. Jousineau, Sigfrid de. Vårdutnyttjande vid öronklinik, Karolinska sjukhuset - en studie från Sollentuna primärvårdsområde. NYTT från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, nr 4/81.
4. Goldman et al. Sollentunabarnas konsumtion av öppen kirurgisk sjukvård, 1981. NYTT från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, nr 6/82, sid 52-57.
5. Ågren, Staffan. Primärvård i utveckling. AllmänMedicin 1983;4: 174.
6. Arhammer et al. Luftvägsinfektioner i öppen vård - en undersökning vid vårdcentralen i Dalby. Läkartidningen 1978: 1492-1496.

Författarpresentation:

Lennart Halfvarson är distriktsläkare vid Skebäcks vårdcentral, Örebro, Gunilla Hegardt är distriktsöverläkare vid Haga vårdcentral, Örebro, och Ingemar Engstrand är överläkare vid Öronmottagningen, Lindesbergs lasarett.*

*Postadress: Skebäcks vårdcentral, Box 3095, 700 03 Örebro.

Eusaprim

ETT ORIGINALPREPARAT TMP+SMX

Wellcoprim

ETT ORIGINALPREPARAT TMP

Ett forskningsresultat

Trimetoprim (TMP) upptäcktes hos Wellcome
som ett resultat av forskning i företagets
egna laboratorier.

Ett unikt företag

Hela vinsten delas ut som stöd till självständig
medicinsk forskning utanför företaget.

Wellcome Foundation

Research is our only shareholder



Wellcome

The Wellcome Foundation Ltd, Informationsavdelning i Sverige, Box 2118, 183 02 Täby. Tel 08-768 07 85

Eusaprim: Trimetoprim (TMP) + sulfametoxazol (SMX) 1:5, tabl. 80+400 mg, forte tabl. 160+800 mg, mixt. 8+40 mg/ml, steril stamlös. 16+80 mg/ml. Wellcoprim: Trimetoprim (TMP), tabl. 100 mg.



Vårdprogramarbete i primärvården Ryggprogrammet i Karlskoga

SIGVARD AVANDER · FLEMMING CHRISTENSEN · MARGUS MÄGI

I artikeln presenterar vi erfarenheter från utvecklingsarbete med lokalt vårdprogram för ländryggsbesvär. Vårdprogrammet syftar till ett snabbt och adekvat omhändertagande av ryggpatienter, där befintliga resurser med primärvården och företagshälsovården som bas samordnas på ett effektivt sätt. Våra erfarenheter är övervägande positiva och lokalt utvecklingsarbete av vårdprogram på andra håll uppmuntras.

Nyckelord: Vårdprogram, ryggssjukdom, primärvård, ryggskola, utvärdering, Örebro län.

Sedan hösten 1981 har inom Karlskoga läkardistrikt pågått en försöksverksamhet med utveckling av vårdprogram för omhändertagande av patienter med smärtor i ländryggen. Under våren 1982 förelåg ett preliminärt vårdprogram, som började tillämpas juli samma år.

Arbetet med utveckling av vårdprogrammet görs i samarbete med Spri och Örebro läns landsting inom Karlskoga läkardistrikt. För Spri är detta utvecklingsarbete en del i ett större projekt. Syftet med det projektet har varit att initiera och genomföra lokal utveckling av vårdprogram för några inom primärvården vanliga och betydelsefulla diagnosgrupper.

Enligt tillgänglig vårdutnyttjandestatistik utgör ryggbesvär ca 6 procent av samtliga besök i primärvården (1). Upplevda symtom från ryggen är också vanligt förekommande i befolkningen. I en rikstäckande intervjuundersökning av den vuxna befolkningen uppgav ca 31 procent värk i rygg och höfter, varav 13 procent hade svår värk (2). Upplevda "långvariga" ryggbesvär har rapporterats av ca 6 procent av den vuxna befolkningen (3). Ryggbesvär har en stor samhällsekonomisk betydelse på grund av kostnaderna för produktionsbortfall i samband med sjukskrivning och förtidspensionering (4).

Exempelvis var 11 procent av samtliga sjukskrivningsdagar 1971 orsakade av ryggbesvär. Andelen nybeviljade förtidspensioner på grund av ryggbesvär var 12 procent 1975.

Syftet med vår artikel är att beskriva, hur vårdprogrammet har arbetats fram, kortfattat presentera innehållet i det preliminära vårdprogrammet samt presentera resultat från vårt försök att utvärdera programmet. Socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro har medverkat i denna utvärdering.

Hur vårdprogrammet arbetats fram

Vid allmänläkarmottagningen, Karlskoga lasarett, har man tidigt intresserat sig för patienter med ryggbesvär. Man upplevde, att de utgjorde en stor och bekymmersam patientgrupp och man ifrågasatte om resurserna användes på bästa sätt för att ta hand om dessa patienter.

Därför var det naturligt för landstinget, att i första hand vända sig till mottagningen i Karlskoga, när Spri frågade om man var intresserad av att starta ett lokalt utvecklingsarbete i Örebro län kring vårdprogram för ländryggsbesvär.

Projektorganisationen

Efter en inledande planeringsfas kom projektarbetet igång på allvar under hösten 1981. Projektorganisationen bestod från början av en arbetsgrupp och en referensgrupp. Under arbetets gång har allt fler från referensgruppen ingått i arbetsgruppen. Sammansättningen framgår av "faktarutan".

Genomförande

Utgångspunkten för arbetet, framför allt vad gäller symtom, undersöknings- och behandlingsrutiner har varit ett tidigare framtaget allmänt vårdprogramsförslag, utarbetat av Nachemson m fl, publicerat i Spri rapport 22/1979 (4). Ett viktigt led i utvecklingsarbetet har varit att anpassa dessa allmänna riktlinjer till de lokala förhållandena i Karlskogaområdet.

Deltagarna i arbetsgruppen har ansvarat för var sin del av programförslaget. Genom upprepade diskussioner och fortlöpande revideringar har förslaget successivt vuxit fram.

Utvecklingsarbetet har medfört en rad positiva förändringar, vid sidan av

själva förslaget till lokalt vårdprogram. Exempelvis har arbetet lett till en fördjupad kontakt mellan olika personalgrupper. Arbetsterapeuterna deltar nu i sjukgymnasternas ryggskola, som dessutom har fått förnyat innehåll. Den offentliga sjukvården och företagshälsovården har börjat samarbeta, vilket är mycket viktigt för ryggprojektet, då de flesta arbetstagarna i Karlskoga tillhör någon företagshälsovård.

Arbetet har också inneburit en del problem. Ett har varit att få tiden att räcka till, vid sidan av det vardagliga arbetet. Ett annat har varit att diskussionerna många gånger haft en tendens att bli för detaljerade beträffande behandlingsproblemen.

Innehållet i det preliminära förslaget

Vad är ett vårdprogram? Allmänt sett innebär ett vårdprogram en lokal överenskommelse om hur befintliga vårdresurser skall samordnas och vilka riktlinjer man skall ha för det medicinska omhändertagandet av en viss sjukdomsgrupp (5). Vad som bör ingå i ett "idealt" vårdprogram, enligt Spri (5), finns angivet i tabell I.

Tabell I.

Spri's förslag på vad som om möjligt bör ingå i ett vårdprogram (5).

1. Bakgrundsfakta
 - sjukdomar orsaker och karaktär, medicinska och sociala konsekvenser, förekomst och utbredning etc
 - möjligheterna att förebygga sjukdomen (primärprevention)
 - förutsättningar för tidig upptäckt och behandling (sekundärprevention)
2. Mål för vårdprogrammet
3. Riktlinjer för olika slags åtgärder
 - preventiva åtgärder
 - diagnostiska och terapeutiska åtgärder
 - omvårdnad och rehabilitering
 - komplikationer/kontrollåtgärder
4. Vårdorganisation
 - vårdform, vårdnivå och arbetsfördelning
 - remissvägar
5. Utbildnings- och informationsaktiviteter
6. Rutiner för uppdatering
7. Metod för utvärdering.

Tonvikten i det preliminära förslaget till vårdprogram för ländryggar ligger på punkterna 3 och 4 enligt tabell I. Vårdprogramförslaget innehåller således ett skriftligt formulerat handlingsprogram för undersökning, remittering, behandling och uppföljning av patienter med smärtor i ländryggen inom Karlskoga läkardistrikt. Här tar man även upp arbetsuppgifternas fördelning mellan olika personalgrupper och vårdgrenar samt remissinstanser.

Vårdprogramförslaget innehåller konkret följande:

Programmet inleds med en beskrivning av olika sjukdomstillstånd i ryggen och deras förlopp. Därefter följer en noggrann redogörelse hur läkaren bör undersöka ryggpatienter. Nästa avsnitt beskriver behandlingsrutiner hos läkaren samt riktlinjer för remitteringar i relation till vårdförloppet. Här anges också översiktligt behandlingsrutiner hos sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator. Vårdprogrammet avslutas med riktlinjer för förebyggande åtgärder, framför allt inom ramen för skolhälsovården och företagshälsovården samt hur patienten skall återanpassas i arbetet.

Snabbt omhändertagande

Er grundläggande tanke bakom vårdprogrammet är att ett snabbt och effektivt omhändertagande av ryggpatienter kommer att förkorta sjukdomsförloppet samt eventuellt förhindra uppkomsten av kroniska fall. Enligt vårdprogramförslaget skall ryggpatienter har förtur till sjukgymnast. Patienter som söker på grund av ländryggsbesvär skall så snart som möjligt, dock senast inom 1–2 veckor, få tid för en grundlig genomgång vid allmänläkarmottagningen eller aktuell företagshälsovård. Samma regel gäller för eventuella jourfall vid allmänläkarmottagningen och akutmottagningen. Patienter som har tillgång till företagshälsovård vid sin arbetsplats skall hänvisas dit, om de söker pga ländryggsbesvär vid allmänläkarmottagningen.

I förslaget finns riktlinjer för, vid vilka sjukdomstillstånd och när i sjukdomsförloppet som röntgenundersökningar bör göras och specialist konsulteras. Vid det första planerade besöket gör allmänläkaren/företagsläkaren en noggrann genomgång. Har patienten lumbago-ischias samt tecken på sfinkterrubbing remitteras patienten till ortopedspecialist. Vad läkaren bör vidtaga vid det första besöket är att ordinaera vila samt ge konkreta ryggråd och informera allmänt om sjukdomens orsaker och förlopp, eventuellt ordinera analgetika, samt remiss till sjukgymnast för ryggskola och/eller annan behandling. Vid företagshälsovården bör man aktualisera frågan om eventuell omplacering eller diskussion i anpassningsgruppen.

Vid lumbago och lumbago-ischias får patienten en återbesöks tid efter 2–4 veckor. Om patienten då inte är sym-

tomfri görs en ny grundlig undersökning. Finns tecken på rotsyndrom remitteras patienten till ortoped. Om anamnes eller undersökning ger misstanke om malignitet eller speciell kirurgisk eller reumatisk sjukdom skall patienten remitteras till röntgen och/eller organspecialist.

Utvärdering av försöksverksamheten

Vid utvärdering av en verksamhet används ofta begreppen struktur, process och resultat. *Strukturen* utgör de tillgängliga vårdresurserna. *Processen* omfattar det arbete eller de prestationer som utförs inom verksamheten. *Resultatet* slutligen kan anges som den hälsomässiga effekten av verksamheten eller vårdtagarens tillfredsställelse med verksamheten.

Våra försök att utvärdera ryggprojektet har varit inriktade på processen och resultatet. Försöksverksamheten har inte inneburit några strukturella förändringar i den meningen att några nya vårdresurser har tillkommit. Syftet är istället att samordna och effektivisera redan befintliga vårdresurser.

1. Utvärdering av processen

Vi har här försökt belysa personalens syn på försöksverksamheten och patientflödet genom de olika vårdinstanserna.

1.1 Personalens syn

Med hjälp av enkäter och intervjuer har vi försökt belysa två områden. Det ena är personalens kännedom om försöksverksamhetens existens och innehåll i vårdprogrammet. Det andra är, vilka erfarenheter man inom de olika vårdinstanserna har av arbetet med vårdprogrammet.

Det preliminära vårdprogrammet började tillämpas juli 1982. Arbetsgruppen hade inför starten samt under de påföljande månaderna lagt ner ett stort arbete på att informera all berörd personal om försöksverksamheten. Deltagarna i arbetsgruppen har haft ansvaret för "sin" personalgrupp. Information har lämnats både muntligen och skriftligen, varvid vårdprogramsförslaget distribuerats till de berörda vårdinrättningarna.

I november 1982 genomfördes en kombinerad enkät- och intervjustudie (6). Här följer en sammanfattning av resultaten. Av all personal vid berörda vårdinstanser kände 75 procent till att det pågick en försöksverksamhet med ett vårdprogram för ländryggar. Bland de olika personalgrupperna var läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter bäst informerade, medan hälften av biträdespersonalen inte kände till verksamheten. Biträden, sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer var de grupper som inte var nöjda med informations sättet och som upplevde, att de inte fått tillräckliga kunskaper i försöksverksamhetens olika delar. Läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter var däremot nöjda. Andelen som upplevde att försöksverksamhe-

ten påverkade det dagliga arbetet var högst bland sjukgymnasterna och lägst bland undersköterskor och kuratorer. Störst behov av ökad kunskap på grund av försöksverksamheten kände arbetsterapeuter, men även sjuksköterskor och biträden uttryckte ett behov. Lägst behov av ökad kunskap kände kuratorer, läkare och sjukgymnaster. Att försöksverksamheten innebar en förbättring av omhändertagandet av ryggpatienter ansåg i första hand arbetsterapeuter, sekreterare och läkare.

Skriftlig beskrivning av olika personalgruppers erfarenheter av arbetet med vårdprogrammet insamlades via representanterna i arbetsgruppen under oktober -82. De positiva erfarenheterna övervägde. Arbetsgruppens intryck var att vårdprogrammet inneburit, att intresset för ryggpatienterna ökat och att dessa blev omhändertagna på ett snabbare och effektivare sätt. Kontakten med företagshälsovården hade upplevts som positivt från båda sidor. Skolhälsovården hade i viss mån fått med lärarna i arbetet och likaså hade intresset för att skaffa bättre skolmöbler ökat.

Även negativa synpunkter framfördes. Sjukgymnasterna hade velat haft flera diskussioner kring olika behandlingsmetoder. Sjukgymnasternas prioritering av ländryggsbesvär hade lett till längre väntetider för andra patientgrupper. Kuratorerna hade fram till oktober -82 inte fått någon ryggpatient på remiss. Inom företagshälsovården vid Bofors rådde en viss tveksamhet beträffande nyttan av vårdprogrammet. Man menade bla att vårdprogrammet inneburit ett merarbete utan att leda till bättre behandlingsresultat.

1.2 Patientflödet

En registrering av samtliga besök av patienter med ryggproblem vid samtliga berörda vårdinrättningar har genomförts under två tre-månadersperioder, okt-dec 1982 samt jan-mars 1983. Syftet med denna registrering var att få en bild av hur vårdresurserna utnyttjas av patienter med ländryggsproblem. Våra frågeställningar var bla, hur många patienter har tillgång till företagshälsovård men söker vid akutmottagningen eller allmänläkarmottagningen? Vilka ryggproblem behandlar man vid de olika vårdinrättningarna? Vart remitteras patienterna och i hur stor utsträckning? Preliminära resultat från den första registreringsperioden (okt-dec 1982) föreligger för närvarande.

Under tiden okt-dec 1982 gjordes totalt 526 läkarbesök pga ländryggsbesvär.

Nästan 2/3 av besöken vid allmänläkarmottagningen gjordes av patienter som hade tillgång till företagshälsovård. Vid akutmottagningen var motsvarande andel 71 procent.

Tabell II.

Läkarbesök med ländryggsbesvär under okt-dec 1982 fördelade på diagnosgrupp i procent inom respektive berörd vårdinrättning.

	Berörda vårdinrättningar						Samtliga
	Allmän- läkar- mottagn %	Akut- mottagn %	Ortoped- mottagn %	Landstingets FHV Karlskoga las %	FHV Mückeln- hälsan %	FHV Bofors ^{a)} %	
Ryggsinsuff	27	19	21	10	11	20	19
Lumbago	30	48	11	14	37	14	26
Lischias utan neurologi	27	16	36	43	40	41	34
Lischias med neurologi	16	17	32	33	12	25	21
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Abs ant	67	100	82	21	94	157	521

^{a)} Sammanslagning av FHV i Mofors, Nobelverken och Kilsta.

Om akutmottagningen inte räknas med, var andelen jourfall 7 procent av samtliga besök. Högst andelen planerade återbesök hade ortopedmottagningen (79 procent), och FHV vid lasarettet (67 procent). I genomsnitt 1/3 av besöken vid de övriga vårdinrättningarna var planerade återbesök.

De flesta (80 procent) av patienterna, oberoende av besökstyp, hade tidigare sökt pga ländryggsbesvär. Andelen tidigare kända var lägst vid akutmottagningen (61 procent). Inom totalmaterialet, var lumbago-ischias utan neurologi, relativt sett, den största diagnosgruppen (34 procent), åtföljt av lumbago (26 procent), lumbago-ischias med neurologi (21 procent) och slutligen rygginsufficiens (19 procent), se tabell II. Lumbago var den största diagnosgruppen vid allmänläkarmottagningen och framför allt akutmottagningen. Vid de övriga vårdinrättningarna dominerade lumbago-ischias (utan/med neurologi). Lumbago-ischias med neurologi utgjorde endast 32 procent av besöken vid ortopedmottagningen.

Frekvensen vidtagna åtgärder varierade mellan de olika vårdinrättningarna. Totalt sett hade 1/2 fått *skriftliga rygg råd*, andelen var lägst vid ortopedmottagningen (17 procent) och högst vid landstingets FHV (86 procent) och akutmottagningen (80 procent). *Recept* hade skrivits ut vid 43 procent av samtliga besök, oftast förekom detta vid akutmottagningen (74 procent). Få *sjukintyg* hade utfärdats. Förlängning av redan pågående sjukskrivning registrerades vid totalt 18 besök, och förstagångssjukskrivning vid totalt 32 besök varvid 23 vid akutmottagningen. De flesta *remisserna* var till sjukgymnast, vilket skedde vid 16 procent av samtliga besök. Andelen var högst vid allmänläkarmottagningen (22 procent) och lägst vid akutmottagningen (12 procent). Remiss till röntgen skrevs vid 5 procent av samtliga besök, andelen var högst vid ortopedmottagningen (12 procent). Inga remisser till röntgen utfärdades vid akutmottagningen, vid allmänläkarmottagningen var andelen 7 procent. Vid allmänläkar- och akutmottagningen remitterades närmare

var 10:e besök till företagshälsovården. Remiss till ortopedmottagningen förekom vid totalt 13 besök.

2. Utvärdering av resultat

Utvärderingen av de hälsomässiga effekterna av vårdprogrammet borde, idealt sett, bygga på upplevda och läkarbedömda förändringar av symtom, sjukdomstecken och funktionsförmåga. Inom ramen för försöksverksamheten har vi inte haft möjlighet att ta fram ett sådant bedömningsunderlag. Av praktiska och ekonomiska skäl har vi valt att jämföra sjukskrivningstidernas längd pga ryggbesvär före och efter införandet av vårdprogrammet, väl medvetna om att sjukskrivningsbehovet även påverkas av en rad andra förhållanden än upplevd och medicinskt bedömd ohälsa.

Materialet har samlats in manuellt vid försäkringskassan i Karlskoga. Personer som varit sjukskrivna pga ryggbesvär, enligt egen anmälan eller läkarintyg, har registrerats för en tidsperiod före och efter införandet av vårdprogrammet. Preliminära data finns för tidsperioden jan-mars 1982 ("före") och jan-mars 1983 ("efter").

Totalt registrerades 542 personer "före" och 467 personer "efter". Materialet har delats in i två huvudgrupper. Gruppen ländryggsbesvär består av sådana fall där besvärslokaliseringen klart framgick av den egna anmälan eller av läkarintyget. Övriga med ryggbesvär ingår i gruppen ospecificerade ryggbesvär. Fördelningen med avseende på dessa grupper var mycket lika "före" och "efter". Av samtliga registrerade personer hörde omkring 1/2 till gruppen ländryggsbesvär.

Den procentuella fördelningen av anmälda sjukskrivningsdagar (se tabell III) visade en ökning av främst korta (1-7 dagar) men också av långa ≥ 30 dagar sjukskrivningstider för gruppen ländryggsbesvär. För gruppen ospecificerade ryggbesvär registrerades en måttlig ökning av både medellånga, (8-29) och långa sjukskrivningstider.

I tabell IV redovisas medelantalet sjukskrivningsdagar före och efter införandet av vårdprogrammet enligt två

Tabell III.

Fördelning av anmälda sjukskrivningsdagar i procent. Jämförelse mellan "före" (jan-mars 1982) och "efter" (jan-mars 1983).

Antal SS-dagar	Ländryggs- besvär		Ospec ryggbe- svär	
	Före %	Efter %	Före %	Efter %
1- 7	30	39	85	82
8-29	45	34	10	11
≥ 30	25	27	5	7
Totalt	100	100	100	100
Abs ant	307	238	285	257

Tabell IV.

Antal anmälda sjukskrivningar per individ. Medianen och aritmetiskt medelvärde. Jämförelse mellan "före" (jan-mars 1982) och "efter" (jan-mars 1983) vårdprogrammet.

	Före	Efter
Ländryggsbesvär		
Median	15	13
Aritm medelv	58	49
Ospec ryggbesvär		
Median	5	5
Aritm medelv	9	19

olika mått: median och aritmetiskt medelvärde. Median-värdet delar ett material i två lika stora delar, den ena hälften har värden som understiger och den andra hälften värden som överstiger medianvärdet. Till skillnad från det aritmetiska medelvärdet påverkas inte medianen av några få extremt höga värden. Enligt medianen har den genomsnittliga sjukskrivningstiden minskat vid ländryggsbesvär och förblivit oförändrad för gruppen ospecificerade ryggbesvär. Ser vi på det aritmetiska medelvärdet, finner vi även här en nedgång vid ländryggsbesvär, medan sjukskrivningstiden ökat för gruppen ospecificerade ryggbesvär. Vår sammanfattande tolkning av dessa siffror är, att den genomsnittliga sjukskrivningstiden minskade vid ländryggsbesvär och förblev i stort oförändrad för gruppen ospecificerade ryggbesvär.

Sammanfattning och slutsatser

Den hittills mest positiva följden av försöksverksamheten är det förbättrade samarbetet mellan olika personal-kategorier och vårdinrättningar. Ett undantag här är kuratorerna som inte använts i den utsträckning som var avsett.

Efter några månaders försöksverksamhet registrerades en stor andel patienter vid både allmänläkar- och akutmottagningen som primärt hade kunnat omhändertas av företagshälsovården. Diagnosmönstret vid ortopedmottagningen talar för att en stor del av patienterna skulle kunna tas omhand på en lägre vårdnivå. Vid vart 6:e besök skrevs en sjukgymnastremiss. Antalet remisser till röntgen var få.

En viss nedgång av de genomsnittli-

ga sjukskrivningstiderna pga ländryggsbesvär kunde registreras efter drygt 6 månaders försöksverksamhet. Denna nedgång kan vara en effekt av vårdprogrammet. Men den kan också vara ett uttryck för en allmän nedåtgående trend. Vilket det är, kan vi för närvarande inte säga med bestämdhet.

Den hittills genomförda utvärderingen visade att vårdprogrammet var väl förankrat bland personalen, att en organisatorisk samordning hade skett, men att en stor andel av patienterna hamnade hos fel vårdgivare och/eller vårdnivå. När försöksverksamheten övergått till en naturlig del i den dagliga verksamheten bör därför nya utvärderingar göras.

Avslutningsvis kan vi konstatera, att det är fullt möjligt att lokalt utveckla vårdprogram som upplevs som meningsfulla, exemplet rekommenderas till efterföljd. Vårdprogramsförslaget skall publiceras i kommande Spri-rapport.

Referenser

1. Bjelle A, Mägi M: Rheumatic disorders in

primary care. Scand J Rheumatol 10: 331-341, 1981.

2. Johansson, S: Valfärdsförändringar vid sidan av inkomsten 1968-1974-1981. Stockholm: Institutet för social forskning, 1981.

3. Bjelle A, Allander E, Lundquist B: Geographic distribution of rheumatic disorders and working conditions in Sweden. Scand J Sod Med 9: 119-126, 1981.

4. SPRI: Lumbala smärttillstånd. Försök till vårdprogram. Stockholm: SPRI, 1979. (SPRI Rapport nr 22/1979.)

5. SPRI: Vårdprogram - för effektivare vård. Stockholm: SPRI 1982. (SPRI Rapport 103/1982.)

6. Kamwendo K: Personalen och vårdprogrammet. Stencil. Socialmedicinska avdelningen, Örebro 1983.

Arbetsgruppens sammansättning:

Projektledare: Sigvard Avander, blockchef, primärvårdsblocket, Örebro län.

Projektsekreterare: Åke Axelsson, sektionsschef, Örebro läns landsting.

Från Karlskoga lasarett:

Allmänläkarmottagningen: Flemming Christensen, distriktsöverläkare.

Ortopediska kliniken: Manne Nilsson, överläkare.

Sjukgymnast: Jan Weiner, chefssjukgymnast.

Arbetssterapeut: Marianne Andersson.

Kurator: Inga-Lill Söderström.

Repr för företagshälsovården:

AB Bofors: Åke Dahlén, företagsläkare, Anders Eriksson, chefssjukgymnast.

Möckelnhälsan AB: Bodhan Skobowytsh, företagsläkare.

Repr för skolhälsovården: Peter Klinkert, skolläkare.

Repr för försäkringskassan: Ulf Karlsson, föreståndare.

Repr för arbetsvården: Asta Karlsson.

Författarpresentation:

Sigvard Avander, distriktsöverläkare och chef för primärvårdsblocket i Örebro län.

Flemming Christensen, distriktsöverläkare, Allmänläkarmottagningen vid Karlskoga lasarett.

Margus Mägi,* FV-läkare vid Socialmedicinska avdelningen, Region-sjukhuset, Örebro.

*Soc med avd, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

kostar 200 kronor för år 1983. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5
Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).



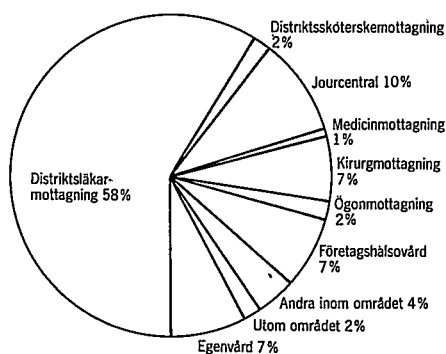
Arbetsskadorna kommer först till primärvården – bättre samverkan med företagshälsovården behövs

ANDERS BERG · NILS MALMQVIST

En pilotundersökning som under tre höstmånader 1982 utfördes i Lindesberg pekar på att majoriteten av de arbetsskadade först kommer till primärvården. Samverkan med företagshälsovården behöver utvecklas och hindren i kommunikationen mellan vårdformerna undanröjas. För de icke företagshälsovårdsanslutna finns inga resurser för arbetsskadeutredning och rehabilitering på arbetsplatserna.

Nyckelord: Arbetsskador, olycksfall, företagshälsovård, samverkan, Örebro län.

Genom de erfarenheter företagshälsovården erhåller i samband med att arbetstagare upplever ohälsa eller råkar ut för olycksfall kan förhållanden på arbetsplatsen uppbyggas som är väsentliga för förebyggande insatser. Efter som mycket av den medicinska verksamheten utföres ute på arbetsplatserna har man inte fullständig beredskap för att omhänderta olycksfall, speciellt inte på företagshälsovårdcentraler som är gemensamma för många företag. Det är därför naturligt att vända sig till primärvård och övrig landstingsvård vid olycksfall och vid sjukdomar som patienterna inte upplever som arbetsrelaterade. Företagshälsovården skall arbeta förebyggande och omhänderta arbetsrelaterade skador och deras sakkunskap är en viktig resurs särskilt i början och slutet av ett sjukdomsförlopp. I början kan företagshälsovården förmedla information om arbetsmiljön för diagnos och behandling och vid återinträdet i arbetet för bedömning av arbetsplatsen, särskilt vid rehabilitering efter lång sjukskrivning. Den som förvärsarbetar är försäkrad för arbetsskada enligt LAF, lag om arbetsskadeersättning, varför det är viktigt att erforderliga utredningar och anmälningar blir gjorda.



Figur 1.
Första vårdgivare vid arbetsskador.

Samverkan och kommunikation mellan primärvård och företagshälsovård förekommer idag i relativt ringa omfattning. Det fanns därför anledning att göra en pilotundersökning för att bedöma hur stor andel vårdsökande med arbetsskador som först vänder sig till primärvården. För att studera förhållandena i en normal kommun med väl differentierat näringsliv utan någon dominerande industri valdes Lindesberg, som har cirka 25.000 invånare. Distriktsläkarmottagningen för Lindesbergs betjäningsområde är inrymd i Lindesbergs lasarett. Företagshälsovårdcentralerna i kommunen hade vid undersökningstillfället full bemanning och var öppna för anslutning. De större företagen var anslutna, cirka 60 procent av de yrkesverksamma hade företagshälsovård vilket är samma andel som för landet i sin helhet. På grund av det stora antal småföretag som finns var trots detta endast cirka 50 av kommunens omkring 975 företag anslutna till företagshälsovård.

