

Studie i åtta län:

Kan nedläggning av lågutnyttjad jourverksamhet öka vårdkvaliteten?

Eftersom jourverksamheten svarar för en stor del av kostnaderna för hälso- och sjukvården är det särskilt viktigt att dessa resurser används optimalt.

Jourverksamheten inom primärvård och länsjukvård i åtta län har studerats med avseende på jourläkarnas kompetens, antalet patientbesök utanför kontorstid samt kostnader.

Andelen icke legitimerade läkare som arbetar utan direkt handledning var mindre vid länsdelssjukhusen än vid länsjukhusen, och besöksfrekvensen under icke kontorstid var förhållandevis låg. Från medicinsk utgångspunkt kan diskuteras om samtliga befintliga jourlinjer är nödvändiga eftersom verksamheten bör dimensioneras efter medicinska behov.

Socialstyrelsen har under senare år genomfört en inventering av jourverksamheten i åtta län. Under 1996 genomfördes studien i Kronobergs, Kalmars och Blekinge län, under 1997 i Södermanlands, Östergötlands och Jönköpings län och 1998 i Jämtlands och Västernorrlands län. Dessa studier har gjorts som delstudier i projektet »Aktiv uppföljning». Sjukvården i dessa län betjänar en befolkning på 1,96 miljoner invånare (22,6 procent av Sveriges befolkning), och driver tillsammans 22 akutsjukhus och 258 vårdcentraler, var-

Författare

SVEN DAHLGREN

professor i kirurgi, sakkunnig

GÖRAN ENGHOLM

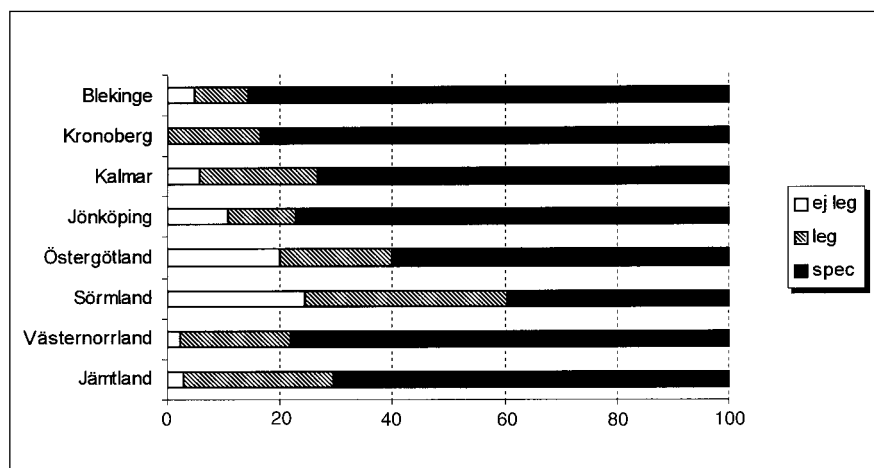
statistiker

PIA FAGERSTRÖM

ekonom

BO JORDIN

primärvårdsråd; samtliga vid Socialstyrelsen, Stockholm.



Figur 1. Total jourtid i primärjour i primärvården fördelad efter läkarnas kompetensnivå. Procent.

av 43 erbjuder omhändertagande under jourtid (dvs tid utom 08.00–17.00 vardagar).

En frågeställning har varit om jourverksamheten kan koncentreras ytterligare. Ibland försvaras lågutnyttjad jourverksamhet utanför länsjukhusen med att stora avstånd till närmaste alternativa mottagning medför ökade medicinska risker. Av särskilt intresse har varit att Jämtlands län ingått i studien. Jämtland har bara ett akutsjukhus, samtidigt som detta enda sjukhus betjänar ett av Sveriges geografiskt mest vidsträckta och glesbebyggda upptagningsområden.

METOD

Jourverksamheten studerades genom att vissa patientuppgifter insamlades i samband med alla besök i primärvård och länsjukvård under jourtid i vart och ett av de studerade länen. Som jourtid betecknades all tid utom 08.00–17.00 måndag–fredag. Studien genomfördes under en tvåveckorsperiod i maj månad respektive år.

Kompetens hos och beredskapsgrad för samtliga jourhavande läkare granskades utifrån upprättade journalscheman cirka två månader innan ovan nämnda jourstudie påbörjades.

Kostnaderna för jourverksamheten beräknades utifrån bemanning, aktuell löneläge och schabloniserade beräk-

ningar för övriga kostnader såsom utrustning och lokaler.

Väntetid har definierats som den tid som förflutit från det att patienten kommit till akutmottagningen till dess att läkare träffat patienten.

