

Akuta besök i primärvården — en studie vid hälsocentralen i Tierp

Jan Stålhammar

Ragnar Berfenstam

Mirja Korpela

Björn Smedby

Det är en allmän erfarenhet att antalet besök vid sjukvårdens akutmottagningar har ökat under senare år. Liknande erfarenhet har man även vid Tierps hälsocentral.

Syftet med den aktuella undersökningen är att beskriva vilken typ av patienter som omhändertas akut vid hälsocentralen och att därvid särskilt belysa angelägenhetsgraden av besöken.

Patient- och läkarbedömningar ställs mot varandra vid den presentation av resultaten som här görs av AT-läkare Jan Stålhammar, Akademiska sjukhuset, Uppsala, professor Ragnar Berfenstam, forskningsassistent Mirja Korpela och docent Björn Smedby, samtliga vid socialmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

BAKGRUND OCH MÅLSÄTTNING

Det är en allmän erfarenhet att antalet besök vid sjukvårdens akutmottagningar ökat kraftigt de senaste decennierna. Samtidigt har det skett en förändring av akutmottagningarnas karaktär. Tidigare dominerade olycksfall och akuta insjuknanden. Nu ser man ett ökat inslag av icke akuta fall. Både i andra länder och i Sverige har man talat om sjukhusens akutmottagningar som den nye husläkaren (Allander o a 1977; Almersjö, Westin 1972; Hamilton 1974; Satin 1973; Stratmann, Ullman 1975).

Man har anledning att tro att mönstret går igen även i den öppna vården utanför sjukhusen. En

genomgång av litteraturen visar att ytterst få, om ens några, studier belyser detta specifikt. Detta sammanhänger sannolikt till en del med de problem longitudinella studier erbjuder i öppenvården, där enläkarstationer i rask takt ersätts med vårdcentraler.

I Tierp skedde en sådan förändring 1974. Man har därefter haft en akutmottagning som fungerar dygnet runt och där patienterna alltså kan söka utan föregående tidsbeställning. En särskild läkare är avdelad att sköta denna.

Målsättningen med den här studien har varit att belysa akutmottagningens karaktär samt att relatera vissa patientvariabler med besökets angelägenhetsgrad såsom denna bedömdes av läkare.

UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE

Vi gjorde vår studie vid akutmottagningen under tre veckor i maj 1977. Under denna tid intervjuades samtliga patienter som sökte vid akutmottagningen angående symtom, symtomduration, graden av oro och smärta samt motiv för besöket. Intervjuerna genomfördes av personalen vid akutmottagningen

.....

Det är en allmän erfarenhet att antalet besök vid sjukvårdens akutmottagningar ökat kraftigt de senaste decennierna.

.....

.....

Måndagar har som väntat höga besökssiffror varefter en successiv dämpning sker under veckan.

.....

enligt särskilt formulär. Parallellt genomfördes en läkarbedömning enligt fastställt formulär där framför allt angelägenhetsgraden av besöket skattades.

Sammanlagt 916 patienter registrerades under de tre veckorna och samtliga patienter utom fyra intervjuades. Under perioden tjänstgjorde 17 olika läkare. Vid bearbetningen har två av dessa utesluts på grund av alltför stora ofullständigheter i bedömningen. I det följande kommer därför två populationer att redovisas, dels 916 personer, dvs totalmaterialet, dels 748 personer för vilka läkarbedömning har gjorts.

RESULTAT

Ankomstdag och tid

Besökens fördelning på veckodagar överensstämmer med andra vårdkonsumtionsstudier (Almersjö, Westin 1972). Måndagar har som väntat höga besökssiffror varefter en successiv dämpning sker under veckan. Veckoslut och helgdagar har låga besökstal. Besöksfrekvensen varierar mellan 28 och 63 patienter per dag. På måndagar har man dubbel läkarbemanning, övriga tider en läkare.

Drygt 60 procent kommer under bekväm kontorstid, mellan kl 8 och 16. Det finns två toppar i ankomstkurvan, kl 10–11 och 13–14. Under dessa båda timmar kommer en fjärdedel av patienterna. Den däremellan uppkomna "lunchsvackan" beror på att man i viss mån styr ankomsttiden genom föregående telefonkontakt. Bara 3 procent av besöken sker under den tredjedel av dygnet som sträcker sig från kl 23 till 07.