Första vårdgivare

För att kartlägga antalet arbetsskador noterade man på primärvården och medicin-, kirurg- och ögonklinikerna under en 3-månaders period om patienternas skador och sjukdomar kunde tänkas vara arbetsrelaterade dvs om arbetsolycksfall, arbetssjukdom eller färdolycksfall förelåg. För rapporteringen använde man ett formulär som ifylldes av den behandlande personalen varvid man för att få med samtliga arbetsskador även rapporterade misstänkt arbetsrelaterade fall. Läkare vid yrkesmedicinska kliniken bedömde senare vid journalgenomgång om ar-

betsskada förelåg. Pga otillräckliga resurser vid denna pilotundersökning blev inte alla behandlade fall noterade av personalen, varför en viss underreportering uppstod. Eftersom man kan förutsätta att alla fall som behandlas vid företagshälsovården blir arbetsskadeanmälda betyder underreporteringen att andelen arbetsskador som behandlas av primärvården i verkligheten är större än vad undersökningen visar. De arbetsskador som under samma period anmälades till informationssystemet om arbetsskador, ISA, studerades med hjälp av försäkringskassan och yrkesinspektionen. Härigenom erhöles en samlad bild av de arbetsskador som inträffade under perioden.

Sammanlagt undersöktes 149 fall. Av dessa fick 70 procent första vården av primärvården (distriktsläkarmottagning, distriktsköterskemottagning, jourcentral). Figur 1 visar fördelningen av första vårdgivare vid arbetsskador.

Arbetsskadeanmälningar

För att få en uppfattning om farorna i arbetsmiljön infördes 1979 informationssystemet om arbetsskador, ISA. Systemet baseras på arbetsskadeblanketter som inlämnas till försäkringskassan av arbetsgivare omedelbart efter skadefall eller efter påstötning från försäkringskassan. En skada skall för att registreras ha medfört sjukskrivning. Övriga anmälningar noteras som sk bagatellskador, de har betydelse för den skadade vid eventuella sviter samt för det förebyggande arbetet. De flesta bagatellskadorna kräver någon form av vård som belastar vårdsystemet.

Mindre än hälften av de arbetsskadefall som behandlades av primärvården och som medförde sjukskrivning återfanns i rapporteringen till arbetsskadestatistiken. Underrapporteringen var störst i fråga om arbetssjukdomar i form av belastningsskador. Med denna pilotundersökning kan endast konstateras att tendensen är densamma som vid den utredning som gjordes i Falköpings kommun 1979 (1) där man fann att cirka hälften av totala antalet inträffade arbetsolycksfall med sjukskrivning anmälades som arbetsskada.

Samverkan med företagshälsovård

Vid inträffade olycksfall och arbetssjukdomar är det viktigt att dessa kom-

mer till företagshälsovårdens kännedom så att de med sitt förebyggande arbete kan förhindra ytterligare skador.

Ofta är det svårt att bedöma vad som är en arbetsrelaterad sjukdom och någon skarp gräns mellan primärvårdens och företagshälsovårdens uppgifter går inte att dra. Det är därför viktigt att åstadkomma en kommunikation mellan primärvård och företagshälsovård så att dessa båda kompetensområden kan samverka.

För att ersättning skall utgå enligt arbetsskadelagen måste en arbetsskadeutredning göras. Företsättningen för att en arbetsskada skall anses föreligga är att det förekommit skadlig inverkan i arbetet och att övervägande skäl inte anses tala emot att ett orsakssamband föreligger. Om patienten är ansluten till företagshälsovård har primärvården nytta av företagshälsovårdens speciella företsättningar att utreda och bedöma skadlig inverkan i arbetet. För icke företagshälsovårdsanslutna saknas denna resurs och måste på sikt tillskapas.

Hinder i kommunikationen

Samordningen mellan primärvård och företagshälsovård är ofta mycket ofullständig och det behövs bättre system för lokal samverkan och utbyte av information. Hindren kan utgöras av:

– *Ofullständig kunskap om företagshälsovårdens verksamhet och resurser.*

Primärvårdspersonalens utbildning och kunskap om företagshälsovårdens verksamhet är otillräcklig och man vet därför inte i vilka fall företagshälsovårdens specialkunskaper i både medicin och teknik kan utnyttjas. En av företagshälsovårdens viktigaste uppgifter är att förebygga ohälsa som följd av arbetsmiljön varför företagshälsovården skaffar sig en god uppfattning om arbetsmiljön på företagen. Primärvården har stor nytta av samarbete med företagshälsovården vid utredningar och rehabilitering.

– *Tidspress och underbemanning.*

Primärvården lider ofta av underbemanning pga obesatta tjänster. Detta gör att man endast hinner ställa diagnos och behandla sjukdomar men inte har möjlighet att utreda om patienternas besvär är arbetsrelaterade. Tiden medger inte heller att man etablerar kontaktnät och kanaler till företagshälsovården vilket på sikt skulle underlätta arbetet.

Trots goda kontakter kan det på stora orter vara svårt att lära känna all personal, men även på mindre orter är man ofta obekant med varandra, varför informellt samarbete inte kommer till stånd. Samarbetet försvåras också av att patienterna ibland arbetar på annan ort. Primärvården har hittills haft stor personalomsättning vilket försvårat kontakterna. Gott samarbete mellan mottagningssköterskor och företagssköterskor kan förenkla arbetet och hjälpa patienterna till bästa vård.

– *Olika huvudmän.*

Eftersom landstinget inte är huvudman för företagshälsovården förekommer olika rutiner. Systemen för insamling av data är inte lika inom primärvård och företagshälsovård. Samarbetet kan ibland försvåras av att personal som lämnat landstinget tappar sin grupptillhörighet och sina tidigare kontaktvägar.

– *Ekonomi.*

Det hittillsvarande ersättningssystemet till företagshälsovården har gjort det ekonomiskt förmånligt att visa stor andel sjukvård.

För patienter och arbetsgivare kan det vara fördelaktigt att söka vård hos företagshälsovården genom lättare åtkomlighet och ofta kortare väntetider. Arbetstid och resor kan sparas för patienter som är bosatta långt från arbetsplatsen och tillhör andra upptagningsområden. De anslutna till företagshälsovård väntar sig lätt tillgänglig sjukvård även om den inte är arbetsrelaterad.

För icke företagshälsovårdsanslutna patienter skulle primärvården ha nytta av teknisk utredningshjälp från företagshälsovården men ersättningsfrågan är inte löst.

– *Helhetssyn på patienten och fritt läkarval.*

Primärvården eftersträvar en helhetssyn på patienterna, om misstänkt arbetsrelaterad skada överlämnas till företagshälsovården erhålles inte en fullständig bild av patientens hela vårdbehov och vårdkonsumtion.

Företagshälsovården får stor goodwill och bra kontakt med patienterna genom att utföra icke arbetsrelaterad sjukvård. Man kan genom att själva behandla patienterna få tips om risker och allmänna förhållanden i arbetsmiljön.

Den medicinska företagshälsovårdspersonalen kan genom sjukvården bibehålla de kunskaper som de förvärvat i sin tidigare verksamhet.

Genom rätten till fritt läkarval får de anställda inte känna sig tvungna att gå till företagshälsovården när arbetsskador inträffat. Företagshälsovården måste få kunskap om skadan för att kunna utföra åtgärder i arbetsmiljön även om patienten vill behandlas av primärvården. Genom arbetsskadeanmälan får företagshälsovården vetskap om fallen men det är i många fall fördelaktigt om denna information kommer tidigare.

– *Problemet icke företagshälsovårdsanslutna.*

Eftersom endast drygt hälften av alla yrkesverksamma är anslutna till företagshälsovård finns inte alltid möjlighet att kommunicera. Det är viktigt att primärvårdens personal tar reda på om patienten är ansluten eller haft tidigare kontakt med företagshälsovården. Tyvärr vet inte alla patienter om de är anslutna till företagshälsovård. De förteckningar på anslutna företag som fö-

retagshälsovården upprättar finns inte alltid tillgängliga.

Primärvården kan inte påräkna hjälp från företagshälsovården med konsultationer angående icke anslutna så länge de ekonomiska frågorna inte är lösta. Yrkesmedicinska klinikernas resurser är begränsade och kan endast utnyttjas i speciella fall.

Utveckling

Olika vägar får prövas för att få till stånd ett utökat samarbete och dessutom möjlighet att hjälpa ännu icke företagshälsovårdsanslutna.

Det första och enklaste steget är att inbjuda företagshälsovården till ett kontaktmöte så att läkare, sjuksköterskor och skyddsingenjörer lär känna varandra personligen.

Primärvårdspersonalen måste i sin grundutbildning få bättre utbildning i arbetsmiljöfrågor. Information och utbildning beträffande arbetsrelaterade skador bör ges i efterutbildningen.

Primärvården bör få tid att besöka företagshälsovården och företag på orten för att få arbetsmiljöinsikt.

Försäkringskassan måste informera om hur arbetsskador skall hanteras för att patienten skall få rätt ersättning.

Primärvården måste få resurser att hjälpa icke företagshälsovårdsanslutna. Om ersättningsfrågan löses kan medicinska och tekniska tjänster ofta köpas från lokala företagshälsovårdscentraler. Ett alternativ är att man ger de yrkesmedicinska länsklinikerna som är under uppbyggnad möjlighet att hjälpa primärvården med patientfall. I det av Arbetarskyddsfonden stödda projektet "Försöksverksamhet med företagshälsovård för småföretag i samverkan med landstingen" (FÖLA) har man i Mora utarbetat en modell för samarbete mellan distriktsläkarna och företagshälsovården. Samarbetet initierades 1975 och har fungerat bra varför försöksverksamheten kommer att fortsätta (2). Exempel på hur samarbete mellan företagshälsovård och primärvård lokalt kan utformas ges i en nyligen utkommen SPRI-rapport (3).

Referenser:

1. Skaraborgs läns landsting. Schelp L, Svanström S, Svanström L. Olycksfall i Falköpings kommun år 1978: Skövde: Landstingets Hälsovård 1979.
2. Arbetarskyddsfonden. Företagshälsovård för småföretag i samverkan med landstingen. Slutrapport från en försöksverksamhet. Stockholm: Arbetarskyddsfonden, 1983. (ASF rapport 1983:4.)
3. SPRI. Primärvårdens samverkan med företagshälsovården. Stockholm: SPRI, 1983. (Spri rapport 143.)

Författarpresentation:

Anders Berg är distriktsöverläkare i Lindesbergs betjäningssområde.

Nils Malmqvist* är skyddsingenjör på Länsenheten för Yrkesmedicin vid Yrkesmedicinska kliniken på Regionssjukhuset i Örebro.

*Postadress: Yrkesmedicinska kliniken, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro



Effekter av den nya vårdcentralen

ANDERS PIHL

Hösten 1978 öppnades i Örebro tätort den första vårdcentralen med ett geografiskt avgränsat upptagningsområde. I samband med detta gjordes en enkätstudie om befolkningens kunskaper om och attityder till hälso- och sjukvården och hur den nya resursen påverkade vårdvanor och vårdströmmar. I denna artikel presenteras några av undersökningsfynden.

Nyckelord: Primärvård, attitydundersökning, enkätundersökning, Örebro län.

Centralorten Örebro begåvades med sin första vårdcentral hösten 1978. Innan vårdcentralen öppnades gjordes en enkätundersökning bland ett representativt befolkningsurval i upptagningsområdet. Syftet var bl.a. att studera befolkningens hittillsvarande vårdvanor och vårdströmmars riktningar. När vårdcentralen varit i verksamhet ett år gjordes en upprepning av undersökningen i syfte att studera förändringar längs dessa variabler. Artikeln redovisar några av undersökningens resultat.

Undersökningens genomförande

I juni 1978 sändes ett enkätformulär ut till 1.000 deltagare i åldrarna 18-70 år. Efter bortgallring av naturligt bortfall utgjorde nettourvalet 927, varav 664 inkom med svar. Således ett bortfall av 28 procent. Bortfallet var större bland de yngsta än för övriga, ett vanligt förhållande i den här typen av undersökningar. I september 1978 öppnade vårdcentralen sin verksamhet. Ett drygt år senare, i november 1979, gjordes en upprepning av enkäten. Till denna enkät gjordes ett nytt urval om 1.000 personer samtidigt som deltagarna från den förra undersökningen kvarhölls som panel. Av det nya urvalet på 1.000 personer deltog 784 i efterundersökningen. Resultatredovisningen över förhållandena efter det att vårdcentralen varit i arbete i ett år hämtas ur detta nya urval. Uppgifter från den kvarvarande panelen användes i andra sammanhang, som inte presenteras här. Av tabell I framgår, att åldersfördelningen i dessa båda urval bland de svarande är tämligen likvärdig.

Tabell I.

Åldersfördelning bland de svarande i undersökningarna före och efter vårdcentralens öppnande.

Ålder	Före n=664	Efter n=784
18-30 år	22,5	26,8
31-40	12,8	12,1
41-50	11,8	12,5
51-60	26,5	24,5
61-70	26,4	24,5
Tot	100,0	100,0

Upptagningsområdet

Upptagningsområdet för Skebäcks vårdcentral omfattade vid undersökningstillfällena ca 19.000 invånare. Geografiskt inbegriper området mycket stora delar av city, men också till de citygränsande bostadsområden av skilda typer samt en viss del landsbygd. Befolkningsstrukturen kännetecknas av stora grupper åldringar och barnlösa unga. Frånvaron av barnfamiljer är därmed påtaglig. Med avseende på närhet och omfattning av vårdresurser är denna befolkning relativt väl gynnad. Ett förhållande som väl gäller de flesta citybefolkningar.

Primärvården i Örebro 1978

Före tillkomsten av Skebäcks vårdcentral får primärvården i Örebro anses vara satt under mycket knappa förhållanden. Inom distriktsläkarvården låg under den sk centrala läkarmottagningen (CLM) ett upptagningsområde som med några undantag omfattade i stort sett hela Örebro kommun eller ca 80.000 invånare. Vad dessa förhållanden ledde till i form av belastningar på hela vårdorganisationen kan vi bara spekulera i. I den följande resultatredovisningen kan vi dock skönja en del antydningar om att tillkomsten av Skebäcks vårdcentral haft en avlastande effekt på lasarettssjukvården. Det kan dock inte här avgöras huruvida den effekten står i rimlig proportion till vad som kan förväntas.

Resultat

Vårdutnyttjande: I enkäten frågades "Har ni varit hos läkare för vård någon eller några gånger under det senaste året?" Tabell II visar, hur stor andel män respektive kvinnor i varje åldersgrupp som angav att de gjort något vårdbesök under året före och efter vårdcentralen.

Vi kan först konstatera det sedan länge kända att kvinnor alltid har ett högre vårdutnyttjande i termer av läkarbe-

Tabell II.

Andel med något läkarbesök senaste året i respektive åldersklass män och kvinnor före och efter vårdcentralen.

Ålder	Före M	Kv	Efter M	Kv
18-30 år	51,0	62,0	55,0	63,0
31-40	49,0	67,0	48,0	68,0
41-50	62,0	73,0	53,0	73,0
51-60	47,0	65,0	70,0	73,0
61-70	68,0	71,0	72,0	82,0
Alla	54,0	67,0	61,0	72

sök. I de yngre åldersgrupperna, 18-30 och 31-40 år, är förhållandena konstanta hos både män och kvinnor före och efter vårdcentralen. Den mest påtagliga förändringen i andelen med läkarbesök svarar gruppen män 51-60 år för. Före vårdcentralen har endast 47 procent gjort något läkarbesök. Det är den lägsta andelen av åldersgrupper. Efter vårdcentralen har denna andel ökat till 70 procent, en ökning med 23 procent. Gruppen kvinnor 61-70 år har också ökat sin andel från 71 procent till 82 procent.

Vilka realiteter kan förklara dessa resultat? Varför är andelen så låg före vårdcentralen hos män 51-60 år? Vi bör för det första kunna undanröja recallperiodens längd, ett år, som en möjlig felkälla till under- respektive överrapportering. En skillnad om 23 procent föranleder oss att söka svaret någon annanstans. En möjlig förklaring kan sökas i de förhållanden som rådde inom distriktsläkarvården innan vårdcentralen kom till. Den mottagning som då dessa människor formellt hade att vända sig till var den sk centrala läkarmottagningen (CLM). Mottagningens upptagningsområde omfattade i stort sett hela centralorten Örebro.

Detta medförde ett förhållande mellan vårdresurser och vårdbehov som tog sig i uttryck i att man vid CLM i praktiken inte kunde ta emot nybesök. Dessa hänvisades till akutmottagningen på Regionsjukhuset i Örebro (RSÖ). I ett sådant läge är det tänkbart att en grupp som män i åldrarna 51-60 år avstår från vård vilken medför långa väntetider. Detta är en grupp som fortfarande i stor utsträckning är yrkesverksam och tanken på vård kan möjligen få stå tillbaka pga tidsbrist eller liknande. När vårdcentralen tillkommit har man tillförts en vårdresurs eller som det hette i informationen till hushållen "Välkommen till din vårdcentral". Det är möjligt att man uppfattat detta välkomnande och resurstillskott värt att ta ad notam. Det här resone-

Tabell III.
Mottagningsval fördelat efter kön före vårdcentralen. n= 491 angivna besök.

	Mottagning: RSÖ ¹	Distr läkare	Företags- el skolläk	Privat- läkare	Tot
Män	26,3	4,4	7,8	5,9	44,4
Kvinnor	24,4	10,8	4,4	15,5	55,1
Alla	50,7	15,2	12,2	21,4	100,0

¹ RSÖ= Regionsjukhuset i Örebro

Tabell IV.
Mottagningsval fördelat efter kön efter vårdcentralen. n= 653 angivna besök.

	Mottagning: RSÖ	Skebäcks vårdc	Företags- el skolläk	Privat- läkare	Tot
Män	19,8	13,2	3,9	4,5	41,5
Kvinnor	24,7	19,1	2,8	11,4	58,0
Alla	44,6	32,3	6,7	15,9	100,0

manget kan synas litet löst om man betänker att gruppen män 41-50 år minskat sin andel vårdsökande från 62 procent till 53 procent efter vårdcentralen. Här är dock minskningen så liten som 9 procent, vilken kan tillskrivas felrapportering pga recallperiodens längd.

Vårdströmmar: Med en förändrad vårdstruktur av den omfattning det här är frågan om kan det förväntas inverka på de hittills rådande vårdströmmarna, de mottagningsval patienterna gör. Tabellerna III och IV visar var patienterna avlade sina läkarbesök före respektive efter vårdcentralernas öppnande.

Av förändringen framgår det kanske något förvånande att minskningen vid regionsjukhuset inte är större än 6 procent. Sedan vårdcentralen varit i verksamhet i ett år avlägger fortfarande majoriteten läkarbesöken vid RSÖ. Långt ifrån alla besök vid Skebäcks vårdcentral eller hos annan mottagning medför remiss till specialistmottagning på RSÖ, varför resultatet kan synas något förvånande. En förklaring till den ringa förändringen kan vara att RSÖ:s akutmottagning tar emot merparten av dessa 44 procent och att akutbesök för den här befolkningen av historiska skäl är förstärkt beteende. Fördelningen visar också, att det bara är män som minskat sin förekomst vid RSÖ, medan kvinnor står kvar på samma andel som före vård-

centralen. Kvinnor har däremot minskat sin andel privatläkarbesök med 4 procent och män har minskat sin andel besök hos företags- eller skolläkare. Alla minskningar har ju skett till förmån för Skebäcks vårdcentral. Fåtalet besökande män hos distriktsläkare före vårdcentralen ger till viss del stöd för resonemanget tidigare om att vissa grupper män skulle varit missgynnade av de dåvarande förhållandena. För detta resonemang talar också det förhållandet att andelen män är större än kvinnor vid RSÖ före vårdcentralen.

Värdbeteende: En aspekt av en för patienten nödvändig kunskap om vårdorganisationen och värdbeteende skulle kunnat uttrycks i vård- eller handlingsberedskap. Deltagarna ställdes inför två hypotetiska vårdfall, varvid de ombads välja mottagning för att erhålla vård i respektive fall. Det ena var ett akutvårdsfall, svåra smärtor i bröstet nattetid och det andra ett fall, som motiverade ett tidsbeställt besök, en längre tids knäont. Frågorna formulerades:

a) Antag att ni plötsligt mitt i natten får så svåra smärtor i bröstet att ni måste ta kontakt med någon sjukvårdskunig, vart vänder ni er?

b) Antag, att ni under en längre tid haft ont i ett knä och vill komma under vård, vart vänder ni er och beställer tid för besök?

Tabell V visar fördelning av mottagningsval för smärtor i bröstet före och efter Skebäcks vårdcentral.

Tabell V.
Val av mottagning vid svåra smärtor i bröstet nattetid.

Mottagning	Före n= 664	Efter N= 781
Akuten RSÖ	83,0	75,3
Jourläkare 90000	13,0	21,1
Privatläkare	0,5	
Distriktsköterska	0,5	0,1
Annan person	2,0	1,2
Vet ej	1,0	0,6
Skebäcks vårdc		1,7
Tot	100,0	100,0

Förekomsten av inadekvata mottagningsval är i det ovan givna fallet obetydlig. Det råder således ingen större okunskap om vart man vänder sig med sk akutvårdsfall.

Tabell VI.
Val av mottagning vid en längre tids knäont vilket motiverar ett tidsbeställt besök.

Mottagning	Före n= 660	Efter n= 776
Akuten RSÖ	21,0	9,0
Distriktsköt	2,0	0,9
Centrala läkar- mottagningen	26,0	5,7
Privatläkare	12,0	5,3
Företags- el skolläkare	17,0	8,2
Ortopeden RSÖ	16,0	17,5
Chiropraktor	3,0	1,2
Annan person	1,0	1,2
Vet ej	2,0	1,2
Skebäcks vårdc		48,6
Tot	100,0	100,0

Tabell VI visar fördelningen av mottagningsval vid en längre tids knäont, vart vänder man sig för att *beställa tid*?

Av resultatet framgår, att sedan vårdcentralen tillkommit skulle ännu 9 procent vända sig till akutmottagningen och beställa tid! 5,7 procent skulle vända sig till den distriktsläkarmottagningen (CLM) som de inte tillhör längre och 17,5 procent skulle vända sig till ortopederna fastän där råder remisstväng.

Detta resultat kan till viss del förklaras av, att vetenskapen om vårdcentralens tillkomst till fullo ännu inte slagit igenom i befolkningen. Om vi därmed antar, att de som besökt Skebäcks vårdcentral har kunskap om hur de

Tabell VII.
Hypotetiskt fall: Vart skulle ni vända er för att beställa tid efter en längre tids knäont? Respektive mottagningsval fördelat efter besöksfarenhet från Skebäcks vårdcentral.

	Akuten RSÖ n= 103	Distr sköt n= 12	CLM ¹ n= 61	Skebäcks vårdc n= 635	Privat- läkare n= 63	Företags- läk n= 155	Ortoped RSÖ n= 222	Chiroprak- tor n= 21	Annan n= 21	Vet ej n= 24
Har ej besökt Skebäcks vårdcentral	82,5	83,3	83,6	48,8	87,3	90,4	78,8	85,7	76,2	83,3
Har besökt Skebäcks vårdcentral	17,5	16,6	16,3	51,2	12,6	9,5	21,1	14,2	23,6	16,6
Tot	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ CLM= Centrala läkarmottagningen

Isoptin® Knoll

Tabletter 40 mg, 80 mg och 120 mg,
injektionsvätska 2,5 mg/ml

Kalciumantagonist

Grupp 2C 1815

Deklaration. 1 tablett innehåller: Verapamili hydrochloridum 40 mg aut 80 mg aut 120 mg, color (kinolingult, titandioxid) et const. q.s. 1 ampull innehåller per ml: Verapamili hydrochloridum 2,5 mg, natrii hydrochloridum 8,5 mg et aq. ad iniectionem q.s.

Upplysningar. Meda AB, telefon 031-176840.

Egenskaper. Verapamil är en kalciumantagonist med effekt vid angina pectoris, förmaksarytmier och hypertension. Den basala verkningsmekanismen är en selektiv hämning av det transmembranösa flödet av kalciumjoner genom påverkan på särskilda kalciumkanaler i cellmembranen. Samtidigt bibehålls möjligheten till aktivering med katekolaminer. Kalciumflödet har en väsentlig betydelse för den kontraktila processen i hjärtmuskulceller och i glatt muskulatur. Därigenom förklaras den hämmande effekt som verapamil utövar på isolerade myokard- och kärlpreparationer. Denna effekt kan elimineras av tex isoprenalin. Verapamil påverkar de perifera blodkärlen och ger vasodilation. Verapamil har ingen effekt på skelettmuskulaturen. Behandling med verapamil medför inga negativa effekter på luftvägarna och kan därför även användas hos patienter med obstruktiv lungsjukdom.

Antianginös effekt: Kalciumantagonismen medför en lägre omsättning av energirika fosfater och därmed en minskad syrgasförbrukning. Hämmningen av myokardiets kontraktilitet med minskad syrgasförbrukning anses ha betydelse för den terapeutiska effekten vid angina pectoris. Dessutom spelar koronar vasodilatation en betydande roll, speciellt vid förekomst av koronarspasm. Genom perifer vasodilatation med blodtryckssänkning sker även en avlastning av hjärtat. Hos patienter med normal vänsterkammarmfunktion medför behandling med verapamil inga negativa hemodynamiska konsekvenser trots hämmningen av myokardiets kontraktilitet.

Antiarytmisk effekt: Den antiarytmiska effekten av verapamil är väl dokumenterad vid förmaksarytmier. Genom kalciumantagonismen minskar verapamil automaticiteten i ektopiska foci och ökar överledningstiden i AV-noden med förlängning av den effektiva refraktärtiden. Detta leder till en reduktion av kammarfrekvensen vid förmaksflimmer och -fladder. Vid paroxysmala supraventrikulära takyarytmier, erhålls oftast omslag till sinusrytm samt recidivprofylax. Effekten på den kardiala pacemakeraktiviteten kan upphävas av tex isoprenalin.

Antihypertensiv effekt: Genom perifer vasodilatation reducerar verapamil det perifera kärlmotståndet. Verknigen utövas huvudsakligen på resistenskärlen. Inga ortostatiska besvär förekommer under behandlingen och hjärtfrekvensen ökas inte. Ej heller har natriumretention och reninstimulation observerats. Verapamil sänker blodtrycket i såväl liggande som stående ställning samt under arbete. Verapamil kan, vid behov, kombineras med diuretika eller α -metyldopa. Kombination med β -receptorblockerare är inte lämplig.

Efter oral tillförsel absorberas verapamil nästan fullständigt. Den biologiska tillgängligheten är ungefär 20%, beroende på en omfattande first-pass-metabolisering.

Den biologiska tillgängligheten av verapamil ökar vid nedsatt leverfunktion. Vid oral tillförsel uppnås maximal plasmakoncentration efter 1–1,5 timmar. Ungefär 90% av verapamil är bundet till plasmaproteinerna. Halveringstiden i plasma är efter engångsdos 3–5 timmar och i steady state cirka 10 timmar.

Verapamil genomgår en omfattande metabolism i levern. Verapamil och dess metaboliter utsöndras huvudsakligen renalt – 70% av den givna dosen. Den viktigaste metaboliseringsvägen är N-dealkylering. En av huvudmetaboliterna, norverapamil, har ungefär 20% av moderföreningens farmakologiska aktivitet.

Indikationer. Angina pectoris. Förmakstakyarytmier och AV-nodala takyarytmier. Hypertoni – Isoptin kan användas då behandling med β -receptorblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har givit önskad effekt eller är olämplig.

Kontraindikationer. Bristfälligt kontrollerad hjärtinsufficiens (om inte denna orsakas av takyarytmi), kardiogen chock. AV-block av grad II och III samt bifascikulärt block och sick sinus syndrom.

Försiktighet. Vid hypotension, akut myokardieinfarkt, uttalad bradykardi, digitalis-intoxikation samt AV-block grad I. Försiktighet bör även iaktas vid nedsatt leverfunktion på grund av minskad first-pass-metabolisering med åtföljande ökad biologisk tillgänglighet. Samtidig behandling med β -receptorblockerare är olämplig – se under Interaktion. Om parenteral tillförsel sker alltför snabbt, kan AV-block, hypotoni och eventueellt asystoli uppträda. Förmaksflimmer i kombination med WPW-syndrom (risk att verapamil utlöser kammarflimmer).

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [G].

Uppgift saknas om huruvida verapamil passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Obstipation förekommer. Illamående, yrsel, huvudvärk och hudutslag har rapporterats. Vid parenteral tillförsel se under Försiktighet.

Dosering. Interindividuella variationer i first-pass-metabolismen medför att dosen bör anpassas individuellt.

Följande riktlinjer gäller:

Hypertoni: 240–480 mg/dag fördelat på 3 doseringstillfällen.

Angina, arytmier: 240–480 mg/dag fördelat på 3–4 doseringstillfällen. Under kortare tid kan dosen höjas (upp till 720 mg/dygn).

Parenteral: Vid akuta arytmier 5 mg (1 ampull) som engångsdos intravenöst. Dosen kan upprepas efter 5–10 minuter och i allmänhet är detta tillräckligt för att uppnå terapeutisk effekt. Tillförseln skall ske långsamt (2–3 min).

Infusion: ISOPTIN kan ges som infusion i isoton koksaltlösning eller glukos, 5–10 mg/timme, totalt upp till 100 mg/dygn.

Barn

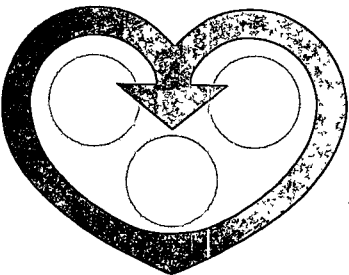
Oralt: 20 mg 2–3 gånger dagligen för spädbarn och småbarn. 40 mg 2–3 gånger dagligen för större barn (för övrigt beroende på ålder och verknings).

Parenteral: Barn 1–5 år 2–3 mg (0,8–1,2 ml), barn 6–14 år 2,5–5 mg (1,0–2,0 ml) som tillförs långsamt intravenöst under noggrann observation av patienten och EKG. Vid behov kan dosen upprepas efter 5–10 minuter.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [I] grupp 2C 1815 Verapamil, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

Hållbarhet. 5 år.

