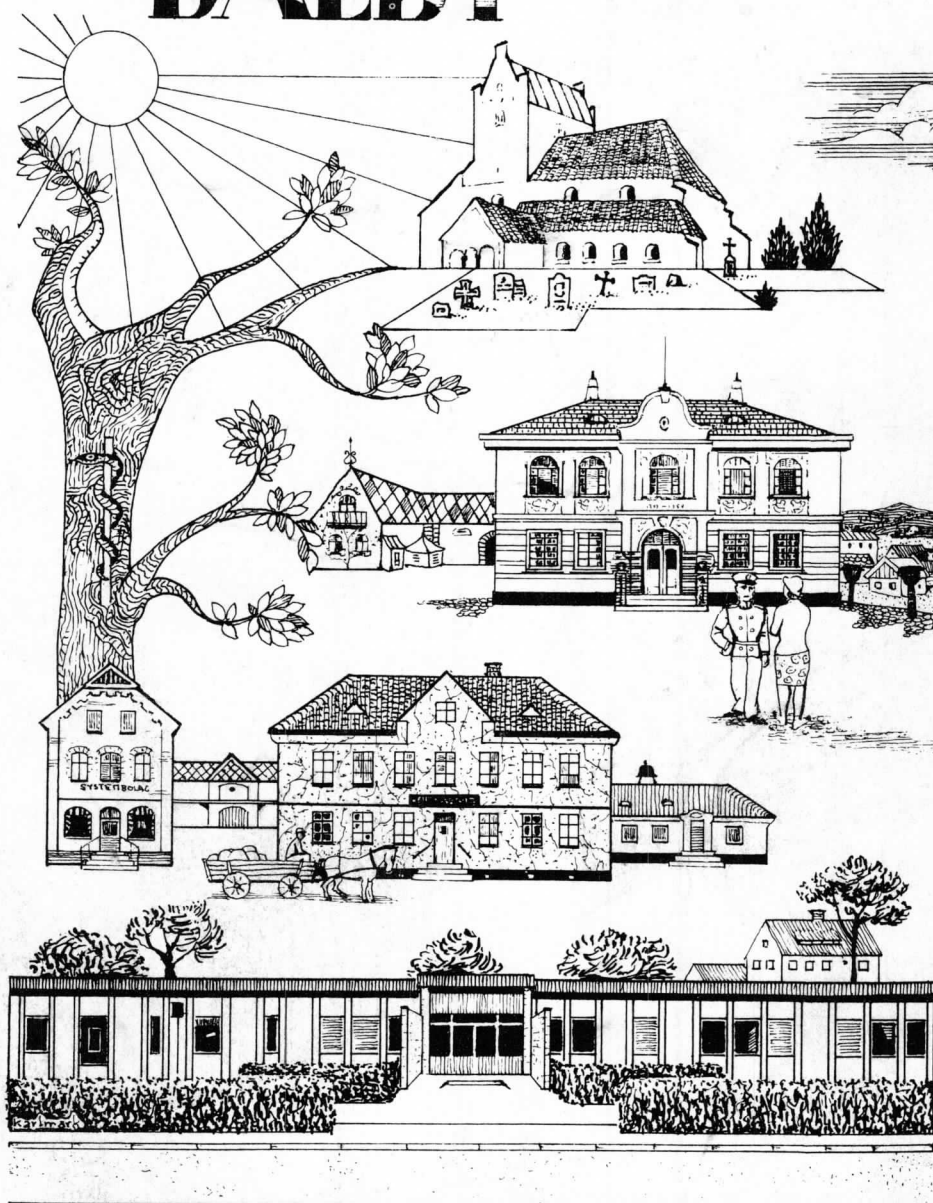


SFAM nytt

Nr 1 1982 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNEKIN

DALBY



**Temanummer — forskningsstationen i Dalby
Ett hyllningsnummer till Ake Nordén**

OBS!

Prenumerera för 1982!

SFAM-nytt nr 1 1982 är sista numret på gammal prenumeration.

För att Ni skall få fortsatta nummer av SFAM-nytt under 1982 måste prenumerationsavgiften inbetalas till pg 37 54 40-3.

Prenumerationsadress:

Tidningen SFAM-nytt

Repslagargatan 3A,
c/o Eriksson, 951 35 Luleå.

PS

Medlemmar i SFAM behöver ej betala prenumerationsavgift.

Ledare:

Bo Haglund

1300626

4

Föreningsnytt:

SFAM-nytt:s ekonomi 1982

SFAM:s nya styrelse

Namnbyte

4

Dalby

1300611

Inledning: Bengt Scherstén

5

Diabetes i primärvården – forsknings- och utredningsarbete vid vårdcentralen i Dalby.
Per-Olof Bitzén, Bengt Scherstén

6

Infektionsstudier vid vårdcentralen i Dalby.

Birgitta Hovelius

11

Primär oftalmiatrik

Bo Bengtsson

14

Optimering av farmakoterapi i primärvård.

Arne Melander, Elisabeth Wählin-Boll

15

Utveckling och tillämpning av miljö-medicinsk diagnostik inom primärvården.

Ronald W. Pero, Åke Nordén

17

Kemisk analys av kostens sammansättning, sambandet med konsumentens hälsa under uppföljning.

Mohammed Abdulla, Ingrid Bender, Margareta Jägerstad, Åke Nordén och Björn Åkesson

20

Trender i sjukvårdskonsumtion i primärvården.