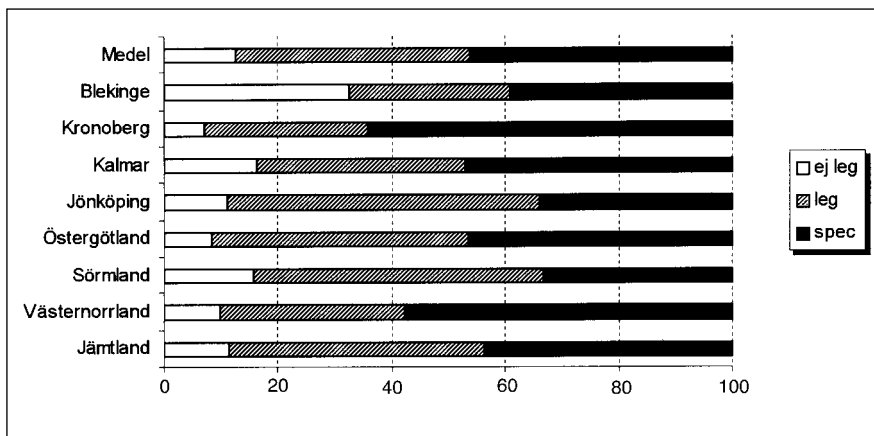
Avgränsningar

Studien har avgränsats till att endast omfatta besök under jourtid. Vård av inneliggande patienter under jourtid omfattas inte av studien. Ett skäl till detta har varit att de strukturförändringar som genomförts avseende jourverksamheten i länsjukvården under senare år i första hand har berört jourverksamheten under icke kontorstid, varför denna tid bedömts som mest intressant. Till detta kommer befarade svårigheter att kunna avgränsa arbetet till vad som är egentligt jourarbete i den slutna vården.

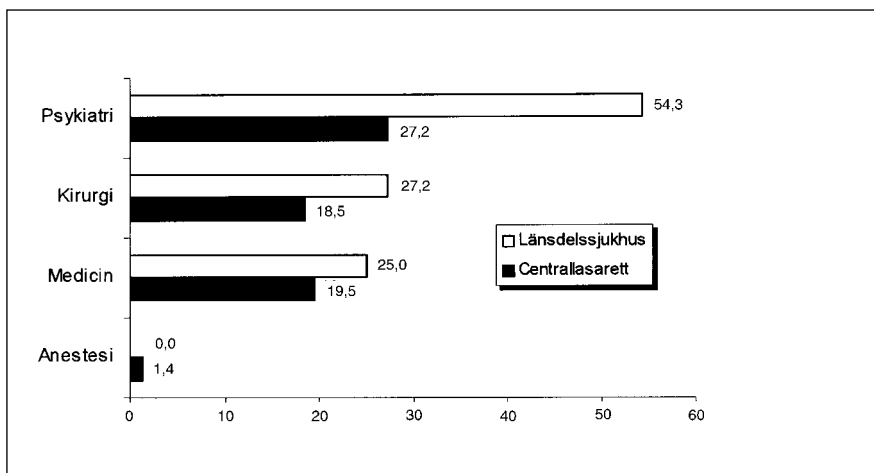
Akutbegreppet används med olika innebörd, inte minst i primärvården. Denna studie avser samtliga patienter – med eller utan föregående telefonkontakt – som sökt på akutmottagningar/ jourcentraler under dygnets alla timmar utom måndag–fredag 08.00–17.00. Studien omfattar inte tidsbeställda mottagningar, t ex kvällsmottagningar för elektiv vård.

RESULTAT

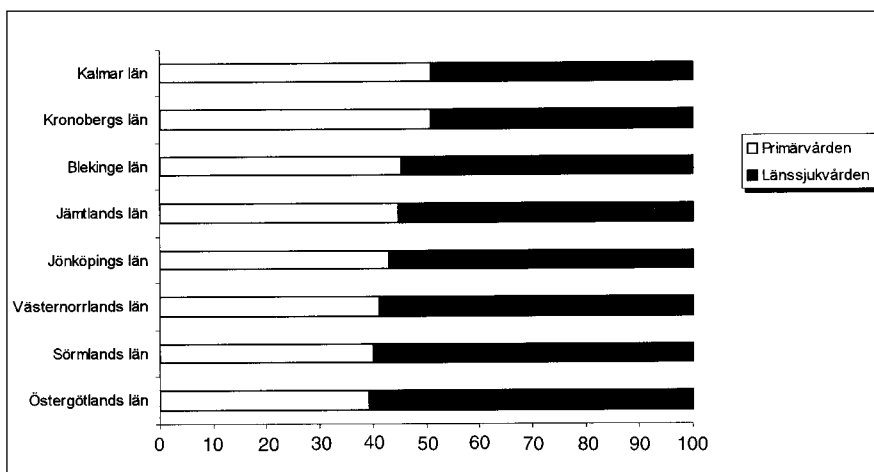
Studien kom att omfatta 16 427 patientbesök. Lågfrekventa jourlinjer vid både länsjukhus, länsdelssjukhus och



Figur 2. Total jourtid i primärjour i läns sjukvården fördelad efter läkarnas kompetensnivå. Procent.



Figur 3. Andel av jourhavande i primärjour vid centralasarett respektive länsdelssjukhus som ej varit legitimerade läkare. Procent.



Figur 4. Fördelning av jourbesök mellan primärvård och läns sjukvård i Socialstyrelsens jourstudier. Procent.

jourcentraler identifierades. I flera av länen lämnades förslag till omstrukturering av jourverksamheten

Kompetensen hos jourhavande

Jourhavandes kompetens i primärvården var hög. I exempelvis Blekinge omhändertogs patienterna av specialist-

kompetent läkare under ca 85 procent av jourtiden (Figur 1). Vidare förekom det sällan att icke legitimerade läkare gick jour ensamma utan parallellgående med mer kompetent jour.