Förpackningar. Tabletter 40 mg (ljusgula): 100 st vnr: 178574, Tabletter 80 mg (ljusgula): 100 st vnr: 035873, 250 st vnr: 174235. Tabletter 120 mg (ljusgula): 100 st vnr: 047613. Ampuller: 5x2 ml vnr: 178590.



ISOPTIN®
Hypertoniantagonisten



ISOPTIN SÄNKER BLODTRYCKET — INTE STÄMNINGEN

Bibehåller orken, lusten, livsglädjen.

*Kalciumantagonism/Isoptin — en verkningsprincip som innebär
nya möjligheter till behandling av högt blodtryck.
Isoptin tillåter patienten att känna sig frisk trots medicinering
— ett aktivt liv utan onödiga biverkningar.*

Meda AB, Göteborg.

MEDA

bör handla i ett sådant här fall bör åtminstone de svara för adekvata mottagningsval. Vi kontrollerar detta genom att fördela val av respektive mottagning i fallet knäont efter de som besökt respektive ej besökt Skebäckers vårdcentral. Tabel VII visar denna fördelning.

Resultaten baserar sig på en sammanlagning av panelen, dvs de som deltog i både för- som efterundersökning och tilläggsurvalet i efterundersökningen. Det kan konstateras, att de som ej besökt Skebäckers vårdcentral skulle göra flest inadekvata val. Det stöder hypotesen om att besökserfarenhet ger kunskap. Men i flera fall gör deltagare med erfarenhet från Skebäckers vårdcentral inadekvata mottagningsval. Av de som skulle välja akuten sedan vårdcentralen tillkommit är 17,5 procent sådana som besökt vårdcentralen. Av de som skulle välja sin fd distriktsläkarmottagning (CLM) är 16 procent de som besökt Skebäckers vårdcentral och av samma kategori skulle 21 procent välja ortopedkliniken vid RSO.

Sammanfattning

Vad har undersökningen i syfte att studera förändringar efter vårdcentralen visat? Den har visat, att effekten i mått av avlastning på akutsjukvården eller lasarettssjukvården tycks vara blygsam. Fortfarande avlägger huvuddelen av vårdsökande sina besök vid region-sjukhuset. Dock framkommer det inte om det är akutsjukvården som tar den största delen av dessa besök. Resultatet tycks också visa, att vårdcentralens tillkomst har avhjälpt en eftersatt patientkategori, nämligen män i övre medelåldern. Vad beträffar vårdbeteende i termer av mottagningsval kan tillkomsten av vårdcentralen ses som ett ytterligare vårdalternativ vid sidan om akutmottagningen och den tidigare distriktsläkarmottagningen för vissa grupper. Eller hur skall man uttolka det faktum, att människor faktiskt ser akutmottagningen och sin fd distriktsläkarmottagning som möjliga mottagningsval? Svävar de i okunnighet eller har de rätt?

Ett år är en förhållandevis kort tid för att information om en förändrad vårdorganisation skall tränga igenom och det kan vara en förklaring till att förändringarna är förhållandevis begränsade. Det kan också tyda på, att man mer aktivt måste informera om sjukvårdsresurserna och hur det är planerat att de skall användas.

Här har endast redovisats några resultat från ett tämligen omfattande frågebatteri. Övrigt material har redovisats i lokala arbetsrapporter, som diskuterats på vårdcentralen. Undersökningar av detta slag, hur kunskaper om och attityder till sjukvården ser ut och påverkas, då vårdstrukturen förändras är användbara instrument framför allt i den lokala planeringen, men även vissa generella slutsatser kan sannolikt dras.



SAMVERKAN PRIMÄRVÅRD-SOCIALTJÄNST

B05914

Hagaprojektet – ett forskningsprogram kring samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård

CARL-GUNNAR ERIKSSON · GUNILLA FAHLSTRÖM · WILLY KARLSSON · SVEN LARSSON

I Örebro pågår sedan 1980 ett större forskningsprogram med huvudsyfte att studera samverkan mellan primärvård och socialtjänst på en vårdcentral, det sk Hagaprojektet. I denna artikel redogöres för forskningsprogrammet. Resultatet av en delstudie, Socialt arbete inom primärvården, presenteras i en följande artikel.

Projektet stöds av anslag från Delegationen för social forskning.

Nyckelord: Primärvård, forskningsprogram, samverkan, socialtjänst, Örebro län.

Kommun- och landstingsförbunden samt Socialstyrelsen och SPRI slutförde under 1978 ett utvecklingsprojekt som bl.a. behandlade samverkansfrågor mellan primärvård och socialvård (1). Av de rapporter som projektet publicerat framgår, att principiell enighet föreligger om ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan landsting och kommun. Utgångspunkten för uppgiftsfördelningen bör enligt projektet vara den kompetens som krävs för att utföra insatser. Detta innebär, att primärvården skall svara för medicinska insatser och socialvården för sociala insatser.

I Örebro kommun pågår sedan flera år ett gemensamt utvecklingsarbete mellan kommunen och landstinget, som syftar till att förbättra förutsättningarna för samverkan mellan socialtjänsten och primärvården. En grund för detta är en gemensam områdesindelning, där varje område bör förses med en vårdcentral och en social servicecentral. Överallt, där så är praktiskt möjligt, sker en lokalmässig samordning av vårdcentral – servicecentral

(2). I maj månad 1980 öppnades den första gemensamma vård- och servicecentralen, belägen i stadsdelen Haga i Örebro.

Landstinget i Örebro hade mycket tidigt en ambition att det sociala vårdbehovet hos patienterna i primärvården skulle mötas. Detta löste man genom att anställa kuratorer vid vårdcentralerna. De flesta vårdcentraler i länet har således i flera år haft egna landstingsanställda socialarbetare (3).

Inom landstinget fanns således efter 1980 två typer av samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialt arbete på primärvårdsnivå, dels den tidigare sk Örebro-modellen och dels den nya samverkansmodellen med socialtjänsten i en samlokalisering i en vård- och servicecentral.

Såväl hälso- och sjukvårdslagen och den hälsopolitiska diskussionen som varit omkring den som socialtjänstlagen ställer krav på att arbetet jämsides med vård och behandling av enskilda skall omfatta miljö- och samhällsinriktade insatser. Denna perspektivförskjutning ger i sin tur ett gemensamt behov för hälso- och sjukvård och socialtjänst av områdeskunskap om befolkningen, dess levnadsvillkor och dess hälsoproblem samt sociala problem.

Den förändrade verksamhetsinriktningen och den experimentsituation som rådde i länet med olika organisatoriska lösningar var utgångspunkten för ett forskningsprojekt med huvudsyfte att studera samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Visserligen fanns redan då åtskilliga studier av samverkansprojekt, men de flesta har begränsats till bedömningar och kvantifieringar av samverkansprocessen (4). Det sågs därför angeläget att även studera kvaliteten på vården, särskilt med avseende på vilka kvalitetsförändringar som en samverkan i olika former kunde medföra.

Med dessa utgångspunkter startade hösten 1980 ett forskningsprojekt med sin tyngdpunkt förlagd till Haga vård- och servicecentral. Det planeras att pågå tom 1984 (5).

Forskningsprojektets inriktning

I det följande beskrives kortfattat forskningsprojektets syften och de metoder som användes.

Syfte 1: Utveckling och anpassning av metodik för beskrivning och analys av hälsoproblem, sociala problem, omgivningsvillkor och levnadsförhållanden i det lokala upptagningsområdet.

Undersökningen har ett epidemiologiskt perspektiv, dvs den utgår från hela befolkningens förhållanden. Detta sker dels genom att bearbeta den heltäckande offentliga statistiken i olika dataregister, dels genom att urvalsundersökningar genomföres. Urvalsundersökningarna sker i tre steg. Det första är en postenkät till ett 10-procentigt urval av befolkningen i åldern 16–17 år, det andra är personliga intervjuer av ett urval i åldrarna 20–34 år, det tredje är en kombination av självrapportering i enkät, personlig intervju och en fackmannamässig bedömning inkluderande en hälsokontroll till ett urval, som berör medelålders och äldre.

Den offentliga statistiken kompletteras också med några specialstudier, där data insamlas före och efter vårdcentralens öppnande om befolkningens vårdkontakter. En fördjupning göres med särskilt avseende på akuta sjukvårdskontakter.

Syfte 2: Utveckling och anpassning av metodik för beskrivning och analys av primärvårdens och socialtjänstens verksamhet.

Från det att vårdcentralen öppnades 1980 har en rad uppgifter registrerats i samband med läkarbesök på en sk R/P-blankett. Uppgifterna kan användas för en beskrivning av, hur vårdcentralens olika resurser utnyttjas. De ger också en bild av sjukvårdsutnyttjandet hos befolkningen i olika delar av vårdcentralens upptagningsområde.

På liknande sätt prövas ett beskrivningssystem inom socialtjänstens arbete.

Det är sannolikt inte tillfyllest att ett fungerande samarbete skall uppstå enbart för att sjukvård och socialtjänst flyttar samman i gemensam lokal. Samverkansprocessen måste följas och aktivt stödjas. För att få kunskaper inom detta område har en rad personalstudier genomförts inom projektet. Sammanlagt planeras personalstudier vid fyra tillfällen. De sker i form av enkät, intervju och direkta observationer. Frågor som tas upp berör inställning till principer och mål för socialtjänstens och primärvårdens arbete, uppfattning om arbetstillfredsställelse och i vilken mån samverkansarbetet påverkar den och rent praktiska frågor hur samarbetet läggs upp och fungerar.

Syfte 3: Utveckling och anpassning av metodik för kvalitetsstudier inom verksamhetsfältet med särskild inriktning på samverkan mellan primärvård och socialtjänst.

I detta avsnitt avses att använda de insamlade uppgifterna för analys av olika kvalitetsmått. Ett av dessa är att bedöma vård- och servicecentralens täckningsgrad genom att data från verksamhetsbeskrivningen jämföres med angivna medicinska och sociala problem vid de epidemiologiska undersökningarna. Ett annat är att välja ut särskilda indikatorer tillstånd, där samverkan kan bedömas vara av särskild betydelse och göra processanalyser av, hur samverkan utvecklas och fungerar. En självklar del är studier av befolkningens inställning till verksamheten vid vårdcentralen och frågor, som skall belysa detta läggs in i delavsnitt av de epidemiologiska studierna. Särskilt intresse ägnas åt att försöka analysera, huruvida de olika organisationsformerna av samarbete som tidigare beskrivits påverkar kvaliteten på olika sätt.

Organisation

Huvudansvaret för projektet ligger på den socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro, där den vetenskapliga ledaren är anställd. En *projektgrupp* har bildats, vilken innehåller överläkaren vid avdelningen och socialchefen i Örebro kommun (huvudmän för projektet), den vetenskapliga ledaren samt en projektassistent.

En *vetenskaplig referensgrupp* har bildats i vilken ingår vetenskapliga företrädare för socialmedicin och socialt arbete, förvaltningsföreträdare från landsting och kommun samt representant från anslagsbeviljande forskningsråd. (Delegationen för social forskning.) Den vetenskapliga referensgruppen avser att stödja projektet med vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Den träffas några gånger per år och får regelbundet ta del av planer och resultat.

En särskild ambition i forskningsprojektet har varit att göra de praktiskt verk samma delaktiga i forskningen (6). För att tillgodose detta har en *lokal referens- och informationsgrupp* bildats, där olika medarbetare från primärvården och från socialtjänsten ingår. Den har till uppgift att framföra lokala synpunkter och förslag både vad gäller studiernas uppläggning och innehåll samt tolkningen och tillämpningen av resultaten.

För olika delstudier bildas dessutom särskilda *stödgrupper*, där personer med särskild kunskap inom det aktuella området kan engageras.

Vidare har forskningsmedel avsatts för sk *stipendietjänster* så att anställda vid vårdcentralen under en period kan friställas från sitt ordinarie arbete och på heltid delta i genomförandet av något delprojekt.

Användbarhet

Projektet i sin helhet beräknas vara avslutat i sin fältfas under våren 1984, varefter ytterligare fördjupade resultatanalyser återstår. Hittills har ett 25-tal arbetsrapporter producerats. Resultaten från dessa har kunnat användas vid den interna planeringen inom vård- och servicecentralen, i utbildning, vid planering av verksamheter, då nya vårdcentraler skall öppnas m.m. Projektorganisationen med engagemang av lokala grupper underlättar möjligheterna att föra ut resultaten till praktisk nytta.

Referenser:

1. Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Socialstyrelsen och SPRI: Primärvård – innehåll och utveckling. Stockholm' SPRI S 101, 1978.

Boende, service och vård för äldre. Stockholm: SPRI S 102, 1978.

Sjukvård i hemmet – social hemtjänst. Stockholm: SPRI S102, 1978.

Omhändertagande av åldersdementa. Stockholm: SPRI S104, 1978.

Långtidssjukvård i samverkan. Stockholm: SPRI S 105, 1978.

Dagsjukvård inom primärvården. Stockholm: SPRI S 106, 1978.

2. Holmquist L och Olsson U. Gemensam områdesindelning – en förutsättning för samverkan. Ett underlag för planerings- och utvecklingsarbete vid Haga vård- och servicecentral, Örebro, januari 1980. (Rapport 3 i stencilserien.)

3. Boethius M, Eriksson L, Marchioni, M och Svenman I. Kurativt arbete enligt "Örebro-modellen". Socialmedicinsk Tidskrift, 55: 179–182, 1978.

4. Westrin C-G. Primary health care. Cooperation between health and welfare personnel in Sweden. Skövde, januari 1981.

5. Eriksson C-G, Karlsson W och Larsson S. Forskningsprogram kring samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård vid Haga vård- och servicecentral, Örebro, januari 1980. (Rapport 1 i stencilserien.)

Eriksson, C-G och Fahlström G. Forskningsprogram för Hagaprojektet: Samverkan mellan socialvård och primärvård. Perspektivplan 1981–84. Örebro, januari 1981. (Rapport 4 i stencilserien.)

Eriksson, C-G, Fahlström G och Ståhl R. Forskningsprogram för Hagaprojektet: Samverkan mellan primärvård och socialtjänst på en vårdcentral. Plan för verksamhetsåret 1982–83. Örebro, januari 1982. (Rapport 13 i stencilserien.)

Eriksson C-G och Fahlström G. Forskningsprogram för Hagaprojektet. Samverkan mellan primärvård och socialtjänst på en vårdcentral. Plan för verksamhetsåret 1983–84. Örebro, 1983. (Rapport 18 i stencilserien.)

6. Eriksson C-G och Ståhl R. Att söka kunskap på fältet – problem och möjligheter ur Örebros perspektiv. Socialmedicinsk Tidskrift, 59(2): 1982. (Rapport 11 i stencilserien.)

Författarpresentation:

Carl-Gunnar Eriksson är beteendevetare vid Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset i Örebro.

Gunilla Fahlström är socionom och assistent inom projektet.

Willy Karlsson är socialchef i Örebro kommun.

Sven Larsson är överläkare vid Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset i Örebro.

Olika namn, oli

VID TETRACY

	Tabl. Vibramycin Novum (doxycyklin-monohydrat)
Vävnadsvänligt pH⁽¹⁾	ja
Kan tas löst i vatten	ja
Hög absorption	ja
Antal doseringar per dag	1
Oberoende av njurfunktion	ja
Kostnad för 14* resp 15** dagers behandling⁽²⁾	87:60*
Övriga beredningsformer	infusionssubstans mixtur

+ uppgift saknas i FASS samt i Walter. A M & L. Helmeyer: Antibiotika-Fibel, Auflage 4, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1975.

Deklaration. 1 tablett innehåller: Doxycyklin, monohydr. resond. doxycyclin, 100 mg, constit. q.s. Egenskaper. Den verksamma substansen i VIBRAMYCIN NOVUM har den generiska beteckningen doxycyklin och är ett tetracyklinderivat. Doxycyklin är aktivt mot aeroba och anaeroba grampositiva och gramnegativa bakterier samt mot Mycoplasma och Chlamydia. Pseudomonas aeruginosa, Providencia samt de flesta Proteus är oftast resistenta. Selektion av resistenta bakterier förekommer bl a vad gäller stafylokokker, streptokocker och Bacteroides fragilis. Tetracyklinresistens är ofta av R-faktortyp. VIBRAMYCIN NOVUM absorberas snabbt och nära nog fullständigt (ca 93%). Absorptionen påverkas endast obetydligt av mjölk eller andra födoämnen. Terapevtsk serumkoncentration uppnås inom 30 minuter och maximal (ca 3 µg/ml) inom 2-3 timmar. Genom hög lipidlöslichkeit underlättas vävnadsdistributionen och terapevtska vävnadskoncentrationer uppnås därigenom i flertalet organ. Eftersom doxycyklin ger terapevtska koncentrationer i serum och vävnad som kvarstår under 24 timmar, kan VIBRAMYCIN NOVUM doseras en gång per dygn. Den biologiska halveringstiden är 18-22 timmar. Bindningen till serumproteiner uppgår till 80-90%. Doxycyklin metaboliseras i mycket liten utsträckning. Inom 72 timmar utsöndras cirka 40% av tillfört doxycyklin i aktiv form med urinen och cirka 5% med feces. Resterande mängd utsöndras i inaktiv form chelatbundet med feces. Vid nedsatt njurfunktion ökar utsöndringen i feces av chelatbundet doxycyklin. VIBRAMYCIN NOVUM kan därför ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. Till skillnad från äldre tetracykliner har inte doxycyklin någon uttalad antianabol effekt. Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för doxycyklin. **Försiktighet.** Barn under 8 år bör endast behandlas med VIBRAMYCIN NOVUM på sträng indikation, på grund av inlagring i det växande skelettet samt risk för emaljhypoplas. Graviditet och amning. Kategori D. Se speciellt avsnitt märkt [G]. Tetracykliner kan under den tid då barnets tänder mineraliseras (den sista hälften av graviditeten, neonatalperioden och upp till ca 8 års ålder) framkalla emaljhypoplas och missfärgning av tänderna. Tetracykliner inlagras också i det växande skelettet. Doxycyklin skall därför undvikas under sista hälften av graviditeten. Doxycyklin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapevtska doser. **Biverkningar.** **Gastrointestinala:** Illamående, kräkningar och diarré har rapporterats i en frekvens av cirka 2%. **Hud:** Allergiska hudreaktioner kan förekomma men är sällsynta. Fotodynamiska reaktioner vid exposition för solljus har rapporterats, och i samband härmed har onykolys beskrivits i en frekvens lägre än 0,1 promille. **Tänder:** Vid behandling med tetracykliner under den tid tänderna mineraliseras kan emaljhypoplas samt missfärgning uppkomma. Eftersom doxycyklin binds till kalcium i mindre grad än övriga tetracykliner, kan doxycyklin väntas ge mindre risk för tandskador. **Övriga:** Glossit, stomatit, proktit och vaginit kan, t ex genom svampöverväxt, förekomma i sällsynta fall. Tetracykliner har givit upphov till ökat intrakranellt tryck med bl a papillödem. Övervaxt av icke känsliga mikroorganismer kan förekomma och risk föreligger för selektion av tetracyklinresistenta tarmbakterier. **Dosering.** VIBRAMYCIN NOVUM tabletter sväljes med vätska eller lösas i vatten varvid höggränshet bär iakttagas så att samtliga korn sväljes. Tabletterna skall intas under måltid, vilket minskar risken för gastrointestinala biverkningar utan att absorptionen påverkas nämnvärt. **Normaldosering för vuxna och barn över 12 år:** Första dagen 2 tabletter, därefter 1 tablett dagligen. Vid svåra infektioner kan 2 tabletter ges dagligen under hela behandlingstiden. VIBRAMYCIN NOVUM kan ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. **Barn under 12 år:** Se VIBRAMYCIN mixtur 10 mg/ml. **Interaktion.** Se speciellt avsnitt märkt [I], grupp 7B 15 Tetracykliner, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. **Observera.** Patienten bör undvika direkt solexposition då fotodynamiska reaktioner kan förekomma. **Förpackningar och priser.** Tabletter 100 mg (svagt beige, runda, prägling D 9 och Pfizer-symbol): tryckpack 10 st 65:10, 15 st 92:10, 30 st 169:40, glas 25 st 142:30, 10 x 25 st 1181:100, 100 st 477:50. **Tillverkare, Pfizer. Ombud:** Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby, tel. 08-758 01 30.

ka egenskaper

KLIN TERAPI

Tabl. Idocyklin (doxycyklin-hydroklorid)	Kaps. Tetralysal (lymecyklin)
nej	ja
nej	nej
ja	?+
1	2
ja	nej
86:30*	98:10**
infusionssubstans	—

Referenser:

- 1) Carlborg B., Farmer J.C., Esophageal corrosion tests with doxycycline monohydrate tablets, Curr. Ther. Res. Vol. 34, No. 1, July 1983.
- 2) Normal dosering enligt FASS 1983: Lymecklin – 300 mg x 2, doxycyklin – 200 mg första dagen därefter 100 mg per dag. Priser enligt Apoteksbolagets prislista Aug. 1983.

Vibramycin® Novum
(doxycyklin monohydrat) tabletter 100 mg.

– då säkerhet och bekvämlighet får avgöra



Socialt arbete inom primärvården – bilder från vårdcentraler med skilda organisationsformer

CARL-GUNNAR ERIKSSON · GÖREL BÅNGHAGEN · GUNILLA FAHLSTRÖM · ALF STOOR

Ett förverkligande av helhetssynen i vårdarbetet inom primärvården innebär att människors somatiska, psykiska och sociala förtretligheter skall kunna mötas av den personal som är verksam där. Inom Örebro läns landsting finns vid några vårdcentraler en samlokalisering med den primärkommunala socialtjänsten och således primärkommunalt anställda socialsekreterare. Vid andra vårdcentraler har man socialarbetare i form av landstingsanställd kurator. I en studie inom Hagaprojektet gör vi en jämförelse av det sociala arbetet på vårdcentraler med skilda organisationsformer. Kuratorn och socialsekreteraren har uppenbarligen olika funktioner och bilderna från verksamheten är enbart delvis överlappande. Hagaprojektet stödes av Delegationen för social forskning.

Nyckelord: Primärvård, socialtjänst, samverkan, socialmedicin, social omsorg, utvärdering, Örebro län.

Att möta människor med sociala problem inom primärvården är en angelägen uppgift. Olika organisationsformer har prövats för att tillgodose dessa behov – landstingsanställd kurator eller primärkommunalt anställda socialsekreterare. Inom Örebro läns landsting finns båda typerna vilket ger möjlighet till att jämföra hur behovet av social omsorg och service tillgodoses (1). (Flertalet av vårdcentralerna i Örebro län har kurator.)

En lokalmässig samordning innebär inte automatiskt att en praktiskt fun-

gerande samverkan mellan personer med olika kompetensområden uppstår. För- och nackdelar finns med varje organisationsform och det framstår därför som mycket angeläget att försöka tränga bakom det som synes ske för att förstå och förklara.

Socialt arbete

Det finns vårdcentraler som inte har någon social resurs alls, dvs varken kurator eller socialsekreterare. I dessa fall är det i praktiken inte alltid helt klart vem som skall tillgodose de sociala behoven.

Behov av social expertis på vårdcentral och inom primärvården är viktigt att täcka oavsett vilken basutbildning och kompetens som primärvårdens övriga personalgrupper besitter. I ett samverkansprojekt mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och SPRI enades man om, att det skulle vara den primärkommunala socialtjänsten och inte landstingets primärvård som skulle svara för sociala åtgärder (2). Enligt dessa myndigheter skulle således kuratorer vid vårdcentraler vara en provisorisk lösning.

Den traditionella socialvårdens arbetsinsatser inom primärvården har tagits upp i en rad arbeten (4). Det har då framkommit att problemen i många fall liknar de som omfattas av socialt arbete enligt sociallagarna. I det sammanhanget är det av stor betydelse att diskutera hur problematik av psykosocial karaktär bemöts av primärvården (5).

I diskussionen om sociala resurser inom hälso- och sjukvården har begreppet allmänsocialarbetare framförts (analogt med allmänläkare) (6). Stora likheter i arbetsuppgifter för kuratorer inom hälso- och sjukvård och kuratorer/socialsekreterare inom primärvård påvisades. Dessa och andra arbetsuppgifter som är likartade för kuratorer och socialsekreterare skulle utgöra basen för en social resurs inom vårdcentralen. Socialarbetaren vid en vårdcentral skulle kunna använda sig av specialister inom såväl det sociala som det medicinska fältet (6).

Vilka arbetsuppgifter skall en socialarbetare på en vårdcentral ha? En socialarbetare i allmänhet skall för att fungera bra i det dagliga arbetet

fylla en rad krav utöver kunskaper om olika former av socialt arbete. Han/hon skall vara informatör, hänvisare, pedagog, behandlare, stödperson och rådgivare. Egenskaper som inlevelseförmåga och att kunna få kontakt med vitt skilda människor krävs också. Socialarbetaren skall samarbeta med patienten/klienten, medarbetare och organ av olika slag.

För socialarbetaren på vårdcentral fordras dessutom kunskap om den sociala miljöns inverkan på uppkomna sjukdomar och sjukdomstillstånd. Samspelet mellan sociala faktorer och sjukdomsuppkomst är också väsentligt. Denna anda återfinns både inom socialtjänstlagen och den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Forskning och samverkan

Inom Hagaprojektet arbetar vi bl a med en delstudie om "socialt arbete på vårdcentral". En arbetsgrupp bildades för att diskutera uppläggningsen av studierna runt detta tema. Utgångspunkten för uppläggningsen av studien var helhets- och kvalitetsbegreppen. Olika typer av vårdmodeller använder sig av olika slags innehåll i begreppen helhet och kvalitet. Ett försök att undersöka olika typer av vårdcentralers vårdmodell var att medelst delstudier se hur målen helhet och kvalitet nås via medlet samverkan. Helhet definieras således i total bedömning och fullständiga åtgärder och kvalitet innebär att patienten blir frisk och nöjd. Samverkan måste ha skett genom förekomst av faktiskt samarbete i ärendena. Det gäller således vägen från läkare till socialarbetare och vägen från socialarbetare till läkare samt andra samarbetsformer (7).

I ett första steg beskrevs de utvalda vårdcentralerna (Nora och Haga), upptagningsområden m m (8). Därefter analyserades ett urval av de dokument dvs journaler som läkare, socialsekreterare och kuratorer hade fört över ett antal fall.

Val av vårdcentraler

Haga vård- och servicecentral var ett naturligt studieobjekt eftersom huvudaktiviteterna inom forskningsprojektet är förlagda dit. (Haga vårdcentral var för övrigt vid studiens genomförande den enda vårdcentralen med

samlökaliserad medicinsk och social vård.) Nora-vårdcentral valdes som jämförelseobjekt. Både läkare och kuratorstjänster hade där varit besatta med ordinarie personal under en längre tid så att en verksamhet kunnat byggas upp. Ett annat skäl till valet var att befolknings- och näringslivsstrukturen var tämligen likartad i Nora jämfört med Haga.

Ursprungligen planerades att en liten vårdcentral utan någon egen social expertis också skulle ingå i studien men detta gick inte att genomföra av bla tidsmässiga skäl.

Metod

Undersökningen lades upp som en innehållsanalys av de journaler och akter som allmänläkare, socialsekreterare och kurator förde över ett urval av patienter och klienter som de arbetade med. Beskrivningarna av ärendena omfattade en sex-månadersperiod – vilka insatser hade gjorts, fanns samarbete, vilka sociala, somatiska och psykiska problem fanns dokumenterade m.m. Utöver dessa uppgifter togs sociodemografiska data fram. I tabell 1 ges en sammanfattning av de sakområdena som eftersöktes.

Tabell I:

Sakområden i innehållsanalysen.

Sociodemografiska data:

Kön, ålder, familjesituation, sysselsättning.
Utnyttjande av vård och service:
typ av kontakt nov -81
hälso- och sjukvårdens resurser
socialtjänstens resurser.

Problem och åtgärder nov -81 – april -82:
somatiska, psykiska, sociala problem
social service, social utredning, social behandling.

Det bedömdes inte rimligt att genomföra en totalundersökning, varför först en tidsmässig definition av urvalet gjordes genom att personer aktuella under nov månad 1981 ingick i urvalet. Hos kuratorn och socialförvaltningens socialsekreterare i Nora ingick samtliga ärenden som varit aktuella under denna period. Hos allmänläkarna utvaldes 10 procent av de patienter som sökt vårdcentralen under nov. På Haga tillämpades samma urvalskriterier fast

då enbart hos socialsekreterare och läkare eftersom kurator inte finns där.

Samtliga journaler och akter innehållsanalyserades och de personer som på detta sätt kom att belysas eftersöktes sedan hos de andra befattningshavarna dvs om patienten/klienten även varit i kontakt med dem. I socialsekreterarnas akter fanns hela familjen vanligtvis beskriven varför vi sedan även kontrollerade om familjemedlemmarna hade varit hos läkare.

Materialet omfattade på Haga 160 socialsekreterarakter och 81 läkarjournaler. De sk motkontrollerna, dvs kontroll om personen var känd hos annan handläggare, kunde inte göras på samtliga 160 socialsekreterarakter i Haga. Var fjärde akt valdes ut för en motkontroll hos läkare, vilket innebar 41 stycken. Tio stycken kurativa ärenden, dvs fall där ingen registrering skett i socialregistret ingick också i undersökningen. I Nora var siffrorna 47 social sekreterarakter, 49 läkarjournaler samt 27 journaler hos kuratorn. Motkontroller skedde på samtliga journaler i Noramaterialet.

Socialarbetarnas funktioner

Att vara landstingsanställd kurator eller primärkommunal socialsekreterare innebär olika positioner i en organisationsstruktur. Förväntningarna är delvis annorlunda på grund av att de regler och förordningar som styr socialtjänsten och primärvården är olikartade. Dessutom är den primära arbetsmiljön och samarbetsparterna i viss mån olika. För att illustrera detta har vi sammanställt kuratorsfunktionerna vid Nora vårdcentral och socialsekreterarefunktionerna vid Haga vård- och servicecentral 1981.