Akutmottagningens andel av samtliga läkarbesök vid hälsocentralen var under den aktuella treveckorsperioden 46 procent.

Ålder och kön

Besökens fördelning efter patienternas ålder och kön redovisas i *tabell 1*. Barn under 15 år svarar för

Tabell 1. Besöken fördelade efter ålder och kön. Procentuell fördelning

Ålder	Män (N=475)	Kvinnor (N=441)	Båda könen (N=916)
0–14	26	23	25
15–44	41	41	41
45–64	18	19	18
65–74	9	10	9
75 och däröver	6	7	7
Totalt	100	100	100

25 procent av besöken, vuxna i åldrarna under 65 år för 59 procent och de äldre för 16 procent. Ingen nämnvärd skillnad föreligger mellan könen med avseende på antalet besök eller dessas åldersfördelning.

Besökens fördelning efter ankomsttid till mottagningen framgår av *tabell 2*. De olika åldersgrupperna skiljer sig med avseende på ankomsttiden. Gamla människor kommer i större utsträckning på dagtid (86 procent), jämfört med barn (68 procent). Barn kommer i större utsträckning på kvällar. Gamla människor kommer sällan på nätter.

Tabell 2. Besöken fördelade efter ankomsttid över dygnet och ålder (N=916). Procentuell fördelning

Tidpunkt	Ålder			Totalt
	0–14	15–64	65 och däröver	
Dag (kl 07–17)	68	76	86	76
Kväll (kl 18–20)	21	14	10	15
Natt (kl 21–06)	10	9	4	9
Totalt	100	100	100	100

Väntetid

Figur 1 visar genomsnittlig väntetid efter ankomsttid. Den ojämna tillströmningen till akutmottagningen leder till långa väntetider för många patienter.

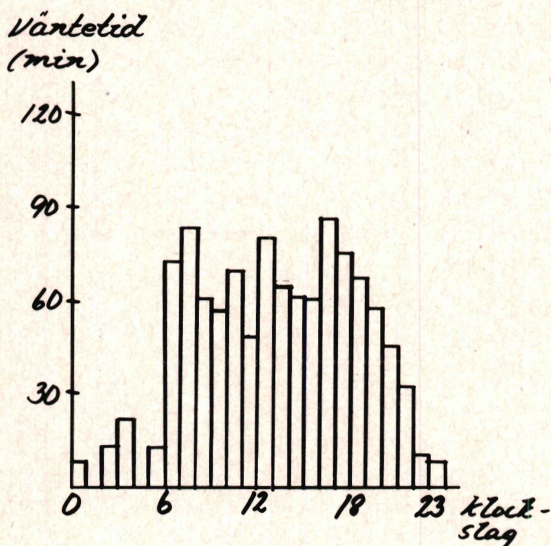
.....

Akutmottagningens andel av samtliga läkarbesök vid hälsocentralen var under den aktuella treveckorsperioden 46 procent.

.....

Den ojämna tillströmningen till akutmottagningen leder till långa väntetider för många patienter.

Figur 1. Genomsnittlig väntetid efter ankomsttid



Den genomsnittliga väntetiden är 62 minuter. Högst är den för patienter med ankomsttid kl 16–17 (87 minuter). Av patienterna ses 56 procent av läkare inom en timme och 84 procent inom två timmar.

Sjukvårdskontakt före besöket

Av intervjuerna framgick att 6 procent av besökarna försökt få tid på hälsocentralen, 5 procent försökt få tid på annan mottagning och 10 procent hade varit i kontakt med distriktssköterska före besöket på akutmottagningen. En viss överlappning föreligger sannolikt, men högst 21 procent har således först sökt någon annan sjukvårdsinstans. I en storstadsstudie var den siffran 48 procent (Allander o a 1977).

Som regel har patienterna ringt till akutmottagningen före besöket. Detta gäller 73 procent av patienterna. I vårt material utgör alltså telefonkonsultationen ett viktigt screeninginstrument. Ett flertal studier om sjukvårdsrådgivning per telefon pågår i landet (Borén 1977; Wiederholm, Sundman 1977).

