

Registren och primärvårdens områdesansvar

Bertil S Hanson

Mogens Hey

Leif Svanström

Om primärvården skall kunna ansvara för sin befolknings hälsa krävs kunskaper om miljön, sjukligheten, dödligheten etc. Alla förvaltningar etc i kommunen måste ha en gemensam områdes- och åldersindelning. Dödsorsaksstatistiken, öppen- och slutenvårdsstatistiken, läkemedelsstatistiken, sjukskrivningsstatistiken, de lokala cancerregistren, ULF-undersökningarna osv måste anpassas till primärvårdens behov. Nuvarande registermaterial ger en mycket begränsad uppfattning av befolkningens hälsoproblem. Här finns en mängd felkällor som gör att registren måste användas på ett kritiskt sätt.

De gamla provinsialläkarnas breda och miljöinriktade arbetssätt när det gällde folkhälsan grundade sig mera på observans och lokalkännedom. Detta synsätt måste komplettera de registerbaserade epidemiologiska analyserna.

Bertil S Hanson är biträdande överläkare vid socialmedicinska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus.

Mogens Hey är distriktsöverläkare i Höör och tillika biträdande chefsläkare för primärvården i Orups sjukvårdsdistrikt i Malmöhus län. Leif Svanström är professor i socialmedicin vid Karolinska institutet och var tidigare distriktsöverläkare i Sjöbo i Malmöhus län.

Provinsialläkaren som epidemiolog och miljömedicinare

"Sveriges första kvinnliga provinsialläkare ordnade vatten och avlopp i stugorna" (Läkartidningen med anledning av Distriktsläkarförbundets 100-årsjubileum). Provinsialläkarna var få för 100 år sedan,

men de hade ofta en god kännedom om det samhälle de arbetade i. I de gamla provinsialläkarrapporterna (15) kan man finna många uttömmande beskrivningar av hur folket levde, hur bostäder och arbetsplatser var utformade, vad man åt och dessutom beskrivningar av de vanligaste miljö- och hälsoproblemen i befolkningen, se utdrag sidan 252.

Detta breda miljöinriktade synsätt har trängts tillbaka under 1900-talet då den tekniska-biologiska medicinen gjort stora inmutningar i den "medicinska vetenskapen". Primärvårdstanken, som ofta, och speciellt av primärvårdens kritiker, beskrivs som ny, har återigen lanserats av samhällets intressenter som Socialstyrelsen, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, SPRI (13). Denna anknyter till den gamla provinsialläkartanken som visserligen stått på undantag under "välfärdssamhällets" höjdpunkt – men som hellre aldrig varit död. Samma inriktning på förebyggande arbete och miljöinriktat arbete finner man i förslaget till den nya hälso- och sjukvårdslagen (12).

Att beskriva hälsoproblem i en befolkning

SPRI har bl.a. beskrivit hur man med utgångspunkt från olika register kan beskriva hälsoproblem i en befolkning (16). Detta görs också av andra författare i detta temanummer. Vi vill i första hand peka på

.....
"Sveriges första kvinnliga provinsialläkare ordnade vatten och avlopp i stugorna."
.....

de svårigheter som uppstår vid användning av olika register. Författarna till denna artikel har alla arbetat eller arbetar som distriktsläkare. Sedan 1978 har författarna deltagit i undervisningen i samhällsmedicin på 4:e terminen i läkarutbildningen. Undervisningen har utgjorts av epidemiologiska fältarbeten med utgångspunkt från primärvården (5). Målsättningen var att beskriva befolkningens hälsoproblem i en kommun, göra jämförelser mellan miljö och sjuklighet/dödlighet samt med utgångspunkt från en beskrivning av hälso- och sjukvårdsorganisationen göra en bedömning av denna organisations effektivitet när det gäller att tackla befolkningens hälsoproblem.