Göran Ejlerthsson, Thor Lithman, Bengt Scherstén och Arne Sundström

24

Variation i sjukvårds- och socialvårds-efterfrågan mellan olika boendemiljöer.

Per Nyberg

28

Hälsoproblem och sjukvårdskonsumtion i skolåldern.

Ragnhild Kornfält

32

Prospektiv undersökning av pensionärer födda 1902 och 1903.

Mary-Ann Bengtsson, Åke Nordén och Gillis Samuelsson

35

Primärvården och institutionsvårdade alkoholmissbrukare.

Åke Isacsson, Nilsåke Ingvarsson och Åke Nordén

40

Omhändertagande av alkoholmissbrukare i primärvården.

Nilsåke Ingvarsson, Åke Isacsson och Åke Nordén

43

Forsknings- och utvecklingsarbete inom socialvårdsfältet.

Åke Isacsson

46

Reumatikervård – en angelägenhet för primärvården.

Leopold Recht, Thor Lithman och Bengt Scherstén

48

Temadag i friskvård vid Asklanda-skolan i Fristad.

Bengt Lagersson, Börje Wallheden

51

Debatt:

Vårdprogram i primärvården – är det bra?

Steen Brandtvig

52

Genmäle till Magnus Eriksson.

Bengt Linder, Lars Lindholm

53

Befolkningsansvar bygger på befolkningens förtroende.

Gösta Brydolf

53

Recensioner:

Hur får jag tag i internationella artiklar och böcker i allmänmedicin?

55

Allmänmedicinen måste för att stå stadigt utveckla två stabila ben av vetenskaplig kunskap. Det ena utgör kunskapen från samhällsmedicinens område. Det har varit många artiklar som speglat problemen därifrån under de inledande åren av SFAM-nytt's historia.

Det andra benet består av naturvetenskapligt grundad klinisk kunskap. En god överblick av forskning och utvecklingsarbete inom området ges i det här numret av SFAM-nytt.

Klinisk forskning utgående från primärvårdens villkor är en spännande utmaning, vilket erfarenheterna från Dalby visar.

En rad forskningsområden presenteras med en historisk återblick, en nuläges beskrivning och förhoppningar och planer inför framtiden.

Primärvårdsforskning vid Dalby vårdcentral under Åke Nordéns ledning har haft en imponerande bredd. Huvudsakligen har forskningen inriktats mot våra stora folksjukdomar, där målet varit att finna former för ett bättre omhändertagande av enskilda patienter. De inledande fyra artiklarna om diabetes, infektioner, ögonsjukdomar och farmakoterapi i primärvården är exempel på detta.

Utvecklingen av speciella kemiska analysmetoder har varit något av ett särmerke för Dalby. Detta exemplifieras i artiklarna om miljömedicinsk diagnostik och kostens sammansättning och relation till god hälsa. Artikeln om kost och hälsa ger ett intressant bidrag till diskussionen om alternativa vårdformer med bland annat en analys av den vegetariska kostens innehåll.

Ett flertal vårdutnyttjandestudier har genomförts i Dalby. Detta område speglas i de tre följande artiklarna. Slutligen presenteras i fyra artiklar studier från primärvårdens tunga område, omhändertagande av äldre och alkoholmissbrukare. För att nå bra resultat krävs samverkan mellan primärvård och socialvård. Att detta inte är alldeles lätt framkommer av den avslutande artikeln.

BO HAGLUND

SFAM nytt

Periodisk tidskrift för allmänmedicin.

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Bo Haglund, Karolinska institutet, Socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

Redaktör:
Magnus Eriksson, Repslagaregatan 3A, 95135 Luleå, tel: 0920/15856

Adress:
SFAM-nytt, Karolinska institutet, socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel: 08/989100.

Annonsredaktör:
Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm, tel: 08/340240.

Prenumerationsavgift:
100 kr per år, för studerande 50 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 5440-5 till Magnus Eriksson. Ange att avgiften avser prenumeration.

ISSN 0349-4772

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1982.

SFAM-nytt's ekonomi 1982

Vid årsmötet för Svensk förening för allmänmedicin beslutades att SFAM-nytt även under 1982 skall ingå som en del av medlemsavgiften. Det här ger oss på redaktionen en trygghet i budgetarbetet med tidningen. De som ej är medlemmar i SFAM får betala 100 kr i prenumerationsavgift för 1982.

Till medlemmarna i föreningen kommer även Scandinavian Journal of Primary Health Care att distribueras.

Namnbyte?

Till red för SFAM-nytt!

Skriver som medlem av SFAM och läsare av tidskriften. Jag tycker det är hög tid att byta namn från det klumpiga och för utomstående obegripliga SFAM-nytt till något bättre, förslagsvis Tidskrift för ALLMÄN MEDICIN.

Med hopp om ändring,
Hälsningar!

Georg Larsson
Distriktsläkare · Sjukhuset, 667 00 Forshaga

Red. kommentar:

Det finns även enligt vår mening anledning att tänka över tidskriftens namn. Vi vill därför vädra till SFAM-nytt's läsare om kommentar och ytterligare förslag i namnfrågan.

Förenings nytt

SFAM:s nya styrelse

Vid Riksstämman 1981 hölls årsmöte för svensk förening för allmänmedicin. I samband med detta valdes en ny styrelse för år 1982.