Som framgår av tabell 2 och 3 ingår ett flertal aktiviteter utöver individuell patient-/klientkontakt i de båda socialarbetarrollerna. Både i Nora och på Haga har interna samarbetsrutiner mellan olika personalkategorier utvecklats men på varierande sätt. Samarbete med barnomsorg och aktiviteter inom det alkoholpolitiska området förekom på båda ställen. Utbildning inför socialtjänstlagstiftningen förekom likaså både i Nora och på Haga men i större omfattning på Haga. Ku-

ratorn var själv gruppleddare i avspänningsgrupp och föräldragrupp. Hon handledde också distriktssköterskorna vid vårdcentralen runt frågan om ett mer psykosocialt arbetssätt.

Socialsekreterarna hade visst samarbete med skolpersonal, bostadsförmedling och hyresvärdar utöver arbetet i områdesgrupperna.

Bilderna från vårdcentralerna och de olika befattningshavarna

I detta avsnitt skall några olika resultat presenteras – dels från Haga och Nora men också från de olika befattningshavarnas horisont som de skildras i journaler och akter.

Av de 81 läkarjournalerna på Haga kunde 10 återfinnas i socialregistret (12 procent). Av de 41 socialsekreterarakterna hade 31 också en läkarjournal (76 procent). I Nora blir jämförelsen litet mer komplicerad då vi har tre befattningshavare. Av kuratorns 27 ärenden hade alla utom en läkarjournal (96 procent) och 6 fanns också hos socialsekreterarna (22 procent). Av socialsekreterarakterna (47 st) återfanns 9 hos kuratorn (19 procent) och 38 hos läkarna (81 procent). Av läkarnas 49 utvalda fanns ingen hos någon av de andra handläggarna. Ungefär 1/5 av både kuratorns och socialsekreterarens ärenden är alltså "parallella". De behöver dock ej varit aktuella under 6-månadersperioden.

Vi kan också jämföra hur stor andel av befolkningen som varit i kontakt med resp befattningshavare. I Nora hade 6 procent haft läkarkontakt på vårdcentralen. 0,6 procent med socialsekreterare och 0,4 procent med kurator. I Haga var motsvarande siffror för läkarna också 6 procent och för socialsekreterarna 1,2 procent. Skillnaderna i andel mellan sociala sektorns och medicinska sektorns kontakt med befolkningen är stor. Om siffrorna för socialarbetarna i Nora (kurator + socialsekreterare) ses i ett sammanhang är det bara en viss skillnad på Nora och Haga.

Vi skall nu övergå till att se på de problembilder som vi funnit i arbetsdokumenten, se tabell 4. De renodlade somatiska problemen dominerade hos läkarna. Såväl i Nora som Haga låg de

Tabell II.

Kuratorsfunktionen vid Nora vårdcentral år 1981.

Patientkontakt	Interna grupper vid vårdcentralen	Externa grupper i Nora	Externa och interna projekt	Handledare	Gruppleddare
Patienter i öppen vård	Distriktsskötersketräff 1 gång/månad	Barnomsorgsgrupp 1 gång/månad	Arbetsgrupp för primärvårdsforskning oregelbunden kontakt	Socialhögskolepraktikant 4 gånger/månad	Avspänningsgrupp 4 gånger/månad (jan-maj)
Patienter vid sjuk-sjukhemmet	Mottagningspersonals-träff 1 gång/månad	Reha-grupp 1 gång/månad	Socialt arbete vid vårdcentral oregelbunden kontakt	Kuratorer inom Lindesbergs-distriktet 2 gånger/månad	Föräldragrupp 2 gånger/månad (från dec)
	Läkarträff för kurator 4 gånger/månad		Samarbetsgrupp för alkoholfrågor Nitro-Nobel oregelbunden kontakt	Distrikts-sköterskor vid Nora VC 2 gånger/månad	Studiecirkel 3 gånger/månad (okt)
			Prevention vid MVC 4 gånger/månad		

Tabell III.
Socialsekreterarfunktionen vid Haga vård- och servicecentral år 1981.

Patient/klient kontakt	Interna grupper vid vårdcentralen	Externa grupper och kontakter inom kretsens betjäningsområden	Externa grupper	Externa och interna projekt	Handledning, konsultation och information
Kontakter enligt socialtjänstens intentioner om individuellt, struktur- och allmänt inriktade insatser	Socialmedicinskt arbetslag. 1-4 gånger per månad Grupp i alkoholfrågor för blivande mödrar. 2 gånger per månad Områdesgrupp 1 gång per månad - 1 gång per sex veckor	Informations- och rådgivningsträffar med barnstugepersonal. Oregelbundna träffar Träffar med skolpersonal. Oregelbundna träffar	Reha-grupp, Oregelbundet Samrådsgrupp med bostadsförmedlingen och Stiftelsen Hyresbostäder. Oregelbundna träffar	"Socialt arbete vid vårdcentral." Delstudie inom Hagaprojektet. Oregelbundna kontakter Alkoholpolitiskt program	Handledning med kuratorer på RSÖ. 2 gånger per månad Handledning av familjeterapeuter Psyk konsult 1 gång/månad Socialhögskolepraktikanter Socialtjänstutbildning för hemsamariter, barnomsorgspersonal m fl

Tabell IV.
Andel personer med olika problembilder hos läkare, kurator eller socialsekreterare november 1981.

	Nora Läkare (n=49) %	Kurator (n=27) %	Socialsekr (n=47) %	Haga Läkare (n=81) %	Socialsekr (n=160) %
Somatiska enbart	84	-	-	85	1
Psykiska enbart	-	4	-	1	2
Sociala enbart	-	30	60	-	57
Sociala + somatiska	4	11	2	1	5
Sociala + psykiska	-	19	34	1	32
Somatiska + psykiska	8	4	-	1	-
Somatiska + psykiska + sociala	-	30	2	1	3
Övrigt	4	4	2	9	1

på omkring 85 procent av alla patienter som sökt. Andelen patienter där inget direkt somatiskt, psykiskt eller socialt problem fanns aktuellt var ett fåtal procent hos de olika handläggarna och något högre hos läkarna i Haga ("övrigt" i tabellen).

De psykiska problemen omfattade det som ingår i detta kapitel i öppenvårdsklassifikationssystemet (9) vilket innebär att missbruk i detta avseende klassades som ett psykiskt problem. *De renodlade psykiska problemen var relativt sällsynta medan kombinationen sociala och psykiska problem förekom hos 1/3 av de personer som varit aktuella hos socialsekreterarna och hos var femte patient hos kuratorn.*

I denna redovisning omfattar sociala problem förekomsten av något problem inom något av följande områden: Ekonomi, bostad, arbete, rekreation och fritid, familjesituation, relationer, barn som far illa, juridik eller annat specificerat socialt problemområde. Omkring 60 procent av de personer som var aktuella hos socialsekreterarna hade renodlade sociala problem medan 30 procent av patienterna hos kuratorn hade det. Kombinationen so-

ciala och somatiska problem var vanligare bland personerna i Nora och särskilt hos kuratorn där 11 procent av patienterna hade denna typ av problembild. Likaledes var den psykosomatiska kombinationen vanligare bland patienter bland läkare och kurator i Nora än bland de övriga. *En av de mest uttalade skillnaderna är att hos kuratorn på vårdcentralen i Nora hade 30 procent av patienterna en problembild av kombinerade somatiska, psykiska och sociala problem. Detta förekom hos ett fåtal av socialsekreterarnas klienter.* Denna analys av dokumenten visar att påtagliga skillnader finns i den problembild som dokumenteras av kurator och socialsekreterare vid vårdcentral. Socialsekreterarnas problembilder vid Haga vårdcentral liknar de som socialsekreterarna redovisar från kommunkontoret i Nora.

Givetvis påverkas man av den arbetssituation man befinner sig i. Basutbildningen för kurator och socialsekreterare är likadan, men fortbildningen och handledningen skiljer sig i flera avseenden. Socialsekreterarna vid Haga vård- och servicecentral har dock deltagit i kuratorsgruppens fortbildning i Örebro. Den mest sannolika förkla-

ringen till skillnaderna är dock att det är olika människor som kommer till kuratorn och socialsekreteraren i Nora och frågeställningen blir då, hur långt man har nått i Haga när det gäller samverkan mellan läkare och socialsekreterare. Ett viktigt påpekande i detta sammanhang är att mycket av det samarbete som sker kring enskilda patienter vid Haga vård- och servicecentral inte dokumenteras i akter eller journaler. Omfattningen av detta och innehållet i det arbetet kommer att belysas i annat sammanhang. I de socialmedicinska arbetslagen, bestående av distriktssköterska, distriktsläkare och socialsekreterare som grundbemannning, pågår en fortlöpande konsultation och samverkan. Denna har uppstått ur behovet av att finna fasta former för en samverkan som inriktas mot individ- och familjeproblematiken (10).

Fortsättningen

Det fortsatta arbetet med studierna om socialt arbete på vårdcentral skall först inriktas på en jämförande analys av de två organisationsformerna, dvs kurator eller socialsekreterare som social expertis. Denna analys kommer att kompletteras med ytterligare intervjuer med berörda personalkategorier.

Referenser:

1. Eriksson, C-G, Karlsson, W, och Larsson, S. Forskningsprogram kring samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård vid Haga vård- och servicecentral, Örebro: Hagaprojektets stencilserie nr 1, januari 1981.
2. Primärvård - innehåll och utveckling. Stockholm: SPRI S 101, 1978.
3. Boethius, M, Eriksson, L, Marchioni, M, och Svenman, I. Kurativt arbete enligt "Örebro-modellen". Socialmedicinsk Tidskrift, 55: 179-182, 1978.
4. Eriksson, T, och Svensson, I. Samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård i några landstingsområden. En utredningsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 1975.
- Westrin, C-G. Primary health care. Cooperation between health and welfare personnel in Sweden. Skövde, januari 1981.



Vårdlagen på Brickegården – en primör i länet

PETER KLINKERT

I artikeln beskrivs förändringsarbetet på Brickegårdens vårdcentral från konventionell distriktsläkarmottagning till arbete i vårdlag.

Nyckelord: Vårdlag, primärvård, Örebro län.

De senaste åren har man diskuterat olika arbetsformer som skulle kunna passa primärvården. En sådan arbetsform är *vårdlag*. Själva arbetssättet är inte särskilt nytt. Redan under 1700- och 1800-talet har distriktsläkaren och distriktssköterskan arbetat på liknande sätt. WHO definierar vårdlag som: "En icke hierarkisk grupp av personer som med olika kompetens samt gemensamt mål och som har till syfte att förse individer och familjer inom ett avgränsande område med samlat hälsovårdsutbud".

I praktiken innebär detta att alla medlemmar i vårdlaget har samma vär-

de och att läkaren inte längre är självskriven ledare. Det innebär också att man måste kunna arbeta självständigt inom sitt eget kompetensområde, men samtidigt kunna se över egna gränserna och ha kunskap om vad de andra medlemmarna är bra på. Därutöver är det av vikt att man visar sig vara flexibel och kan arbeta informellt eftersom problemen skiftar från dag till dag.

Som yrkesgrupper som bör ingå i vårdlaget har man i Sverige valt distriktsläkare, distriktssköterska, undersköterska. Det är viktigt att vårdlaget hålls så litet som möjligt, eftersom i annat fall ansvarskänslan och engagemang avtar och barriärerna yrkesgrupperna emellan hindrar ett gott samarbete. Eftersom kontakttillfällena inom vårdlaget är många bör man se till att medlemmarna kan utföra sitt mottagningsarbete i intilliggande lokaler. Detta kan vara ett stort problem i redan befintliga vårdcentraler av äldre typ.

Även om hindren i början synes vara oöverstigliga för att nå en samlokalisering bör man dock inte ge upp förrän man har nått detta mål för det är ett måste för att reducera byråkrati och sammanträdesbehov till ett minimum.

Planering

Brickegårdens vårdcentral är belägen i Karlskoga östra stadsdelar och betjänar ca 11.000 invånare. Till att börja med var Vårdcentralen ritad och planerad som en konventionell sådan, dvs det skulle finnas distriktsläkarmottagning, distriktssköterskemottagning, barnavårds- och mödravårdscentral, dagvård med arbetsterapi, sjukgymnastik och för att avrunda det hela folktandvård och apotek. Någon gång under mitten av planeringsarbetet växte emellertid mer och mer fram tanken att man ville arbeta i vårdlag.

Vi som satt med i planeringsgruppen började med att diskutera vårdlagsidén med blockledningen, som efter en del studiebesök och teoretiska diskussioner gick med på att "vi skulle få vår chans". Vi började med att dela in betjäningssområdena i fyra lika stora distrikt vart och ett med ca 2.700 invånare.

Därefter skulle vi då bilda vårdlagen. Till vårt förfogande hade vi 4 distriktssköterskor, 2,5 mottagnings-sköterskor, 4 undersköterskor och 4 distriktsläkare. Ganska tidigt insåg vi, att det skulle bli motsättningar, dels känslomässiga sådana och dels vad arbetsuppgifterna beträffar mellan distriktssköterskorna och mottagnings-

sköterskorna. Det skulle bli "vi i vårdlaget och de andra". Dessutom var det ju meningen att patienterna skulle träffa så få människor som möjligt på Vårdcentralen. Slutresultatet blev att varje vårdlag fick en distriktsläkare, en undersköterska och 1,5 distriktssköterska.

Tvillingvårdlag

Vi bestämde oss även att arbeta i "tvillingvårdlag". Med detta menas ett helt självständigt vårdlag som dock geografiskt och även lokalmässigt angränsar till sin granne, dvs tvillingen. Då ju vårdlaget i sin grundkonstruktion är ganska känsligt för frånvaro av typ sjukdom, utbildning m.m. måste man få hjälp från något håll vid sådana tillfällen och det är då tvillingen dyker upp. Eftersom det alltid är samma tvilling som hjälper till kan denna så småningom även grann-distriktets problem någorlunda så att hjälpen blir meningsfull.

Telefonkontakter med vårdlagen har vi försökt kanalisera till 2 timmar på förmiddagen och 1/2 timme på eftermiddagen, men det finns alltid möjlighet att nå oss i akuta situationer.

Ommöblering

Därefter var det dags att "möblera om" i vårdcentralen. Patientmottagaren med tillhörande stora expedition avskaffades då denna funktion är onödig när man arbetar i vårdlag. Distriktsläkaren och distriktssköterskan placerades vägg i vägg och alldeles intill hade de två undersökningsrum till sitt förfogande samt ett stort undersöknings- och behandlingsrum, som delades med tvillingen. Undersköterskorna har övertagit det tidigare patientinformationsrummet och tar där emot var och en "sina" patienter för att efter provtagningen leda dessa till undersökningsrummen. Lokalerna för mödravården och barnavården är i stort sett oförändrade. BVC-funktionen är distriktsindeldad så att även där kontinuiteten upprätthålls. MVC får dock gå utanför vårdlagsprincipen pga för lite underlag av blivande mödrar.

Har vi vunnit något

Har vi då vunnit något genom införandet av vårdlag? Svaret är entydigt ja. För läkarna har väl ändringen inte betytt lika mycket som för sköterskorna som ju från att tidigare enbart ha varit ute på distriktet nu även arbetar som mottagnings-sköterskor. De tycker, att de ständiga diskussionerna med distriktsläkarna ger mera trygghet och patientarbetet har över huvud taget blivit trevligare genom att man inte längre är "ensamvarg" utan arbetar i lag. Läkarna har nu även börjat åka på hembesök, vilket tidigare pga tidsbrist var omöjligt. Även undersköterskorna

5. Gadd, A-S. Socialt innehåll i sjukvården. En vägledning. Malmö: Utbildningsproduktion AB, 1980.

6. Svensson M. Sociala resurser inom hälso- och sjukvården, "vårdcentralen". Socialmedicinsk Tidskrift, 55: 210-214, 1978.

7. Stål, R. Om helhet, samverkan och studium av "socialt arbete på vårdcentral". Örebro: Hagaprojektets stencilserie nr 12, 1982.

8. Bånghagen, G och Eriksson, C-G. Socialt arbete på vårdcentral - Noradelen. Örebro: Hagaprojektets stencilserie nr 15, december 1982.

Stoor, A, Eriksson, C-G, Fahlström, G, och Holmquist, L. Socialt arbete på vårdcentral - Hagadelen. Örebro: Hagaprojektets stencilserie nr 16, januari 1983.

9. Diagnoskoder i öppen vård. Stockholm: Socialstyrelsen, 1977.

10. Fahlström, G. Ideal verklighet. Områdesgruppen - en reell resurs eller...? Örebro: Hagaprojektets stencilserie nr 17, januari 1983.

Författarpresentation:

Carl-Gunnar Eriksson* är beteendevetare vid Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro.

Görel Bånghagen kurator vid Nora vårdcentral.

Gunilla Fahlström socionom inom Hagaprojektet.

Alf Stoor socialsekreterare vid Haga vård- och servicecentral.

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



Informationshantering inom primärvården

INGER ALMER-LARSSON · GÖRAN FALCK · LENNART HOLMQUIST
INGVAR LIDÉN · MARGUS MÄGI

Den lokala basdatagrupper i Örebro län föreslår att en enhetlig R/P-blankett införs i länet. Den skall fungera både som ett praktiskt arbetsinstrument i det dagliga sjukvårdsarbetet och som underlag för registrering av basdata. En "diagnoskriteriekommitté" bör tillsättas. Försöksverksamhet med minidatorer utlokaliserade till vårdcentraler bör påbörjas. Utvecklingsarbetet måste gå hand i hand med en ständig diskussion om vad primärvården kan och bör göra.

har fått mera stimulerande arbetsuppgifter i och med att de får åka på arbetsuppgifter utanför Vårdcentralen. En situation som utkristalliserar sig mer och mer är att vårdlagen internt sätts ihop mera, medan kontakterna till de övriga på mottagningen blir färre. Det är inte längre så att läkarna brukar "sitta ihop", sköterskorna för sig, undersköterskorna för sig osv. Man kan ana ibland en tävlingskänsla vårdlagen emellan. Allt som allt har stämningen blivit mycket god, likaså kontinuiteten och ansvarskänslan gentemot sina patienter har ökat. Man kan inte längre slippa ifrån och hänskjuta problemen till andra. Detta gynnar framför allt patienterna.

Sammanfattningsvis kan man säga, att det efter ett halvtidsarbete i vårdlag är för tidigt för en mera ingående analys av detta nya arbetssätt. Vi på Brickegårdens vårdcentral skulle däremot inte kunna tänka oss att gå tillbaka till det gamla arbetssättet. Prova själv om ni kan!

Författarpresentation:

Peter Klinkert* är distriktsläkare vid Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga.

*Postadress: Brickegårdens vårdcentral, 691 81 Karlskoga.

Nyckelord: R/P-blankett, basdata, informationshantering, primärvård, Örebro län.

Inom den lokala basdatagrupper i Örebro län (se författarpresentationen) har vi arbetat med att utreda behovet av och ge förslag på hur ett informationssystem skall kunna utformas i primärvården i länet. Arbetsgruppen tillsattes av ledningen för primärvårdsblocket i Örebro län våren 1982.

I artikeln presenterar vi ett förslag på enhetlig R/P-blankett för primärvården i länet. I samband med detta anger vi vilka basdata vi anser bör registreras och hur informationen skall hanteras i journalerna. Vi tar också

upp några grundläggande regler för hur de medicinska diagnoserna bör kodas samt en diskussion kring diagnostiska kriterier. Vi avslutar med att ta upp frågan om datorstöd inom primärvården.

Artikeln utgör en sammanfattning av de förslag och rekommendationer vi kommer att överlämna till landstinget och ledningen för primärvårdsblocket.

Enhetlig R/P-blankett

Vi föreslår en enhetlig blankett för hela länet för att möjliggöra jämförelser mellan vårdcentraler samt för att förenkla rutiner och minska kostnaderna vid registreringen.

Tabell I.

Förslag på mini- och tilläggsdata enligt den lokala basdatagrupper i Örebro län.

	Minidata	Tilläggsdata	Noteras i journal
I UPPGIFTER OM PATIENTEN			
Personnummer	x		x
Bostadsområde	x		x
Civilstånd		x	x
Nationalitet		x	x
Yrke/arb pl/syssels		x	x
Familjetillhörighet		x	x
II UPPGIFTER OM VÅRDKONTAKTEN			
Mottagning	x		
Kontakt datum	x		
Patientmottagare	x		
Kontaktsätt	x		
Brådskegrad	x		
Besöksdatum	x		x
Kontaktens innehåll		x	x
Vårdgivare	x		x
Initiativ		x	
III MEDICINSK INFORMATION			
Diagnos	x		
Kontaktsak		x	
Problemnummer		x	x
Sjukdomsorsak		x	x
Vårdresultat		x	x
Åtgärd		x	x
IV ÖVRIGA UPPGIFTER SOM NOTERATS PÅ R/P-BLANKETT MEN DATAREGISTRERAS EJ			
Namn			x
Adress			x
Telefon			x
Kontaktsak – beskrivning i ord			x
Patientmottagarens bedömning, råd, åtgärd			
Planerad vårdgivare			
Besökstid – klockslag			
Önskade undersökningar			
Uteblivet besök			

Vårt förslag bygger på den R/P-blankett som sedan 2,5 år tillbaka används vid Haga vårdcentral i Örebro. Denna blankett har tidigare presenterats i SEAM-nytt (1). Den bygger i sin tur på tidigare förslag utarbetade av Spri.

Vi anser, att det är viktigt att en R/P-blankett skall kunna fungera både som ett praktiskt arbetsinstrument i det dagliga sjukvårdsarbetet och som ett bra underlag för registrering av basdata. Dessa två funktioner ställer olika krav på utformningen, vilket kan vara svårt att förena inom samma blankett. I vårt förslag (figur 1) har vi försökt göra en avvägning mellan dessa två funktioner. Blanketten består av tre blad. Två blad är nästan identiska. Det ena kan användas som registreringsunderlag och för vårdplanering, det andra för vissa labb- och kontrollrutiner. Det tredje bladet fungerar som patientkallelse. På detta sätt förbereds kallelsen redan då patienten tar den inledande kontakten med vårdcentralen. Vi har konstruerat blanketten så, att uppgifterna fylls i uppifrån och ner i samma följd som de presenteras vid patientens kontakt med vårdcentralen. Platsen för personuppgifterna är vald med tanke på att patientkallelsen lätt skall kunna skickas i ett standardkuvert med fönster. Allt utrymme för registrering av tilläggsdata har vi placerat

längst ner på blanketten och utformat så att den ger största möjliga valfrihet vid registreringen.

Registrering av basdata och journalhantering

Vi har liksom den centrala basdatagrupper (2) gjort en uppdelning i mini- och tilläggsdata.

Minidata

Minidata är sådana uppgifter som alltid bör registreras. Vårt förslag (tabell I) skiljer sig från det centralt utarbetade förslaget på vissa punkter. Vi anser, att kön inte behöver registreras för sig, utan uppgiften kan fås via personnumret. Bostadsadress, kontaktdatum, identifierad patientmottagare och vårdgivare samt brådskegradsbedömning är uppgifter som alltid anges på R/P-blanketten, eftersom de fyller en viktig praktisk funktion i det dagliga arbetet. Dessa uppgifter behövs också för beskrivning och analys av verksamheten vid vårdcentralen. Eftersom registreringen av dessa inte innebär något "extra arbete", anser vi till skillnad från den centrala basdatagrupper, att de hör till minidata.

Tilläggsdata

Om R/P-blanketten används i det dagliga vårdarbetet vid vårdcentralen och om väl fungerande rutiner för registre-

ring och bearbetning av minidata har utvecklats, så är det relativt enkelt att utöka antalet registrerade uppgifter. Vilka uppgifter, vid sidan om minidata, som då kan bli aktuella är beroende av de enskilda vårdcentralernas intressen och behov. Intresset och de lokala förutsättningarna (tex kunskap, tid, pengar och datorstöd) för registrering av data varierar inom primärvården i länet. Vårt förslag på tilläggsdata (se tabell I) betraktar vi därför närmast som en önskelista över intressanta och i flera fall ganska outforskade områden.

Vi har i stort kommit fram till samma förslag eller prioriteringar som den centrala basdatagrupper. Den viktigaste skillnaden är, att vi anser att även familjetillhörighet bör registreras. Analyser av vårdutnyttjande och vårdbehov kan ges ett djupare innehåll om vi kan använda familjen som enhet istället för besök eller individ. Uppgift om familjetillhörighet bör även noteras i journalen. Inom tex barnhälsovården har man gjort detta sedan länge, där noteras bl a civilstånd, släktskap och syskon. Om en allmänläkare skall kunna arbeta som familjeläkare måste han känna till familjesammansättningen och ibland kunna ta fram hela familjens journaler. Därför föreslår vi också att man inför ett speciellt blad i journalen, där uppgifter om fa-

HAGA VÅRDcentral Skäpplandsgatan 31-33 703 46 ÖREBRO, tfn 019-15 30 20				REGISTRERING/ PLANERING				Mottagning		Stat omr	
KONTAKTORSÄK								O		C	
Patientens beskrivning				Kontakttidpunkt		Pat mott					
				år		mån		dag			
				Personnr (f-dat.-nr)							
				Namn							
				Yrke/ titel							
				Adress							
				Tfn							
Vårdgivarens beskrivning: råd, hänvisning, övriga åtgärder											
Journal till pat mott ☐											
BESÖK - UPPFÖLJNING											
Vårdgivare		Kontaktsätt		Bokningsförutsättningar				Bokad			
Läkare	Besök	Övrigt	Brådska	Önskad besökstid	Önskad läk	Fidsät	år	mån	dag	Klockan	Kom
Distr sk	Hembesök					gång					ej
Sj sköt	Telefon		Vårdgivare								
Annan	Recept										
ÖNSKADE UNDERSÖKNINGAR											
Till lab				Prob nr		Diagnos I		Prob nr		Diagnos II	

Fig 1.
Förslag på R/P-blankett för primärvården i Örebro län.

miljöförhållanden, yrken, arbetsplats, bostad m fl sociala uppgifter förs in och kontinuerligt hålls aktuella. Med nuvarande journaluppläggning har sociala uppgifter tyvärr en tendens att snabbt bli inaktuella och svåröverskådliga.

Uppgifter om patientens tidigare och nuvarande yrke/arbetsförhållanden bör prioriteras högt vid både anamnesupptagningen och vid dataregistreringen. Dessa uppgifter kan vara avgörande för vår förståelse av de problem patienten söker för och de utgör förutsättningen för en orsaksinriktad registrering av sjukligheten. Dessutom utgör yrke en obligatorisk uppgift i det nya sjukintyget. Inom länet bör vi därför på sikt utveckla rutiner för kontinuerlig registrering av yrke och arbetsplats. En sådan registrering skulle underlättas om aktuella uppgifter rutinmässigt fanns med på patientbrickan.

Registrering av diagnoser

Ett väl fungerande klassifikationssystem inom primärvården saknas för närvarande. Först omkring 1985–1986 kan ett nytt förslag från centralt håll förväntas. Tills dess rekommenderar vi att socialstyrelsens "Diagnoskod i öppen vård" används. För att få en enhetlig tillämpning har vi utarbetat några grundläggande regler för kodningen.

På vår föreslagna R/P-blankett finns plats för tre diagnoser. *Huvuddiagnos* blir den diagnos som av läkare bedömts vara främsta orsak till att besöket kommit till stånd. *Huvuddiagnosen* registreras först. I journalen noteras samtliga diagnoser som krävt ett ställningstagande.

Symtomdiagnoser bör användas i minsta möjliga utsträckning, men blir dock aktuella i bla utredningsfall. Om diagnosen är osäker bör ett P (= preliminär) sättas efter diagnosnumret. En preliminär diagnos istället för en symtomdiagnos bör användas så fort man gjort ett ställningstagande och ger specifik terapi.

Patienter, som kommer på kontroll utan några aktuella besvär och utan att stå på någon terapi för de aktuella besvärerna rubriceras som *kontrollpatienter*. Efter diagnosnumret sätts bokstaven K. Detta är framför allt aktuellt för patienter med akuta infektionssjukdomar, exempelvis otit, som kommer för kontroll på dessa är utläkta. Ett annat exempel är patient med tyreotoxikos som behandlats med framgång och som inte står på någon substitutionsbehandling.

För att förbättra överskådligheten i journalerna rekommenderar vi, att man använder ett översiktsblad, där samtliga diagnoser vid ett besök noteras. Diagnoserna indelas i kronikerrespektive akutdiagnoser.

Kronikerdiagnoser är på förhand utvalda diagnoser, som anses kvarstå under resterande del av patientens liv eller som anses kunna spela roll för framtida bedömning även efter det att de är utläkta. Där så är möjligt noteras sjuk-

domens debutår. Kronikerdiagnoser kan tex antecknas i en egen kolumn i journalöversikten.

Akutdiagnoser är diagnoser för vilka patienten sökt för tillfället och för vilka sjukdomar man gör ett aktivt ställningstagande. Således kan även en kronikerdiagnos vara en akutdiagnos. Om exempelvis en patient kontrolleras för hypertoni och även har en höftledsartros så registreras artrosen, om man kontrollerar ledstatus eller ändrar terapi. Får patienten enbart receptförynelse på hypertoniemedel registreras ej artrosen.

Diagnostiska kriterier i primärvården

För att öka möjligheterna till jämförelser både inom och mellan vårdcentraler bör enhetliga kriterier för de viktigaste diagnosgrupperna i primärvården utarbetas. Detta är ett svårt och tidskrävande arbete.

Vi föreslår, att man bildar en "diagnoskriteriekommitté" i länet. Stommen i denna arbetsgrupp bör bestå av intresserade allmänläkare, som i samarbete med olika specialister arbetar fram lokala överenskommelser för diagnostiska kriterier. Detta arbete kan i sin tur vara ett led i utveckling av lokala vårdprogram. Här kan man dra nytta av det arbete som redan gjorts för att utveckla centrala och lokala vårdprogram för tex hypertoni, diabetes, urinvägsinfektioner samt ländryggsbesvär.