Primärvårdens områdesindelning

Det är viktigt att kunna göra jämförelser mellan geografiska områden, som olika kommundelar, när det gäller miljö, sjuklighet, dödlighet etc. Sådana jämförelser är dock svåra bla därför att kommunförvaltningen har statistikområden som grund för sin befolkningsstatistik, länsstyrelsen kan tex dela in befolkningen i valdistrikt, pastorsexpeditionen i församlingar etc. Sådana områdesindelningar sammanfaller sällan med tex Socialförvaltningens, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens etc. Öppen- och slutenvårdsstatistik inom sjukvården har postnummerområde som registreringsbas. Dessa kan dock tyvärr gå tvärs över kommungränser. "Kommunreformen" som ville skapa en ur administrativ synpunkt lagom stor kommun, bröt ofta sönder områden som av tradition hört ihop. Detta har inneburit att människor fortsätter att av tradition resa över kommungränser för att tex handla, gå på Systembolaget och även söka sjukvård.

En första uppgift mot "primärvårdens områdesansvar" är sålunda att verka för gemensam indelning av de geografiska områdena för olika förvaltningar.

En första uppgift mot "primärvårdens ansvarsområde" är sålunda att verka för gemensam indelning av de geografiska områdena för olika förvaltningar.

Det är lika viktigt att alla "förvaltningar" använder samma åldersindelning.

Primärvårdspopulationens åldersindelning

Det är lika viktigt att alla "förvaltningar" använder samma åldersindelning. Man kan då tex använda WHO:s basindelning som grundar sig på en indelning i femårsintervall. Femårsintervallen kan sedan slås samman i större enheter med utgångspunkt från de "naturliga" brytpunkterna 15, 45 och 65 år, vilket ger de stora åldersgrupperna 0-14, 15-44, 45-64, 65-74 och 75 och däröver. Dessa stora grupper blir dock relativt okänsliga för förskjutningar inom grupperna. Det hade varit önskvärt att kunna arbeta med femårsintervall, men detta går inte då befolkningsunderlagen i många kommuner är för små.

Det har visat sig att andra (även landstingens utredningar) använder tioårsperioder, (tex 0-10, 11-20 osv). Man får då andra brytpunkter vilket gör det omöjligt att jämföra materialen. Se för övrigt Björn Smedbys artikel om forskningsmetoder inom primärvården (9).

Dödsorsaksstatistik

Svårigheter att använda dödsorsaksstatistik på primärvårdsnivå beskrivs av andra författare i detta nummer.

Sammanfattningsvis ger erfarenheten av sådana studier:

1. För små material i många diagnosgrupper på kommunnivå.
2. Oerhört stort arbete med ålders- och könsstandardisering.
3. Stora tolkningssvårigheter av funna resultat.

Man måste därvid uppmana till stor försiktighet med slutsatser på basen av materialen.

En metod att systematiskt prova vore att vårdcentralerna kontinuerligt "prenumererar" på dödsbevisen. Man kan då direkt uppmärksamma eventuella förändringar i dödligheten. Ännu bättre är att dödsbevisen kombineras med uppgifter från andra källor som journaler från slutet och öppen vård, information från Socialförvaltningen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller information som

man får via intervjuer av anhöriga (8). Omvägen via central registrering ger förluster både i kvalitets- och tidsaspekten, men kan vara av värde för andra ändamål, som länsvisa och nationella jämförelser.

"Apparattfelslista och verkstadslista" — om registrering av läkarbesök på vårdcentralen

Via betalningskvittona får man en kontinuerlig registrering av antalet läkarbesök på vårdcentralen. Besöken karakteriseras som akut/ej akut och nybesök/återbesök. Ålder och kön registreras liksom postnummerområdet. Det är endast de avgiftsbelagda läkarbesöken som registreras medan tex telefonkontakter ej registreras.

Postnumren kan som i Sjöboprojektet (2) vara ett bra underlag för kommunjämförelser, detta gäller dock ej för Höör kommun (6). Det faktum att registreringen ej är personbaserad innebär att patienter som gör täta och upprepade besök på vårdcentralen blir överrepresenterade. Exempelvis patienter med svårigheter när det gäller medicininställning (tex diabetiker), patienter med psykiska problem med somatisering etc. Vad man också saknar är en djupare orsaksregistrering — det som finns "bakom rubrikerna". Socialstyrelsens förteckning över diagnoser i öppen vård får betraktas som ett första steg i rätt riktning. Diagnoskoderna ger ett visst underlag för jämförelser mellan olika kommuner. Diagnoserna är dock alltför apparattelsorienterade och fångar ej upp sociala problem, "multiproblem" etc. Vi saknar ofta information om närmiljö (exempelvis bostad, arbete etc) och har inte ens en yrkesuppgift. I ännu mindre grad har vi information om strukturella fenomen, som arbetslivsstress, arbetslöshet, omflyttning och ej heller om familjesituationen. Försök till bättre diagnosklassificering pågår (7). Vi saknar dock i stort sett registrering av åtgärder ("verkstadslistan").

