

som i exemplet ovan. Det finns minst två frågor som måste besvaras i ett skadeståndsmål av denna typ: A. Hur mycket ökar ett trauma risken för ett diskbräck senare i förloppet? B. Finns det andra tänkbara orsaker till diskbräcket?

För att besvara A krävs en rimlig medicinsk, patogenetisk förklaring till att symtom på nackskada kan uppstå månader eller år efter en olycka, t ex genom försvagning av vävnader och/eller ärrbildning.

De biologiska mekanismerna bakom utvecklingen av kroniska smärttillstånd och dysfunktion i rörelseapparaten är dock fortfarande till stor del okända, och det råder också stor oenighet inom läkarkåren på detta område. Det är då logiskt att ta till statistiska resonemang för att kvantifiera denna riskökning.

För att besvara fråga B måste vi bedöma sannolikheten för olika konkurrerande tänkbara orsaker. Domstolen skall sedan fastställa om det är övervägande eller mer än 50 procents sannolikhet att diskbräcket orsakats av trauma.

Dessvärre innebär det betydande svårigheter att förstå också statistik- och sannolikhetsresonemang, och att relatera dem till orsakssamband är ännu svårare. Och om inte de sakkunniga vet vad de pratar om kan det inte bli lättare för en domare att få någon rätsida på de ofta motstridiga och ibland irrelevanta expertutlåtandena.

Statistik och sannolikhetsresonemang kan vara en mycket värdefull del av bevisföringen i skadeståndsmål, men en förutsättning är att de sakkunniga vet vad de uttalar sig om.

## Referenser

1. Quebec Task Force on WAD. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: Redefining whiplash and its management. Spine 1995; 20 (suppl 8S): 1-73.
2. Edling C. Yrkesmedicinsk sambandsbedömning – ett sannolikhetsresonemang. Läkartidningen 1980; 77: 662-3.
3. Strömbäck E. Symposium om olycksfall – orsak eller ursäkt till funktionsnedsättning. Samarbete mellan jurist och läkare krävs för bedömning av samband skadehändelse/följder. Läkartidningen 1981; 78: 3954-6.
4. Wahlquist I. Lätta skullskador med långvariga besvär – några rättsliga aspekter. Läkartidningen 1973; 70: 4408-12.
5. Fienberg SE, Krislov SH, Straf ML. Understanding and evaluating statistical evidence in litigation. *Jurimetrics Journal* 1995; 36: 1-32.
6. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. Spine 1994; 19: 1307-9.
7. Bring G, Bring J, Croft AC. Letters to the editor. Spine 1995; 20: 624-9.
8. Bring G, Bring J. Hur det osannolika blir sannolikt – Om sambandsfrågor i skadeståndsmål. *Advokaten* 1994; (2): 58-61.

# TOLKBEROENDE PATIENT MER RESURSKRÄVANDE

**Vid beräkning av vårdtyngds-poäng för primärvården har man tidigare utgått från socio-demografiska variabler som ålder, inkomst, civilstånd samt »född i utlandet».**

**I denna studie har vi funnit att variabeln »tolkberoende» signifikant ökar vårdtyngden avseende antal symtom som föranleder läkarkonsultation, tid för konsultation och efterarbete samt även kostnader för utredning och antal specialistremisser och sannolikt bör ersätta »utlandsfödd» som indikator.**

I flera studier har etnicitet visat sig vara en faktor av betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande [1-5].

Sundqvist [1, 2] har visat att etnicitet utgör en riskfaktor som påverkar hälsan oberoende av social klass, sociala faktorer och livsstil. Andrén och Rosenqvist [3] har rapporterat stark korrelation mellan individer som bor i bostadsområden med hög utflyttning, hög arbetslöshet och hög andel invandrare och ökat vårdutnyttjande vid akutmottagning.

## Sjuklighet och vårdtyngd ojämnt fördelade

Utgångspunkten för beräkning av per capita-ersättning för husläkare bör vara så utformad att ingen husläkare av ekonomiska skäl skall vara motiverad att undvika vårdtunga patienter. Eftersom sjuklighet och vårdtyngd är så ojämnt fördelade till följd av olikheter i demografisk och socialmedicinsk sammansättning av befolkningen inom olika bostadsområden, har olika beräkningsgrunder för vårdtyngds-poäng lanserats. Beräkningarna har grundats på demografiska och socialmedicinska faktorer.