Bengt Linder, ordförande (2 år), Vårdcentralen, Bassjukhuset, 54101 Skövde, tel 0500/10500

Matts Beling, vice ordförande (1 år), Betaniastiftelsens sjukhus, Grev Turegatan 59-61, 11438 Stockholm, tel 08/240900

Magnus Eriksson, skattmästare (1 år), Repslagaregatan 3A, 95135 Luleå, tel 0920/15856

Birgitta Hovellius, vetenskaplig sekreterare (2 år), Vårdcentralen, 24010 Dalby, tel 046/209200.

Göran Sjönell, facklig sekreterare (2 år), Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm, tel 08/340240

Bo Haglund, övrig ledamot (1 år), Karolinska Institutet, Socialmedicinska inst., Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, tel 08/989100

Carl-Edvard Rudebeck, övrig ledamot (1 år), Örnäsens vårdcentral, 95138 Luleå, tel 0920/88810

Bengt Scherstén, övrig ledamot (1 år), Vårdcentralen, 24010 Dalby, tel 046/209200

Per Tisselius, övrig ledamot (1 år), Läkarhuset, Kungsgatan 43, 75321 Uppsala, tel 018/111400



Delar av SFAM:s nya styrelse. Från vänster Birgitta Hovellius, Matts Beling, Bengt Linder, Göran Sjönell, Carl-Edvard Rudebeck och Magnus Eriksson.



SFAM:s nye ordförande Bengt Linder, distriktsläkare, tidigare i Åtvidaberg, sedan februari i Skövde.

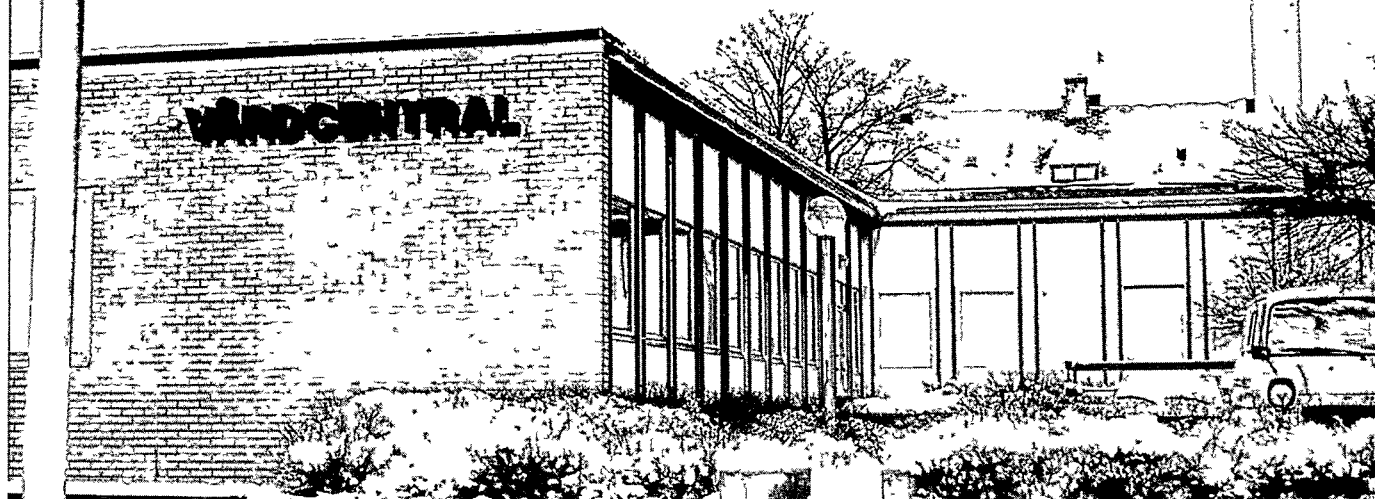


Birgitta Hovellius, vetenskaplig sekreterare från Dalby.

Omslagsbilden är tecknad av Gerhard Karlmark. Den föreställer kyrkan, tingshuset, gästgivaregården och vårdcentralen i Dalby.

VÅRDCENTRAL
INGÅNG FRÅN SKOLGATAN

Dalby



Redan under 1950-talets sjukvårdspolitiska debatt underströk dåvarande docenten i invärtesmedicin vid Lunds universitet, Åke Nordén, behovet av utbildningsverksamhet inriktad på den öppna hälso- och sjukvårdens område. Tillsammans med dåvarande Medicinalstyrelsen och Malmöhus läns landsting skisserades idéerna till en institution för forskning och försöksverksamhet, vilket 1968 resulterade i vårdcentralen i Dalby och den där lokaliserade forskningsenheten.

Åke Nordén blev den självskrivne ledaren för denna verksamhet. År 1972 förstärktes forsknings- och utbildningsverksamheten därigenom att en professur i medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård, inrättades vid universitetet i Lund med Åke Nordén som förste innehavare. Detta blev en milstolpe för primärvårdens utveckling inom landet.

Det forskningsarbete Åke Nordén lett i Dalby under en nära 15-årig verksamhetsperiod spänner över en lång rad medicinska ämnesområden speglade den verksamhet som kommit att utgöra basen för utvecklingen av allmänmedicin.