Datorstöd i primärvården

Utveckling av ett patientadministrativt system (PAS) pågår i länet. Det är viktigt att primärvårdens intresse härvid tillgodoses. En förutsättning för detta är, att företrädare för primärvården skaffar sig kunskaper och erfarenheter av datoriserade informationssystem anpassade till primärvårdens villkor.

Vi föreslår därför, att kurser och studiedagar kring detta problemområde kommer till stånd. Försöksverksamhet med minidatorer utlokaliserade till vårdcentraler har påbörjats. Målet bör vara att vi inom primärvården skall kunna ge ett konkret förslag på hur datorstödet till primärvården rätt skall utformas.

Avslutningsvis vill vi framhålla, att utvecklingsarbetet måste gå hand i hand med en ständig diskussion om vad primärvården bör och kan göra (3).

Litteratur:

1. Holmquist L: R/P-blankett – ett informationssystem för primärvård. SFAM-nytt nr 4, 1981.
2. Spri: Basdata om kontakter i primärvården. Stockholm: Spri, 1983 (Spri-rapport 142/1983).
3. Diderichsen F: Är det metoderna eller behoven som ska definiera basdata? Allmän Medicin nr 4: 144–145, 1983.

Författarpresentation:

Inger Almer-Larsson, avdelningsföreståndare, Skebäcks vårdcentral, Örebro.

Göran Falck, distriktsläkare, Vårdcentralen, Kopparberg.

Lennart Holmquist,* distriktsläkare, Haga vårdcentral, Örebro.

Ingvar Lidén, distriktsläkare, Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga.

Margus Mägi,* FV-läkare, Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro.

*Postadress: Socialmed avd, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

PS!

Om R/P-blankett se även Berg och Lindblads artikel på sid 280.

**SFAM:s 1:a
Vårmöte
24–25 maj 1984
i Uppsala.
Obs!
Deadline för
abstract
15 mars 1984.
Sändes till:
Inst för
AllmänMedicin,
Hans Åberg,
Akademiska
sjukhuset,
751 85 UPPSALA**

Vill Du

- medverka till primärvårdens utveckling
- få tillfälle till forskarutbildning
- engagera Dig i forskningsarbete
- vara med från början i en ny vårdcentral

då är Du

välkommen till

HOFORS där två tjänster nu ledigförklaras som

DISTRIKTS- LÄKARE

Ref nr
3-28-83



HÄLSOCENTRALEN HOFORS

Utvecklingsarbete i primärvården

En ny hälsocentral togs i bruk i oktober månad 1983. Där finns lokaler för 6 samtidigt arbetande allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut, FHV, MVC, BVC och folktandvård.

Lokalernas disposition gör det naturligt att dela kommunen i 2 ansvarsområden och arbeta i vårdlagsform.

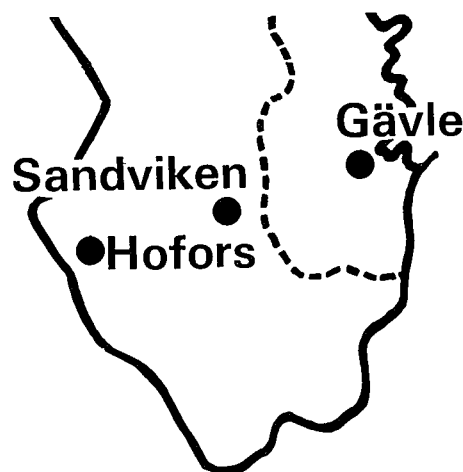
Vi söker nu även distriktssjukgymnaster till hälsocentralen.

Utvecklingsenheten

I den nya hälsocentralen kommer också en utvecklingsenhet för primärvården att inrymmas. Utvecklingsenheten har enligt landstingsbeslut en länsfunktion och skall genom projektarbete utveckla primärvårdens arbetsinnehåll och arbetssätt med särskild inriktning på förebyggande aktiviteter. Enheten avses få en hälsoprofil. Den arbetar i nära samverkan med landstingets samhällsmedicinska enhet och institutionerna för allmänmedicin och socialmedicin vid Uppsala universitet. Utvecklingsenheten har särskilda resurser i form av projektsekreterare med beteendevetarutbildning, läkarsekreterare och ADB-resurser. Den har under det sista året byggts upp och några projekt påbörjats. Varje distriktsläkare inom Hofors läkardistrikt kommer att erbjudas delta i utvecklingsarbete och då avsätta 25 % av sin arbetstid för sådana uppgifter.

Hofors läkardistrikt

Hofors läkardistrikt ligger i västra Gästrikland och omfattar c:a 13.000 invånare, varav centralorten c:a 9.000 invånare. Avstånd till Sandviken och Falun c:a 30 km. När primärvården är fullt utbyggd kommer 8 distriktsläkare att vara verksamma i distriktet. Efter nyrekrytering är vi för närvarande 3 ordinarie läkare och har god tillgång på AT- och FV-läkare för komplettering.



För vidare upplysningar, kontakta distriktsläkare/utvecklingschef Mats Ribacke tel 0290/279 20, distriktsläkare Jens-Eric Nielsen, tel 0290/279 70 eller sjukhusdirektör Rolf Markström, tel 026/25 19 00 vx.

Tillträde av tjänsterna efter överenskommelse.

Löne- och anställningsvillkor utgår enligt gällande avtal.

Hälsodeklaration lämnas efter anmodan.

Vi biträder vid bostadsfrågans lösande.

Ansökan, styrkt meritförteckning samt övriga handlingar sökande önskar återopå insändes till

Direktionen för Sandvikens sjukvårdsdistrikt, Sandvikens sjukhus, 811 89 Sandviken, inom tre veckor från den dag denna kungörelse varit införd i Post- och Inrikes Tidningar (Införd 83-12-07)



Att undvika institutionsvård hos äldre patienter

OVE DEHLIN · ÅKE RUNDGREN · SVEN-MÅRTEN SAMUELSSON · BRITA WALLGREN

Fyra populationer har jämförts med avseende på vissa medicinska och sociala variabler. De servicehus-boende personerna var äldst, de på sjukhem mest handikappade, patienterna i hemsjukvård var mindre ofta ensamstående och hade lägre vårdtyngd än sjukhemspatienterna. Trygghetstelefonen var av stor betydelse för att snabbt få hjälp och bland patienterna i den gruppen fanns flera svårt handikappade. Den sociala situationen och den psykiska funktionsförmågan är av avgörande betydelse för möjligheterna att vårda äldre sjuka personer i det egna hemmet.

Nyckelord: Hemsjukvård, sjukhems-vård, servicehus, trygghetstelefon.

Under senare år har det vuxit fram ett ökat intresse för icke institutionella vårdformer inom långtidsjukvård som dagsjukvård och hemsjukvård. Den sociala hemtjänstens utbyggnad med hemvård för äldre och handikappade liksom tillkomsten av trygghetstelefon med möjlighet till snabb hjälp dygnet runt har också ökat förutsättningarna för att sköta måttligt till svårt sjuka i det egna hemmet. Ålderdomshemmens/servicehusens plats i vårdkedjan har diskuterats, både med avseende på en nedtyngning av vårdens innehåll och tvärtom, alltså med överförande av vårdtunga pensionärer till sjukhem i stället (1, 2). Det har ibland kanske ställts alltför stora förhoppningar på vad som kan skötas inom hemsjukvård; hemsjukvårdens begränsningar vad avser tillsyn nattetid och helger har också diskuterats (3, 4).

Den ändrade sociala strukturen i samhället med allt färre medelålders

Tabell I.

Några olika karakteristika för de olika populationerna. Med minnesstörningar menas symtom av sådan valör att de utgör ett vårdmässigt problem. Vårdtyngsberäkning: helt utan hjälpbehov = 0 poäng, maximalt hjälpbehov = 32 poäng.

CVL = restillstånd efter cerebrovaskulär lesion. Höftfraktur = defektläkt sådan med förflyttningssvårigheter.

Vård/boende form	Medelålder	Ensamstående, %	Kvinnor, %	Minnesstörningar, %	Vårdtyngd	Symtom som huvudsakligen beror på vårdbehov
Sjukhemsvård	80	77	66	42	24	CVL, höftfraktur
Hemsjukvård	73	43	54	25	14	CVL, hjärt- o kärlsjukdomar
Servicehus-boende	83	85	66	25	<12	Kombinerade somatiska funktionsnedsättningar; oro att vara ensam hemma
Trygghetstelefon	80	78	72	17	<12	Artrit-artros, CVL, hjärt- o kärlsjukdomar

och äldre kvinnor i den traditionella vårdgivarrollen (kvinnor som alltså nu i stället förvärvsarbetar), ställer också andra krav på samhällsinsatser för att vårda äldre långtids sjuka hemma (5).

Vi har undersökt avgränsade patientpopulationer i sjukhemsvård, hemsjukvård, i servicehusboende och hemmaboende med trygghetstelefon med avseende på vissa sociala och medicinska variabler med frågeställningen

- vad skiljer grupperna i de olika vård/boendeformerna åt
- kan ökad satsning på en vårdform avlasta en annan.

De fyra studerade vård- och boendeformerna

Populationen sjukhemspatienter kommer från klinik III, Vasa sjukhus, Göteborg, och omfattar 306 (alla) patienter på två sjukhem.

Populationen hemsjukvårdspatienter kommer också från klinik III, Vasa sjukhus. Hemsjukvården startade 1978 och var vid tiden för den aktuella kartläggningen (1981-82) fullt utbyggd med nattpatrullverksamhet och helgtjänstgöring.

Hemsjukvården var avsedd för patienter vars hjälpbehov motsvarade sjukhemspatienternas men en viss andel av vårdlätta patienter har bibehållits av flera skäl. Ofta möjliggjorde fortsatt hjälp från sjukhuset en tidigare och tryggare utskrivning till hemmet av patienterna och de vårdlätta patienterna

utgjorde också en buffert som möjliggjorde en jämnare schemaläggning för personalen då luckor i arbetsschemat kunde utnyttjas för gångträning, sårömläggning mm.

Detta torde vara en realistisk uppläggning av "tung" hemsjukvård över huvud taget, trots att givetvis en viktig målgrupp framför allt är de patienter där alternativet annars vore sjukhems-vård. Hemsjukvårdspatienterna har följts under ett års tid (1981-82). I hemsjukvårdsteamet för kliniken ingick 10 veckotimmar läkartid, 5 undersköterskor och 5 sjukvårdsbiträden heltid, 15 timmars kuratortid per vecka och dessutom anlätades arbetsterapeut och sjukgymnast från kliniken i varierande utsträckning. Sjukgymnast och arbetsterapeut kunde också anlitas från de lokala sjukhemmen.

Under registreringsåret inskrevs totalt 132 patienter i hemsjukvården. Av de inskrivna var 71 kvinnor och 61 män, men de flesta patienterna hade inskrivits och utskrivits upprepade gånger. Totalt rörde det sig därför om 77 personer, 41 kvinnor och 36 män. Ju mer vårdtunga patienterna var desto oftare hade de drabbats av sjukvårds-krävande akuta tillstånd och behovet av avlastningsperioder för anhöriga ökade också starkt med ökad vårdtyngd.

Populationen boende på ålderdomshem/servicehus omfattar de 547 pensionärer som under ett års tid (1980-1981) flyttade in på de 22 enheterna äl-

derdomshem/servicehus i Göteborg. 47 procent av pensionärerna flyttade in från det egna hemmet medan 53 procent flyttade in från sjukvårdsinstitutionen, i huvudsak från långvårdsinstitutionen (2).

Populationen med trygghetstelefon kommer från Malmö. I Malmö har man Sveriges hittills största erfarenhet av trygghetstelefon. Det system man använt sig av är en mikrodatorbaserad trygghetstelefon som består av en vanlig telefon med underställ jämte en elektronikbox. Larminnehavaren bär ständigt på sig en liten vattentät radiosändare, stor som ett armbandsur. Via denna radiosändare kan larminnehavaren utlösa larm från sin telefon var han/hon än befinner sig i sin lägenhet. Det utlösta larmet etablerar tvåvägs högtalande kommunikation med en mottagarenhet som kan var en anhörig, ett servicecentrum eller sjukvårdsinstitution (vårdcentral), (6).

I Malmö finns fn cirka 300 trygghetstelefoner anslutna till tre servicecentra. Tre vårdbiträden per centrum är kontinuerligt i tjänst för insatser hos 100 larminnehavare. En utvärdering har gjorts av de 30 första trygghetstelefonerna som installerades 1980 på socialmedicinsk indikation i lägenheter bebodda av äldre och handikappade (7).

Likheter - skillnader

Vissa karakteristika för de fyra grupperna framgår av tabell I. Vad gäller sjukhemspatienterna så var männen i 62 procent ensamstående och kvinnorna i 86 procent. Demenssymtom, framför allt minnesstörningar, av klinisk valör fanns hos 27 procent av männen och 49 procent av kvinnorna. Resttillstånd efter höftfraktur fanns hos 14 procent av männen och 28 procent av kvinnorna, resttillstånd efter cerebrovaskulär lesion hos 34 procent av männen och 24 procent av kvinnorna.

Patienterna i hemsjukvård hade en betydligt lägre vårdtyngd än gruppen sjukhemspatienter och endast 13 procent av patienterna hade en vårdtyngd som genomsnittligen vid sjukhemsvård. 74 procent av patienterna hade hemvård och maximalt gavs 30 timmar hemvård per vecka; mest hemvård erhöll yngre gravt handikappade patienter. Över hälften hade hemvård även lördag-söndag och cirka 20 procent hade kvällstillsyn (läggpatrull). Hjärt-kärlsjukdomar var i 20 procent av fallen orsak till vården, neurologiska cerebrovaskulära sjukdomar i 30 procent, ortopediska sjukdomar i 13 procent och demens som huvudsaklig vårdindikation förekom i 4 procent.

Av de pensionärer som flyttade in på servicehus var 74 procent av männen och 91 procent av kvinnorna ensamstående. Av dem som kom från sjukvårdsinstitution (53 procent) hade 88 procent en vårdtid under 6 månader; det rörde sig oftast om rehabilitering efter cerebrovaskulär lesion eller höft-

fraktur med ADL-svårigheter som omöjliggjorde återgång till det gamla hemmet. Alla pensionärer som flyttat in från eget hem hade någon form av hjälpinsats där, som regel hemvård (77 procent). Cirka hälften hade 2-6 timmars tillsyn per dag eller mer. Sociala skäl för inflyttning (olämplig bostad mm) förekom i 30%; vad gäller somatiska skäl var en kombination av symptom från rörelseapparaten, från hjärta - lungor och cerebrovaskulära symptom (totalt cirka 90 procent) vanligast. Vad gäller psykiska skäl dominerade ensamhetskänslor, oro och minnesstörningar och utgjorde totalt cirka 75 procent.

Trygghetstelefonerna installerade på socialmedicinska indikationer i lägenheter bebodda av äldre och handikappade i Malmö har visat sig fungera helt tillfredsställande. Pensionärerna av vilka flera är kraftigt somatiskt handikappade har fått trygghetstelefonen som alternativ till flyttning till service-lägenhet. Flera av dessa har dagligt behov av hjälp med ADL, vilket efter larm snabbt kan åtgärdas genom hembesök av vårdpersonal från ett närbeläget servicecentrum. Hjälpn kan flexibelt sättas in på de tider då pensionärerna behöver den, även på natten.

En jämförelse mellan de olika grupperna visar att sjukhemspatienterna i hög utsträckning var ensamstående, ofta hade demenssymtom av klinisk betydelse och att resttillstånd efter cerebrovaskulär lesion var vanligt förekommande. Patienterna i hemsjukvård var yngre än sjukhemspatienterna, de var inte ensamstående i lika hög utsträckning och den genomsnittliga vårdtyngden var väsentligt lägre. Pensionärerna på servicehus var äldst, var ensamstående i mycket hög utsträckning, hade alla (från eget hem) tämligen mycket hemvård. Oro, ensamhetskänslor och minnesstörningar var vanligt i denna grupp.

I gruppen med trygghetstelefon var 78 procent ensamstående mot 43 procent bland hemsjukvårdspatienterna och medelåldern var högre. Minnesstörningar förekom hos endast 17 procent och var ej av svårare grad, vilket är en förutsättning för ett adekvat utnyttjande av trygghetstelefoner. De som hade dagligt behov av hjälp med ADL hade en hög vårdtyngd. Även de personer som hade fått trygghetstelefon på indikationen trygghet (emergency) var kraftigt handikappade men hade som regel ej dagligt behov av hjälp av andra personer, varför den genomsnittliga vårdtyngden i gruppen ej var så hög.

Slutsatser

Sociala faktorer (att vara ensamstående) i förening med psykiska faktorer (oro, minnesstörningar) begränsar möjligheterna för vård i det egna hemmet. Den gruppen av äldre kan ha nytta av servicehusboende. Om hemsjukvården kan ges ett tyngre medicinskt

innehåll (inkluderande bl a nattpatruller och helgtillsyn) kan den avlasta sluten vården något. Trygghetstelefonen ansluten till ett servicecentrum/servicehus med personal som kan ge den äldre eller handikappade icke - förprogrammerade hjälpinsatser hela dygnet och därmed även trygghet bör kunna komma till betydligt ökad användning. En utbyggnad av trygghetstelefonssystemet kan sannolikt uppskjuta eller förhindra behovet av servicehusboende.

Referenser:

1. Ahrén B: Älderdomsheimmens plats i vårdkedjan - markant vårdtyngd, bristande resurser. Läkartidningen 1981;3291-3293.
2. Dehlin O, Rundgren Å, Mellström D: Kartläggning av bakgrundsfaktorer hos pensionärer som flyttar till älderdoms-hem/servicehus. Arbetsrapport nr 8 i De äldre i samhället - förr, nu och i framtiden. Uppsala universitet, 1982, ISBN 91-506-0360-4.
3. Jonsson A, Schäufele U, Tvedten F: Vårdcentralen ansvarar för hemsjukvården. Snabbare beslut och bättre samarbete. Läkartidningen 1982; 79:3152-3153.
4. Oldinger E: Patienter i Motala kan välja att tillbringa sin sista tid hemma. Nordisk Medicin 1981; 96:41-43.
5. Samuelsson G: Dagens pensionärer - selskiftets barn. Akademisk avhandling, Lunds universitet, 1981.
6. Hedlén B, Holmer N-G, Hood B, Lindström K, Persson B, Samuelsson S-M, Wallengren B: Kan tekniken öka tryggheten i det egna boendet? Trygghetstelefon enligt det nya Malmö-systemet med stort användningsområde. Läkartidningen 1979; 76: 1517-1521.
7. Samuelsson S-M, Wallengren B, Lindström K, Holmer N-G: Evaluation of a new microcomputer alarm telephone system with two-way loud speaking communication and wireless release. 12th International Congress of Gerontology, Hamburg 1981.

Författarpresentation:

Professor Ove Dehlin är knuten till Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

Docent Åke Rundgren är överläkare vid klinik III, Vasa sjukhus, 41133 Göteborg.

Docent Sven-Mårten Samuelsson är överläkare vid långvårdskliniken, Malmö allmänna sjukhus, 21401 Malmö, där också Brita Wallengren är överläkare.

Primärvården behöver biblioteken

PER-OLOF TELLANDER · BENGT HOLMQUIST

Inom Kopparbergs läns landsting pågår en diskussion om hur primärvårdens biblioteksservice skall organiseras. Falu lasarettsbibliotek har som landstingets basbibliotek det övergripande ansvaret för att primärvården erhåller den biblioteksservice som är rimligt sett utifrån primärvårdens behov.

Nyckelord: Primärvård, information, bibliotek.

Förslag från Falun

Vi kommer här att presentera ett förslag på hur vi tänkt oss primärvårdens biblioteksservice i Kopparbergs län. Stockholms läns landsting har gjort en utredning "Primärvårdens biblioteksorganisation inom hälso- och sjukvården"⁽¹⁾. Denna utredning utgår från förhållandena inom Stockholms läns landsting och kan bara delvis vinna tillämpning utanför Stockholmsområdet. Vi har också genom studiebesök tagit del av hur biblioteksorganisationen utformats i Värmlands läns landsting. Landstingens organisation skiljer sig emellertid åt. Vi bör i detta sammanhang klargöra att varje direktionsområde i Kopparbergs län har självständighet att besluta om biblioteksverksamheten. Därför utgår detta förslag från en inventering och analys av direktionen för Falun-Borlänge hälso- och sjukvård, samt direktionen för Säter hälso- och sjukvård, där Falu lasarettsbibliotek får direktionernas uppdrag att utreda frågan.

Synpunkter värdefulla

Erfarenheterna av biblioteksservice till primärvården är begränsade. Det skulle därför vara utomordentligt värdefullt om det framlades synpunkter på hur denna biblioteksservice skall fungera framgent, inte minst viktigt är att primärvårdens representanter diskuterar frågan. Det saknas emellertid en sådan diskussion i bla tidskriften Allmän medicin och mot bakgrund av de stora informations- och utbildningsbehov som finns inom primärvården förefaller detta anmärkningsvärt.

Primärvårdens arbetsuppgifter

Det blir allt viktigare att primärvården börjar uppmärksamma den resurs som sjukhusbiblioteken innebär. Det gäller att se de såväl ekonomiska som organisatoriska vinsterna av att utnyttja befintliga system och inte bygga upp särskilda enheter för att lösa informationsförsörjningsproblemen. Biblioteksverksamheten berör på ett eller annat sätt samtliga av de arbetsuppgifter inom primärvården som beskrivits i de samverkansstudier som utförts av Socialstyrelsen, de båda kommunförbunden och Spri (2). Både primärvårdens förebyggande (miljö- och individinriktade) och behandlande uppgifter kräver biblioteksservice. Omvårdnaden med sjukhemsverksamhet har också behov av bibliotekets resurser. Primärvårdens forsknings- och utvecklingsarbete, innefattande bla utbildning, ställer allt större krav på en utvecklad och fungerande biblioteksverksamhet. För att en sådan ska komma till stånd krävs bla att biblioteket ges möjlighet att vara med vid planering och utbyggnad av primärvården.

Allmänt bibliotek och Fackbibliotek

När sjukhusbibliotekens verksamhet diskuteras bör man hålla isär den allmänna biblioteksservicen och fackbiblioteksservicen⁽³⁾. Det allmänna biblioteket, eller patient- och arbetsplatsbiblioteket som det också kallas, har till primärvården i uppgift att ge service till sjukhemspatienter, personal och vårdsökande. Denna verksamhet kan närmast jämföras med kommunbibliotekens (folkbibliotekens). Fackbiblioteket eller det medicinska biblioteket är i första hand till för att primärvårdens personal bättre ska lösa sina arbetsuppgifter. Biblioteksservice till primärvården innefattar således både allmän- och fackbiblioteksverksamhet.

Allmän biblioteksservice

Den allmänna biblioteksservicen kan förekomma i olika former. Om en vårdcentralers sjukhemsverksamhet överstiger 50 vp, bör utrymme ges för ett bibliotek med skönlitteratur och populärfackböcker. Detta bibliotek bör vara tillgängligt för lån på förtroendebasis (öppet dygnet runt utan personal) till både patienter och personal. Till den allmänna biblioteksservicen hör också bokrondsverksamhet. Vi anser att målsättningen, att varje avdelning ska ha

besök av en bokvagn minst 1 gång/vecka (3) också ska gälla primärvårdens sjukhem. Det är viktigt att personalen engageras i att få sjukhemspatienterna att tillgodogöra sig litteratur. En förutsättning för att detta ska fungera är att högläsning förekommer. Högläsarens arbete ska ses som ett viktigt komplement till bibliotekariens. Sjukhemmens patienter bör också ges tillgång till artotekets service. Artoteksverksamheten innebär att patienterna har möjlighet att låna tavlor vid de regelbundet, ca 1 gång/månad, återkommande artoteksronderna. Även de vårdsökande kan genom väntrumslitteraturen få del av biblioteksservicen. Väntrumslitteraturen finns utplacerad på särskilda boksruddar i mottagningsarnas väntrum och byts regelbundet enligt särskilt schema. På BVCs och MVCs väntrum bör bibliotek också vinnlägga sig om att god barnlitteratur finns att tillgå, samt boklistor med förslag på god barnlitteratur för föräldrarna att ta med sig hem.

Den allmänna biblioteksservicens former måste anpassas efter de lokala förutsättningarna. Vårdcentraler som ligger i anslutning till sjukhus med allmänt bibliotek behöver av naturliga skäl inte egna boksamlingar i den utsträckning som enheter som ligger mera avses. Vårdcentraler som har ett ringa antal sjukhemsplatser behöver enbart mindre bokdepositioner. Om det är stora avstånd mellan sjukhusbiblioteket och vårdcentralen kan det vara praktiskt att i stället låta personal från kommunbiblioteket eller dess filial på den ort där vårdcentralen ligger besöka sjukhemmet. Dessa tjänster skulle således köpas av kommunen och bör regleras genom avtal mellan landstinget och den berörda kommunen.

Fackbiblioteksservice

För att denna företrädesvis medicinska biblioteksservice ska fungera krävs en utvecklad biblioteksorganisation. För att stärka denna organisation föreslår vi ett system med kontaktpersoner, där varje vårdcentral utser en sådan. Tankbara personalkategorier är expeditionsföreståndare och vårdcentralföreståndare.

Kontaktpersonerna vid vårdcentralerna ska ansvara för kontakten med sjukhusbiblioteket (och/eller basbiblioteket). De ska utdela och informera om från sjukhusbiblioteket utsänt material, samt ta emot och återsända lån

från sjukhusbiblioteket. Till kontaktpersonernas uppgifter hör också att hålla ordning i lokala bok- och tidskriftssamlingar, registrera tidskrifter och byta väntrumslitteratur.

Kontaktpersoner ansvarar även för de enheter som inte ligger i anslutning till vårdcentralen. Det innebär att det i praktiken inte alltid blir kontaktpersonen som genomför arbetsuppgifterna, även om denne formellt är ansvarig.

Facklitteraturförsörjning och samrådsgrupp

Primärvårdens facklitteraturförsörjning innebär inte bara möjlighet till lån från medicinskt bibliotek. Vi menar att det också är nödvändigt att det finns bok- och tidskriftsbestånd på primärvårdsenheter.

Initiativ till att föreslå litteratur tillkommer samtliga på vårdcentralen, men vårdcentralchefen bör som kostnadsställansvarig ha det formella ansvaret för vilken litteratur som ska köpas till in till vårdcentralen och dess olika enheter. Samtidigt menar vi att det behövs en samrådsgrupp för hela länet, vilken har att diskutera principfrågor och besluta om det minimibestånd som är rimligt sett utifrån primärvårdsenheter. Vi menar att ett rimligt grundbestånd för DLM bör ligga på ca 50 böcker och 10 tidskrifter. DSM och BVC bör ha ett 20-tal böcker och MVC ett 15-tal. Även ungdomsmottagningar, sjukhem etc bör ha tillgång till facklitteratur. Primärvårdsenheter som saknar lokallanknytning till sjukhus med fackbibliotek bör rimligtvis ges ett större grundbestånd än enheter som har sådan lokallanknytning. DSM som har både BVC och MVC uppgifter bör få tillgång till fler böcker än DSM som saknar dess uppgifter.

Samrådsgruppen ska alltså med hjälp av Falu lasarettsbibliotek framtälla litteraturlistor, där minimibeståndet för de olika typerna av enheter framgår. Dessa listor ska sedan regelbundet uppdateras. En viktig uppgift för samrådsgruppen blir också att finna lösningar på hur primärvårdsutbildningens behov av litteratur ska tillgodoses. Den litteratur som måste till för att täcka detta behov kan förekomma i form av lån, klassuppsättningar eller gåva. En särskild fråga i sammanhanget är föräldrautbildningens litteraturbehov. Här bör sjukhusbiblioteken, företrädesvis Falu lasarettsbibliotek, kunna bidra med kommenterade litteraturlistor att utdelas till vårdsökande. Denna service kan i princip tillkomma primärvårdens samtliga typer av enheter men kanske framför allt MVC och BVC.

Förhållandet mellan lokalt sjukhusbibliotek och basbibliotek

Falu lasarettsbibliotek har som landstingets basbibliotek, som tidigare nämnts, det övergripande ansvaret för biblioteksverksamheten inom primär-

vården i Kopparbergs län. Men i länet finns också en rad lokala sjukhusbibliotek, där landstinget köper tjänster av kommunerna. En viktig fråga för biblioteksservicen till primärvården gäller förhållandet mellan det lokala sjukhusbiblioteket och Falu lasarettsbibliotek.

För direktionen för Säter hälso- och sjukvård, där det finns ett lokalt sjukhusbibliotek (Säters sjukhusbibliotek) föreslår vi att det lokala sjukhusbiblioteket handhar såväl den allmänna som fackbiblioteksservicen till primärvården. Beträffande facklitteraturen kommer emellertid Falu lasarettsbibliotek att som basbibliotek handha den centrala upphandlingen av litteraturen och iordningställandet av denna. Falu lasarettsbibliotek planerar nämligen att centralt sköta alla inköp av fackbibliotekslitteratur inom sjukvården i Kopparbergs län, och detta kommer även att gälla facklitteratur till primärvården. Även om således det lokala sjukhusbiblioteket får handha biblioteksservicen till primärvården inom den direktion den har att ge service, så kommer Falu lasarettsbibliotek att fungera som en rådgivande och stödjande instans. Inom de direktionsområden som saknar lokalt sjukhusbibliotek (tex direktionen för Nedansiljanområdet) blir det sjukhusbiblioteket vid det sjukhus som har länssjukvårdsansvar, som får handha biblioteksservicen till primärvården. För Nedansiljanområdet innebär det att primärvården i Rättvik handhas av Mora lasarettsbibliotek och primärvården i Leksand av Falu lasarettsbibliotek.