F Diderichsen [pers medd 1992] har i en analys av områden med hög andel boende med förtidspension eller långa sjukfall visat att tre sociodemografiska variabler förklarar en stor del av sjukförsäkringsvariabeln. De tre variabler som använts är 1. andelen med årsin-

## Författare

ANN-CATHRINE CARLANDER  
distriktssköterska/chefssjuksköterska, Skarpnäcks vårdcentral, Stockholm

CHRISTINA LINDHOLM  
leg sjuksköterska, med dr, vårdutvecklingschef, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

komst under 200 000, 2. andelen ogifta eller skilda (45-64 år), samt 3. andelen utlandsfödda. I vår verksamhet med närhet till flyktningbostäder har vi funnit att beroendet av tolk sannolikt påverkar vårdtyngden i högre grad än »född i utlandet».

Skarpnäck är ett bostadsområde beläget i söderförort till Stockholm. Skarpnäcksfältet har 8 600 invånare. 600 av dessa är över 65 år. 2 500 invånare har utländsk bakgrund. Ca 40 olika språk förekommer inom området.

Inom området finns Skarpnäcksgården med plats för 250 flyktingar. De boende kommer företrädesvis från Bosnien, Somalia, Iran och Irak. I området finns också många flyktingar/invandrare som nu bor i egna lägenheter. På Skarpnäcks vårdcentral arbetar fyra husläkare och åtta distriktssköterskor. Sex av distriktssköterskorna har även barnavårdscentral. Vårdsökande med tolkbehov har stadigt ökat. Tidsåtgången för varje besök samt för för- respektive efterarbete upplevs som stor.

För att skapa underlag för att även i framtiden kunna bibehålla optimalt omhändertagande av tolkberoende vårdsökande har vi genomfört en tidsstudie med syfte att jämföra tidsåtgång, primär respektive sekundär anledning till läkarbesök, antalet patienter som remitteras till annan läkare samt kostnader för utredning av patienter inom två patientgrupper – »tolkberoende» respektive »icke tolkberoende».

## METOD

Studien föregicks av en tidsstudie omfattande 20 konsekutiva utlandsfödda, icke tolkberoende patienter som

sökte vård vid Skarpnäcks vårdcentral. Medeltiden per konsultation var 24,1 min (= 15–35 min)

I vår huvudstudie inkluderades 200 konsekutiva patienter, 100 tolkberoende och 100 icke tolkberoende mellan 30 och 70 år som sökte vård på Skarpnäcks vårdcentral under februari–maj 1995.

De som uteblev från konsultation på grund av att tolk och/eller patient inte infann sig exkluderades.

Endast tidsbeställda konsultationer ingick i studien.

Studien föregicks av en pilotstudie som genomfördes under två månader (december 1994–januari 1995). Under denna tid besöktes vårdcentralen av 50 tolkberoende patienter. Vid denna förstudie testades protokoll och metod.

De tolkar som anlätades i studien var samtliga auktoriserade och användes regelbundet av vårdcentralen.

Studien genomfördes med hjälp av fyra husläkare och tre undersköterskor. Ett frågeformulär omfattande tidsåtgång för tolkbeställning och läarkonsultation, primär och sekundär anledning till besöket, tid för efterarbete, kostnad för laboratorieprov och andra undersökningar, ifylldes för varje patient.

Databearbetning av resultaten skedde med hjälp av EPI Info och SPSS.

## RESULTAT

Resultaten beräknades på besöksdata från 100 tolkberoende respektive 100 icke tolkberoende vårdsökande. Medelåldern i båda grupperna var 48 år. Av de 80 männen var 44 tolkberoende och av de 120 kvinnorna 56.

Tolkberoende patienter från följande länder ingick i studien: Bosnien (30), Turkiet (28), Irak (19), Iran (9), Chile (4), Libanon (3), Eritrea (2), Finland (2), Afganistan (1), Polen (1), Ryssland (1).

I kontrollgruppen med icke tolkberoende patienter ingick 25 utlandsfödda patienter från följande länder: Finland (6), Spanien (4), Italien (3), Polen (2), Tyskland (2), Chile (2), Rumänien (2), Irak (1).