Kompetensen hos läkarna under jourtjänstgöring i primärjournen i läns sjukvården framgår av Figur 2. Om den

icke legitimerade läkaren i primärjournen inte hade någon läkare i beredskap inne på sjukhuset har läkaren betecknats som »icke legitimerad primärjour». I läns sjukvården var andelen AT-läkare som arbetade ensamma större samtidigt som andelen specialister var mindre än i primärvården.

Inom specialiteter med ansvar för utbildning av AT-läkare framträder särskilt tydligt den förhållandevis stora andelen ensamarbetande icke legitimerade läkare i primärjournen (Figur 3). Anmärkningsvärt nog har det framför allt inom psykiatri saknats direkt tillgänglig handledare för AT-läkarna. Dessutom är andelen icke legitimerade läkare större vid länsdelssasarett än vid läns lasarett.

Jourlinjer i primärvården

Jämtland skiljer sig från övriga av Socialstyrelsen studerade län genom att ha ett större antal platser utanför sjukhusorten där primärvården driver jourverksamhet. I Jämtland fanns sålunda jourverksamhet i beredskap i primärvård nattetid på åtta orter utanför sjukhus (exklusive en kortare försöksverksamhet på en ort). I övriga landsting är antalet sådana orter högst tre.

Jourlinjer i läns sjukvården

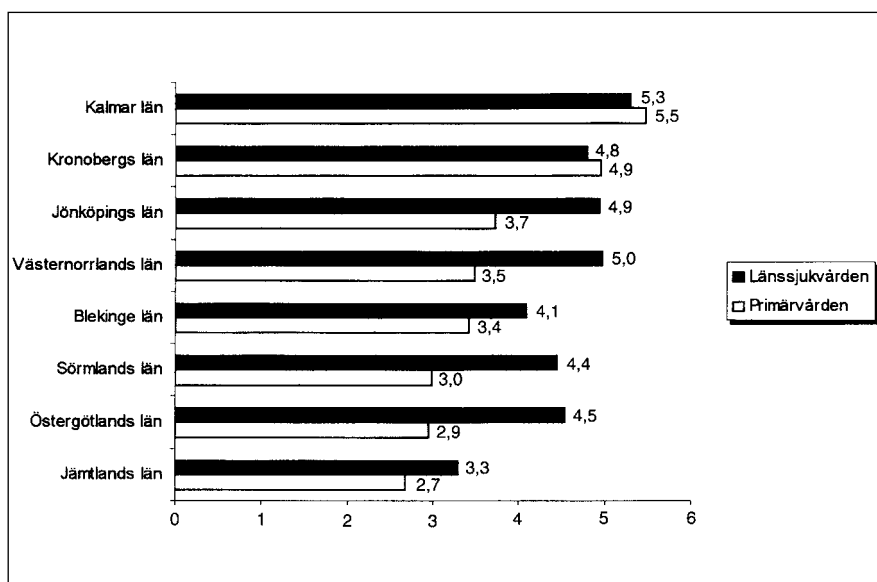
Studien kom att omfatta tretton länsdelssjukhus, åtta läns sjukhus och ett regionsjukhus. Norrköping har härvid räknats till läns sjukhusen. I ett av länen finns tre länsdelssjukhus, i fem finns två, i två finns ett och i Jämtlands län inget. Av de tretton länsdelssjukhusen fungerade elva som akutsjukhus med jour i åtminstone specialiteterna medicin, kirurgi, anestesi och röntgen dygnet runt; ett av dem hade dock i princip operationsavdelningen stängd under icke kontorstid.

Antalet jourlinjer vid läns sjukhusen var ganska likartat i de olika landstingen. Samjourfrekvensen var också ganska lika från läns sjukhus till läns sjukhus. Tillgängligheten kunde dock variera i vissa specialiteter mellan länen genom olika beredskapsnivåer, från en halv till två timmars inställetid.

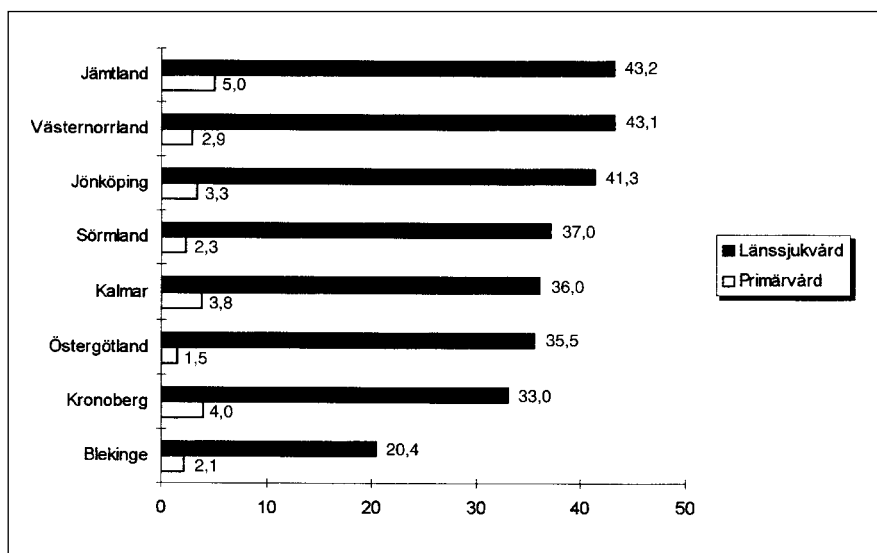
Flera av länsdelssjukhusen erbjöd jourservice utöver de stora specialiteterna (medicin, kirurgi, anestesi, psykiatri, ortopedi och röntgen). De viktigaste skillnaderna rör specialiteterna barnmedicin, kvinnosjukvård, ögonsjukvård och öronsjukvård.