Bedömningar av angelägenhetsgrad och risker vid telefonrådgivning har belysts i en skotsk studie (Barber o a 1976).

Tidpunkten för senaste läkarbesök visas i tabell 3. 11 procent har för mindre än en vecka sedan varit hos läkare. Ytterligare 19 procent har varit hos läkare senaste månaden. Vi kan emellertid i vår studie inte avgöra om det är samma besvär man sökte för vid det tidigare besöket eller om det är en ny sjukdomsepisod.

Tabell 3. Besöken fördelade efter tidpunkt för senaste läkarbesök (N=916). Procentuell fördelning

Tidpunkt	%
Mindre än en vecka	11
En vecka men inte en månad	19
En månad till fem månader	31
Sex månader till elva månader	13
Över ett år	18
Bortfall	8
Total	100

Besvär

De 916 patienterna angav sammanlagt 1 239 besvär (tabell 4). 24 procent av patienterna angav olycksfall varav männen utgör två tredjedelar. De flesta

Tabell 4. Antal redovisade besvär efter besvärens art samt andel med kort anamnes (N=916)

Besvär	Antal	Anamnes högst 24 tim
		%
Olycksfall/skada/förgiftning	222	44
Förkylning/hosta/halsont	189	6
Feber	148	6
Öronbesvär	77	22
Magsmärtor	77	17
Rygg-/ledbesvär	73	3
Hjärtbesvär/ont i bröstet	27	37
Andningsbesvär	24	29
Nervösa besvär	12	17
Övrigt	390	
Total	1 239	18

Minst hälften av patienterna kom huvudsakligen för att bli läkarundersökta och få en diagnos.

andra besvär har kvinnlig dominans. Infektioner, framför allt övre luftvägsinfektioner i olika former, utgör som väntat en stor del. Nervösa besvär har anmärkningsvärt låg frekvens (1 procent).

Vi frågade också efter hur akuta de här besvären i själva verket var. En kort anamnes (högst 24 timmar) hade som väntat många av olycksfallen. På andra plats kommer hjärtbesvär eller ont i bröstet, där drygt en tredjedel har ett akut insjuknande. Öronbesvär har också ett mer akut insjuknande än genomsnittet, medan däremot förkylningar i allmänhet har pågått en tid innan man sökt läkare. För hela materialet gäller att 18 procent har kort anamnes.

När patienten tillfrågades om huvudmotivet för besöket visades ett kort upp med olika svarsalternativ och personalen frågade vilket av alternativen som stämde bäst. I tabell 5 redovisas de angivna motiven. Av samtliga trodde 2 procent att de behövde sjukhusvård. Här gäller för de äldre en klart högre andel (7 procent). En tredjedel av patienterna menade sig främst behöva läkarbehandling. Minst hälften av patienterna kom huvudsakligen för att bli läkarundersökta och få en diagnos. Önskemål om intyg till försäkringskassan förekom sällan som huvudmotiv och naturligt nog endast i de förvärvsarbetsande åldrarna.

Tabell 5. Besöken fördelade efter patientens huvudmotiv för besöket och ålder (N=916). Procentuell fördelning

Motiv	Ålder			Totalt
	0-14	15-64	65 och däröver	
Sjukhusvård	1	2	7	2
Läkarvård	32	31	34	32
Läkarundersökning	55	50	52	51
Receptmedicin	11	10	2	9
Intyg	—	4	—	3
Annat	1	3	5	3
Totalt	100	100	100	100

Bedömning av angelägenhetsgraden

I tabell 6 redovisas läkarnas bedömning av besökens angelägenhetsgrad. Det framgår av tabellen att tre fjärdedelar av besöken bedömts vara adekvata. Drygt hälften ansågs av medicinska skäl böra komma inom 12 timmar och en fjärdedel ansågs av medicinska eller andra skäl som adekvata besök men bedömdes inte behöva komma inom 12 timmar. Vid bedömningen togs i dessa fall också hänsyn till väntetiden på den tidsbeställda mottagningen som vid tiden för denna studie i normalfallet uppgick till omkring fyra veckor. Av samtliga akutbesök ansågs 22 procent ej adekvata. Det bör här framhållas att variationen i bedömning mellan olika läkare var stor.