Målsättningen för forsknings- och utvecklingsarbetet har för Åke Nordén varit:

- Utveckling av metoder för att registrera och bearbeta medicinska och sociala data beträffande befolkningen i ett givet primärvårdsområde.
- Uppspårande av medicinska och sociala orsakssammanhang av betydelse för bedömningen av hälsorisker för individer och grupper av individer inom en given population.
- Utveckling av metoder lämpliga för hälso- och sjukvårdsarbetet inom primärvården samt den sociala servicen inom en kommun.
- Utformande av planeringsunderlag för hälso- och sjukvård inom primärvården och social service. Prövning av olika organisationsmodeller.



Åke Nordén

- Analyser av behov och utveckling av metoder för samverkan mellan olika vårdområden.

Det stod således mycket tidigt klart för Åke Nordén att en förutsättning för forskning inom allmänmedicin var en ingående kännedom om en bestämd population. Inom vårdcentralens upptagningsområde fanns en unik möjlighet att analysera befolkningens hälsotillstånd i relation till den omgivning människorna levde i och till den miljö i vilken de hade sitt arbete, sin fritid och bostad.

Det annorlunda sjukdomspanorama som möter primärvårdens personal i förhållande till sjukhuspersonalen gav upphov till särskilda frågeställningar som kunde läggas till grund för det forsknings- och utvecklingsarbete som resulterat i program för primärvårdens olika funktioner.

Det har hela tiden stått klart för Åke Nordén att några forskningsmetoder som är specifika för just primärvården knappt kan anges. För forskning inom primärvård som för all annan forskning gäller att valet av forskningsmetod måste styras av vilka problem man vill söka lösa. Primärvårdens breda forskningsfält har också följderiktigt inneburit att många olika metoder och tekniker blivit tillämpade.

Härigenom har Åke Nordén lyckats knyta ihop primärvårdens kliniska forskning med såväl den prekliniska som den etablerade kliniska forskning vid specialistenheter på sjukhus.

När nu Åke Nordén den 1 januari 1982 med ålderns rätt lämnade sin tjänst har Lunds universitet markerat den betydelse man tillmätt hans forsknings- och utbildningsarbete i Dalby och den tilltro man sätter till statsmakternas satsning på primärvården inom hälso- och sjukvården genom att inrätta en institution för klinisk samhällsmedicin med professur i allmänmedicin, professur i långvårdsmedicin samt lärtjänst i socialmedicin vid vårdcentralen i Dalby. Samtidigt har en av regeringen inrättad arbetsgrupp understrukit behovet av fortsatta forsknings- och utvecklingsinsatser inom primärvården och angränsande områden inom socialtjänsten och i ett betänkande föreslagit att den hittillsvarande av Åke Nordén skapade enheten för forskning inom primärvården permanentas som en särskild enhet för forskning inom samma område avseende hela högskoleregionen samt lydande direkt under universitetets styrelse.

Arbetsgruppen har i sitt betänkande betonat vikten av att ett tvärvetenskapligt angreppssätt utvecklas och man förväntar ett fördjupat och förstärkt samarbete mellan de medicinska och de samhällsvetenskapliga samt beteendevetenskapliga områdena.

Arbetsgruppen utgår också ifrån att den av UHÄ föreslagna professuren i socialt arbete vid universitetet i Lund ges en vetenskaplig anknytning till forskningen, utvecklingsarbetet och utbildningen i Dalby.

Bengt Scherstén

Bengt Scherstén
Professor

Diabetes i primärvården – forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentralen i Dalby

PER-OLOF BITZÉN · BENGT SCHERSTÉN

Diabetes mellitus tillhör de stora sjukdomarna för vilka primärvården har ett såväl preventivt som kurativt ansvar. I takt med primärvårdens utbyggnad har under senare år också allt fler arbetsuppgifter inom diabetesvården kommit att föras över till primärvården. Därmed har också vårdresurserna blivit mer lättillgängliga för patienterna. Omvårdnaden och den personliga kontakten ökar samtidigt patienternas möjlighet och motivation att aktivt delta i skötseln av sin sjukdom och därmed bidra till ett bättre vårdresultat.

Detta synsätt har allt sedan starten 1968 varit ledande för utvecklingen av principerna för diabetesvården vid vårdcentralen i Dalby.

En förutsättning för att i primärvården kunna driva en policy i enlighet med ovannämnda principer och finna en vårdform, som för diabetikern fungerar bättre än vad lasarettets öppna vårdmottagningar hittills gjort, är att en betydande och djupgående egen diabetesforskning bedrivs inom primärvården för att utveckla bättre principer och behandlingsmetoder.

Nyckelord: Diabetes, prevention, behandling, primärvård, Dalby.

Vårdcentralen i Dalby har inom diabetesvården bidragit med forsknings- och utvecklingsinsatser allt sedan slutet av 1960-talet och har därmed medverkat till att vården av diabetiker mer och mer kunnat decentraliseras. Här kan nämnas utprovningen och införandet av förenklade kemiska tekniker lämpade för primärvården, tex Dextrostix, Clinitest 2-droppsmetoden, Reflectance Meter, Eyétone-reflektometern (Scherstén 1971, Carlström o a 1972, Scherstén o a 1974). Till en början röntes dessa metoder stark kritik från framför allt kemister på centrala laboratorier – i dag är de accepterade som rutinmetoder.

Inom vårdcentralens upptagningsområde finns för närvarande 280 kända diabetiker, vilket motsvarar en prevalens på 1,3 procent. Av dessa behandlas 230 i Dalby, 36 vid medicinska kliniken och 14 vid barnmedicinska kliniken i Lund. Patienter vid medicinska kliniken går på kontroller där huvudsakligen av transportmässiga skäl och av gammal vana. Endast några få av dem kräver specialiserad vård. Genom att vi organisatoriskt har en nära kontakt med Lunds lasarett är vår kännedom om hela patientmaterialet mycket god.