Patientvolym och besöksmönster

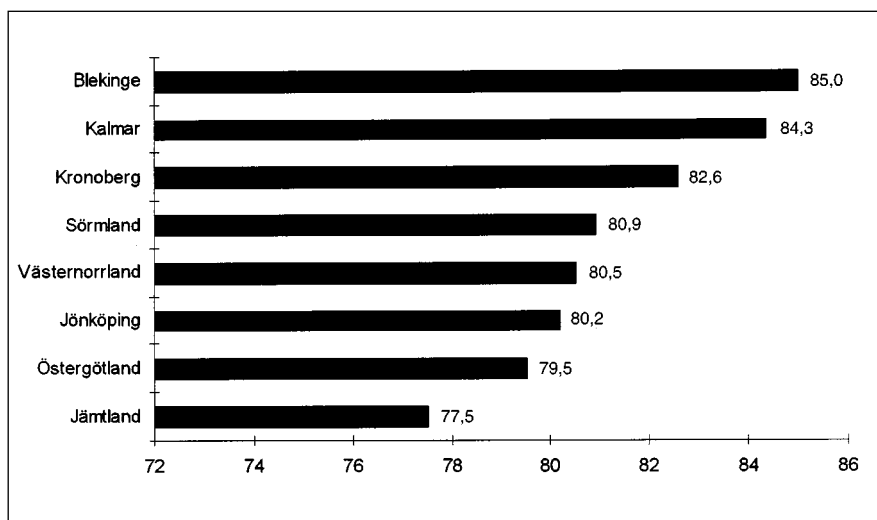
Läns sjukvården. Antalet rapporterade patienter varierade mycket mellan de 22 sjukhusen. Läns sjukhusen rapporterade mellan 27 och 65 patienter (medeltal 41) per kväll och natt



Figur 5. Besöksfrekvensen per 1 000 invånare i åtta län i Socialstyrelsens jourstudier.



Figur 6. Inläggningsfrekvensen i åtta studerade landsting. Procent.



Figur 7. Andel besök vid vilka patienterna väntat mindre än en timme efter ankomst till jour-/akutmottagning. Procent.

(17.00–07.00 måndag–söndag), medan länsdelssjukhusen rapporterade mellan 8 och 41 besök (medeltal 21). Tre sjukhus rapporterade mindre än 12 besök per natt; två av dessa sjukhus hade endast en jourlinje i medicin öppen under denna tid. Antalet genomförda operationer på de patienter som lagts in under den studerade tiden rapporterades i vissa fall vara så lågt som en operation var tredje natt.

Primärvården. Några av landstingen redovisade nattöppna jourcentraler dit endast enstaka patienter sökt. I ett landsting redovisades tre sådana jourcentraler med en genomsnittlig patientvolym på en patient per natt (24.00–08.00). Knappt hälften av besöken omhändertogs i primärvården, och mönstret skiljer sig inte mycket mellan samtliga de i Aktiv uppföljning studerade länen (Figur 4). Vidare visade studien att antalet jourbesök per invånare varit lägst i Jämtland av de studerade åtta länen i Aktiv uppföljning (Figur 5).

Åtgärder vidtagna av jourläkare

För de flesta *inläggningarna* svarade inte oväntat länsjukvården. Jämtland hade den högsta inläggningsfrekvensen med avseende på såväl primärvården som länsjukvården (Figur 6). Även Västernorrland hade en hög inläggningsfrekvens från länsjukvården.

Övriga åtgärder som studerats har varit receptförskrivning, remitteringsfrekvens, röntgenundersökningar, operationer, medicinska och kirurgiska åtgärder. Det kan finnas anledning att uppmärksamma att man i jourverksamheten i mycket liten utsträckning sjukskrev patienterna (2,1–2,3 procent av patienterna i åldern 20–64 år, oaktat om dessa sökt i länsjukvården eller i primärvården). En vanlig åtgärd i primärvården var däremot att patienterna fick recept (33–55 procent av patienterna).

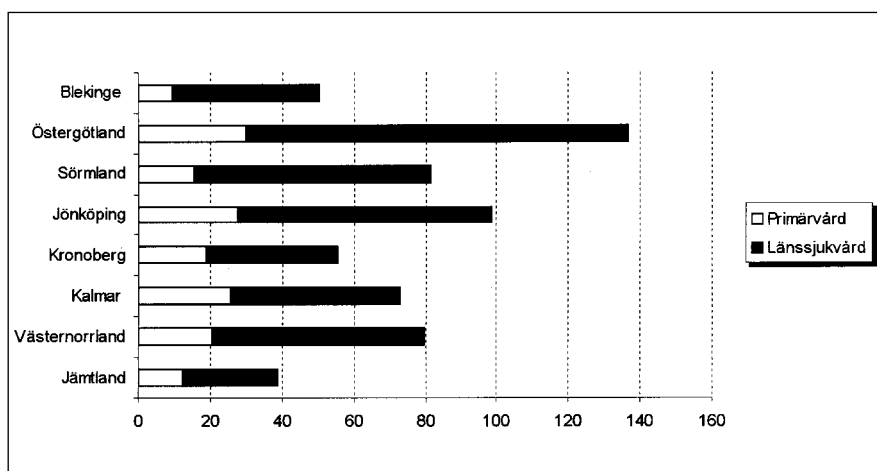
Väntetider

Vid ca 80 procent av alla akutbesök omhändertogs patienterna inom en timme. Jämtland hade längsta väntetiderna av de studerade länen i Aktiv uppföljning (Figur 7).

