

300 patienter i ett göteborgsdistrikt

En studie från allmänläkarverksamheten i en storstad

Vad är det för typ av patienter, som söker en distriktsläkare i Göteborg? Vilka sjukdomstillstånd är vanligast företedda? I vilken utsträckning remitteras patienterna vidare till en specialist? Dessa frågor har uppmärksammats i en undersökning av doktor Ralph Wernbom, vars resultat publiceras i nedanstående artikel.



Ralph Wernbom

Från åtskilliga håll har påvisats, att kunskapen om den öppna vårdverksamhet, som bedrivits utanför sjukhus, är bristfällig.^{1 4 6} Denna studie har därför tillkomit i avsikt att ge information om den del av denna vårdform inom en storstad, som berör allmänläkarens arbete.

Läkardistriktet

Verksamhetsområdet är ett distrikt inom Göteborgs stad.

Distriktsmottagningen är taxebunden och hålles öppen 1 1/2 timma under vardag för sökande, bosatta inom distriktet.

Ordningen mellan de sökande bestämmes genom köbrickesystem. Utrustningen är läkarens personliga egendom och han har själv att anställa personal och bestrida alla med mottagningen förenade omkostnader. I gengäld föreligger rätt att utom tjänsten bedriva taxefri privatmottagning.

Nattjour ombesörjes av stadens läkarförening jämte organ för larm- och transporttjänst.

Inom distriktet, vars folkmängd uppgår till drygt 13 000 invånare, finnes ytterligare en läkare verksam som privatpraktiserande.

Distriktets areal är liten med en genomsnittsdia-

meter av 5—6 km. Bebyggelsen är huvudsakligen av äldre typ med en stor del saneringsfärdiga fastigheter. Ett flertal större och medelstora industrier finnes inom området.

Befolkningens flertal utgöres av arbetare, varav en inte obetydlig del inom låglöneyrken.

En omfattande immigration av utlänningar har ägt rum under 1960-talet. Immigranterna beräknas utgöra 12,9 procent av distriktets folkmängd. Motsvarande andel av hela staden Göteborgs befolkning uppgår till 5,6 procent.⁹

Urval och metodik

Studien påbörjades den 14 oktober 1968 och omfattar en registrering av 300 konsekutiva nybesök på distriktsmottagningen. Endast patienter, som personligen infunnit sig, har medtagits. Konsultationer per telefon eller genom ombud samt hembesök och privatpatienter har ej medräknats.

Som nybesök har betraktats alla personer, som sökt för första gången, samt de, vilka ej besökt mottagningen under minst 6 månader, räknat från närmast föregående besöksstillfälle.

Registereringen har omfattat *ålder och kön; huvuddiagnos enl. WHO:s sjukdomsklassifikation* år

1964; olika specialiteter; patienter, som sökt för mer än en sjukdom; utländska medborgare; uppgiven tidpunkt mellan insjuknande och första besök på distriktsmottagningen; olika remissförfaranden; fall med särskilt anmärkningsvärda omständigheter; och de patienter, som undersökaren preliminärt bedömt som särskilt svåra att handlägga.

Erhållna data har överförts till nålkort och behandlats. Undersökningens första fas, insamlandet av 300 nybesök, pågick under tiden 14/10—18/11 1968. Härvid mottogs förutom de 300 nybesöken 234 återbesök samt gjordes 25 hembesök. Arbetsbördan bedömdes vara normal för årstiden.

6 månader efter avslutandet av denna första fas har en slutlig sammanställning av materialet gjorts. Under observationstiden har nya data tillförts för varje patient, endast i den mån, vederbörande återkomit till mottagningen. Någon ytterligare kontakt med patienterna, sedan de uteblivit från mottagningen, har ej tagits.

Alla uppgifter, som framdeles kommer att redovisas i denna studie, berör endast personer, vilka ingår i ovannämnda sample av 300 nybesök.

Patienters ålders- könsfördelning

Materialet kom att omfatta 132 manliga och 168 kvinnliga patienter. Yngsta patienten var 4 månader och äldsta patienten 92 år gammal. Medelåldern var 36,5 år med medianåldern 35,4 år.

Med ledning av uppgifter ur Statistisk årsbok Göteborg 1968 över könsfördelningen inom distriktets befolkning skulle man i detta material förväntat en fördelning av 160 män mot 140 kvinnor.