I forskningssammanhang har vi därför möjlighet att nära nog arbeta med en totalpopulation av diabetiker – en referenspopulation.

Organisationen av diabetesvård med specialutbildad sjuksköterska i första ledet och distriktsläkare i bakgrunden utvecklades vid vårdcentralen i Dalby år 1968 (Bitzén o a 1970). Vårdformen har blivit mönsterbildande i socialstyrelsens vårdprogramunderlag för diabetesvårdens organisation i vårt land och finns numera etablerad på ett drygt hundratal platser i Sverige. Erfarenheten har visat att vårdformen medför en högre kvalitet i behandlingen. Kravet på tillgänglighet och närservice kan bättre uppfyllas. Den bästa kontinuiteten erbjuds på diabetesmottagningen, vilket av patienterna anses vara en av de mest

betydelsefulla faktorerna för ett gott behandlingsresultat (Bitzén 1978).

Under senare år har en serie arbeten inom preventiv vård haft sitt ursprung i vårdcentralens filosofi och delvis också genomförts inom dess ram.

Gunnar Sartor har i en avhandling från Lund och Dalby (Sartor 1980) framlagt resultat från en långtidsuppföljning av individer med nedsatt glukostolerans (impaired glucose tolerance, IGT). Studien, som 1962 initierades i anslutning till en hälsoundersökning i Malmöhus län, har givit hållpunkter för att a) IGT innebär en stor risk (29 procent/10 år) att övergå i manifest diabetes om ingen behandling ges medan däremot normal glukostolerans inte innebär någon sådan risk, b) att enbart kostrestriktioner kan reducera men ej helt förhindra utvecklingen till diabetes (13 procent) samt c) att en kombinerad behandling med kostrestriktioner och tolbutamid i adekvat dosering till synes helt kan förhindra uppkomsten av manifest diabetes.

I en tidigare undersökning av samma material har Gunnar Persson (1978) visat att individer med IGT har högre kardiovaskulär morbiditet än personer med normal glukostolerans, men också att aktiv behandling med kostrestriktioner plus tolbutamid kan minska denna morbiditet. Därtill har registrerats att aktiv behandling har en positiv inverkan på blodtryck och fetter.

Dessa arbeten har väckt internationell uppmärksamhet och kan bli normgivande för tidig upptäckt och behandling av diabetes eller dess förstadier. Problemet är hur vi skall hitta dessa riskindivider och motivera dem för en adekvat behandling. Detta torde bli en av primärvårdens preventiva uppgifter i framtiden.

Diabetesforskningen i Dalby har under senare år huvudsakligen kunnat inrymmas under någon av följande rubriker:

- I. Spårande av diabetes mellitus och nedsatt glukostolerans.
- II. Diagnostik av diabetes mellitus och nedsatt glukostolerans.
- III. Klassificering av diabetes mellitus.

IV. Behandling av diabetes mellitus. V. Kontroll av diabetes mellitus.

Inom ramen för dessa huvudrubriker finns ett flertal projekt, som alla är inriktade på att tillföra primärvården ny kunskap och bättre metoder i vården av diabetiker.

Spårandet av diabetes mellitus och nedsatt glukostolerans

Vid icke insulinkrävande diabetes, tidigare benämnd adult typ av diabetes och numera diabetes typ II, kan så senta diabetiska manifestationer ofta redan påvisas i samband med diabetessjukdomens upptäckt, vilket innebär att de startar mycket tidigt i sjukdomens asymtomatiska skede.

I en studie, som vi nyligen gjort för att utröna om utvecklingen av dessa sendiabetiska förändringar på något sätt avspeglar sig i form av ökad sjuklighet redan lång tid före diagnostillfället, har det visat sig att sjukdomar i hjärta, kärl- och nervsystem är 3–4 gånger vanligare under en föregående 10-årsperiod inom en grupp nyupptäckta diabetiker än bland patienter med normal glukostolerans (Bitzén 1981).

Mot denna bakgrund och med tanke på de resultat som Sartor och Persson redovisat, torde screening för att avslöja hittills oupptäckt diabetes eller tillstånd med nedsatt glukostolerans få en allt större betydelse särskilt bland patienter med hjärt-, kärl- och nervsjukdomar.

Uppgiften kommer därvid främst att falla på primärvården, som framledes kommer att få det huvudsakliga ansvaret för vården av patienter med typ II-diabetes. Men finns det så screeningmetoder, som med tillräcklig grad av säkerhet har förmåga att upptäcka tidiga stadier av sjukdomen? Den hittills gängse metoden att med hjälp av olika slags testremsor påvisa glukos i urinen kan ej längre rekommenderas, eftersom den har en oacceptabelt låg sensitivitet på cirka 40–60 procent. För screening i primärvårdens rutinverksamhet måste därför andra metoder prövas.

Vid vårdcentralen i Dalby har i en undersökning olika screeningmetoder

Tabell I. Utvärdering av olika screeningmetoder för diabetes

Screeningmetod	Sensitivitet procent	Specificitet procent
Clinistix	52,5	99
Clinitest	30	99
Diastix	50	99
Neo-Diastix	60	99
Neostix	40	99
Rediatest	60	99
Uringlukos $\geq 1,1$ mmol/l	67,5	98
Uringlukos $\geq 0,8$ mmol/l	75	93
Blodglukos $\geq 7,0$ mmol/l	95	99
Blodglukos $\geq 6,2$ mmol/l	95	93
Eyetone $\geq 7,0$ mmol/l	81	99

analyserats med avseende på sensitivitet, specificitet och prediktabilitet (Ahrén oa 1980).