Diagnoskoderna är dock alltför apparattelsorienterade och fångar ej upp sociala problem, "multiproblem" etc.

Primärvården behöver en personbaserad och lokal registrering av alla individer som läggs in på sjukhus.

Registrering av alla primärvårdsinsatser

Erfarenheterna från Höör- och Sjöboprojekten visar att man behöver en registrering av alla insatser i öppen vård, inte bara besöken på vårdcentralen. I Höör och Sjöbo fann man att endast cirka hälften av öppenvårdsbesöken gjordes på vårdcentralen. I och med att man saknar uppgifter från privatläkare, företagsläkare, sjukhusens öppenvårdsmottagningar osv får man ingen fullständig bild av befolkningens sjukvårdskonsumtion i öppen vård.

Försök med samlad registrering av statistik från företagshälsovårdens, skolhälsovårdens, privatläkarnas, distriktssköterskornas, distriktssjuktymnasternas, distriktsarbetsterapeuternas och distriktsbarnmorskans verksamhet etc för några primärvårdsdistrikt borde snarast påbörjas. Man kan därför tex inte få någon uppfattning om eventuellt dubbelarbete. Det är svårt att få ett underlag för tex en arbetsfördelning inom ett totalansvar för folkhälsan i primärvårdsområdet.

Man behöver vidare registrering av insatser inom hemsjukvården, vården av sjuka på ålderdomshemmen, insatserna på de lokala sjukhemmen etc.

Slutenvårdsstatistik

Slutenvårdsstatistiken är baserad på antalet vårdtillfällen och är ej personbaserad. Detta innebär att exempelvis en cancerpatient som på grund av sin sjukdom behövt ett stort antal inläggningar med korta vårdtider förrycker statistiken.

Slutenvårdsstatistiken av i dag har man därför begränsad användning av inom primärvården. Primärvården behöver en personbaserad och lokal registrering av alla individer som läggs in på sjukhus. Denna uppgift är viktig ur flera synpunkter. Den underlättar vårdplaneringen och planeringen av eftervården. Man får dessutom en uppfattning om hur många personer från primärvårdsområdet, och mindre betjäningsområden, som vårdats på sjukhus.

I Sjöbo kommun hade man 1976 137 vårdtillfällen per 1000 invånare och i Malmöhus län 130. I Höör hade man 1977 140. En icke oväsentlig andel av befolkningen hinner vårdas under ett år. En fungerande registrering skulle kunna utgöra ett bra instrument i planeringen när tex primärvården och hem-sjukvården byggs ut.

Läkemedelsstatistik

Läkemedelsstatistiken är mycket viktig och är av central betydelse för primärvården. Tidigare studier har visat att öppenvården står för den absolut största delen av förskrivningen av läkemedel (4). Dessa ger exempel på den statistik som Apoteksbolaget tillhandahåller. Svårigheterna att tolka läkemedelsstatistiken har beskrivits av Bodén och Svanström (1).

Primärvården behöver en kontinuerlig och områdesbaserad läkemedelsstatistik, för att följa upp behandlingstraditioner, följa upp om Läkemedelskommitténs rekommendationer fullföljs etc. Primärvården behöver också möjlighet att lokalt koppla diagnosregistreringen med läkemedelsregistreringen för att på så sätt få en uppfattning om det rimliga i den pågående läkemedelsförskrivningen. Ett exempel på hur läkemedelsstatistiken kan tjäna som "alarmklocka" är debatten om överförskrivning av vissa psykofarmaka i Malmö kommun (14).