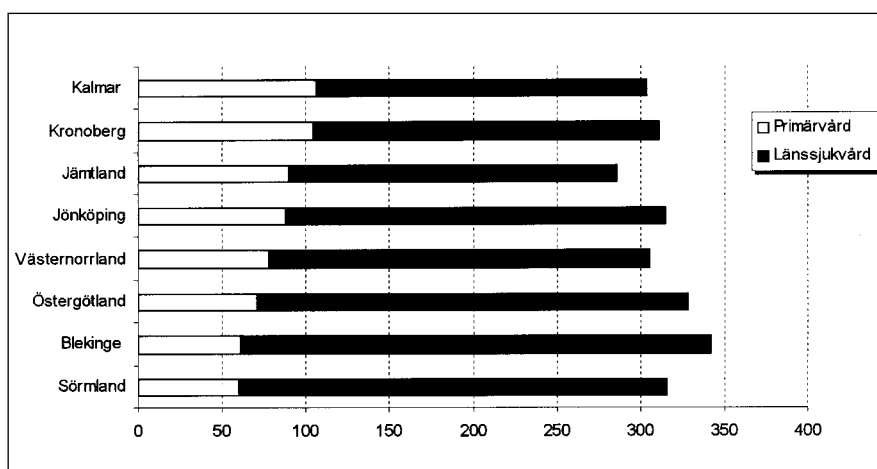
Kostnader

De i Figur 8 redovisade kostnaderna baseras delvis på vissa schabloner (gäller t ex overheadkostnader), som utarbetats för att uppnå jämförbarhet mellan olika huvudmän. För vissa huvudmän gäller att belastningen på jourverksamheten varierar högst påtagligt under året. Detta gäller t ex Jämtland, som under skidsäsong och sommar har en högre belastning. Vissa kustområden har liknande problem med kraftiga svängningar i befolkningsstorleken under året (t ex Öland). Detta kan medföra

ANNONS



Figur 8. Totala kostnaderna för jourverksamheten i åtta län. Miljoner kronor.



Figur 9. Kostnader för jourverksamheten per invånare i åtta län. Kronor.

problem att planera för ett optimalt resursutnyttjande.

Figur 9 visar att trots stora skillnader i jourverksamhet vad gäller förutsättningar och organisation ligger landsingen i denna studieserie väl samlade i kostnadsläge beträffande kostnad per invånare. Jämtland och Kalmar ligger lägst.

DISKUSSION

De resultat som redovisas grundas på tvåveckorsstudier på respektive mottagning. Säkerheten i utfallet är avhängig av representativiteten av studieperiodens längd men även av val av årstid. Några av mottagningarna har årstidsvariationer (t ex Åre, Östersund och Borgholm), vilket påverkar utfallet. Vår bedömning är dock att för flertalet mottagningar är patienttillströmningen jämnt fördelad över året, och den valda studieperioden (två helgfria veckor i maj) tillräckligt representativ.

Jourenheter i primärvården

Skillnaden mellan Jämtland och övriga landsting med avseende på antalet tillgängliga jourenheter i primärvården

framstår som den kanske mest markanta vad gäller utbudet av primärvårdens jourverksamhet. Detta skall sannolikt ses som en effekt av det stora geografiska området i Jämtland med endast ett sjukhus. Skillnaden ter sig också naturlig. Trots det hade man i Jämtlands län inte en större andel besök inom primärvården än i många andra län.

Flera andra studier har visat att antalet besök fördelar sig ganska likartat mellan länssjukvård och primärvård oavsett hur man organiserat jourverksamheten [1-7]. Antalet jourbesök per invånare var lägst i Jämtland. En förklaring kan vara att man i Jämtland har en mycket väl fungerande telefonrådgivning. Vid bedömning av bemanning av jourverksamhet i primärvård bör möjligheterna till sådana konsultationer alltid tas med. Det är inte ovanligt att det på varje läkarkonsultation i primärvården går två-tre telefonförfrågningar [8]. Denna studie omfattar inte denna mycket viktiga del av jourverksamheten.

En bidragande förklaring till den förhållandevis låga besöksfrekvensen i Jämtland kan vara att befolkningen på grund av de långa avstånden är mer

återhållsam med att söka läkare utanför kontorstid.

Jourlinjer i länssjukvården

Antalet tillgängliga jourlinjer i länssjukvården varierade inte mycket mellan länssjukhusen. Möjligheter att frigöra resurser genom ytterligare ökade samjourer mellan specialiteter kan finnas mellan länssjukhus och länsdelssjukhus inom respektive län i de mindre specialiteterna, men de ekonomiska vinsterna torde bli förhållandevis små. Frånvaron av specialister under dagtid på grund av jourkompensation skulle dock härigenom kunna minska.