Förhållandet mellan basbiblioteket och forskningsbibliotek

Den medicinska biblioteksverksamheten kan indelas i tre nivåer, där lokala sjukhusbibliotek som tex Säters sjukhusbibliotek representerar den första nivån och Falu lasarettsbibliotek den andra nivån. I "Ansvarsbibliotek inom medicin" föreslås att Karolinska Institutets bibliotek skall bli nationellt ansvarsbibliotek inom ämnet medicin och således det viktigaste biblioteket för sjukvården på den tredje nivån (4). Ansvarsbiblioteksutredningen noterar dock att det bedrivs utrednings- och utvecklingsarbete inom Spril. Utredningen menar vidare att Spris bibliotek ska bli specialbibliotek "för hälso- och sjukvårdsadministration, sjukvårdsplanering och sjukhusbyggande". För primärvården ställs frågan om inte Spril blir den viktigaste informationscentralen, då Spril fått "ett vidgat ansvar för spridning av kunskap om vad primärvårdens FoU-arbete gett för resultat" (5). Genom Spriline, Spris egen databas, kommer så småningom uppgifter om hela den svenska primärvårdsforskningen, både den avrapporterade och den pågående, att vara sökbar on-line (6). Detta innebär att primärvården i Kopparbergs län i framtiden kan vända sig till Falu lasarettsbib-

liotek för on-linesökningar i Spriline. Den internationella primärvårdslitteraturen är redan sökbar genom att Falu lasarettsbibliotek har anslutits till Medlars-systemet. Sjukhusbiblioteken borde ges i uppgift att försörja primärvårdens forsknings- och utvecklingsarbete både med data- och andra litteratursökningar. Genom publikationer som New Reading for General Practitioners och the New Family Medicine literature Index kan sjukhusbiblioteken förbättra servicen till primärvården.

För att primärvårdens personal bättre ska bli insatta i litteratursökningens möjligheter föreslår vi att ett schema läggs upp där vårdcentralernas personal besöker Falu lasarettsbibliotek.

Lokaler och utrustning

Biblioteksservice till primärvården kräver slutligen också lokaler och utrustning som fysiska förutsättningar för biblioteksverksamheten. Falu lasarettsbibliotek ska tillse att biblioteksservicens lokal- och utrustningsbehov tillgodoses. Därför blir det inte minst viktigt att Falu lasarettsbibliotek ges möjlighet att tidigt i planeringsfasen påverka lokalers utformning och utrustning.

Primärvården behöver biblioteken

Inom primärvården hittar vi personalen utspridd och isolerad, vilket gör att informationsbehovet säkerligen är större där än för slutenvården. Det är mot denna bakgrund som vi har försökt påvisa några av de möjligheter som en utvecklad biblioteksverksamhet utgör. Denna presentation från Falun är ett förslag på hur frågan om biblioteksservice till primärvården ska lösas.

Referenser

1. Primärvårdens biblioteksorganisation inom hälso- och sjukvårdsnämnden. Råd och anvisningar. Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämnden. Centrala förvaltningen.
2. Primärvården. Förhoppningar och realiteter. Dokumentation från konferens anordnad av Socialdepartementet i samarbete med Spril 2 juni 1982.
3. Kulturpolitik i Dalarna. Nuläge och förslag. Kopparbergs läns landsting. Falun, 1978.
4. Ansvarsbibliotek inom medicin. Utredning genomförd på uppdrag av Ansvarsbiblioteksutredningen (ABU). Stockholm, 1982. (KIBIC-R-003)
5. Haglund B: Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. SFAM-nytt 1982;3:92.
6. Browallius M: Primärvården behöver information. SFAM-nytt 1982;3:195.
7. Boström G, Haglund B, Svanström L: Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige. AllmänMedicin 1983;4:5-6.

Författarpresentation:

Per-Olof Tellander och Bengt Holmquist är bibliotekarier vid Falu lasarettsbibliotek.*

*Postadress: Biblioteket, Falu lasarett, 791 82 Falun.
Tel 023-820 00

Rollspel som undervisningsform i allmänläkarutbildningen – en praktisk pedagogisk modell

BENGT MATTSSON

Rollspel är en undervisningsform som blivit använd mycket på senare år och som skiljer sig från mer traditionell undervisning. Artikeln ger ett exempel på hur man som ledare kan lägga upp ett rollspel och vad man bör tänka på i spelets olika skeden. Det är nödvändigt med viss gruppleddarvana, att man har klart formulerade mål och att etiska aspekter hålls levande. Särskilt av betydelse är den uppföljande diskussionen där syntesen och konklusionen görs.

Nyckelord: Rollspel, pedagogik, allmänläkarutbildning.

Under senare år har rollspel som undervisningsform introducerats i många olika utbildningar. Inom näringslivet, i skolor, vid universitet prövar man denna pedagogik som bygger på "learning by doing".

I läkarnas grundutbildning, framför allt i kurser i psykiatri och medicinsk psykologi, användes rollspelet för att illustrera och lära ut hållningar och attityder i patient-läkar-förhållandet. Inom ramen för den nya handledarutbildningen för allmänläkare har rollspel använts och formen har rekommenderats och uppskattats av många.

För de som tidigare har haft mer traditionell undervisningserfarenhet, antingen som lärare eller elev, är emellertid rollspelet något nytt. Det kräver andra färdigheter och annan typ av deltagande av alla medverkande, och formerna är inte strikta och går ej att förbereda och kontrollera på samma sätt som tex föreläsning, paneldiskussion, grupparbete etc. Förvånansvärt litet är skrivet om rollspelet som undervisningsform. Vill man lära sig behärska rollspelet som undervisningsform är också det bästa sättet att själv

deltaga och aktivt medverka, att "läsa på" räcker inte. Några riktlinjer och arbetsmodeller kan dock vara till stöd när man prövar att leda rollspel, särskilt den första tiden. Föreliggande modell och reflektioner bygger mest på egna erfarenheter genom åren, en del synpunkter har hämtats från den sarsamma litteraturen (1, 2).

Rollspelet är ett komplement till annan undervisning och kan användas för att exemplifiera innehållet i en mer traditionell pedagogik (böcker, föreläsningar, seminarier etc). Det skapar inför alla medverkande (lärare och elever) en gemensam konkret upplevelse, utelämnar för en tid teoretiska och filosofiska spekulationer, för ner resonemangen till en mer tillämpad jordnära och ofta känslomässig nivå. Rollspelet har härigenom en klar påverkan på en grupprocess.

Ett "lyckat" rollspel kan i början av några kursdagar innebära att gruppen arbetar betydligt öppnare och friare och när långt medan en "misslyckad" variant kan skapa låsningar, hinder och motstånd i ett fortsatt grupparbete.

Rollspel kan egentligen användas vid alla typer av medicinsk utbildning, dvs målsättningen med denna undervisningsform kan vara att lära ut

- a) rena medicinska kunskaper
- b) kliniska färdigheter
- c) attityder och värderingar.

Kunskaperna kan belysas genom att rollspelet tar upp frågor om differentialdiagnoser, lämpliga undersökningsmetoder eller behandlingsaspekter. Den kliniska färdigheten kommer fram om man tex ser på hur olika problem handlägges. Hur sociala och interpersonella besvär tas upp eller hur själva samtalet flyter. Attitydaspekterna omfattar den inställning och de svårigheter som upplevs i spelet som doktor eller patient. Attityderna berörs också i de etiska frågor som kan väljas och bli fokus för undervisningen, vad är "rätt" att säga i ett visst ögonblick, hur "ärlig" skall man vara, hur skall den personliga integriteten skyddas etc.

Det är därför bra att innan ett rollspel börjar ha gjort klart för sig vad

som är målet/syftet med övningen. Vad är spelet en illustration på, gäller det att belysa hur ett mottagningsbesök kan inledas eller hur en tystnad kan hanteras (klinisk färdighet) eller gäller det att lämna ett besked om cancerdiagnos eller om föräldrar skall meddelas vid en flickas abortönskan (attityder)?

Dock när rollspelet väl har börjat är det mycket som händer och att strikt följa detaljerade ramar går inte, en betydande flexibilitet blir nödvändig. Det är dock viktigt att ledaren har den allra yttersta ramen klar och fast.

Det kan gälla tid, rum, område, målsättning i stort med spelet. Känner gruppen att den tryggheten finns hos ledaren, ökar det friheten och valmöjligheten hos de agerande och innehållet och erfarenheten berikas.

Jag kommer i det följande att beröra exempel just där rollspelsavsikten är att beröra klinisk färdighet och attityd och det är tveklöst med det syftet som de flesta rollspel sätts igång.

Att tänka på före

Man bör således vara klar med sin målsättning i stort och det bör explicit sägas ifrån och vara överenskommet mellan alla medverkande. Bara ordet "rollspel" är provocerande för en del och att ge ramar underlättar. Hur länge skall vi hålla på? – vad skall belysas? – skall vi vara här? – hur skall vi sitta? – hur stor skall gruppen vara? – etc, etc. Är alla överens? Om någon/några inte är med på det, måste vederbörande få motivera varför. Är det "irrelevant" och startar man med några som är motvilliga? Det senare är möjligt men det bör öppet göras klart att gruppen representerar olika åsikter och en lyhördhet för motstånd och svårigheter hos vissa deltagare är nödvändig. Allt eget deltagande skall vara frivilligt.

Det kanske viktigaste att veta före är kunskapen om var gruppen befinner sig – dvs hur är sammanhållningen?, finns det mycket spänningar?, litar man på varandra?, har man provat liknande innan med gott/uruselt resultat? etc.

Detta kan vara svårt att veta om man som ledare kommer ny till en grupp –

men det finns alltid sätt att få reda på det och det är viktigt att göra det.

Att också en stund före rollspelet se "inåt" och se på sina egna förutsättningar är klokt. Är det bara att "sätta igång" eller är det egna motståndet starkt? Båda utgångspunkterna kan vara oroväckande. En "lagom osäkerhet" är bäst att ha – den är ofta en garanti för lyhördhet och känslighet, goda egenskaper när spelet skall regisseras. Anpassa gärna tid, omfattning, val av ämne etc till den egna formen och kompetensen. Ledaren har som sagt de yttre ramarna att ge och ansvara för och det är viktigt att man som ledare håller på den rättigheten och inte ger efter för starka gruppönskemål. Det kan vara som att lockas att köra bil när man bara behärskar moped.

Inledningen

När man närmar sig själva starten och urvalet av deltagarna skall ske uppstår gärna tystnad och blickarna riktas nedåt. I vår prestationsinriktade tid är rädslan att göra bort sig stor (särskilt markerat bland läkare?) och ingen vill frivilligt bli utsatt för den kritik som man vet många har så lätt att ge. Det kan vara på sin plats att påminna om att det inte handlar om att göra rätt eller fel – situationer är så komplexa att inga måsten eller bestämda regler finns. Det "rätta sättet" för ett agerande finns ej. Rollspelet ger den som deltar en unik möjlighet till en upplevelse/inlevelse med organiserad feedback på sitt spel och min erfarenhet är att de allra flesta är positiva efter att ha deltagit, och de ångrar sällan sin medverkan.

Att välja patientrollen brukar inte vara så svårt för de deltagande, prestationskraven är här mindre. "Patienten" är det därför möjligt att finna. Blir tystnaden lång är det bra att efter gruppens medgivande välja själv. Känner man gruppen innan har man i detta val en möjlighet att bestämma något hur spelet kan gå. Varje person har en viss betydelse i gruppen och väljer man en "neutral" och en som synes vara accepterad av alla blir det sannolikt lättare än om någon mer eller mindre speciell person utväljes. Här liksom i alla övriga moment av rollspelet finns dock generösa tillfällen till överraskningar. Urvalsprocessen bör göras snabbt – ju mer den drar ut desto mer fokuseras på ovilligheten att delta och implicit betonas prestationsmomentet.

Det kan vara bra att ge instruktionerna till de båda agerande inför hela gruppen. Instruktionen behöver inte vara i detalj – precis allt vad som hänt före mötet behöver inte vara klart utan det kan vara bra att ge en möjlighet för de agerande att själv lägga in sina egna erfarenheter i rollerna. Det viktiga är att försäkra sig om att de agerande "känner för" rollen – att de kan tänka sig denna situation. Gör de inte det – så ändra på den enligt deras önskemål. Utgångspunkten måste vara ett sam-

förstånd innan rollspelet börjar. Det kan vara bra att göra den sista överenskommelsen med varje deltagare separat. Tex "patienten" väntande utanför – att gå till honom och höra om allt är klart, att därefter hos "läkaren" få samma försäkran.

Rollspelet

Någon form av yttre ram skall vara klar. Exempelvis: "vi håller på i femton minuter och bryter sedan oavsett hur långt vi hunnit" – "vi agerar hela motagningsbesöket hur lång tid det än tar" eller "jag (ledaren) tar mig friheten att ingripa/avbryta när jag tycker att det är lämpligt". Att under spelet markera dess allvar är viktigt. Lätt uppstår "komiska situationer" (ofta just de svåra passagera) och deltagarna kan vådja till omgivningen om stöd genom skratt och fnitter. Som ledare är det klokt att hålla sig utanför – inte förta och eliminera svårigheterna genom att skratta bort dem. Särskild uppmärksamhet på dessa passager är bra. Sitter man lite utanför är det bra med papper och penna till hands så man kan göra noteringar. Uppmärksamheten måste vara riktad på såväl de agerande som åskådarna. Reaktionen hos de senare speglar moment av särskilt intresse i spelet, således visar spänning, tystnad, leenden, ointresse hos åskådarna hur spelet förlöper.

Diskussion, uppföljning

Detta är den absolut viktigaste och svåraste delen, här skall verbaliseringen ske, reaktioner och känslor uttryckas och tolkningar och synteser göras. Även här underlättar det med en yttre ram och viss ordning för hur diskussionen skall föras framåt. Omedelbart efter ett rollspel är många uppfyllda av vad man tyckte och kände och diskussionen blir lätt ostrukturerad och hoppig, utan linje och utan syntes. Ett sätt att ordna en diskussion kan vara på följande sätt:

1. Låt de agerande sitta kvar på sina stolar – inte gå tillbaka till ordinarie platser i gruppen. De skall hålla kvar sina intryck och upplevelser från spelet och gör det bäst om de sitter kvar.

2. Börja med de som spelat och hör hur det kändes, hur det var i största allmänhet. Några spontana kommentarer kan vara skönt att uttrycka.

3. Tämigen snabbt fokusera på en av de agerande och be honom/henne mer i detalj berätta hur det var. Dessa beskrivningar av typ "svårt då...", "blev osäker när...", "förvånansvärt lätt", "bättre när...", "hela tiden i underläge", kan skrivas ner på ett blädderblock som delas på mitten (om det var två agerande i spelet). Det behöver inte vara krav på fullständighet men de omedelbaraste och viktigaste reaktionerna/svårigheterna skall få plats. Inga krav på tidsordning, logisk karaktär är förstås nödvändig på en sådan lista av "huvudord".

4. Samma procedur upprepas med den andre agerande och huvudorden skrives ner på blockets andra halva.

5. Åskådarna ges möjlighet att ge sina synpunkter som också skrives ner. Här kommer ofta tidigt förslag på hur någon skulle gjort i stället. "Han skulle ha varit tyst i stället när..." "Han borde ha sagt ifrån ordentligt..." etc. Avbryt när synpunkterna på förändringar kommer – låt först beskrivningen/reaktionen på vad som varit komma.

6. När de väsentligaste erfarenheterna lämnats av de som lyssnat kan man be de agerande återkomma till en förnyad kommentar. Ofta har så mycket sagts då att det är plats för förklaringar och kommentarer. Eventuella skillnader i uppfattning mellan de agerande och/eller mellan agerande och åskådare kan sedan kommenteras. Ofta är det skillnader i vad man uppfattat och upplevt.

7. Nästa moment blir hur det kunde varit i stället. De agerande har utifrån den tidigare diskussionen ofta många synpunkter på alternativa lösningar och den övriga gruppens förslag brukar inte vara färre.

8. Som ledare har man hela tiden möjligheten att komma med egna synpunkter och tolkningar. Det är dock inte nödvändigt att man själv säger så mycket – gruppens bidrag är ofta så stort och innehållsrikt att mer material knappast behövs. Uppgiften att leda kvarstår dock hela tiden – och en vana att leda grupper är nödvändig. Starkt avvikande och sårande situationer måste man finna lösningar på. En del agerande kan bli utelämnade och deras svagheter och osäkerhet påtagligt belysta. Sådana reaktioner kan komma överraskande och oväntat och en beredskap att kunna lösa sådana situationer skall finnas. Det är viktigt att ingen skadas eller far illa av rollspel och etiskt oförsvarbart om konsekvenserna blir destruktiva.

9. Kommentarer eller sammanfattning bör slutligen ges för att sätta punkt på övningen. Här är det lämpligt att gå tillbaka till förutsättningen som diskuterades tidigt. Blev som vi tänkt oss? Om inte, varför? De agerande bör också innan de lämnar sina stolar och förklarar sig med gruppen få tillägga något om de vill. Det är de som varit i centrum – deras handlande har belysts och varit föremål för närgånget granskande. De har dock haft den stora och sällsynta förmånen att få feedback på sitt arbete – en nyttig om än ibland obehaglig upplevelse.

Kommentar

I en avslutande diskussion kommer ofta påpekandet att detta inte är "på riktigt" – det är bara "ett spel". Det är alldeles riktigt och rollspelet är inte tänkt som en ersättning för verkligheten utan en introduktion till verkligheten. Det är påtagligt hur man snabbt går in i

Unga förtidspensionärer i Säffle kommun

En redogörelse för orsakerna till deras pensionering och kontakter med primärvården och övrig sjukvård

STIG ANDERSSON · MATS IVERMARK · ELISABETH BÖRJESON

I samband med uppbyggnaden av hemsjukvård i Säffle kommun framkom att primärvården inte kände till hur många som behövde vård och stöd. Framför allt gällde detta yngre människor med psykiskt handikapp eller sjukdom. I denna undersökning redovisas alla förtidspensionärer upp till 50 års ålder med huvuddiagnos samt deras kontakter med sjukvården efter pensioneringen. Det visar sig att mental retardation är den vanligaste orsaken till förtidspension i denna åldersgrupp samt att psykos och neurotiska tillstånd inberäknat alkoholism är de näst vanligaste huvuddiagnoserna. Sammanlagt svarar grupperna mentala rubbningar och neurologiska sjukdomar för över 80 procent av pensionsdiagnoserna. Hypotesen att en stor del av de yngre pensionärerna med psykisk sjukdom är okända för både primärvården och annan sjukvård, stärks av undersökningen. Detta är otillfredsställande och primärvården bör aktivt söka avhjälpa denna brist.

Nyckelord: Förtidspensionärer, samhällsdiagnos, kartläggning, primärvård.

Bakgrund

Säffle primärvårdsområde utgöres av Säffle kommun med cirka 19.000 invånare, varav omkring 12.000 bor i cen-

tralorten. Näringslivet är mångskiftande. Primärvården förfogar bland annat över sex allmänläkare och tre specialistläkare, sju distriktssköterskor, undersköterskor för hemsjukvård, distriktssjuktymnast och distriktsarbets-terapeut. Säffle har vidare ett länsdels-sjukhus med medicinsk och kirurgisk klinik, en långvårdsklinik och en fristående företagshälsovård. På sex mils avstånd finns centralsjukhuset i Karlstad med bland annat psykiatrisk klinik. Psykiatrisk långtidsvård och annan tung psykiatrisk vård av patienter från Säffle har bedrivits vid Mariebergs sjukhus i Kristinehamn. Om-sorgsvården har en filial i Säffle med särskola, dagcenter och inackorde-ringshem.

De senaste åren har hemsjukvården inom primärvårdsområdet utvecklats och organiserats i samarbete med kommunens socialvård. Uppbyggnaden innebar även en inventering av människor med behov av vård och stöd. Därvid framkom att personer med svårt somatiskt handikapp oftast var kända av distriktssköterskor och distriktsläkare. Psykiskt sjuka och handikappade människor hade primärvården däremot i många fall enbart sporadisk kontakt med. Vi ansåg att hemsjukvårdens ökade resurser borde komma även dessa hjälpbehövande till del. Vi kunde konstatera att vi inte kände till vilka de var och deras antal.

Svenska undersökningar har visat att mentala sjukdomar är en av de vik-

tigaste orsakerna till förtidspension. Den diagnosgruppen utgör 15–25 procent av diagnoserna vid förtidspension. De övriga stora diagnosgrupperna är muskuloskelettala sjukdomar, 25–37 procent av pensionsdiagnoserna, och cirkulationsorganens sjukdomar, 17–25 procent. Andelen mentala diagnoser är högre bland yngre förtidspensionärer (Kristenson o a).

Hypotes

Huvudparten av dem vi sökte borde återfinnas bland våra pensionärer. Framför allt ville vi ha kontakt med yngre människor med psykiskt handikapp som medfört förtidspension. Tog vi reda på förtidspensionärerna samt orsaken till deras pensionering skulle vi få en uppfattning om deras vårdbehov och dessutom hur stor del av pensionärerna som hade psykiskt handikapp till orsak för pensioneringen. För att begränsa undersökningen inriktade vi oss på förtidspensionärer upp till 50 års ålder.

Metod

Vi avsåg att från Försäkringskassan i Värmlands län skaffa en förteckning över denna åldersgrupp förtidspensionärer bosatta i Säffle kommun. Utifrån denna förteckning ämnade vi sedan gå igenom primärvårdens och sjukhusets journaler. Försäkringskassan kunde emellertid inte ge oss en sådan förteckning. Efter godkännande av Försäkringsöverdomstolen fick vi då från

sin roll och graden av "verklighet" blir ändå stor.

Ofta kritiserar rollspelet för att bara ge utrymme för psykosociala aspekter av ett mottagningsbesök. Det är oftast i det sammanhanget som metoden används men rent medicinska fakta kan också belysas. Som ledare kan man när undersökningar skall göras bryta spelet och ge "läkaren" de medicinska fakta som han skall finna (EKG-lab-prover-undersökningsfynd etc). Sedan blir uppgiften att fortsätta handla med nya utgångspunkter.

Den rollspelsform som här beskrivits är en mer formell och vanlig form som brukas i större grupper. Rollspel kan emellertid också göras på andra sätt och i andra sammanhang.

Korta, snabba spel kan göras vid en kafferast, under en bilresa, i en korridor. En kollega "spelar" en patient under några korta ögonblick och ger läkaren en möjlighet att leva sig in i och kanske förbereda en speciell situation. I en liten krets behövs inte de mer bestämda ramar som skisserats tidigare.

Rollspelet är ett användbart pedagogiskt medel. Det lämpar sig särskilt väl i allmänläkarsammanhang där så många överväganden och bedömningar skall göras – medicinska, psykologiska, sociala inflytanden spelar roll och läkar-patientförhållandet är av avgörande betydelse för diagnos och terapi. Rollspelet kräver också ett minimum av teknisk utrustning. Det kan lätt arrangeras och blåser ofta nytt liv i peda-

gogiska sammanhang om aktiviten är låg. Det borde vara en naturlig del i de flesta utbildningssammanhang där allmänläkare deltagar.

Referenser:

1. Mc Avoy B and P: "Role playing". Teaching General Practice. Eds, J Cormack, M Marinker, D Morrell, Kluwer Medical. London 1981, pp 79–83.
2. The Future General Practitioner Teaching and Learning. London: British Medical Association 1972, pp 225–227.

Författarpresentation:

Bengt Mattsson,* Allmänläkare, Klinisk lärare.

*Postadress: Umeå vårdcentral, Box 10093, 900 10 Umeå.

Riksförsäkringsverket köpa en förteckning på denna grupp förtidspensionärer gällande juni 1981. De personer i förteckningen vi inte hade journal på trodde vi oss kunna få upplysningar om genom kopior på Försäkringskassans pensionsintyg. Av sekretesskäl kunde Försäkringskassan inte lämna oss sådana upplysningar.

Resultat

Genomgången av våra förtidspensionärers huvuddiagnoser enligt WHO:s diagnosregister ger resultat enligt Tabell I.

Sammanställningen visar en klar dominans för gruppen mentala rubbningar, där mental retardation överväger. Mb Down är specificerad hos sju av de 49. Registrerade inom omsorgsvården är 42 stycken och de har hamnat i denna grupp. Schizofreni föreligger hos elva av de femton med psykosdiagnos. Kronisk alkoholism har föranlett förtidspension hos sex stycken och de räknas till neurosgruppen. I två fall finns alkoholism dessutom med som bidragande diagnos. Grupp XIII rymmer två med reumatoid artrit och fyra med ryggsjukdom. Det finns få inom övriga grupper. Inte någon har diagnosen MS. I flera fall finns mer än en diagnos och då är det ofta en psykiatrisk diagnos med i kombinationen.

Förtidspensionärernas kontakter med sjukvården efter pensioneringen framgår av Tabell II.

En avsevärd del av förtidspensionärernas kontakter med distriktsläkare och distriktssköterskor har varit tillfälliga och inte lett till någon närmare kännedom om förtidspensionärernas förhållanden. Nio av de 28 vilkas kontakter med sjukvården är okända, tillhör omsorgsvården. Av de återstående 19 har tio psykiatrisk huvuddiagnos, två neurologisk och två annan somatisk huvuddiagnos. Fem av förtidspensionärerna har vi inte fått några uppgifter på.

De 42 förtidspensionärer som tillhör omsorgsvården har haft kontakter med sjukvården enligt Tabell III.

Diskussion

Det var för oss oväntat svårt att kartlägga kommunens unga förtidspensionärer. Varken försäkringskassans lokalkontor eller kommunens socialbyrå hade någon samlad uppgift. Som väntat hade primärvården bristfällig kännedom om psykiskt sjuka och handikappade av vilka många var helt okända för oss. Denna grupp visade sig dominera kraftigt i antal och svarar för nära 80 procent av pensionsdiagnoserna, en mycket högre andel än i de studier vi tagit del av. Likaledes förväntar oss den lilla andel muskulo-skelettala sjukdomar svarar för. Proportionerna mellan diagnosgrupperna skulle sannolikt blivit annorlunda om vi tagit med äldre förtidspensionärer. Det stora flertalet förtidspensionärer är över 50 år.

Tabell I

Gruppering av förtidspensionärernas huvuddiagnoser

		Antal
Grupp I	Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar	2
	varav poliomyelitis	2
Grupp V	Mentala rubbningar	78
	varav psykoser	15
	neuroser	14
	mental retardation	49
Grupp VI	Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	5
	varav CP	2
	övrigt	3
Grupp VII	Cirkulationsorganens sjukdomar	3
Grupp XIII	Sjukdomar i muskuloskelettala systemet och bindväven	6
Grupp XIV	Medfödda missbildningar	1
Grupp XVII	Skador genom yttre våld och förgiftning. Frakturer.	1
Okända		1
	Totalt	101

Tabell II

Förtidspensionärernas kontakter med sjukvården efter pensioneringen

Kontakt	Antal
Både distriktsläkare och distrikts-sköterska	16
Distriktsläkare (inkl alkoholpoliklinik)	36
Distriktssköterska	13
Specialistläkare eller klinik	8
Okänt	28
Summa	101

Tabell III

Omsorgsvårdens patienters kontakt med sjukvården

Kontakt	Antal
Både distriktsläkare och distrikts-sköterska	4
Distriktsläkare	18
Distriktssköterska	7
Specialistläkare eller klinik/vårdhem	4
Okänt	9
Summa	42

En tanke bakom undersökningen var att få en uppfattning om vårdbehovet bland de psykiskt sjuka och handikappade. Vår undersökning ger inget klart besked om detta. En del av de för oss okända antar vi har ett gott stöd av

omsorgsvården. Andra lever utan kontakt med varken primärvården eller omsorgsvården och deras eventuella vårdbehov vet vi inte något om. Detta är otillfredsställande. Primärvården borde känna till vårdbehovet hos förtidspensionärerna och uppsökande verksamhet är motiverad för att avhjälpa denna brist.

Litteraturförteckning:

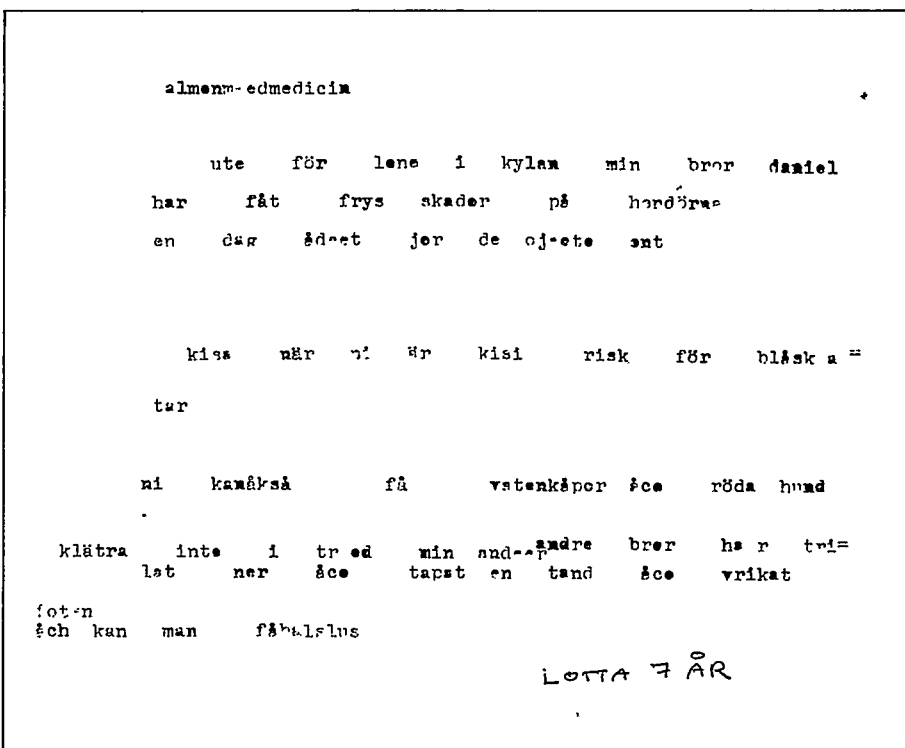
1. Liv & Hälsa, Sthm Liber, 1982, sid 77: Stora sjukdomar enligt förtidspensioneringsstatistik.
2. Kristenson H, Kugelberg G, Medhus A: Män med sjukbidrag och förtidspension. Läkartidningen vol 74, nr 18, 1977.
3. Klareskog L, Smedby B, Östensson C-G: Förtidspensionerade i Tierp. Soc med tidsskrift 1980, nr 3.