Av tabell I framgår att bestämning av blodglukos enligt hexokinasmotoden med värdet $\geq 7,0$ mmol/l som gräns är överlägsen som screeningmetod (sensitivitet 95 procent, specificitet 99 procent). Såväl testremsor för påvisande av glukos i urinen som känslig kvantitativ uringlukosmetod har avsevärt lägre sensitivitet. För blodsockerbestämning kan i rutinen Eyetone reflektometer användas. I jämförelse med hexokinasmotoden, som i regel kräver laboratorieutbildad personal, erhålles visserligen en minskning i sensitivitet från 95 till 81 procent men till en nivå som fortfarande avsevärt överstiger den för uringlukosbestämning med testremsor.

Sedan ett par år tillbaka tillämpar vi således i rutinverksamheten ett screeningförfarande, som grundar sig på bestämning av blodsocker när som helst under dagen. På patienter som är över 30 år och som av en eller annan anledning besöker mottagningen tages rutinmässigt i samband med annan provtagning (venprov) också ett blodsocker. Patienter med fastebloodsocker $\geq 5,5$ mmol/l respektive icke-fastebloodsocker ≥ 7 mmol/l samt patienter med enbart glukosuri bedöms som positivt screenade och kallas tillbaka för vidare utredning. Diagnosen diabetes fastställs sedan med upprepade fastebloodsocker (kapillärblod) och i vissa fall med hjälp av per oral glukosbelastning.

Tabell II.

Screening av diabetes

fastebloodsocker $\geq 5,5$ mmol/l
icke fastebloodsocker $\geq 7,0$ mmol/l
positiv uringlukos

Misstänk diabetes!

Vid misstanke på diabetes

Tag fastebloodsocker!
fastebloodsocker $< 5,5$ mmol/l
= ej diabetes.
Osäker? Upprepa provet!

fastebloodsocker ≥ 7 mmol/l
Upprepa provet. Om värdet fortfarande ≥ 7 mmol/l
= diabetes mellitus.

fastebloodsocker 5,5–7 mmol/l

Diagnosen diabetes är vid ålder

< 40 år sannolik

40–60 år relativt sannolik

> 60 år osäker

Remittera till peroral glukosbelastning

Diagnostik av diabetes mellitus och nedsatt glukostolerans

Våra nuvarande kriterier för screening och diagnos framgår av tabell II. Kan belastningsförfarandet förenklas? Kan enstaka blodsockervärden ha tillräckligt hög sensitivitet och specificitet för att ersätta hela eller delar av den peroral glukosbelastningskurvan? Eller

ger kanske en standardiserad måltid ett entydigare och bättre svar än peroral glukosbelastning?

Forskningen på det här området avser att leda fram till nya principer och ny metodik för primärvårdens bruk. Hittills har den kliniska kemins centrala laboratorier varit normgivande vid all diabetesdiagnostik i såväl öppen som slutenvård. Man frågar sig i vilken utsträckning primärvårdens laboriemetoder kan utgöra grund för diagnos.

En sådan prövning måste med självklarhet ske enligt vedertagna metoder och forskningsprinciper. För denna typ av projekt kan vårdcentralen inte basera sin forskning på det centrala laboratoriet utan måste i princip skaffa sig egna likartade resurser.

Klassificering av diabetes mellitus

Klassning av diabetiker har hittills skett med utgångspunkt från deras endogena insulinproduktion och deras styrning genom olika insulinsekretagoger (glukos, aminosyror, peptider, sulfonureider, beta-adrenerga och kolinerga agonister m.fl.).

Vid typ II-diabetes är ibland frisättningen av insulin nedsatt, åtminstone vad gäller glukosinducerad frisättning. Det har visats att diabetiker som ej kan svara med insulinsteget på glukos fortfarande kan ha ett normalt svar på stimulering med isoprenalin. Detta talar för att vissa sekretionsvägar fortfarande kan vara intakta vid diabetes. Vår frågeställning är hur sekretionsprofilen ser ut efter stimulering med olika sekretagoger vid olika typer av diabetes och hur mönstret ändras efter behandling med sulfonureider.

För denna typ av projekt krävs kemiska analyser av mer avancerat slag. Laboratoriepersonalen är redan idag inkopplad på bestämning av tex insulin och C-peptid. Vårdcentralen förfogar också över forskare med kunskap på dessa områden såväl ur teoretisk som praktisk synpunkt.

Undersökningar av den här typen förväntas ge möjligheter att karaktärisera individer med icke insulinberoende diabetes (Agardh oa 1981). Härigenom torde förutsättningar kunna skapas för individualiserad och därmed bättre optimerad behandling av patienter med typ II diabetes.

Behandling av diabetes mellitus

I Sverige behandlas idag cirka 25 procent av diabetikerna med insulin, cirka 50 procent med tabletter och resten med enbart kostreglering. Det ter sig därför naturligt att framför allt kost- och tablettbehandlingen blir föremål för forskning inom ramen för primärvård.