## Anledning till läkarbesöket

Primär och sekundär anledning till konsultationen för tolkberoende respektive icke tolkberoende redovisas i Tabell I.

I den tolkberoende gruppen var det dubbelt så vanligt med symtom för vilka man sökte i andra hand, och kategorin »diffusa besvär» var där signifikant vanligare än hos icke tolkberoende ( $P < 0,01$ ). Om primära och sekundära symtom summeras visar den tolkberoende gruppen signifikant fler besvär från hjärta och mage ( $P < 0,05$ ), medan

**Tabell I.** Symtom som leder till konsultation; primära samt sekundära symtom, tolkberoende respektive icke tolkberoende patienter.

Symtom	Tolkberoende (n = 100)		Icke tolkberoende (n = 100)	
	Primärt	Sekundärt	Primärt	Sekundärt
Hjärtbesvär	24	9	12	3
Värk	27 <sup>1</sup>	17	34 <sup>2</sup>	8
Psykiska besvär	9	17	8	10
Magbesvär	11	2	3	0
Huvudvärk	5	7	6	2
Diffusa besvär	6	17	7	4
Endokrina sjukdomar	11	5	7	4
Allergi, astma	5	0	1	2
Intyg	2	8	3	0
Övre luftvägsinfektion	0	0	4	0
Övrigt	12	31	19	16
Hud, eksem	5	2	7	4
Summa	117	115	111	53

<sup>1</sup> Rygg, nacke n = 8

<sup>2</sup> Rygg, nacke n = 20

symtomfördelningen i övrigt var ganska likartad. Under rubriken »Övrigt» finns ett antal enskilda problem, exempelvis vax i örat, fibromyalgi, besvär med amputerat ben, pensionsutredning, Königs operation, förfrysta tår, »utslag» på tunga, hyperlipidemi.

## Tidsåtgång för läkarbesöket

Utlandsfödda, icke tolkberoende patienter (n = 20) visade sig i förstudien behöva en genomsnittlig tid på 24,1 min per konsultation. Som visas i Tabell II var medelvärdet för de 100 icke tolkberoende patienterna i vår huvudstudie 28,35 minuter (5–71 min) och medelvärdet för de tolkberoende patienterna 61,21 min (16–160 min). Skillnaden är statistiskt signifikant ( $P < 0,001$ ). Statistiskt signifikant skillnad finns också i de enskilda delarna av läkarbesöket; konsultation och efterarbete. Konsulta-

tionstiden överskred 30 min för 25 av de icke tolkberoende och för 94 av de tolkberoende patienterna ( $P < 0,001$ ).

När tidsåtgång för läkarbesöket jämförs inom varje symtomgrupp för sig återkommer samma skillnader som i totalgruppen, dvs signifikant skillnad i kategorierna »övrigt», hjärtbesvär, hypertoni, smärta/värk och uppföljning/kontroll. Skillnad i samma riktning, men ej statistiskt säkerställd, föreligger i kategorierna diabetes, flera problem, magbesvär och ryggsmärtor.

## Fler undersökningar för tolkberoende

Kostnaderna för fortsatt utredning i respektive grupp redovisas i Tabell III. Antalet kompletterande blodlaborationer/övriga undersökningar var större för tolkberoende än för icke tolkberoende: 53 mot 36 ( $P < 0,05$ ).

**Tabell II.** Tidsåtgång (minuter). Jämförelse av medelvärden för olika moment. Tolkberoende respektive icke tolkberoende patienter.

	Tolkberoende n = 100	Icke tolkberoende n = 100	P
Tolkbeställning	6,45	0	–
Konsultation	42,18	26,03	<0,001
Efterarbete	10,03	2,12	<0,001
Övrigt	2,8	0,2	<0,001
Summa	61,21	28,35	<0,001

**Tabell III.** Kostnader (SEK) för utredning. Tolkberoende respektive icke tolkberoende patienter (t = 2,41,  $P < 0,05$ ).