Antalet besök under icke kontorstid var någorlunda stort vid samtliga länssjukhus men förhållandevis litet vid länsdelssjukhusen. Antalet besök per kväll och natt på länsdelssjukhusen var litet – i medeltal 21 besök. Ett sjukhus hade mindre än tolv besök per kväll och natt. Trots denna låga besöksfrekvens hade elva länsdelssjukhus jourverksamhet dygnet runt i minst fyra specialiteter – dock med stängd operationsavdelning vid ett av sjukhusen.

Utifrån en jämförelse med förhållandena i Jämtlands län, som endast har ett sjukhus inom ett geografiskt område större än samtliga de övriga studerade läns, torde man utifrån den medicinska säkerhetsaspekten kunna ifrågasätta det rationella med det stora antalet nattöppna jourlinjer.

Skillnaderna i inläggningsbenägenhet i dessa tre delstudier kan vara ett uttryck för skillnader i vårdbehov hos dem som sökt. De geografiska avstånden kan också bidra – man drar sig för att skicka hem en patient som har mycket lång resväg. För detta talar att inläggningsfrekvensen var högst i Jämtlands län.

En förklaring till att receptförskrivningen varit vanligast i primärvårdens jourverksamhet kan vara att primärvårdens patienter ofta är yngre och söker för infektionssjukdom.

Kostnadsberäkningar av jourarbete har tidigare gjorts och kommer att göras i framtiden. Resultatet av sådana beräkningar uppvisar ofta stora skillnader. Det kan delvis förklaras av vilken metod som legat till grund för beräkningarna. En svårighet är därvid t ex beräkningen av läkarinsatser [9-11].

Möjlighet att schemalägga läkarjour har prövats, men effekterna på kostnaderna är oklara [12]. Omfattningen av jourverksamheten blir i mycket ett uttryck för befolkningens mängden i länet, där län med liten befolkning får lägre kostnader än län med stor befolkning (Figur 8).

Väntetider

Efter Gotland är Jämtlands läns landsting den huvudman som har den

ANNONS

minsta befolkningsstorleken samtidigt som befolkningstätheten (antalet invånare per ytenhet) är bland de lägsta i landet. Ett mått på hur man dimensionerar verksamheten kan vara väntetider. Att dessa hålls inom de beskrivna förhållandevis gynnsamma ramarna (minst 78 procent omhändertagna inom en timme) är dock ingen självklarhet, och det finns sjukhus i Sverige som rapporterar avsevärt längre väntetider.

Jämtland har satsat förhållandevis mycket pengar på jourverksamheten i primärvården mätt per invånare. De två landsting som redovisat högre kostnader i denna studieram – Kronoberg och Kalmar – har båda i sin primärvårdsjour haft dygnet runt-öppna jourcentraler.

I Jämtland har man valt att ha beredskapsjourer i sin primärvård. Detta medför att tillgängligheten nattetid i jourverksamheten blir något lägre samtidigt som kostnaderna reduceras avsevärt. I gengäld ökar tillgängligheten dagtid genom att läkare inte är frånvarande på grund av jourkompensation.

En annan följd är att primärvården kunnat erbjuda jourservice på ett förhållandevis stort antal orter (nio). Primärvården i Jämtland redovisade en av landets geografiskt mest välutbyggda jourorganisationer, vilket med tanke på betjäningsområdets storlek varit väl motiverat.

En bidragande orsak till att Jämtland haft lägst kostnader per invånare av de här studerade länen är att länssjukvården koncentrerats till ett sjukhus. Skillnaderna mellan länen är dock inte anmärkningsvärt stora, även om en skillnad på 100 kr per invånare ger ganska stort utslag i ett län med 250 000 invånare (25 miljoner kr). En förklaring till dessa ändå relativt små skillnader kan vara att man målmedvetet trimmat sina jourorganisationer. En annan tolkning kan vara att jourkostnaderna är ett uttryck för landstingens ambitionsnivåer när det gäller omhändertagande av patienter som söker under jourtid.

Kostnaderna

Kostnaderna för jourverksamheten är större än vad man i allmänhet tycks vara medveten om. Enligt våra beräkningar uppgår årskostnaden för jourverksamheten vid ett länsdelslasarett försiktigt räknat till minst ca 12 miljoner kr. Detta motsvarar kostnaden för minst ca 20 specialistläkartjänster eller 48 sjukskötersketjänster. Även om kostnaderna för ökade resor för patienterna inte studerats torde en rationalisering av jourverksamheten ge möjligheter att frigöra resurser från jourverksamhet till annan verksamhet.

Med tanke på att besöksfrekvensen under kvällar och nätter är så låg som den visat sig vara vid de studerade tio

länsdelsjukhusen kan diskussioner om strukturrationalisering av jourverksamheten behöva tas upp vid flera sjukhus. Härvid kan även samverkan mellan olika landsting behöva aktualiseras.

I ett landsting redovisades tre dygnet runt-öppna vårdcentraler. Kostnaden för öppethållandet av dessa jourcentraler på icke kontorstid beräknades motsvara kostnaden för sex specialisttjänster i allmänmedicin.