Diabetessjukdomen kräver alltid kostreglering oberoende av annan terapi. Enligt gängse uppfattning skall diabeteskosten vara kolhydratregle-



Hannelore Claesson gör glukosbelastning på en patient med misstänkt diabetes. Foto: Göran Ejertsson.

rad, proteinrik och fettfattig. Principerna för kolhydratreglering är att man skall undvika eller i varje fall fixera mängden mono-di-oligosackarider, som anses absorberas snabbt i tarmen och därför försvårar sockerinställningen, till förmån för stärkelse, som anses ha en betydligt långsammare och jämnare absorption.

Uppfattningen att stärkelse absorberas långsammare än oligosackarider lanserades på 20-talet och har därför stått sig som en sanning, trots att experimentellt underlag för detta saknats. Bengt Borgström i Lund visade emellertid redan på 50-talet att tarminnehållet har ett så stort överskott av amylas att all stärkelse i en måltid kan spjälkas inom loppet av minuter. I en undersökning av Wahlqvist och medarbetare har det nyligen också visats att glukos given per os som fri monosackarid, disackarid, pentasackarid eller polysackarid (stärkelse) till friska försökspersoner ger precis samma svar beträffande blodglukos, insulin och fria fettsyror (Wahlqvist o 1978).

Observationen att vissa födoämnen stör sockerinställningen hos en diabetiker betydligt mer än hos andra kan alltså enbart inte förklaras utifrån födans innehåll av oligosackarider kontra stärkelse. Andra faktorer bestämmer uppenbarligen i långt högre grad kolhydraternas absorptionshastighet. I det sammanhanget har kostens fiberinnehåll kommit i blickpunkten. En rad undersökningar har visat att ett klart samband finns

mellan ett högt fiberinnehåll i kosten och förbättrad peroral glukostolerans. Kunskaperna om vilka fibrer som är effektiva och vilka mekanismer som ligger bakom är emellertid ännu ytterst fragmentariska.

Vår forskning på det här området förväntas ge svar på hur olika kosten med känd sammansättning avseende kolhydrater, fett, protein och fiber påverkar blodglukoskurva och hormonsvar hos friska försökspersoner och hos patienter med typ II-diabetes under kost- respektive tablettbehandling (Asp o a 1981).

Dalby har sedan lång tid tillbaka betydande erfarenhet av kostundersökningar med väl inarbetade rutiner för insamling och analys. En samverkan på det här området med institutionen för industriell näringslära och farmakologiska institutionen å ena sidan och institutionerna för medicinsk och klinisk kemi å den andra exemplifierar hur primärvården i likhet med sekundärvården måste replera på flera enheter i sin forskning.

Inom det farmakoterapeutiska området av diabetesforskningen har vårdcentralen genom samverkan med enheten för "primärvårdsfarmakologi" under ledning av docent Arne Melander skapat sig en stark ställning. Forskningen har här framför allt varit inriktad på en optimering av sulfonylureaterapi vid manifest åldersdiabetes och på samspelet mellan kost- och tablettbehandling.

För att nå optimal effekt av SU krävs

dels att man väljer bästa möjliga SU-preparat, och likaså att man klargör vilken dosering som är effektivast. Det har visats att en mycket stor interindividuell variation i plasmahalt föreligger för samtliga SU-preparat, och att detta ofta leder till att behandlingen blir suboptimal. Vidare har de olika preparatens relation till måltid studerats. Sammantaget visar sig glipizid erbjuda den största terapeutiska möjligheten bland befintliga SU. Samtidigt födointag visar sig fördröja glipizids absorption, varför bäst effekt erhålles om preparatet ges 15-30 minuter före måltid. Dosen bör hållas låg; paradoxal effektförsämring kan ses vid höga glipiziddoser, sannolikt pga en tilltagande perifer insulinresistens. Fortsatta studier är nödvändiga för att klarlägga terapeutiskt gynnsamma effekter och optimalt doseringsschema.

Kontroll av diabetes mellitus

Inom detta område har som tidigare nämnts utvecklingsarbetet i Dalby fört fram till metoder för självkontroll och principer för blodsockerbestämning med reflektometrar.

Nya tekniker, redan upptagna av vårdcentralen, med bl a bestämning av glukosylerade hemoglobiner (HbA_{1c}) får en allt större spridning. HbA_{1c} återspeglar patientens medelblodsockernivå under senaste 4-6 veckorna och ger på så sätt en objektiv och siffermässig bedömning av det metabola läget oberoende av den akuta situationen (Ahrén o a 1980). I en studie (Ahrén o a

1981) för att bedöma den potentiella nyttan av HbA_{1c} koncentrationer hos diabetiker i primärvård fann vi en relativt god korrelation mellan HbA_{1c} och fasteblodssockernivån ($r = 0.50$, $p < 0.001$). HbA_{1c}-metoden visade sig emellertid inte överlägsen diabetessköterskans förmåga att genom klinisk bedömning och nära kännedom om patienten avgöra graden av metabolisk kontroll.

Vi ser dock bestämningen av glukosylerat hemoglobin som ett betydelsefullt komplement till andra metoder i diabetesvården. Fortsatta undersökningar för att belysa nyttan för det praktiskt kliniska arbetet i primärvården behövs dock. Sådana undersökningar måste naturligtvis göras av primärvården själv. Projekt för att med hjälp av bl a HbA_{1c}-parametern jämföra olika typer av diabetesvård vad gäller behandling och resultat har också skisserats.