Den funna överrepresentationen för kvinnliga patienter överensstämmer dock väl med de resultat, andra undersökare funnit.³

Tabell 1. Procentuell fördelning av olika åldrar hos patienterna jämfört med fördelningen inom distriktets befolkning.

Åldersgrupp	Patienterna	Befolkningen
0—15 år	14,7 proc.	17,9 proc.
16—66 „	76,5 „	70,3 „
67— „	8,8 „	11,8 „
	100,0 procent	100,0 procent

Åldersfördelningen har studerats, varvid gruperna barn (0—15 år) förvärvsarbetande vuxna (16—66 år) och pensionärer (67 år—) beräknats och jämförts med motsvarande grupper av distriktets totalbefolkning.⁹

Det funna resultatet talar för, att patientgruppen ur ålderssynpunkt är representativ för befolkningen i distriktet.

Sjukdomens duration

De patienter, som ingår i denna undersökning, har alla utfrågats, hur länge de haft besvär, innan de sökt på distriktsmottagningen, och i samtliga fall har man kunnat erhålla en någorlunda preciserad tidsuppgift.

Däremot har de som regel ej tillfrågats, om de sökt annan läkare före besöket på härvarande mottagning.

I 4 fall har patienten remitterats av annan läkare och i dessa fall på grund av sjukdom, som upptäckts vid hälsokontroll eller anställningsundersökning. Härvid har sjukdomstidens längd beräknats från datum för remissens utfärdande. Uppgiven sjukdomsduration har varierat från besök på insjukningsdagen (dag 0) till ett års sjukdomsvaraktighet.

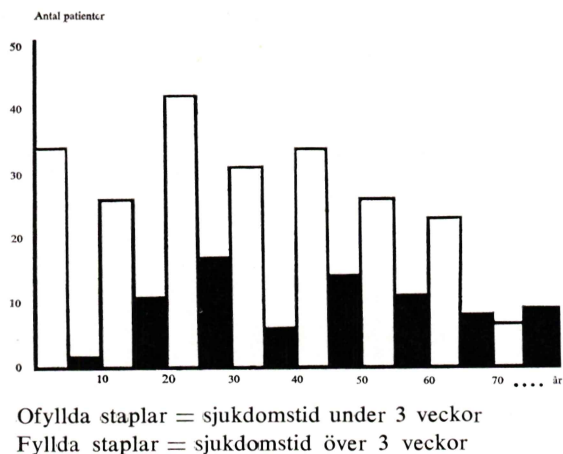
Tabell 2. Patientmaterialet ordnat efter uppgiven sjukdomsduration.

Sjukdomsduration	Antal patienter	Andel patienter procent
0—3 dagar	74	24,7
4—6 „	55	18,3
1—2 veckor	53	17,7
2—3 „	41	13,6
3—4 „	26	8,7
4— „	51	17,0
Summa	300	100,0

Tabellen visar, att 43 procent av patienterna sökt inom den första sjukdomsveckan och därav flertalet redan inom de första 3 dagarna efter insjuknandet. (Tabell 2)

Patienterna har även studerats i avseende på ålderns inverkan på tidpunkten för etablerandet av läkarkontakt efter insjuknandet. Därvid har olika

Figur 1. Åldersfördelning bland patienterna i relation till sjukdomens duration.



ålderskategorier studerats med hänsyn till sjukdomsduration under — och överstigande 3 veckor före läkarbesöket. (figur 1)

Det framkommer en trend för den yngre åldersgruppen att söka läkare på ett tidigt stadium efter sjukdomens debut medan motsatta förhållandet synes råda för den äldre åldersgruppen, som visar tendens att gå längre med besvären, innan man söker för dem.

Sjukdomspanoramat i patientgruppen

Vid redovisningen av diagnoser har i denna undersökning endast huvuddiagnosen, sådan den bedömts av undersökaren medtagits. Listan över diagnoserna kan av utrymmesskäl ej publiceras här. Vid upprättandet av diagnoser har WHO:s sjukdomsklassifikation år 1964 använts och sjukdomspanoramat redovisas enligt WHO listans kapitelrubriker för att möjliggöra jämförelse med tidigare publicerade arbeten av andra författare.^{2 5 7}

Inget dödsfall har noterats i den undersökta patientgruppen under observationsperioden.