Tabell 6. Besöken fördelade efter besökets angelägenhetsgrad enligt läkarbedömning (N=748). Procentuell fördelning

Angelägenhetsgrad	%
Adekvata besök	76
därav: adekvat, bör komma inom 12 tim	53
adekvat, behöver ej komma inom 12 tim	23
Ej adekvata besök	22
Bortfall	2
Totalt	100

Den läkarbedömda angelägenhetsgraden kan ses som en helhetsbedömning, som i sig innehåller ett flertal delbedömningar, där patientens fysiska, psykiska och sociala situation tas i beaktande. I den här presentationen har vi valt att endast ta upp den sammanvägda bedömningen av läkaren. Några amerikanska studier har visat att läkaren på en akutmottagning många gånger förbiser psykiska och sociala aspekter på patientens problem (Satin 1971, 1973; Satin, Duhl 1972; Stewart, Buck 1977).

I tabell 7 har den läkarbedömda angelägenhetsgraden satts i relation till patientens motiv. För

Av samtliga akutbesök ansågs 22 procent ej adekvata.

Tabell 7 Besöken fördelade efter patientens motiv och läkarbedömd angelägenhetsgrad (N=748). Procentuell fördelning

Motiv	Adekvat besök		Ej adekvat besök	Totalt
	inom 12 tim	ej inom 12 tim		
Sjukvård/läkarvård	66	18	16	100
Läkarundersökning	47	27	27	100
Annat	48	30	22	100
Totalt	53	23	22	100

överskådligheten har motiven dragits samman i tre grupper. Gruppen "annat motiv" inkluderar här även receptbelagd medicin och intyg.

Beträffande patienterna som tror att de behöver sjukhusvård eller läkarvård anser läkaren att det i två tredjedelar av fallen var adekvata besök som borde komma inom 12 timmar. Denna siffra kan jämföras med knappt hälften för de övriga grupperna.

Den läkarbedömda angelägenhetsgraden har också satts i relation till den grad av oro patienten uppgivit (tabell 8). Vi har antagit att patientens oro är av betydelse för beslutet att söka akut. En studie av Banks o a (1975) pekar på att detta skulle vara en av de viktigaste orsakerna till den relativt stora konsumtion av primärvård hos kvinnor i yngre medelåldern.

I vår studie framkommer såsom materialet här presenteras närmast ett negativt fynd. Ingen överensstämmelse finns mellan patientens grad av oro

Tabell 8. Besöken fördelade efter patientens grad av oro och läkarbedömd angelägenhetsgrad (N=748). Procentuell fördelning

Grad av oro	Adekvat besök		Ej adekvat besök	Totalt
	inom 12 tim	ej inom 12 tim		
Ja, mycket	51	24	24	100
något	50	19	29	100
litet	54	25	20	100
total	52	23	24	100
Nej	54	25	20	100
Totalt	53	23	22	100

och huruvida besöket bedöms vara adekvat eller ej. Lika många av dem som angav mycket oro och av dem som inte angav någon oro ansågs av läkaren utgöra adekvata besök inom 12 timmar.

Den läkarbedömda angelägenhetsgraden jämfördes också med patientens grad av smärta (tabell 9). Patienter med "nästan outhärdliga smärtor" uppvisar den största andelen med hög angelägenhetsgrad – 68 procent av dessa ansågs böra komma inom 12 timmar. I övriga avseenden framkommer samma negativa fynd som vad gäller graden av oro. Resultaten i tabellerna 8 och 9 visar sålunda på en betydande diskrepans mellan läkaren och patienten i bedömningen av det aktuella problemet.

Tabell 9. Besöken fördelade efter patientens grad av smärta och läkarbedömd angelägenhetsgrad (N=748). Procentuell fördelning

Grad av smärta	Adekvat besök		Ej adekvat besök	Totalt
	inom 12 tim	ej inom 12 tim		
Ja, nästan outhärdlig	68	12	20	100
svår	53	25	21	100
måttlig	54	22	23	100
lätt	58	18	23	100
totalt	55	22	23	100
Nej	50	28	21	100
Totalt	53	23	22	100

Den läkarbedömda angelägenhetsgraden har också ställts i relation till symtomdurationen (tabell 10). Denna visade sig vara den variabel som bäst överensstämde med läkarens bedömning av hur adekvat besöket var. Kort anamnes svarar mot hög angelägenhetsgrad. 81 procent med anamnes kortare än 24 timmar ansågs böra komma inom 12 timmar. Bara en tredjedel av patienterna med mer än 7 dagars anamnes bedömdes böra se läkare inom 12 timmar.