Sjukskrivningsstatistik

Via den lokala försäkringskassan och Riksförsäkringsverket kan man få uppgifter om sjuktalsfrekvens (antalet för året ersatta sjukdagar i relation till antalet sjukförsäkrade), sjukfallsfrekvensen (antalet för året avslutade sjukdomsfall per 100 försäkrade) och varaktighetstiden (genomsnittliga antalet ersatta sjukpenningdagar i de fall som avslutats under året). Den lokala försäkringskassan har en totalstatistik över befolkningen. Riksförsäkringsverket däremot registrerar ett urval försäkrade, födda dag 5, 15 och 25. När dessa material jämfördes för Höör kommun fann man överraskande stora skillnader. Sjuktalet var enligt Riksförsäkringsverket 108 dagar per år och 100 försäkrade och enligt den lokala försäkringskassan 92,2. Skillnaden gällde inte bara

Höör utan man fann motsvarande skillnader för andra kommuner.

Sjuktalsstatistiken är i dag av begränsat värde för primärvården. Primärvården behöver uppgifter om hur individerna i primärvårdsområdet sjukskrivs från vårdcentralen respektive sjukhus, företagshälsövård, privatläkare etc. Detta som underlag för en diskussion om sjukskrivningstradition, lagstiftningsbestämmelser, hjälpinsatser etc.

Cancerregistret

Det nationella cancerregistret är svårt att använda på en så låg nivå som kommunnivå. Via de regionala cancerregistren kan man däremot förvänta sig bättre information om cancerincidensen i det egna primärvårdsområdet och betydelsen av funna skillnader.

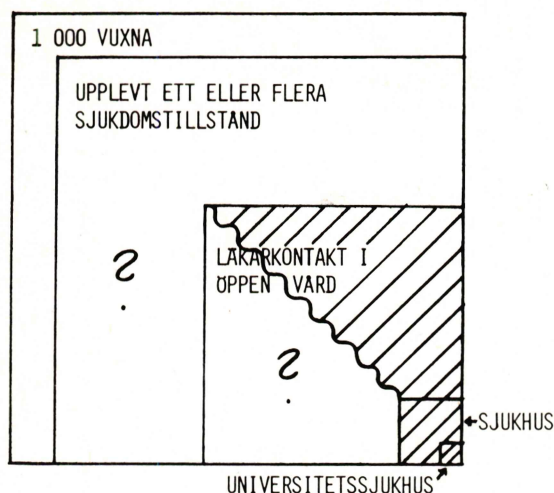
Undersökning om levnadsförhållanden (ULF)

ULF-undersökningarna är intervjuundersökningar som utförs av Statistiska Centralbyrån vart femte år. Den sista undersökningen utfördes 1975. Den har nu brutits ned på kommunnivå och publicerades 1979 (11). Här registrerar man uppgifter som ej finns i andra register och som därför är av stort intresse bla för jämförelser kommuner emellan. Materialet visar sig dock vara så begränsat på kommunnivå att antalet intervjuer blir för få. Som lokalt exempel kan tagas Höör, Sjöbo och Hörby kommuner som förts samman till en post, trots att kommunerna till och med tillhör två olika sjukvårdsdistrikt.

Hur stor del av befolkningens sjuklighet når vi med register?

I figur 1 (10) har vi försökt visa att man med hjälp av register kan få information om vissa delar av vårdkonsumtionen. Med hjälp av slutenvårdsstatistiken kan man till viss del beskriva slutenvården men man har ingen uppfattning om hur många personer som vårdats i slutenvård utan endast antalet vårdtillfällen och diagnoserna. Ännu mera begränsad är informationen om öppenvårdsbesöken. Öppenvårdsstatistiken på vårdcentralerna i Sjöbo och Höör fångar tex bara cirka hälften av besöken i öppen vård. Även här får man ingen uppfattning om antalet personer och ingen uppfattning om diagnoserna.

Figur 1. Upplevd sjukdom och läkarkontakter under en månad (10). De streckade områdena motsvarar kunskap inhämtad via register.



Nuvarande registerstatistik ger således en ur kvalitativ synpunkt mycket begränsad uppfattning om befolkningens hälsoproblem. Den kvantitativa beskrivningen är dålig. Den kvalitativa beskrivningen ännu sämre. Av befintlig statistik kan man få en viss uppfattning om skillnaderna mellan olika kommuner och man kan prospektivt följa förändringarna. Registren är dock i dag ej skapade för primärvårdens behov. Statistikregistreringen måste ändras på väsentliga punkter för att den skall kunna användas som ett planeringsunderlag i primärvården.