Tabell 3 visar, att respirationsorganens sjukdomar helt dominerat panoramat, närmast följd av rörelseapparatusens sjukdomar, mentala besvär och sjukdomar i digestionsapparaten.

Tabell 3. Fördelning av huvuddiagnoser enligt WHO-listans kapitelrubriker.

		Antal patienter
I	Morbi infect. et parasitarii	12
II	Neoplasmata	0*)
III	Morbi allergici et syst. endocrini	9
IV	Morbi syst. haematopoet. et sanguis	4
V	Morbi mentis	33
VI	Morbi syst. nervosum et org. sensum	13
VII	Morbi org. circulationis	14
VIII	Morbi org. respirationis	92
		27
X	Morbi org. urogenitalium	11
XI	Morbi gravidarum	0
XII	Morbi cutis et subcutis	9
XIII	Morbi ossium et org. locomotorium	39
XIV	Maleformationes congenitae	0
XV	Morbi annorum primorum	0
XVI	Symptomata, sensilitas, casus male definiti	22
XVII	Skada genom yttre våld, förgiftning	15
	Summa	300

*) 2 fall av suspekt malign tumör. Misstanken kunde i båda fallen avvisas efter utredning.

Symtomdiagnoser eller ofullständigt preciserade tillstånd omfattande 22 fall, 7,3 procents andel. Kjellson och Melgård har båda angivit 5,9 procent i sina respektive material.^{5 7}

Patienterna har även indelats efter olika specialiteter. (tabell 4) För bättre kunskap om, vad de olika specialiteterna innebär för läkaren i allmän praxis, har materialet dessutom indelats i korttids- och långtidsfall i avseende till den första behandlingsperioden, som innefattar samtliga undersökta patienter. Med behandlingsperiod avses tiden mellan påbörjad behandling på distriktsmottagningen och dess avslutning, antingen genom besked, att vidare konsultation ej erfordras, eller genom remiss till annan instans för övertagande av patienten. Vid beräkning av ny behandlingsperiod har hänsyn ej tagits till, om ny läkarkontakt orsakats av recidiv eller helt ny sjukdom.

Patienterna har bedömts som korttidsfall, om deras behandlingsperiod ej överstigit 3 veckor, medan övriga grupperats som långtidsfall. Två pa-

Tabell 4. Patienternas fördelning inom olika specialiteter.

Specialitet	Hela gruppen	Gruppen efter bortfall (n=38)		
	(n)	K (korttid)	L (långtid)	K + L
1. Bakt. sjukd.	0	0	0	0
2. Barnsjukd. invärt.	4	4	0	4
3. Barnsjukd. kirurg.	1	1	0	1
4. Barnpsykiatri	0	0	0	0
5. Hjärtsjukd.	7	4	1	5
6. Hud & könssjukd.	11	8	2	10
7. Invärtes sjukd.	31	19	5	24
8. Kirurg. sjukd.	31	17	7	24
9. Akuta infektioner	98	85	8	93
10. Kvinnosjukdomar	4	1	1	2
11. Lungsjukdomar	8	5	1	6
12. Matsmältorg.sjukd.	14	8	5	13
13. Nervsjukdomar	4	2	2	4
14. Ortopediska sjukd.	33	20	10	30
15. Psykiska sjukd.	33	14	13	27
16. Röst-talrubbnings	0	0	0	0
17. Ämnesoms. sjukd.	3	3	0	3
18. Ögonsjukdomar	6	4	1	5
19. Öron-näs-halssjukd.	12	11	0	11
Antal patienter:	300	206	56	262

tientgrupper har bedömts som osäkra vid beräkning av behandlingstid. Den ena består av 18 patienter, som erhållit specialistremiss och övertagits av annan instans medan den andra utgöres av patienter, till antalet 20, vilka ej återkommit trots anmodan om återbesök. Totalt erhöles en bortfallsgrupp av 38 patienter, motsvarande 12,7 procent av patienterna.