Utnyttjandet nattetid av dessa jourcentralers service var mycket lågt; i genomsnitt sökte endast en patient per natt, vilket medför höga kostnader räknat per patient – ca 20 000 kr.

Frågan om öppethållande av jourlinjer kan bedömas från en rad olika utgångspunkter. Ett argument för öppet-hållande kan vara att man vill skapa god tillgänglighet nattetid, vilket kan vägas mot minskad tillgänglighet dagtid.

Ett alternativ till en lågt utnyttjad akutmottagning kan vara att minska eller lägga ned denna och därigenom frigöra resurser för ökad tillgänglighet dagtid. Detta kan motiveras inte minst mot bakgrunden av att de senare årens besparingar i sjukvården lett till att personalen på dagtid ofta pressas alltför hårt.

Ett alternativ till nedläggning av jourverksamheten kan vara att sänka beredskapsgraden. En diskussion har också förts om hur långt primärvården skall integreras i länssjukvårdens jourverksamhet. Där en sådan samordning skett tycks dock erfarenheterna vara goda [13-17].

I de studerade länen där dessa diskussioner har aktualiserats har vi bedömt att omprioriteringar kan göras utan att den medicinska säkerheten behöver försämrats. Vinsten för befolkningen kan i stället vara ett breddat utbud av specialistmottagningar eller möjlighet till ett kvalificerat omhändertagande i hemmet. Den senare vårdformen har under senare år vunnit alltmer spridning. Den kan t ex innebära att svårt sjuka patienter, som idag är sjukhusbundna, kan erbjudas möjlighet till vård i hemmet av speciellt avdelad personal, där även läkare ingår i teamen.

AT- och ST-läkares roll

En koncentration av jourverksamheten medför också många gånger en högre medicinsk säkerhet. Exempel på detta kan vara omhändertagande vid akuta multipeltrauma eller förlossningsvård [19]. Jourverksamheten bemannas ofta av läkare under utbildning, t ex AT-läkare och ST-läkare. Detta är särskilt tydligt i specialiteter med stor andel AT-läkare samt i länsdelsjukvården. Alla är ense om att läkare under utbildning – såväl AT som ST – bör delta i jourverksamheten. Frågan är dock om kvaliteten

på handledningen är tillräcklig om handledaren/bakjouren finns sovande i hemmet.

Det kan vidare starkt ifrågasättas om det samlade utbildningsvärdet är tillräckligt om en stor del av tjänstgöringen förläggs till kvällar och nätter då få patienter söker, och att vederbörande läkare sedan är ledig dagtid då flertalet patienter söker. Utbildningen av allmänkirurger vid länsdelslasarett kan på denna punkt erbjuda problem.

Länsdelslasarettens uppgifter

En annan fråga av mer övergripande karaktär är vilken roll länsdelslasarett skall ha i den framtida sjukvårdsorganisationen. Idag fungerar många länsdelslasarett som ett slags mindre kopia av centrallasarett, med ett områdesansvar i huvudspecialiteterna interntmedicin och allmänkirurgi.

Möjligen kan man ompröva de små sjukhusens roll i sjukvårdsorganisationen. En tänkbar utveckling skulle då vara att överföra områdesansvaret i akut omhändertagande för kirurgi – kanske också för anestesi och medicin – till länssjukhuset/centrallasarett. Ett borttagande av anestesiouren kan då leda till att en eventuell förlossningsverksamhet faller bort.

De frigjorda resurserna skulle i stället inriktas på att erbjuda ett ökat utbud av specialistvård under dagtid, även i form av elektiv dagkirurgi, samt ett kvalificerat medicinskt omhändertagande i hemmet. Det senare skulle kunna vara ett alternativ för patienter som idag är hänvisade till vård på vårdavdelning. För att möjliggöra sådan vård i hemmet skulle länsdelsjukhuset tillhandahålla särskilt utbildade team, där även läkare ingår.

Länsdelslasarettens roll skulle förändras från akutsjukhus till närsjukhus [19]. En sådan strukturförändring behöver inte innebära att personal friställs, utan att befintliga resurser kan utnyttjas på ett för befolkningen mer optimalt sätt. Konsekvenserna för det enskilda sjukhuset måste naturligtvis analyseras, inte minst vad avser personalstruktur, men även länsdelslasarettens roll som utbildningsinstitution för AT- och ST-läkare behöver granskas. Effekter på övriga lasarett i landstinget måste likaså beaktas. Om t ex ett länsdelsjukhus i flertalet av de oss studerade länen struktureras om enligt ovan ökar inte antalet jourbesök under icke kontorstid på kvarvarande sjukhus mer än marginellt.

Givetvis måste resurserna vid de kvarvarande sjukhusen dimensioneras så att de medicinska behoven tillgodoses. Detta gäller inte minst med tanke på att de senare årens omstrukturering av länsdelsjukhusen inte alla gånger be-

aktat de (ökade) resursbehov som blir följden för kvarvarande sjukhus.