Författarpresentation:

Distriktsläkare Stig Andersson, Vårdcentralen, 66100 Säffle.

Distriktsläkare Mats Ivermark, Vårdcentralen, 66100 Säffle.

Läkarsekreterare Elisabeth Börjeson, Vårdcentralen, 66100 Säffle.



Läkarbesöken i öppen vård i Medelpad 1976–1982

GÖSTA BRYDOLF

Förskjutningen av öppen-vårdsbesök mellan primärvård, sjukhusmottagningar och privatpraktiker i Medelpad beskrivs över en åttaårig tidsperiod. Under tidsperioden har primärvården successivt byggts upp. Studierna visar att totala antalet öppenvårdsbesök är relativt oförändrat. En omfördelning har skett så att primärvården tar allt flera öppenvårdsbesök, medan besök vid öppenvårdsmottagningar på sjukhus minskar. Tendenser föreligger också till minskat antal besök hos privatpraktiker, jourläkarcentral och akutmottagning.

Nyckelord: Vårdutnyttjande, primärvård, slutenvård.

Antal besök per läkare och år är som vi alla vet ett tveksamt produktionsmått i primärvården. Man kan tex fråga sig: Vem är mest produktiv, militärläkaren som mellan 8–10 på måndag förmiddag tar emot 100 patienter eller neurologen som under samma tid kanske hinner med två? Läkarbesöken är vidare bara *en del* av primärvårdens totala verksamhet.

Ingvar Krakau har belyst den här frågan i Läkartidningen (1) och själv berörde jag samma problematik i en artikel i Landstingets Tidskrift för två år sedan (2).

Trots alla problem och brister som är kopplade till räkningen av antal besök per läkare och år kvarstår verkligheten. Till varje besök finns en koppling med en ersättning från Riksförsäkringsverket till huvudmannen på närmare 150 kr/besök. I en tid av kärvekonomi är det därför begripligt om en ekonomiskt pressad huvudman är benägen att applådera höga besökssiffror. Men även administratörer och många kolleger talar gärna om antalet öppenvårdsbesök, när de vill beskriva vad primärvården uträttar.

Följ den totala öppenvårdskonsumtionen

Besöksutvecklingen i primärvården är självfallet inte helt ointressant. Men skall man studera utvecklingen tror jag det är viktigt att ta med den totala öppenvårdskonsumtionen i ett område och dessutom följa utvecklingen under en längre tidsperiod för att därmed kunna se om det sker förskjutningar i besöksmönstret mellan sjukhusmottagningarna och vårdcentralerna.

I Medelpad har vi sedan 8 år tillbaka med hjälp av beredskapsarbetare manuellt studerat besöksutvecklingen under månaderna februari-mars.

Öppenvårdsbesöken har delats upp på:

- a) Besök hos privatpraktiker.
- b) Besök vid en försjukhuset och primärvården gemensam akutmottagning och jourcentral.
- c) Besök vid sjukhusets mottagningar.
- d) Besök vid vårdcentralerna.

Kännetecknen för öppenvårdsutvecklingen

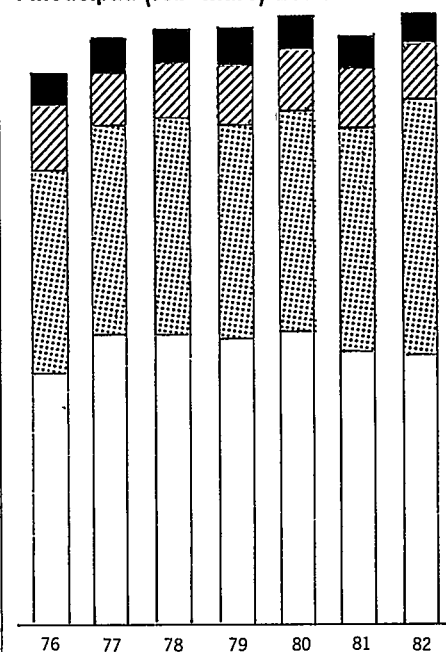
Figur 1 visar utvecklingen i Medelpad sedan mitten av 1976 och som sammanfattning kan vi konstatera:

- 1) Det totala antalet öppenvårdsbesök ligger i stort sett stilla och ökar inte som sjukvårdsplanen förutsatt.
- 2) Andelen öppenvårdsbesök har successivt ökat i primärvården och minskat något vid sjukhuset, trots att vi ännu inte haft resurser i primärvården för att aktivt kunna hämta hem allmänläkarfallen från sjukhusmottagningarna.
- 3) Andelen öppenvårdsbesök hos privatpraktikerna ligger i stort sett stilla med en viss tendens att minska.
- 4) Andelen besök på jourcentralen och akutmottagningen ligger också i stort sett stilla med en tendens att minska.

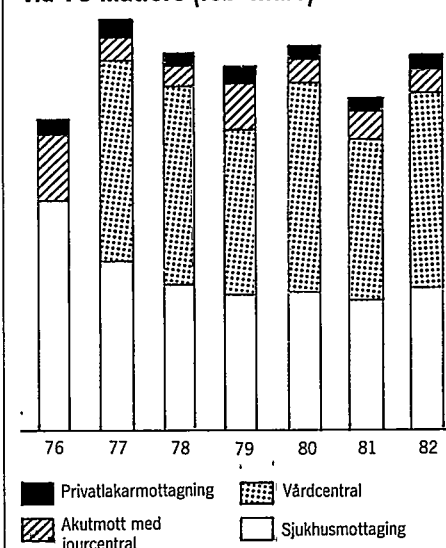
Med samma uppdelning och efter samma modell har vi sedan brutit ner materialet på Medelpads 16 vårdcentraler. Vi har på så sätt kunnat följa besöksutvecklingen under en period när primärvården successivt, om än i mycket långsam takt har byggts ut.

Vårdcentralen i Matfors, belägen 2 mil utanför Sundsvall, illustrerar detta (figur 2). Här kan vi också se ett bra exempel på vår modell att successivt bygga upp primärvården med fungerande öar. I de läkartomma distrikten

Figur 1. Procentuell fördelning av läkarbesöken i Medelpad (feb-mars) 1976–1982



Figur 2. Procentuell fördelning av läkarbesöken vid VC Matfors (feb-mars) 1976–1982.



har nämligen alla patienter genom ett direktionsbeslut hänvisats till sjukhusets olika mottagningar fram till den dag vi kunnat besätta vårdcentralen med ordinarie befattningshavare.

Från läkartomhet till funderande ö
Vårdcentralen i Matfors var läkartom 1976 och då förlades 75 procent av besöken till sjukhusmottagningen och

drygt 20 procent sökte sig till jourcentralen eller akutmottagningen. Från och med 1977 har vi i Matfors haft 2 ordinarie befattningshavare och periodvis även AT- eller FV-läkare. Från ett år till ett annat kunde sålunda 50 procent av öppenvårdsbesöken överföras till vårdcentraler och belastningen av Matfors patienter på akutmottagningen och jourcentralen reducerades markant (3).

Våra öppenvårdsstudier har bekräftat tidigare välkända förhållanden:

Närhet till sjukhuset ger högt antal öppenvårdsbesök.

Långt till sjukhuset ger färre antal öppenvårdsbesök.

Med fungerande primärvård minskar andelen öppenvårdsbesök på sjukhusets mottagningar och belastningen på akutmottagningen och jourcentralen reduceras påtagligt (4, 5).

Patienten bakom kvittot

Vi har sedan 1 år tillbaka gått vidare och identifierat ett slumpmässigt urval patienter bakom dessa kvitton. 2 distriktsläkare och en specialistföreträdare vid några sjukhuskliniker har sedan fall för fall gått igenom journalhandlingarna och kommit överens om patienter ur medicinsk synpunkt är att betrakta som ett allmänläkarfall eller specialistfall. Vi planerar att successivt fullfölja denna dialog med samtliga kliniker vid sjukhuset. Dessa samtal ger sedan underlag till lokalt anpassade handlägningsrutiner eller om man så vill lokala vårdprogram (6).

Fullfölj primärvårdsutbyggnaden!

Det är min tro och förhoppning att primärvården inom en icke alltför avlägsen framtid med benäget bistånd från våra sjukvårdspolitiker skall få de resurser som man nu i mer än 10 år sagt sig vilja tillföra. Den dag det blir verklighet vågar jag redan nu lova att primärvården kommer att kunna ta över den del av den öppna sjukvården, som idag felaktigt belastar sjukhusens specialistmottagningar huvudsakligen i form av:

- 1) De stora oglamourösa folksjukdomarna (hypertoni, diabetes, ledbesvär etc)
- 2) Hela vardagssjukvården.
- 3) De allt fler människor som uppfattar normala signaler från kropp och själ som tecken på allvarlig eller livshotande sjukdom, och sist men inte minst
- 4) De allt fler äldre människorna som inte sällan samtidigt är drabbade av flera åkommor, ofta sorterande under olika sjukhusdiscipliner.

En del av finansieringen av den fortsatta primärvårdsutbyggnaden bör därför kunna ske genom en omfördelning av resurser från sjukhusen till primärvården.

Referenser:

1. Krakau I. Läkartidningen.
2. Brydolf G. Antal besök per läkare och år – ett uselt produktions- och planeringsmått. Landstingens tidskrift nr 11/1981.
3. Olsson P, Kallionen M. Sjukhusens öppenvård minskar när primärvården byggs ut. AllmänMedicin 1982;4: 116-117.
4. Frick J O och andra. Före och efter vårdcentral. Läkartidningen nr 13/1976.
5. SPRI-rapport 9/74. Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1971.
6. SPRI-rapport 12/76. Studier från Dalby läkardistrikt.

Författarpresentation:

Gösta Brydolf, distriktsläkare och primärvårdschef i Medelpads sjukvårdsförvaltning.*

*Postadress: Sjukhuset, Lasarettsgatan 21, 85249 Sundsvall.

D
ebatt

BAL-gruppen i Falun

Att gå i FV-block och i allmänmedicin är att göra lång vandring mellan olika kliniker och ofta känna sig vid sidan om, man är den som alltid är nytillkommen, som inte vet och inte kan och inte ens kan fullfölja sitt arbete för man är bara på tillfälligt besök. Slutmålet som allmänläkare är vagt och flera år bort. Hemlösheten är ju som mest uttalad i den gamla utformningen av blocken och på en ort som Falun med gigantiskt sjukhus och utbyggd primärvård.

I Falun bestämde vi oss för att bryta mönstret. Våren -81 samlades alla FV-läkare i allmänmedicin i sjukvårdsdistriktet och bildade BAL-gruppen – Bli-vande AllmänLäkare. Sedan dess har vi träffats 1 gång/månad hemma hos varandra och hållit våra egna "klinik-möten".

Där har vi försökt lära och fördjupa våra kunskaper i allmänläkeri. Vi har refererat NLV-kurser och möten av allmänmedicinsk karaktär. Vi har berättat om böcker och artiklar, vi har diskuterat patientfall. Vi har lärt varandra undersökningsmetoder utifrån manuell medicin. Där har vi bjudit in representanter för primärvården i distriktet för att dels få en klarare bild av vår framtida yrkesroll, dels kunna föra primärvårdens talan i vårt arbete i slutenvården. Vi har utbytt erfarenheter från arbetet på de olika klinikerna och stöttat varandra i krav på förbättringar inte minst när det gäller handledning. Vi har sett till att några av oss åkt på SFAM-möte och riksstämma. Vi har också genom bla tidningarna agerat för en utbyggd primärvård lokalt.

Störst betydelse har dessa möten ändå haft genom att gruppen har hjälpt oss få identitet och stolthet i det vi är och ska bli. Här har vi hämtat tröst och styrka – i övertygelsen att trots att man inte kan mäta sig med gynekologen eller öronläkaren i deras specialitet blir man ändå en bra allmänläkare.

För oss i Falun har vår BAL-grupp varit oerhört positiv och vi kan inte annat än mana till efterföljd på andra orter.

BAL-gruppen i Falun genom
MALIN ANDRÉ

Postadress: Kyrkbacksvägen 3, 79133 Falun

SFAM:s 1:a
VÅRMÖTE
24-25 maj
1984
i Uppsala.

Obs!
Deadline för
abstracts
15 mars
1984.

Sändes till:
Inst för
AllmänMedicin,
Hans Åberg,
Akademiska
sjukhuset.
751 85 Uppsala

R/P-blankett modell Tibro/Skultorp – ett alternativ till basdatagruppens blankett

LARS BERG · ULF LINDBLAD

I debatten kring "basdata i primärvården" har basdatagruppens R/P-blankett ifrågasatts. Denna blankett är speciellt anpassad för registrering av minidata. Vid behov av tilläggsregistrering saknas i regel särskilda utrymmen för detta. Basdatagruppens R/P-blankett kan därför bli ett hinder i en utveckling som stimulerar till registrering även av tilläggsdata. En omarbetad version av Tibro/Skultorps R/P-blankett presenteras därför som ett alternativ till basdatagruppens blankett.

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

R/P-blankett modell Tibro/Skultorp

Den beskrivna R/P-blanketten har i en tidigare version använts vid vårdcentralen i Tibro sedan oktober 1982 och vid vårdcentralen i Skultorp sedan januari 1983. Förändringarna är endast marginella. Blanketten består av tre olikfärgade blad i A5-format med identisk text. Självkopierande papper används. För att underlätta ifyllandet markeras "minidata" med skuggning.

Minidata för Tibro/Skultorp

R/P-blankettens utseende framgår av figur 1. Siffrorna i texten nedan hänvisar till de inringade siffrorna på blanketten och utgör minidata för Tibro/Skultorp.

Minidata 1-4 erhålles oftast direkt via avdragsapparat då uppgifterna återfinns på patientbrickan och mottagningsbrickan.

1. **Fullständigt personnummer.** Nionde siffran markerar kön.

2. **Distrikt/Vårdlag.** Anges med nummer 1, 2, 3 och 4.

3. **Inrättning.** Markerar primärvårdsområde eller vårdcentralsområde med tresiffrigt kodnummer.

4. **Mottagning.** Beskrivs med två bokstäver. Exempel: AM= allmänläkarmottagning, BM= barnmottagning.

Minidata 5, 7, 8 och 9 består av kryssrutor. En ruta är ommarkerad med plats för sifferkod. Exempel: "Kontaktsinnehåll" markeras vid bearbetning/inmatning med "1" för sjukvård, "2" för hälsovård. Med hjälp av en separat kodlista från 3-9 kan olycksfall registreras med "3" för hemolycksfall, "4" för arbetsolycksfall osv.

10. **Tidsåtgång.** 10-minutersmoduler upp till 90 minuter.

11. **Brådskegrad.** Anges i siffror från 1 till 4, där 1 är akuttid samma dag, 2 tid inom en vecka, 3 tid inom en-fyra veckor samt 4 anger oprioriterad tid över fyra veckor.

12. **Vårdgivare.** Identifieras med 2 eller 3 initialer.

13. **Tidpunkt.** År, månad och dag.

16. **Remisser.** Maximalt tre remisser kan koderas per besökstillfälle. Remissinstans koderas med en-två bokstäver i de två första grindarna. Exempel: "P" anger psykmottagning, "IV" anger långvårdsmottagning, "ÖR" öronmottagning. I den tredje grinden markeras med ett "A" att remissen är akut. Exempel: Akut remiss till ögon "ÖGA".

17. **Diagnos.** Maximalt sex diagnoser kan registreras per besök. Öppenvårdskodens 3-4-ställiga kodlista med ev tillägg av "K" i femte position för kontrollfall eller "P" för preliminär/suspekt kan användas. Alternativt kan den 5-ställiga slutenvårdskoden användas.

6. 14. 15. **Specialstudie I, II och III.** För tillfälliga studier finns tre fält med vardera tre grindar. Specialstudie I har alternativa rutor för ifyllande av praktiska skäl. Särskilda kodlistor konstrueras för varje undersökningstillfälle.

Tilläggsdata för Tibro/Skultorp

Utöver minidata medger blanketten möjlighet till registrering av vissa tilläggsdata. Den inledande kontak-

ten kan registreras med avseende på tidpunkt, kontaktsätt (=kontakt genom) och åtgärd. **Kontaktsak** och **problembeskrivning** har vardera två fält med möjlighet till 5-ställig kod. Ett mindre utrymme för yrke finns med mera som en markering att yrke inte får glömmas bort. **Nationalitet**, **arbetsplats** och **civilstånd** får markeras i text på blanketten.

Diskussion

Den redovisade R/P-blanketten har i principiellt liknande utformning använts under ett år. Personalen har bedömt den som överskådlig och lättifyllad. Utrymmet för fri text har varit tillräckligt. Belastas blanketten med ytterligare fält eller rutor blir den förmodligen alltför komplicerad. R/P-blankett enligt modell Tibro/Skultorp är en rimligt avvägd kompromiss mellan kravet på användbarhet i det dagliga vårdarbetet som informationsbärande och kravet på möjlighet till basdataregistrering.

Litteratur:

1. SPRI-rapport: Basdata om kontakter i primärvården, 142/83, Stockholm 1983.

Författarpresentation:

Lars Berg är distriktsläkare vid vårdcentralen i Tibro.

Ulf Lindblad är distriktsläkare vid vårdcentralen i Skultorp, Skövde.

Figur 1. R/P-blankett vid vårdcentralen i Tibro och Skultorp. Inringade siffror anger basdata vid dessa vårdcentraler.

SKARABORGS LÄNS LANDSTING										REGISTRERING/PLANERING										Distrikt	
										Personnr (år, mån, dag, nr) ①										②	
										Namn											
										Utdelningsadress											
										Ortsadress											
										Telefon											
										Mölsmans personnr											
										alt anhörrig											
										Yrke											
Inledande kontakt																					
År Mån Dag Kl										Pt-mottagare											
Initiativ										Kontakt genom											
pt										hem- besök											
Specialstudie I										Kontaktsinnehåll											
sjuk- vård										hälso- vård											
Patientproblem/Kontaktsak/Bedömning																					
Patientens beskrivning																					
Pt-mottagarens bedömning/grd																					
Besök/kontakt för uppföljning																					
Åtgärd										Bokningsföretagningar											
Råd										Tidspunkt											
Sjuksköt										Brådska											
Recept										Besök											
Hälso- vård										Bokad till vårdgivare											
Hänsyn										Till											
										År Mån Dag Kl											
										Bokad för provtagning											
										Svar till besök											
										Sign											
										Mån Dag Kl											
										Diagnos											
										1											
										2											
										3											
										4											
										5											
										6											
										7											
										8											
										9											
										10											
										11											
										12											
										13											
										14											
										15											
										16											
										17											
										18											
										19											
										20											
										21											
										22											
										23											
										24											
										25											
										26											
										27											
										28											
										29											
										30											

Handbok i forskning- och utvecklingsarbete i primärvård

FORSKNING I ALMENPRAKSIS av Steinar Westin (red) Universitetsforlaget Almen praktiker biblioteket Oslo 1983. 187 sidor.

Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) stiftades den 17 februari 1983 och har som sin främsta målsättning att vidareutveckla och förbättra kvaliteten av allmänmedicin. Som ett led i detta arbete har sällskapet styrelse börjat utge en serie böcker – "Almenpraktikerbiblioteket" – tillsammans med Universitetsforlaget i Oslo. Den första i serien är Forskning i almenpraksis.

Det har länge saknats en handbok om forskningsmetodik för allmänläkare och andra verksamma inom primärvård. "Forskning i almenpraksis" fyller därför ett stort behov. Den vänder sig till alla inom primärvården som vill ställa kritiska frågor omkring sin egen verksamhet.

Boken innehåller tio kapitel där vart och ett kan läsas med stor behållning.

Rubrikerna i kapitlen är: Forskningsområden i almenpraksis, Fra ide till prosjekt – arbeidsbok for den uerfarne, Planlegging of utforming av forsøksprotokoll, Epidemiologiske begreper og metoder, Litt statistikk for almenmedisin, Registrering av helseproblemer i almenpraksis, Klinisk legemiddelutprøving, Presentasjon av vitenskapelige arbeider, Litteratursøking og bruk av bibliotekstjenester, Finansieringskilder for forskning i primaerhelsetjenesten. Dessutom finns bland bilagorna Vancouver-systemet och de nordiska rekommendationerna för biomedicinska manuskript.

Forskning är organiserad nyfikenhet. Man kan genom att organisera eller systematisera nyfikenheten nå fram till ny kunskap. Framsteg är baserad på ny kunskap. Christian F Borchgrevink utvecklar detta i inledningskapitlet och beskriver därefter allmänmedicinens forskningsområden.

Dessa är:

- 1) Klinisk forskning
- 2) Epidemiologisk forskning
- 3) Socialmedicinsk forskning
- 4) Pedagogisk forskning
- 5) Operationell forskning
- 6) Förebyggande medicin
- 7) Forskning på helsetjenesten själv

Steinar Westins kapitel *Fra ide til prosjekt-arbeidsbok for den uerfarne* utgör kärnan i boken. Han sätter upp en systematisk "kom-ihåg-lista" för forskningsprocessen.

Några exempel:

- 1) Vad är målsättningen med undersökningen?
- 2) Är målsättningen entydigt formulerad? Är frågeställningen som du vill belysa genomförbar i primärvården (almenpraksis)?
- 3) Vad är gjort tidigare av liknande typ?
- 4) Varför vill du genomföra undersökningen? Vem skulle bry sig om svaren och vad är dina egna motiv?
- 5) Vad väntar du dig att finna? Hur vill du formulera dina hypoteser eller förväntade resultat?
- 6) Hur skall du finna svar på dina frågeställningar – vilken metodik vill du välja?
- 7) Vem skall undersökningen omfatta – val av population?
- 8) Hur stort material behöver du?
- 9) Vad tänker du göra – behandlingsförsök, intervention?
- 10) Vilka data vill du inhämta? Vilka egenskaper (variabler) måste du mäta för att få svar på dina frågor?
- 11) Hur skall du insamla data, dvs vilken metodik skall du använda?
- 12) Hur skall du bearbeta data?
- 13) Vilka tabeller och figurer vill du bygga konklusionerna på?
- 14) Hur tänker du presentera resultaten?
- 15) Hur skall undersökningen finansieras?
- 16) Hur ser tidsplanen ut?
- 17) Vilka etiska hänsyn och administrativa rutiner bör du klargöra innan undersökningen?

Listan av frågor är längre i Westins kapitel. Den ger en god bild av de frågeställningar som belyses, översiktligt av Westin, och mera på djupet i övriga kapitel i boken.

En annan liten pärla i boken är Ragnhild Landes kapitel om "Litteratursøking og bruk av bibliotekstjenester". Den är värd att införskaffa till varje vårdcentral enbart på grund, av detta kapitel.

Boken avslutas med en översikt av "Finansieringskilder for forskning i primaerhelsetjenesten", som inte är relevant för svensk del. Den pekar dock på en mycket påtaglig brist i Sverige när det gäller möjligheten att söka och erhålla medel för forskning- och utvecklingsarbete i primärvård. När primärvårdens företrädare de sista åren sökt medel för primärvårdsprojekt från Medicinska forskningsrådet (MFR – den ena av våra stora finansieringskällor) har de hänvisats till Delegationen för social forskning (DSF – den andra av våra stora finansieringskällor). På DSF har därefter samma projekt avvisats då de bedömts som medicinska och hemmahörande under MFR. Jag har tidigare, i flera sammanhang, hävdat att en speciell primärvårdsfond måste inrättas. Det inträffade belyser att det är ett måste!

Handboken" kan varmt rekommenderas till alla i primärvården med forskningsintresse. Den lämpar sig sär-

skilt väl som kurslitteratur för de kurser i FoU i primärvård som för närvarande växer fram i Sverige.

BO HAGLUND
Distriktsläkare, Hälsovårdsenheten,
Vårdcentralen Kronan,
17283 Sundbyberg.

Socialmedicinska institutionens skriftserie samt Landstingets hälsovårds rapportserie

Institutionen för socialmedicin vid Karolinska Institutet (Vårdcentralen Kronan) påbörjade sin nuvarande verksamhet med anknytning till primärvårdens utvecklingsarbete vid årsskiftet 1980/1981. Institutionen bedriver undervisning och forskning inom området socialmedicin, med speciellt tonvikt på primärvårdens problemställningar.

Till institutionen har även knutits Stockholms läns landstings hälsovårdsenhet, som i sin tur är del i en större organisation för utvecklingsarbete inom hälsovården, "Landstingets Hälsovård".

Oftast är publiceringstiden lång för resultat av forskning och utvecklingsarbete på sedvanligt sätt i svenska och internationella tidskrifter. Därför har skriftserier utvecklats som kontinuerligt under olika förlopp i projekt ger lägesrapporter. Projektserien är uppbyggd på följande sätt:

- Svart serie – projektplaner etc
- Vit serie – litteraturgenomgång, kunskaps sammanställning etc
- Blå serie – utbildningsmaterial, metodsammanställningar etc
- Grön serie – resultatredovisning etc
- Röd serie – konferensrapporter, reseberättelser etc
- Brun serie – övrigt material.

Både institutionens skriftserie och Landstingets hälsovårds rapportserie administreras från vårdcentralen Kronan.

Nedan följer en kort presentation av tillgängliga skrifter och rapporter, som kan beställas till självkostnadspris. En utförligare översikt med sammanfattningar av varje rapport kan också rekommenderas.

Liknande rapportserier har växt fram även vid övriga samhälls- och allmänmedicinska institutioner i landet. Vi hoppas kunna presentera även dessa fortlöpande i vår tidskrift.

BO HAGLUND

Karolinska Institutet.
Institutionen för socialmedicin.
Vårdcentralen Kronan.
Skriftserie

Vit serie nr 1. Klassanalys och socialgruppsindelning – En jämförelse. Viveka Urwitz. Pris 20 kr.

BALANSERAD VÅRD VII

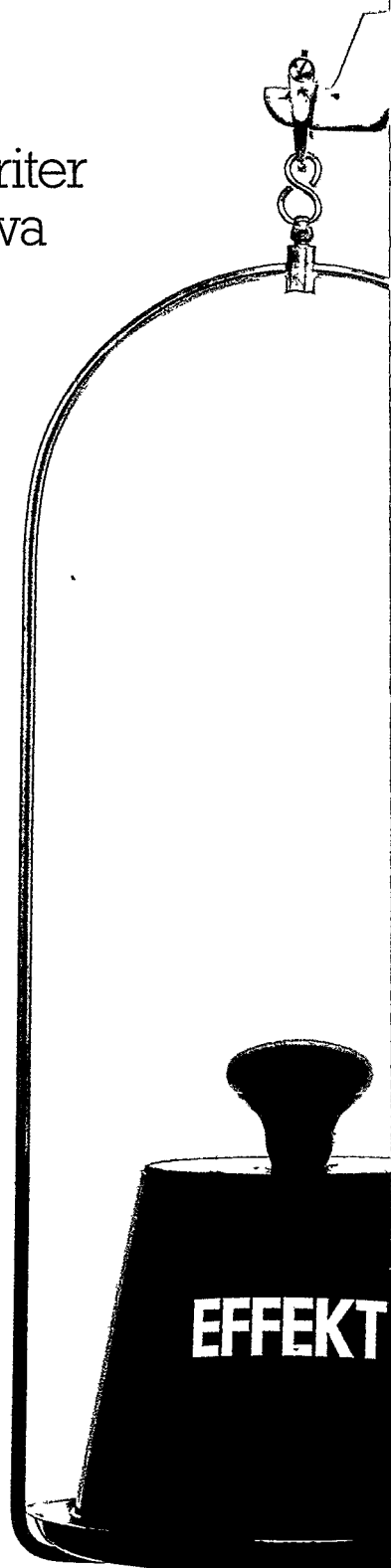


Att lindra symtomen vid artroser och artrit är en balansakt. Medicineringens positiva effekter måste vägas mot biverkningarna. Slutmålet är patientens totala välbefinnande.

Orudis® (ketoprofen) finns hittills i ett sjuttioal länder och nu även i Sverige. De analgetiska, antiinflammatoriska och antipyretiska effekterna ligger i nivå med de bästa hittills kända antiflogistika och efter 15 års klinisk erfarenhet kan man faställa att biverkningarna är få och lindriga. Kliniska prövningar i Sverige och utomlands visar att Orudis, i jämförelse med ledande antiflogistika, medför få störningar på CNS och att de gastrointestinala biverkningarna är lindriga.

Orudis används vid reumatoid artrit, osteoartros och pelvospondylit och doseras till morgon- och kvällsmålet.

Ytterligare information genom Leo Rhodia, 042-12 07 60, eller 031-23 59 60 för tidsbeställning av personlig information där jämförelser med ledande antiflogistika ingår.



Kapslar 50 mg

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt

Grupp 12B 2115

Deklaration. 1 kapsel innehåller: Ketoprofen, 50 mg, constit. et color (tandioxid) q.s.

(Licens: Rhône-Poulenc, Frankrike)

Egenskaper. Orudis är ett antiinflammatoriskt medel och innehåller som verksamt substans ett fenylpropionsyrederivat av icke steroid natur med det gamla namnet ketoprofen. Ketoprofen har antiinflammatoriska, analgetiska och antipyretiska egenskaper. Den exakta mekanismen för den antiinflammatoriska verkan är ej känd. Liksom andra antiinflammatoriska medel hämmar ketoprofen prostaglandinsyntesen samt hämmar trombocytaggregationer. Någon påverkan på läkemedelsmetaboliserande leverenzymers tycks ej föreligga. Ketoprofen absorberas relativt snabbt. Maximal plasmanivå nås efter 1-2

timmar.