Patienter, som sökt för flera sjukdomar, uppgick till ett antal av 57, en andel av 19 procent. Lindgren redovisar en uppgift, motsvarande 18,4 procent i sin uppsats.⁶

Av tabell 3 och 4 framgår, att överensstämmelsen mellan frekvenserna av respirationsorganens sjukdomar (tabell 3) och de akuta infektionerna (tabell 4) är påfallande. Man torde därav kunna antaga, att de akuta luftvägsinfektionerna kvantitativt varit den helt dominerande sjukdomsgruppen bland patienterna.

Den största andelen långtidsfall återfinnes inom specialiteterna psykiatri, ortopedi och matsmältningsorganens sjukdomar, vilka därmed kvalitativt synes vara de tyngsta specialiteterna inom den beskrivna verksamheten.

Remisser och remissförfaranden

Allmänläkarens primära sorteringsfunktion bland sitt klientel är utan tvekan av största betydelse och det är därför av intresse, att olika remissförfaranden studeras.

Under de 3 första månaderna noterades alla remisser till röntgen och speciallaboratorium.

41 patienter, 13,6 procent, erhöill remiss till röntgenundersökning, varvid 55 organundersökningar beställdes.

4 patienter remitterades till speciallaboratorium.

Efter 6 månaders observationstid beräknades antalet specialistremitterade patienter, varvid man fann, att 21 patienter, 7 proc., remitterats till specialistmottagning, poliklinik eller sjukhus. Motivationen till remitteringen redovisas i följande tabell.

Tabell 5. Orsak till specialistremittering.

Motiv	Antal patienter
Akut livshotande eller befarat livshotande tillstånd	3
Krav på större diagnostiska eller terapeutiska resurser	13
Övervägande sociala eller jämförliga skäl	5
Totala antalet remitterade patienter	21

Vid bedömning av tidpunkten för specialistermivering finner man, att 11 patienter erhöill remiss vid första konsultationen och ytterligare 7 specialistermisser utfärdades vid andra besöket, så att cirka 85 procent av remisserna utfärdats inom ramen för högst 2 konsultationer. Remissbehovet kunde sålunda som regel fastställas redan på ett tidigt stadium.

Patienternas besöksfrekvens

Bratthall, Mollstedt och Ogrelus har genom regressionsanalys sökt klarlägga, om förekomst av s. k. tunga patienter förlänger läkarens arbetstid per patient, men ej funnit säkra belägg för denna hypotes.^{1,8} Deras metod har ej befunnits vara tillämplig på detta patientmaterial, varför konsultationsfrekvensen under en bestämd tidrymd i stället använts som mått på mottagningens belastning.

Totala antalet läkarbesök, som de 300 patienterna gjort under tre — respektive sex månader redovisas i följande tabell. (tabell 6)

Tabell 6. Totala besöksfrekvensen under 3 och 6 månader. $n = 300$

Observationstid	Antal besök	Medeltal besök/ patient.
3 månader	608	2,03
6 ..	833	2,78

En jämförelse mellan medeltalen besök per patient visar, att detta under den senare 3 månadersperioden ökat med 0,75, vilket i förhållande till medeltalet för den föregående perioden (2,03) är en mycket obetydlig stegring.

Medeltalet besök, definierat som kvoten av antalet besök och antalet patienter under en given tidsperiod, kan användas som mått på belastningen och möjliggör jämförande studier mellan olika patientgrupper.

Sålunda uppvisade gruppen patienter med flera sjukdomar ($n = 57$) under 6 månader 212 besök, vilket ger medeltalet 3,72 för gruppen under perioden.

De patienter, vilka sökt enbart för en enda sjukdom ($n = 243$) gjorde under samma tid 621 besök med medeltalet 2,56 för denna kategori. Sig-

nifikansprövning ger $X^2 = 5,06$ (1 df), vilket innebär, att differensen i avseende på besöksfrekvens mellan de båda grupperna är signifikant på 5 % nivå.

Man kan generellt förvänta, att patienter med fler sjukdomar är mer vårdkrävande än de med en enda åkomma, och det funna resultatet står väl i överensstämmelse härmed.

Utgående från antagandet, att de mera svårbehandlade fallen har en ökad tendens att återkomma och etablera förnyad läkarkontakt efter avslutad behandling, har patienternas fördelning på olika perioder framställts i tabell 7.

Begreppet behandlingsperiod har tidigare definierats (sid. 156).