SLUTSATSER

Vi tror att det inför den fortsatta planeringen kan finnas anledning att väcka ett antal frågor om hur jourverksamheten skall fortsätta att utvecklas:

- Motsvaras värdet av jourverksamhet nattetid av den minskade tillgängligheten dagtid?
- Är den högsta beredskapsgraden alltid optimal?
- Utnyttjas möjligheterna till jour-samverkan mellan primärvård och läns-sjukvård fullt ut?
- Kan man på länsdelslasarettet om-pröva delar av jourverksamheten till förmån för ett ökat utbud av specialist-mottagningar dagtid och/eller ökade satsningar på kvalificerat medicinskt omhändertagande i hemmet?
- Kan en koncentration av jourverk-samheten öka den medicinska säkerheten?
- Finns det en nedre gräns för hur låg belastningen på en jourlinje kan vara för att den fortfarande ska anses ha ett utbildningsvärde?

De överväganden som gjorts till följd av dessa studier har tagit sikte på ett förändringsarbete med bibehållen medicinsk säkerhet. Ytterst är lands-tingen politiskt styrda, vilket betyder att även andra aspekter än de rent medi-cinska kan läggas på akutsjukvårdens struktur (t ex arbetsmarknadspolitiska eller regionalpolitiska).

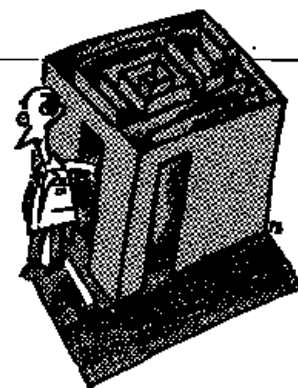
Om sådana bevekelsegrunder ska styra utformningen av vården tror vi att det är viktigt att man är tydlig och klar-gör att det verkligen är sådana skäl som ligger till grund för besluten. Man skall således inte hävda förmenta eller ogrundade medicinska skäl för öppet-hållande av mottagningar under jourtid.

Referenser

1. Brismar B, Ahrengart L, Eriksson M, Har-rysson B, Holst M, Häggmark A et al. Studie av underlag för informationskampanj: Köa inte i onödan på akuten. Läkartidning- en 1988; 85: 190-2.
2. Driscoll P, Vincent C, Wilkinson M. The use of the accident and emergency depart-ment. Arch Emerg Med 1987; 4: 77-82.
3. Krakau I. Försök med utbyggd primärvård. Institutionen för allmänmedicin. IAMU- rapporter 2-3. Uppsala: Akademiska sjuk-huset, 1985.
4. Maynard E, Dodge J. Introducing a com-munity health center at Mosgiel, New Zee-land: effects on use of the hospital accident and emergency department. Med Care 1983; 21: 379-88.
5. Dahlgren S, Jordin B. Styrning av jourorga-nisationen i Kronobergs, Kalmar och Ble-kinge län. Aktiv uppföljning. Artikelnum-mer 1996-83-5. Stockholm: Socialstyrel-

sen, 1996.

6. Dahlgren S, Jordin B. Styrning av jourorga-nisationen i Sörmlands, Östergötlands och Jönköpings län. Aktiv uppföljning. Artikel-nummer 1997-84-7. Stockholm: Socialsty-relsen, 1997.
7. Dahlgren S, Jordin B. Styrning av jourorga-nisationen i Jämtland och Västernorrland. Aktiv uppföljning. Artikelnummer 1998-85-8. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
8. Svensson AC. Verksamhetsberättelse Di-strictsläkarjouren. Härnösands-Medelpads sjukvård. Härnösand: Landstinget Väster-norrland, 1997.
9. Spri. Arbetstidsförläggning för läkare – sammanfattning oktober 1996. Utrednings-banken 36306:1. Stockholm: Spri, 1997.
10. Wuolo JE. Läkarnas jourarbete inom NLL: faktisk arbetstid under jour och beredskap. Revisionsrapport. Stockholm: Komrev AB, 1995.
11. Klaesson I, Larsson A. Läkares jour och be-redskap: anestesi-, barn- och kirurgkliniker-na vid Halmstads länsjukhus och Varbergs sjukhus. Stockholm: Komrev AB, 1994.
12. Funck S, Stahle L. Förutsättningar för ut-vidgad förläggning av ordinare arbetstid för läkare. Utredningsbanken 35305:1. Stock-holm: Spri, 1996.
13. Ernstsson BM. Varför ökar patienttrycket på akutmottagningen i Ängelholm? Utred-ningsbanken 22552. Stockholm: Spri, 1989.
14. Filipsson S, Hansson T. Akutbesök i Kristi-anstad: kartläggning och möjligheter att in-formera och styra. Kristianstad: Högsolan, 1984.
15. Hilmer H. Enkätundersökningar vid jour-centraler och akutmottagningar i Bo-huslandstinget under en vecka. Utrednings-banken 24557. Stockholm: Spri, 1989.
16. Merrill J, Lounsbury BJ, Gopalakrishna GS, MacMahon AE, Sanford S, Boisaubin EV. Relocating primary care patients from terti-ary hospitals to neighborhood health cen-ters. South Med J 1980; 73: 780-3.
17. Krakau I, Hassler E. Lättakuten – för lätt till akuten? Stockholm: Allmänmedicinska en-heten NVSO, Karolinska sjukhuset, 1996.
18. Socialstyrelsen. Intensivvård av nyfödda barn. SoS-rapport 1997:10. Stockholm: So-cialstyrelsen, 1997.
19. Socialstyrelsen. Akut omhändertagande – ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skada-de. Medicinsk faktabas, nr 6, november 1994. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av
Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19