	Tolkberoende, n = 53		Icke tolkberoende, n = 36	
	Kostnad	Medelvärde	Kostnad	Medelvärde
Lab-undersökning	9 866	210	5 049	148
Röntgen	8 579	715	2 311	578
Övrig undersökning	2 325	388	0	–
Summa	20 502	387	8 020	223

Kostnadsmedelvärdet för de olika undersökningarna var högre för de tolkberoende oavsett vad undersökningen innebar och totalkostnaden var signifikant högre än för de icke tolkberoende patienterna ( $P < 0,05$ ). Att detta sammantaget gav en tydlig skillnad mellan grupperna avseende totala utredningskostnader framgår av tabellen. Skillnaden i könsfördelning mellan tolkberoende/icke tolkberoende uppvisar viss skevhet med något fler kvinnor i gruppen tolkberoende. Denna skillnad är icke statistiskt säkerställd ( $P = 0,24$ ),  $\chi^2 = 1,33$ .

**Specialistremiss.** Fyrtio tolkberoende och tolv icke tolkberoende patienter remitterades till annan specialist för vidare utredning  $\chi^2 = 18,94$  ( $P < 0,001$ ).

## DISKUSSION

Vårdcentraler/husläkare i invandrar- och flyktingtäta områden kan uppleva ekonomiska svårigheter att ge ett fullgott omhändertagande av tolkberoende patienter på grund av det nuvarande systemet för beräkning av vårdtyngd. Tidspressen vid omhändertagandet upplevs också som betungande.

Många flyktingar/invandrare har i sitt hemland haft svåra fysiska och psykiska påfrestningar som möjligen kan förklara en del av den »diffusa värk» som patienterna söker för. Dessa diffusa besvär förekommer både som primär och sekundär anledning till läkarbesök. Antalet symtom för vilka man sökte i andra hand var signifikant högre i gruppen tolkberoende jämfört med icke tolkberoende. Utredning av dessa besvär tog lång tid och inkluderade kostnader för en rad laboratorieprov och undersökningar.

Specialistremiss för vidare utredning var nästan fyra gånger vanligare i gruppen tolkberoende än i gruppen icke tolkberoende patienter. Möjligen kan detta förklaras av anamnestiska problem på grund av tolkkommunikationen. Man kan inte heller utesluta möjligheten att patienten »passar på» att fråga om egna och familjemedlemmars symtom när han/hon väl får tillgång till tolk.

Resultaten av denna studie visar att tolkberoende patienter är avsevärt mer resurskrävande än icke tolkberoende både avseende konsultationstid och kostnader för utredning. Om ålders- och könsskillnader i materialet elimineras (varians- och partialkorrelationsanalys) förstärks snarast skillnaderna mellan gruppen tolkberoende respektive icke tolkberoende.

Vi föreslår därför att den modell för beräkning av vårdtyngd i primärvården som lanserats av F Diderichsen [pers medd 1992] kompletteras med varia-

beln »tolkberoende» som då bör ersätta »utlandsfödd». I folkbokföringen finns uppgifter om utlandsfödd men ej om tolkberoende. Ytterligare information och rutiner måste införas för att hantera den nya variabeln. I det dataprogram (Biosis) som idag används vid patientregistreringen på vårdcentralen finns under »ÖVR» en ruta inlagd där eventuell tolkmarkering kan göras. Dessa uppgifter borde kunna registreras statistiskt, vilket ej sker idag. Ett alternativ är att kompensation för tolkberoende sker påföljande år då den manuella statistiken är klar.

Registrering av tolkberoende underlättar vårdplanering/ger mer rättvisande bedömning av vårdtyngd och skapar möjligheter att även fortsättningsvis bereda denna patientgrupp ett värdigt omhändertagande.

## Referenser

1. Sundqvist J, Rosen U. The influence of social surroundings on consultation of private care, emergency department, hospital outpatient departments, and primary care. 1384 consultations made by a defined population in a residential area. *European Journal of Public Health* 1993; 3: 188-92.
2. Sundqvist J. Ethnicity as a riskfactor for consultations in primary health care and outpatient care. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 169-73.
3. Andrén KG, Rosenqvist U. An ecological study of the relationship between risk indicators for social disintegration and use of somatic emergency department. *Soc Sci Med* 1987; 25: 1121-7.
4. Jarman B, Hirsch S, White P, Driscoll R. Predicting psychiatric admission rates *BMJ* 1992; 304: 1146-51.
5. Sundqvist J. Migration and health epidemiological studies in Swedish primary health care [dissertation]. Lund: Lunds Universitet 1994.

# TILLVÄXT



## FAKTORER

### Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

.....  
Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19