Nuvarande registerstatistik måste användas på ett kritiskt sätt och man kan iakttaga tendenser till att alltför långtgående slutsatser dras på basen av dessa material. Vi vill också varna för en övertro på "hårddata". Registerstatistiken har en mängd felkällor som måste värderas. Diagnosregistreringen är många gånger ytlig och ger en otillräcklig beskrivning av befolkningens hälsoproblem. Den ger självfallet ingen uppfattning om sociala förhållan-

Nuvarande registerstatistik ger således en ur kvalitativ synpunkt mycket begränsad uppfattning om befolkningens hälsoproblem.

Vi vill slutligen anbefalla en "renässans" av 1800-talets och tidigt 1900-tals provinsialläkares arbetssätt när det gäller epidemiologi och folkhälsa.

den, "multiproblem" och strukturella fenomen. Man får tex ingen möjlighet att bedöma hur befolkningen själv upplever sin hälsa. Registerstatistiken utgör därför en begränsad del i en registrering av hälsoproblem och reella behov (3).

Vi vill slutligen i detta sammanhang anbefalla en "renässans" av 1800-talets och tidigt 1900-tals provinsialläkares arbetssätt när det gäller epidemiologi och folkhälsa. I deras rapporter ges värdefull information grundad mer på observans och lokalkännedom än på statistiska analyser av epidemiologiskt registermaterial. Detta arbetssätt ansluter sig också till grundtankarna i den traditionella epidemiologin, i motsats till det starka intresse man inom vissa delar av den moderna epidemiologin har för sinnrika statistiska metoder utan koppling till miljöförhållanden och samhällsstrukturella fenomen.

REFERENSER

1. Bodén, S. & Svanström, L.: Studier av läkemedelsförbrukningen på lokal nivå. Svensk Farmaceutisk Tidskrift 83: 145-150, 1979.
2. Bodén S. & Svanström, L.: Sjöbopjektet - en studie i praktisk epidemiologi. Läkartidningen 77: 2661-67, 1980.
3. Dahlin, L. & Svanström, L.: Befolkningsstudier som grund för den öppna vårdens planering. Läkartidningen 70: 4845-48, 1973.
4. Dahlström, M., Kristoffersson, K., Nordenstam, I., Wessling, A. & Westerholm, B.: Läkemedelsförbrukningen under 1970-talet - exempel för gruppen hjärt-kärlmedel samt diuretika. Läkartidningen 75: 4806-09, 1978.
5. Dahn, I., Hanson, B. S., Hey, M. & Svanström, L.: Samhällsmedicinskt fältarbete under läkares grundutbildning. Läkartidningen, under publ.
6. Hey, M.: Höörprojektet. Stencil. Lund 1979.

7. Krogh-Jensen, P.: Prakssisygdomsklassifikation. Lægeforeningens forlag. Köpenhamn 1976.
8. Linnarsson, I. & Tibblin, G.: Dödsfallsanalys i Sollentuna. Föredrag vid Läkaresällskapets Riksstämma 1979.
9. Smedby, B.: Forskningsmetoder inom primärvården. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 57: 463-476, 1979.
10. White, K. L., Williams, T. F. & Greenberg, B. G.: Ecology of Medical care. The New England Journal of Medicine 265: 885-892, 1961.
11. Levnadsförhållanden. Rapport 19. Statistiska Centralbyrån 1975.
12. Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen. SOU 1979: 78.
13. Primärvård - innehåll och utveckling. SPRI S 101, 1978.
14. Privatläkare i Malmö kritiserar - släpphanta med receptblocket. Läkartidningen 76: 277, 1979.
15. SPRI-rapport 14/1974. Hälsoproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag.
16. Sveriges officiella statistik. Hälso- och sjukvården. Sundhets-Collegii för året 1870, Stockholm 1873.

Tvål, vatten och atrix ...

Få grupper tvingas tvätta sig så ofta som just personal inom sjukvården. Men lika självklart som att använda tvål och vatten borde det vara att efteråt skydda händerna med en bra handcreme. atring ger det skyddet och gör händerna mjuka och smidiga igen. En pålitlig hygienprodukt från Beiersdorf medical.

atrix

Beiersdorf AB, 0300-170 00.



BDF ●●●●