Tabell 7. Fördelning av patienterna på olika antal behandlingsperioder. (Observationstid 6 månader.)

Antal perioder	Antal patienter	Proc. andel patienter
1	198	66,0
2	79	26,3
3	14	4,7
4	9	3,0
Summa	300	100,0 %

C:a $\frac{2}{3}$ av patienterna har behandlats under en period och 92,3 proc. under högst 2 perioder, medan en mindre del av klientelet visat en ökad tendens att etablera ny läkarkontakt efter avslutad behandling och därigenom visat sig svårare att slutgiltigt komma tillrätta med. Om man räknar de patienter, som behandlats under 3 och flera perioder kan man grovt uppskatta andelen "svåra" patienter till 7,7 procent i detta material.

De erhållna resultaten indikerar en möjlighet att inringa och kartlägga de s. k. tunga patienterna och problemfallen, vilka för närvarande torde vara ofullständigt utredda och kända, såväl beträffande kvantitativa som kvalitativa egenskaper.

De härmed sammanhängande frågorna är intressanta ur många, skilda aspekter och innehåller bl. a. en mängd definitionsproblem, men då denna problematik avsetts bli föremål för vidare studier, får en mera ingående diskussion av

dessa frågor anses falla utom ramen för den här presenterade redogörelsen.

Diskussion och sammanfattning

Från en distriktsmottagning i Göteborg har 300 nybesök följts upp under 6 månader. Resurserna har ej möjliggjort en fullständig follow up, utan patienterna har endast kunnat följas i den mån, de besökt läkarmottagningen under angiven tid.

Patienternas åldersfördelning var representativ för populationen i distriktet. Könsfördelningen visade en kvinnlig övervikt med approximativ proportion 4/3.

Registrering av uppgiven sjukdomsduration visade, att 43 procent av patienterna sökt inom första sjukdomsveckan, varav flertalet under de tre första sjukdomsdagarna.

Sjukdomspanoramats dominerades av respirationsorganens sjukdomar, som visade en stark frekvensmässig korrelation till specialiteten akuta infektioner. Därefter kom rörelseapparatens sjukdomar, psykiska besvär samt rubbningar i digestionstractus.

Diagnospanoramats torde väl stämma med det, man kan förvänta inom ett distrikt med motsvarande sociala struktur.³

En jämförelse av olika sjukdomars förekomst i detta storstadsmaterial och i två patientmaterial utom tätort,^{5,7} visar, att andelen hjärt-kärlsjukdomar varit genomgående större hos glesbygdspatienterna, 19 respektive 14,4 procent mot 4,7 i detta material. Likadant är förhållandet med skador genom yttre våld, 17 och 11,8 procent hos provinsialläkarna mot 5 procent i storstaden.

Närheten till storstadssjukhus med en intensiv och högt specialiserad verksamhet synes avlasta storstadsläkaren från en del fall, som kollegan i glesorten primärt får handlägga.

Vad gäller respirationsorganens sjukdomar är förhållandet omvänt med 30,7 procents andel i göteborgsdistriktet mot 15,4 resp. 19,6 procent redovisade i de båda andra materialen.

Denna differens kan ej förklaras av det rådande infektionsläget vid tidpunkten för undersökningen. Selektionen av enbart nybesök bland göteborgspatienterna samt olika arbetssätt för läkare i stor-

stad och glesbygd må framhållas. Vid denna mottagning är det ytterst sällsynt, att akuta infektioner behandlas via telefonkonsultation, vilket rimligen måste tillgripas betydligt oftare inom glesorterna med deras större arealer och sämre tillgång till läkare. Troligen är därför det reella antalet luftvägsinfektioner hos provinsialläkarklientelen större än, vad som redovisats i de omnämnda undersökningarna. Möjligen är det även så, att landsbygdens folk visar större återhållsamhet med läkarkontakt vid banala infektioner än storstadspopulationen.

De akuta infektionssjukdomarnas stora roll som belastningsfaktor för allmänläkaren förtjänar dock att understrykas.

En indelning av patienterna efter behandlingstid visade, att korttidsfallen utgjorde 78,6 procent, vilket tyder på, att de flesta besöken orsakats av relativt enkla, banala sjukdomstillstånd.