Proteinbindningsgraden i plasma är 90-95%. Distributionsvolymen är ca 0,2 l/kg kroppsvikt. Halveringstiden i plasma är ca 2 timmar. Ketoprofen metaboliseras till ca 85% av given dos och utsöndras via njurarna huvudsakligen i form av glukuronidkonjugat, varför doseringen bör reduceras vid nedsatt njurfunktion.

Indikationer. Reumatoid artrit, osteoartros och pelvospondylit (Mb Bechterew).

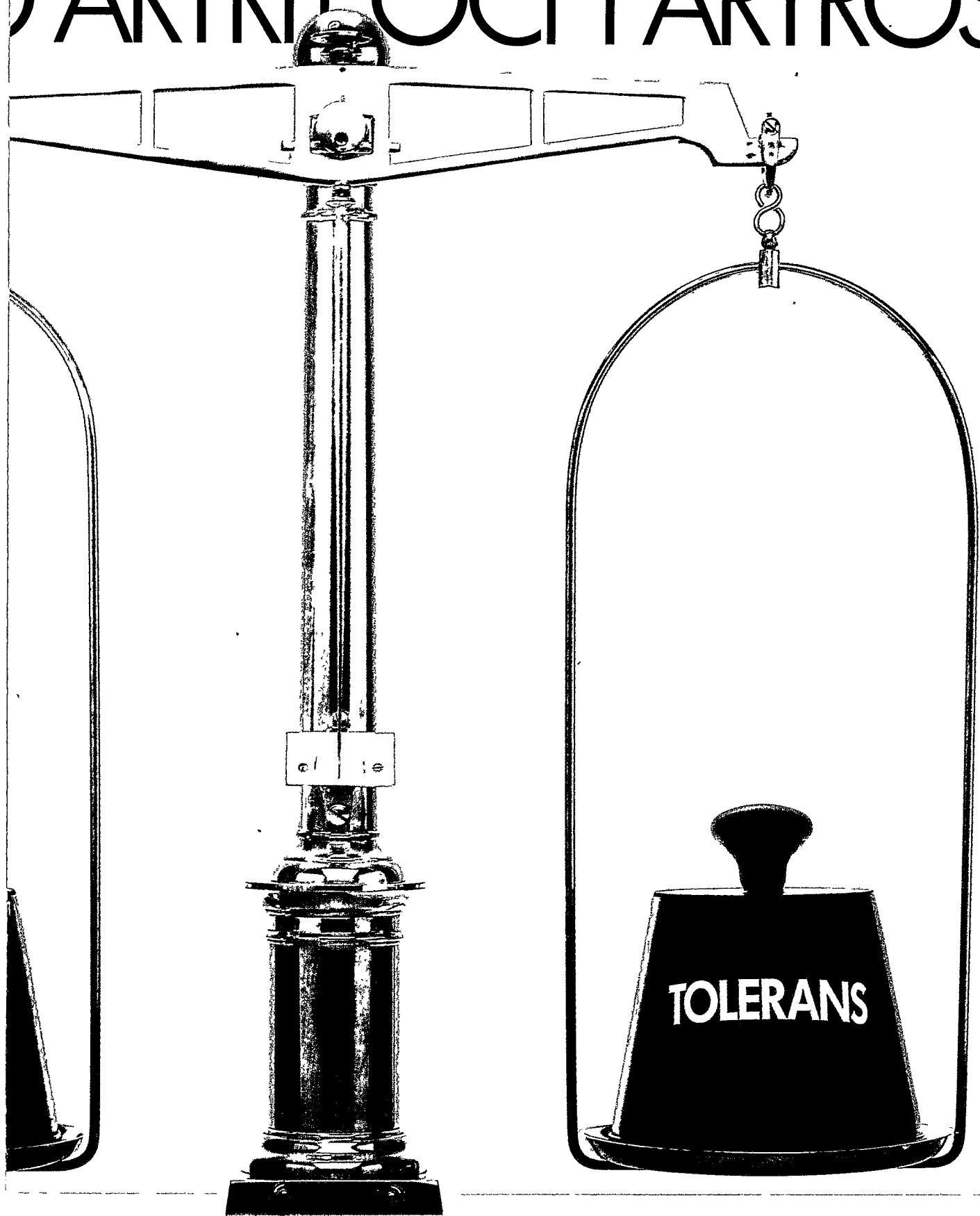
Kontraindikationer. Aktiv ulcus ventriculi och duodeni. Kraftigt nedsatt lever- och njurfunktion. På grund av korsreaktion kan patienter med känd eller misstänkt överkänslighet mot acetylsalicylsyra eller andra icke steroida antiflogistika reagera kraftigt. Tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. För barn under 16 år föreligger inga resultat från kliniska studier, varför behandling av denna åldersgrupp tills vidare bör undvikas.

Försiktighet. Försiktighet tillrådes vid behandling av patienter med ulcussjukdomar i anamnesen.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [C] i Fass. Antiflogistika med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare del av dräktighet, ger djurexperimentellt upphöj till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värbet och fördröja förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under sista månaden av graviditet ske endast på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlösning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Ketoprofen passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

ARTRIT OCH ARTROS.



Biverkningar. *Gastrointestinala:* Illamående och halsbränna utgör de vanligaste biverkningarna. Kräkningar, diarré, förstoppning, gasbildning, dyspepsi och ulcus har rapporterats.

Centralnervösa: Huvudvärk, trötthet, yrsel samt lättare orostillstånd har rapporterats.

Överkänslighetsreaktioner: Allergiska hudreaktioner och astmaattacker kan förekomma. Allergiker och astmatiker löper större risk än övriga patienter.

Övriga: Hämmning av trombocyttaggregationen och förlängning av blödningstiden.

Dosering. Doseringen av ORUDIS bör anpassas individuellt. Normaldosering är 1 kapsel 3 gånger dagligen i samband med måltid. Denna dosering kan ökas till 2 kapslar 2-3 gånger dagligen eller minskas, allt efter sjuk-

domens svårighetsgrad och patientens svar på behandlingen. ORUDIS utsöndras huvudsakligen via njurarna. Vid nedsatt njurfunktion förlängs eliminationstiden, varför doseringen i sådana fall bör reduceras.

Interaktion. Eftersom Orudis är högggradigt plasmaproteinbundet, finns teoretiska möjligheter för interaktion med hydantoiner, antikoagulantia eller starkt proteinbundna sulfonamider. Även om kliniskt betydelsefulla interaktioner inte är kända, bör patienter som står på nyssnämnda medel observeras med avseende på överdosering, då samtidig medicinerings med Orudis förekommer.

Förpackningar. Kapslar 50 mg (vita 5,5x16,3 mm); 30 st Vnr: 018242, 100 st Vnr: 018408.

Nu i Sverige!



DIS®

Reumatoid artrit,
osteoartros, pelvospondylit

Vit serie nr 2. Tillämpningar av systemteori och systemanalys inom hälso- och sjukvård. Mårten Lagergren. Pris 20 kr.

Vit serie nr 3. Primary health care and prevention in Sweden. Elisabeth Allguler, Bo Haglund, Urban Janlert, Bengt Linder, S Åke Lindgren, Leif Svanström. (In English.) Pris 35 kr.

Vit serie nr 4. Tracer condition-studier. Gustav Haglund. Pris 40 kr.

Blå serie nr 1. Samhällsmedicinsk thesaurus (Community health thesaurus). Bo Haglund, Lars Erik Lönn. (In Swedish and English.) Pris 45 kr.

Grön serie nr 1. Vårdlag i svensk primärvård - En inventering. Gunnel Boström, Bengt Olsson, Leif Svanström. Pris 20 kr.

Grön serie nr 2. Åtgärder vid ohälsa samt kontakter med primärvården - En metodutveckling genom processbeskrivningar. Projektbeskrivning och erfarenheter från en förberedande studie. Bengt L Andersson, Anders Bolin, Urban Göransson, S Åke Lindgren, Leif Svanström. Pris 40 kr.

Grön serie nr 3. ECHSS-study. Study area Skaraborg county, Sweden. Bo Haglund, Leif Svanström. (In English.) Pris 40 kr.

Röd serie nr 1. Primärvård i Finland. Rapport från studieresa till Helsingfors 1981-11-16-19. Bo Haglund. Pris 15 kr.

Röd serie nr 2. Samhällsmedicinsk vidareutbildning i England. Rapport från besök vid London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Community Health 1982-01-06-07. Bo Haglund, Leif Svanström. Pris 25 kr.

Röd serie nr 3. Allmänmedicinsk utbildning och forskning i England. Rapport från besök 1928-01-03-09. Bo Haglund, Leif Svanström. Pris 30 kr.

Röd serie nr 4. European collaborative Health Services Study. Rapport från studieresa 1982-01-04-09. Bo Haglund, Leif Svanström. Pris 40 kr.

Röd serie nr 5. European General Practice Research Workshop - EGPRW. Konferensrapport 1982-04-16-18. Bo Haglund, Leif Svanström. Pris 40 kr.

Röd serie nr 6. Femte svensk-jugoslaviska dagarna i socialmedicin. Sarajevo-Mostar, maj 1982. Elisabeth Allguler, Bo Haglund, Urban Janlert, Bengt Linder, S Åke Lindgren, Leif Svanström, Bengt Viterius. Pris 25 kr.

Röd serie nr 7. Svensk Socialmedicinsk Förening. Höstmöte 1982. Program och sammanfattningar. Gratis.

Röd serie nr 8. Hälsokontroll i primärvård. Rapport från kurs 1982-09-29-10-01. Institutet för samfunnsmedicin, Tromsø. Johan Hallqvist. Pris 30 kr.

Röd serie nr 9. Hälsa för alla i Norden år 2000. Rapport från konferens 1982-09-07-10. Gunnel Boström. Pris 30 kr.

Röd serie nr 10. Socialmedicin och primärvård i USA. Rapport från en studieresa, oktober 1982. Gustav Haglund, Leif Svanström. Pris 35 kr.

Röd serie nr 12. Technical collaboration among training institutions in developing countries in strengthening primary health care management training. Dubrovnik, april 1983. Leif Svanström. Pris 25 kr.

Röd serie nr 13. Socialmedicin och primärvård i Mexico. Rapport från en studieresa, oktober 1982. Gustav Haglund, Leif Svanström. Pris 25 kr.

Röd serie nr 14. VI:th Swedish-Yugoslavian days in social medicine. 19-26 August 1983. (In English.) Pris 40 kr.

Röd serie nr 15. Community development strategies and practice for economic development. Viveka Urwitz och andra. Pris 35 kr.

Brun serie nr 2. Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård inom Stockholms län. Gunnel Boström, Bo Haglund, Leif Svanström. Pris 40 kr.

Brun serie nr 3. Karolinska Institutet. Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan. Verksamheten 1982. Gratis.

Brun serie nr 4. Karolinska Institutet. Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan. Aktuella projekt. Januari 1983. Gratis.

Brun serie nr 5. Socialmedicin och primärvård i USA. Bilagor. Gustav Haglund, Leif Svanström. Pris 75 kr.

Brun serie nr 6. Karolinska Institute, Department of Social Medicine. Current projects. (English version.) Januari 1983. Gratis.

Brun serie nr 7. Hälsa för alla i Norden år 2000. Bilagor. Gunnel Boström. Pris 100 kr.

Brun serie nr 8. Svenska och utländska databaser av samhällsmedicinskt intresse - En inventering. Ingrid Chamberbert. Pris 25 kr.

Brun serie nr 9. ECHSS - tracer condition: Hip fracture. Bo Haglund, Bo Jacobsson, Lothar Schelp, Leif Svanström. Gratis.

Landstingets Hälsovård. Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan. Rapportserie

Vit serie nr 1. Statistik och register - En inventering. Olle Palm. Pris 25 kr.

Svart serie nr 1. Hälso- och samhällsprofil AB-län. Projektplan 1981. Bengt Olsson, Leif Svanström. Gratis.

Svart serie nr 2. Registrering och förebyggande av olycksfall i Stockholms

län. Projektplan 1981. Lothar Schelp, Leif Svanström. Kostnadsfri i enstaka exemplar.

Svart serie nr 3. Befolkningens hälsa i Stockholms län. Projektplan 1982. Bengt Grundeus, Bo Haglund, Thomas Heyden, Mall Kriisa, Eva Olsson, Göran Sjönell, Leif Svanström. Kostnadsfri i enstaka exemplar.

Svart serie nr 4. Effekter av vaccin mot mässling, röda hund och påssjuka. Projektplan. Februari 1983. Karin Fahlgren. Kostnadsfri i enstaka exemplar.

Grön serie nr 1. Hälsoupplysning med primärvårdens vårdlag som bas. Rapport från projekteringen av ett hälsovårdsprojekt på Sollentuna vårdcentral, 1982-06-08. Marianne de Loes, Ivar Krakau, Leif Svanström. Pris 20 kr.

Grön serie nr 2. "Dagissjukan" - En jämförelse mellan daghem med och utan klimatproblem. 1: Barnens hälsa. Göran Aurelius, Bengt Höjer, Patrick Olin, Kalle Snellman, Göran Tomson. Gratis.

Grön serie nr 3. Metodik vid indexering av primärvårdsprojekt. En delrapport från projektet "Samhällsmedicinsk dokumentation och information". Johan Cornelius Vendel. Pris 25.

Grön serie nr 4. Primline-databasen - Ett kontakt- och informationsnät för primärvård och samhällsmedicinsk forskning. Ingrid Chamberbert. Pris 35 kr.

Röd serie nr 1. Finstar - Ett datorbaserat informationssystem av intresse för svensk primärvård. Rapport från studiebesök i Finland. 1983. Pris 20 kr.

Beställningar kan göras till: Margareta Lindborg eller Birgit Lundberg, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, telefon 08-989100.

Drogförebyggande verksamhet

Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor har sedan 1978 fördelat medel till drogförebyggande verksamhet. Syftet med anslagen har varit att stimulera till debatt, opinionsbildning i drogfrågor och skapa alternativ till passivitet och drogmissbruk. I skriften "Alkoholinformation och drogförebyggande verksamhet, förteckning över projekt 1981" redovisas de projekt som fått pengar från Alkoholnämnden för verksamhet 1983. Katalogen innehåller de kommuner och organisationer som driver projekt. En svaghet med katalogen är att projektreddovisningen inte innehåller kontaktpersoner för projekten.

Kontakt kan dock förmedlas via Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor, 10630 Stockholm, tel 08/14 06 00. Förteckningen kan också beställas från samma adress.

Bo Haglund

Statistik gör det möjligt för forskare att se både bakåt och framåt i tiden

PIA AXELSSON



– Cancerregistret gör det möjligt för oss att påvisa trender och följa tumörer av olika slag, säger Barbro Westerholm. Men det borde utnyttjas mer än vad som idag är fallet.

Foto: Denny Lorentzen

Att 35.000 personer årligen drabbas av cancer, att hud- och levercancer ökat men att lungcancer-trenden bland män brutits med avseende på tumörtyper som förknippas med rökning. Den kunskapen skulle vi inte ha utan socialstyrelsens cancerregister.

Så sent som 1979 kritiserades cancerregistret av både forskare och riksdag. Idag, när det fyller 25 år, har registret hämtat in eftersläpningen, utökat sin service till forskare och publicerar årligen de senaste siffrorna om cancerutvecklingen. Ett viktigt arbete för att både förebygga cancer och förbättra cancervården.

Sambandet mellan asbest och cancer är välkänt idag. Och det var tack vare cancerregistrets stöd för detta samband för svenska förhållanden som åtgärder kunde sättas in. Bakom registrets statistik över drygt 700.000 cancerfall döljer sig oanade möjligheter till kunskap om cancer. Men då gäller det att det finns nyfikna forskare som ställer frågorna:

Vad spelar hälsoupplysning och anti-röklkampanjer för roll när det gäller lungcancers utbredning? Kan man minska bröstcancerfrekvensen med hjälp av mammografi? Har etylenoxid något att göra med senare upptäckta fall av leukemi? Hur påverkas människor som ständigt utsätts för dieselavgaser? Etc.

Samma år som cancerregistret inrättades i Sverige – 1958 – upptäcktes cirka 19.000 cancerfall. Idag är siffran ca 35.000 fall per år. Cancerregistret drogs länge med problem med underbemanning och eftersläpningar i statistiken. När det i slutet av 1970-talet blev klart att ingen egentligen kände till det aktuella läget för cancers utbredning – eftersom de uppgifter som fanns var sju år gamla – fördubblades

personalstyrkan samtidigt som Arbetskyddsfonden och Riksföreningen mot cancer sköt till tre miljoner kronor till verksamheten. På bara fyra år hämtades registrets eftersläpning in och idag finns all information lätt tillgänglig på data samtidigt som sex regionala register har byggts ut i Lund, Stockholm, Linköping, Göteborg, Uppsala och Umeå. Men ännu viktigare än aktuella siffror är att de data som matas in håller en hög kvalitet.

Samkörning avslöjar cancerrisker

Registrering av data på personnummer har medfört stora möjligheter för cancerregistret. Så har man tex genom en samkörning med uppgifter från 1960 års folk- och bostadsräkning lagt upp ett sk cancer-miljöregister.

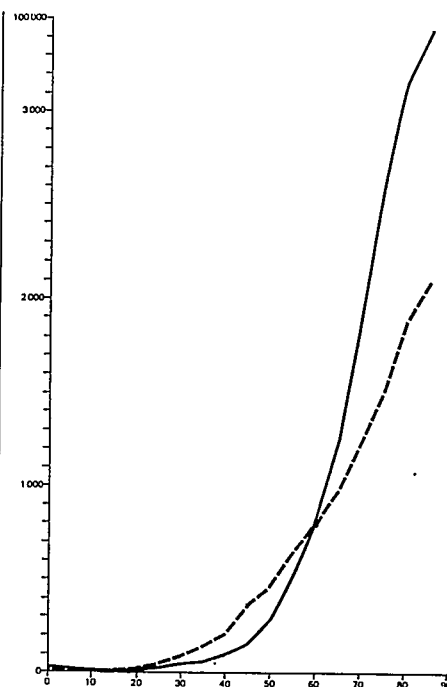
– Uppgifterna i vår statistik berättar bara om de yttre förhållandena vid tidpunkten när cancer upptäcks hos en patient, säger byrådirektör Birgitta Malker som är chef för cancerregistret. Det tar ofta 10–50 år för en cancer att utvecklas från det att individen utsatts för något cancerframkallande ämne, men genom samkörningen med folk- och bostadsräkningen kan vi nu gå bakåt i tiden och tex ta reda på vilka som hade ett visst yrke eller näringsgren för 20 år sedan och som sedan fått cancer.

Registrets statistik kommer från Sveriges läkare, ca 500 anmälningar per dag. De är enligt gällande föreskrifter skyldiga att anmäla varje nytt cancerfall. Också patologen, dvs den läkare som undersöker vävnadsprover, är skyldig att göra anmälan. På det sättet får registret en dubbelkontroll och man räknar också med en nästan 100-procentig täckning av cancerfallen i landet.

De personuppgifter som matas in för varje nytt fall är, förutom cancerdiagnos, bla personnummer, namn, kön, nuvarande civilstånd, yrke och hemort. Hela registret sköts under sträng sekretess – enbart forskare och individen själv har tillgång till material relaterat till personnummer. Varje år får registret in ca 200 beställningar på uppgifter från forskare och utredare av olika slag.

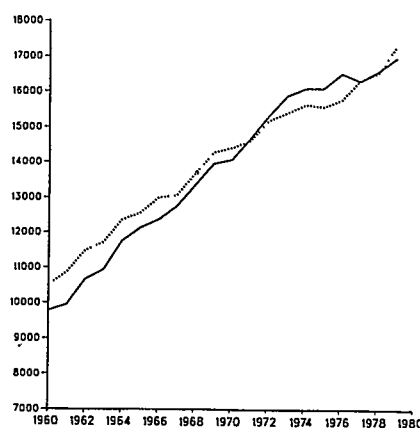
Personalbrist vållar problem

– Cancerregistret borde utnyttjas mer än vad som idag är fallet, säger socialstyrelsens generaldirektör Barbro Westerholm. Det här är ett viktigt re-



Figur 1.

Cancer är framför allt en ålderssjukdom. Det är främst i åldrarna över 50 år som man riskerar att drabbas av cancer. (Män= heldragen linje; kvinnor= streckad linje.)



Figur 2.

Antalet nya fall av cancer ökar. 1958 – samma år som cancerregistret lades upp – upptäcktes ca 19.000 nya fall. 1980 var motsvarande siffra ca 35.000 nya fall. (Män= heldragen linje; kvinnor= punkterad linje.)

gister. Med hjälp av det kan vi påvisa trender och följa tumörer av olika slag men också se effekterna av tex hälsoupplysning.

– Men det behövs mer folk som forskar samtidigt som registret skulle kunna bearbetas ytterligare av oss själva. Vi behöver bla mer epidemiologisk och statistisk expertis, anser Barbro Westerholm.

Med hjälp av tillgängliga uppgifter från cancerregistret kan man få en bild av tex cancers geografiska och åldersmässiga fördelning. Genom att sedan komplettera med andra informationskällor blir möjligheterna större att se risker och samband, och därmed möjligheterna att förebygga. Livmoderhalscancer är ett välkänt exempel på en cancerform där man genom provtagningar på kvinnor i vissa åldersgrupper över hela landet lyckats få ner antalet cancerfall betydligt.

Viktigt följa patienten

Att utöka servicen samt bygga ut analysmöjligheterna är de närmaste målen för verksamheten. Men också när cancer är ett faktum är det viktigt att följa vården och patienten. Birgitta Malcker berättar tex om ett internationellt samarbete med IARC (International Agency for Cancer Research) där man just nu undersökt hur vanligt det är med andra-tumörer hos kvinnor som strålbehandlats vid livmodercancer. Någon speciell misstanke om överrisk finns inte. Avsikten är att ta reda på hur små stråldoser påverkar uppkomsten av andra tumörformer. Därigenom räknar man med att kunna förbättra strålhygien.

– Men registret kan också användas av landstingen för framtida vårdplanering, påpekar Birgitta Malcker. I skriften "Cancer Indicende in Sweden" redovisar vi årligen trendkurvor och geografisk fördelning av cancer i landet. Dessutom arbetar registret – tillsammans med Danmark, Norge och Finland – med en atlas som ska redovisa den geografiska fördelningen av cancer i hela Norden.

Cancer bland kvinnor

De stora förändringarna inom cancers utveckling står kvinnorna för. När registret startade 1958 var livmoderhalscancer den tredje vanligaste cancerformen bland kvinnor. 1980 finns den inte längre med bland de tio vanligaste. "Uppåt" går det istället för lungcancer. 1960 var det en ovanlig cancerform för kvinnor. Idag är det nummer åtta på kvinnornas "tio i topp lista".

Bland män kommer lungcancer på andra plats i statistiken för 1980. Dessutom har denna cancerform ökat sin andel inom hela cancermaterialet. Ser man trenden för perioden 1960–80 kan man dock konstatera att en avplattung har skett under de senaste åren för tumörformer som anses bero på rökning.

– Men vi kan aldrig bevisa något med vår statistik, säger Birgitta Malcker. Däremot kan vi ge fingervisningar om var man ska börja leta efter orsakerna.

Nej till GT-prov i hälsokontroller

En systematiskt bedriven tidigdiagnostik av alkoholskador skulle ge betydande vinster för både individen och samhället. De omdiskuterade GT-proven motsvarar dock inte de förväntningar man på olika håll haft varför denna metod inte kan rekommenderas som hälsokontroll bland befolkningen – tex inom mödrahälsovård, skolhälsovård och företagshälsovård – för att skilja ut individer med hög alkoholkonsumtion. Istället bör forskningen och utvärderingen av andra metoder för uppspårande och behandling av hög konsumtion fortsätta. Det säger socialstyrelsen i slutrapporten från den utredning om GT-provets värde som genomförts på uppdrag av regeringen.

GT (gamma-glutamyltransferas) är ett enzym som finns i många organ; huvuddelen av GT i blodet kommer från levern. Halten av GT i blodet varierar kraftigt inom befolkningen. Höga GT-värden förekommer vid sjukdomar i tex lever, gallvägar och bukspottkörtel, men tillförsel av olika kemiska ämnen tex vissa läkemedel och kemiska lösningsmedel kan också orsaka höga värden. Vid hög konsumtion av alkohol kan blodprov visa höga GT-värden, men provet är inte specifikt för alkohol. Vidare har många individer med alkoholskador eller hög konsumtion av alkohol normala GT-värden. Vid en studie av gravida kvinnor hade 60 procent av dem man visste var alkoholmissbrukare normala GT-värden medan endast 25 procent av dem som hade höga GT-värden kunde betecknas som högkonsumenter av alkohol.

I sin rapport framhåller socialstyrelsen vidare de etiska aspekterna på hälsokontroller. All hälsokontroll måste vara frivillig och den undersökte måste alltid informeras om olika provtagningars syfte och konsekvenser. Den personliga integriteten måste respekteras i samband med undersökningar som direkt eller indirekt syftar till att kartlägga individens beteende i olika avseenden. Vid massundersökningar tex inom företagshälsovårdens ram är emellertid frivilligheten ofta skenbar eftersom den enskilde kan uppleva ett tryck från omgivningen att delta.

Man måste också beakta de psykologiska aspekterna för de individer som vid en hälsokontroll uppvisar avviken de undersökningsvärden. Ett onormalt värde väcker ofta en naturlig oro hos individen, varför personalen måste avsätta tid för att informera om fyndens betydelse. Om förtroendet mellan patienter och personal skadas finns risk att individer som verkligen behöver stöd och hjälp från hälso- och sjukvården drar sig undan denna. En annan viktig förutsättning för att massundersökningar ska vara motiverade är att det finns resurser för att utreda och behandla de fall som upptäcks. Sjukvårdens samt socialtjänstens nuvarande brist på behandlingsresurser för män-

niskor med alkoholskador innebär en allvarlig begränsning när det gäller massundersökning för att spåra alkoholskador – oavsett vilken diagnosmetod man väljer.

Trots GT-provets bristande tillförlitlighet anser dock socialstyrelsen att metoden kan användas som ett av flera diagnostiska prov hos personer som söker läkare för diffusa symtom samt hos patienter där stark misstanke om hög alkoholkonsumtion föreligger. Vid behandling av alkoholorsakade sjukdomar där syftet bl a är att avbryta eller minska patientens alkoholkonsumtion kan också GT-prover användas över en längre tidsperiod vid sidan av det personliga omhändertagandet för att följa behandlingsresultatet.

Information: Byråchef Ulf Nicolausson, byrån för primärvård, tel 08/23 560 60 eller 14 06 00.

Är rökning verkligen din ensak?

Det mesta av röken går ut i luften som alla andas. Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 106 30 STOCKHOLM.

Norgesic®

orfenadincitrat
paracetamol

Bryt den onda cirkeln, smärta-spasm-smärta.....



**NORGESIC innehåller ej salicylat — skonsamt för magslemhinnan.
NORGESIC — i dubbel bemärkelse prisvärt alternativ.**

Norgesic® Riker Tabletter Muskelrelaxans med analgetisk komponent Grupp 12B 3570

△ R

Deklaration. 1 tablett innehåller: Orphenadin, citr. 35 mg, paracetamol, 0,45 g, constlt. q.s. Egenskaper. NORGESIC innehåller förutom det muskelavslappande medlet orfenadin — även paracetamol som analgetiskt och antipyretiskt verksamt komponent. Indikationer. Distorsioner. Luxationer. Traumatiska muskelsmärter. Myalgier. Fibrosit. Lumbago. Torticollis. Frakturer. Stresshuvudvärk. Menstruationsbesvär. Försiktighet. Med hänsyn till orfenadinets parasimpatikolytiska effekt skall NORGESIC användas med försiktighet vid glaukom, takykardi och prostatahypertrofi. Graviditet och amning. Kategori B:2. Se speciellt avsnitt märkt ☐. Uppgift saknas om huruvida orfenadincitrat passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Vid rekommenderade doser förekommer sällan biverkningar. Torrhet i munnen, dimsyn, illamående och yrsel kan förekomma hos patienter känsliga för orfenadinets parasimpatikolytiska verkan. Vid långvarigt bruk kan risken för njurskador ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats. Dosering. 2 tabletter 3 gånger dagligen. Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt ☐, grupp 12B 1510 Paracetamol, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. Observera. Vid behandling med NORGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. Förpackningar och priser. Tabletter (vita, gravyr Riker N/G): 30 st 20:10, 100 st 43:30.

Riker Laboratories

Box 28
127 21 Skärholmen, Sweden
08-710 01 80

3M

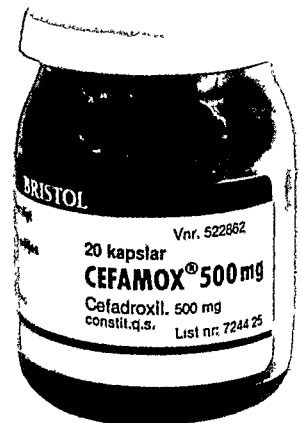
Peroralt cefalosporin

CEFAMOX[®] *vid urinvägsinfektioner*

- *effektivt*
- *tolereras väl*
- *enkel dosering*

CEFAMOX[®] absorberas oberoende av födointag. 93% av aktiv substans utsöndras inom 24 timmar.

CEFAMOX[®] är en vidareutveckling av cefalexin som medfört förbättrade farmakokinetiska fördelar med bibehållet antibakteriellt spektrum (FASS 1983).



CEFADROXIL[®]
CEFAMOX[®]

Doseras morgon och kväll



BRISTOL-MYERS AB

Huvudsta Gård Box 4100 171 04 Solna
telefon 08/ 82 04 30