.....
Vi kan alltså konstatera att den läkarbedömda angelägenhetsgraden visat sig vara ett relativt okänsligt mått när det sätts i relation till den grad av oro och smärta som patienten anger.
.....

Tabell 10. Besöken fördelade efter symtomduration och läkarbedömd angelägenhetsgrad (N=748). Procentuell fördelning

Symtoduration	Adekvat besök		Ej adekvat besök	Totalt
	inom	ej inom		
	12 tim	12 tim		
Mindre än 24 timmar	81	7	12	100
1-7 dagar	54	23	23	100
mer än 7 dagar	32	39	27	100
Total	53	23	22	100

Kommentar

Sammanfattningsvis kan vi alltså konstatera att den läkarbedömda angelägenhetsgraden visat sig vara ett relativt okänsligt mått när det sätts i relation till den grad av oro och smärta som patienten anger.

Uppenbara skillnader mellan patientens och läkares bedömning av samma problem har lett till att vi inte funnit några särskilt bra prediktorer hos patienten för läkares bedömning, förutom symtomdurationen. Fortsatta studier bör belysa läkarreliabiliteten mer ingående genom att sätta läkares bedömning mot hans faktiska agerande på akutmottagningen i form av utförda undersökningar, akuta remisser, receptutfärdande, sjukskrivningar m.m. Preliminära data pekar på en stor interindividuell variation i läkarnas bedömning. Ett närmare studium av denna variation synes därför vara angeläget.

REFERENSER

- Allander, E, König, U, Landell, N-E, Magnusson, G, Teglund, B, Vågerö, D: Akutmottagningen – den nye husläkaren? Läkartidningen 74: 1392–1396 1977
- Almersjö, O, Westin, J: Behovet av akutsjukvård i Göteborg. Läkartidningen 69: 45–56 1972
- Banks, M H, Beresford, S A A, Morrell, D C, Waller, J J, Watkins, C J: Factors Influencing Demand for Primary Medical Care in Women Aged 20–44 Years: A Preliminary Report. International Journal of Epidemiology 4: 189–195 1975
- Barber, J H, Moore, M F, Robinson, E T, Taylor, T R: Urgency and Risk in First-Contact Decisions in General Practice. Health Bulletin 18: 21–29 1976
- Berfenstam, R, Berg, B, Smedby, B: Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1973. Spri rapport 4/76, 1976

Borén, I–B: Sjukvårdsupplysning i primärvården i Älvsborgs läns södra sjukvårdsdistrikt – en analys av nuläget och förslag till fortsatt utveckling. Föredrag vid Läkarsällskapets Riksstämma i Stockholm 1977-12-02

Hamilton, W F: Systems Analysis in Emergency Care Planning Medical Care 12: 152–162 1974

Satin, D G: Help!: Prevalence and Disposition of Psychosocial Problems in the Hospital Emergency Unit. Social Psychiatry 6: 105–113 1971

Satin, D G: "Help": The Hospital Emergency Unit Patient and His Presenting Picture. Medical Care 11: 328–337 1973

Satin, D G, Duhal, F J: Help?: The Hospital Emergency Unit as Community Physician. Medical Care 10: 248–260 1972

Stewart, M A, Buck, C W: Physicians' Knowledge of and Response to Patients' Problems. Medical Care 15: 578–585 1977

Stratmann, W C, Ullman, R: A Study of Consumer Attitudes About Health Care: The Role of the Emergency Room. Medical Care 13: 1033–1043 1975

Wiederholm, E, Sundman, L: Telefonrådgivning vid distriktsläkarmottagningar. En enkätundersökning om den vård sökande allmänhetens attityder. Rapport från Gävleborgs läns landsting, 1977

LYFTPLATTAN LIFT

En lättskött lyftanordning för rullstolar

Begär broschyr

Nami Försäljning

Feglers gata 28
290 10 Tollarp
Tel. 0450/102 72
Bost. 0450/107 26