Cirka 15 procent av patienterna har remitterats till röntgen och laboratorium, vilket väl stämmer med resultat från andra, liknande undersökningar.¹

7 procent erhöll specialistremiss, vilket också väl stämmer med uppgifter från andra studier.

Omkring 85 procent av specialistremisserna utfärdades inom ramen för 2 konsultationer. Remissbehovet kunde således i regel fastställas redan på ett tidigt stadium.

Arbetsvolymen på denna mottagning har kunnat mätas genom notering av antalet besök under en given tidsperiod. Belastningskoefficienten har uttryckts i medeltal besök per patient under en bestämd tid, vilket möjliggör jämförande studier av olika patientgrupper. Metoden har exemplifierats för fallen med flera sjukdomar, ungefär var 5:e patient. Dessa visade sig inom den givna observationstiden ha en signifikant högre besöksfrekvens än övriga patienter, varvid de kommit att utgöra en större belastningsfaktor för läkaren.

Genom studier av patienternas tendens att bilda nya kontakter med doktorn efter avslutad föregående behandling har man sökt estimera andelen svåra eller tunga fall bland patienterna, vilken i den redovisade patientstocken beräknats till approximativt 8 procent. De funna resultaten ger vissa möjligheter att skapa en metodik för utred-

ning och kartläggning av de "tunga" patienterna och "problemfallen" och fortsatta studier av denna problematik har planerats. Studien visar, att det material en allmänläkare förfogar över, kan lämna åtskillig information inom flera områden.

LITTERATUR:

1. *Bratthall, B, Mollstedt, B, Ogrelus, Y.*, 1969: Vad gjorde en distriktsläkare i maj 1968? Läkartidningen 66:2902.
2. *Cartwright, A.*, 1967: Patients and their doctors. Routledge & Kegan Paul.
3. *Inghe, G.*, 1962: Sambandet mellan sjukdom och sociala förhållanden. Socialmedicinska skrifter 1.
4. *Inghe, G. & M-B.*, 1966: Den ofärdiga välfärden. Tidens förlag.
5. *Kjellson, L.*, 1966: En månad hos provinsialläkaren. Läkartidningen 63:2394.
6. *Lindgren, B.*, 1968: Effektiv sjukvård. Läkartidningen 65:4640.
7. *Melgård, B. J.*, 1965: Diagnoser och undersökningar på 1000 patienter vid en provinsialläkarmottagning. Läkartidningen 62:3357.
8. Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg
Rapport D nr 425/67 den 20/11 1968
Stadsdistriktsläkarnas arbetsredovisning för perioden 15—21 maj 1968 (Stencil).
9. Statistisk årsbok Göteborg 1968, utg. 1969.

Fotoprint kan

BLANKETTER

Distinkt tryck på högklassigt papper, rätt pris och omgående leverans är orsaken till att allt fler läkare och sjukvårdsinrättningar anlitat vår blankettservice.

Några blankettproblem får Ni aldrig, om Ni vänder Er till oss. Vi är utrustade att utveckla och tillverka för Er passande blanketter, att användas i de rutiner som ingår i såväl vård som administration.

Välkomna med Era beställningar och förfrågningar.

Tryckeriaktiebolaget

fotoprint

Kungsbacka

Tel. 0300/110 00-1-2

Kålleredhemmet

(Diakonissanstalten Samariterhemmets riksbarnhem för flickor i åldern 15—18 år)

vill ge fostran och utbildning till flickor som på grund av bristande vård och ledning eller av annan orsak är i behov av särskilt stöd

har **grundskoleundervisning**, årskurs 9 hushållsteknisk linje, för skolpliktiga elever

har undervisning i **husligt arbete och sömnad** för icke skolpliktiga elever

erbjuder rika tillfällen till fritidsaktiviteter av olika slag

ligger i en naturskön trakt 15 km söder om Göteborg.

Vårdformen är öppen.

Landstingsbidrag utgår till vårdkostnaderna.

Ansökan (på samma formulär och med samma bilagor som gäller för ungdomsvårdsskolorna) ställs till

Lokalstyrelsen för Kålleredhemmet

Box 70

430 50 Kållered

Vidare upplysningar lämnas av rektor Gudrun Gestrin tel. 031/75 00 42 el. 031/75 17 95.