Ögonbottenförändringar vid diabetes har i princip endast varit tillgängliga för studier genomförda av ögonspecialister. Ögonbottenkameran har här öppnat nya vägar. En metod utarbetad av ögonspecialister (Bengtsson och Krakau) har prövats och visat sig lämpad för primärvården.

Metoden har en rad fördelar. Den är relativt enkel och är för patienten inte förenad med några obehag. Ögonbottenfotografering kan efter viss träning utföras av sjuksköterska eller biträde. Bildmässigt fås en god överblick över näthinnans centrala delar med möjlighet att identifiera även små blödningar, kärlnybildningar eller aneurysm. Läkaren har möjlighet att i lugn och ro studera bilden och kan vid tveksamhet inför ett fynd sända fotot till ögonspecialist för tolkning. Möjligheten att med ögonbottenfoto kunna dokumentera och följa ett patologiskt skeende i näthinnan innebär självfallet stora fördelar. Nackdelen är att instrumenteringen än så länge är relativt dyrbar. Mot bakgrunden av de kostnader sjukvården och patienterna skall betala om remittering till ögonspecialist istället måste ske, synes dock kostnaden för en ögonbottenkamera vara försvarbar. Principerna och formerna för primärvårdens handläggning av retinopati kommer efterhand att bli föremål för närmare studier.

Beträffande de vanliga neurologiska komplikationerna har ännu ingen bra teknik utvecklats för primärvården. Samarbete med neurofysiologiska laboratoriet har dock startat. Studier av diabetikers förmåga att urskilja temperaturförändringar synes kunna bli en metod för tidig upptäckt av neuropati. Grundläggande utvecklingsarbete krävs, men teknologisk sakkunskap finns. Preliminära studier har visat att en förbättrad metabolisk kontroll av diabetes kan dokumenteras med förbättringar i temperaturkänsligheten.

Konklusion

Erfarenheter från Dalby och andra vårdcentraler talar för att en stor del av diabetesvården i fortsättningen kan förläggas till primärvården. Framför allt gäller detta ansvaret för patienter med typ II-diabetes.

En nödvändig förutsättning för att primärvården skall kunna ta detta ansvar är ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete med praktisk förankring i vårdcentralens rutiner. Diabetesstudier av den här typen måste ha dels en metodologisk ansats för att höja kvaliteten i diabetesvården, dels en omvårdnadsaspekt, som tar upp de psykologiska och sociala problem diabetikern konfronteras med.

Distriktsläkare inkopplad på sådan typ av forskning får en bred vetenskaplig utbildning i skilda ämnesområden såsom diabetologi, näringslära, epidemiologi, statistik, laboratorieteknik mm – alla av betydelse för ledning av fortsatt primärvårdsforskning, ej enbart gällande diabetes.

Referenser

AGARDH, CD, AHRÉN, B, BITZÉN, P-O, SCHERSTÉN, B: Diabetes och trafik Kort. Studier av insulin- och C-peptidnivåer. Läkartidningen 78:236 (1981)

AHRÉN, B, BITZÉN, P-O, SCHERSTÉN, B: Spårande av diabetes mellitus med blodglukos bättre än testrem-sediagnostik. Läkartidningen 77:3596 (1980).

– Hemoglobin A_{1c} in community care. Acta Med Scand. Suppl. 656:63 (1981).

-, SCHERSTÉN, B: Glykosylerat hemoglobin och kontroll av diabetes. Läkartidningen 77:2769 (1980).

ASP, NG, AGARDH, CD, AHRÉN, B, DENCKER, I, JOHANSSON, CG, LINDQUIST, I, NYMAN, M, SARTOR, G, SCHERSTÉN, B: Dietary fibre in type II diabetes Acta Med Scand. Suppl. 656:47 (1981).

BITZÉN, P-O, CHRISTENSSON, G, DENCKER, I, NORDEN, Å: Dalbyundersökningar (5): Specialmottagning för diabetes. Läkartidningen 67:3661 (1970).

– Erfarenheter från diabetesmottagningen i Dalby. Med Riksstämman (1978).

– Diabetes i primärvården – sjukvårds-konsumtion och sjukdomsmönster före diagnostillfället. 2. Nordisk Kongress i almenmedisin, Bergen (1981).

CARLSTRÖM, S, SCHERSTÉN, B: Kontroll av diabetes (1). Urinsockerkontroll. Läkartidningen 69, 4015–4018 (1972). Kontroll av diabetes (2). Blodglukosbestämning. Läkartidningen 69, 4019–4021 (1972).

PERSON, G: Cardiovascular Complications in Diabetics and Subjects with Reduced Glucose Tolerance. Akademisk avhandling. Lund (1978).

SARTOR, G: Prevention and Therapy of Diabetes Mellitus with Diet Regulation and Sulfonylurea Drugs. Akademisk avhandling. Lund (1980).

SCHERSTÉN, B: Dalbyundersökningarna (4): Dextrostix reflectance meter, en snabb glukosmetod lämpad för såväl slutet som öppen vård. Läkartidningen, 68:4001 (1971).

-, KÜHL, C, HOLLENDER, A, EKMAN, R: Blood glucose measurement with Dextrostix and New Reflectance Meter. Brit Med J 417 (1974).

WAHLQVIST, ML et al: The effect of chain length on glucose absorption and related metabolic response. Am J Clin Nutr 31, 1998–2001 (1978).

Författarpresentation

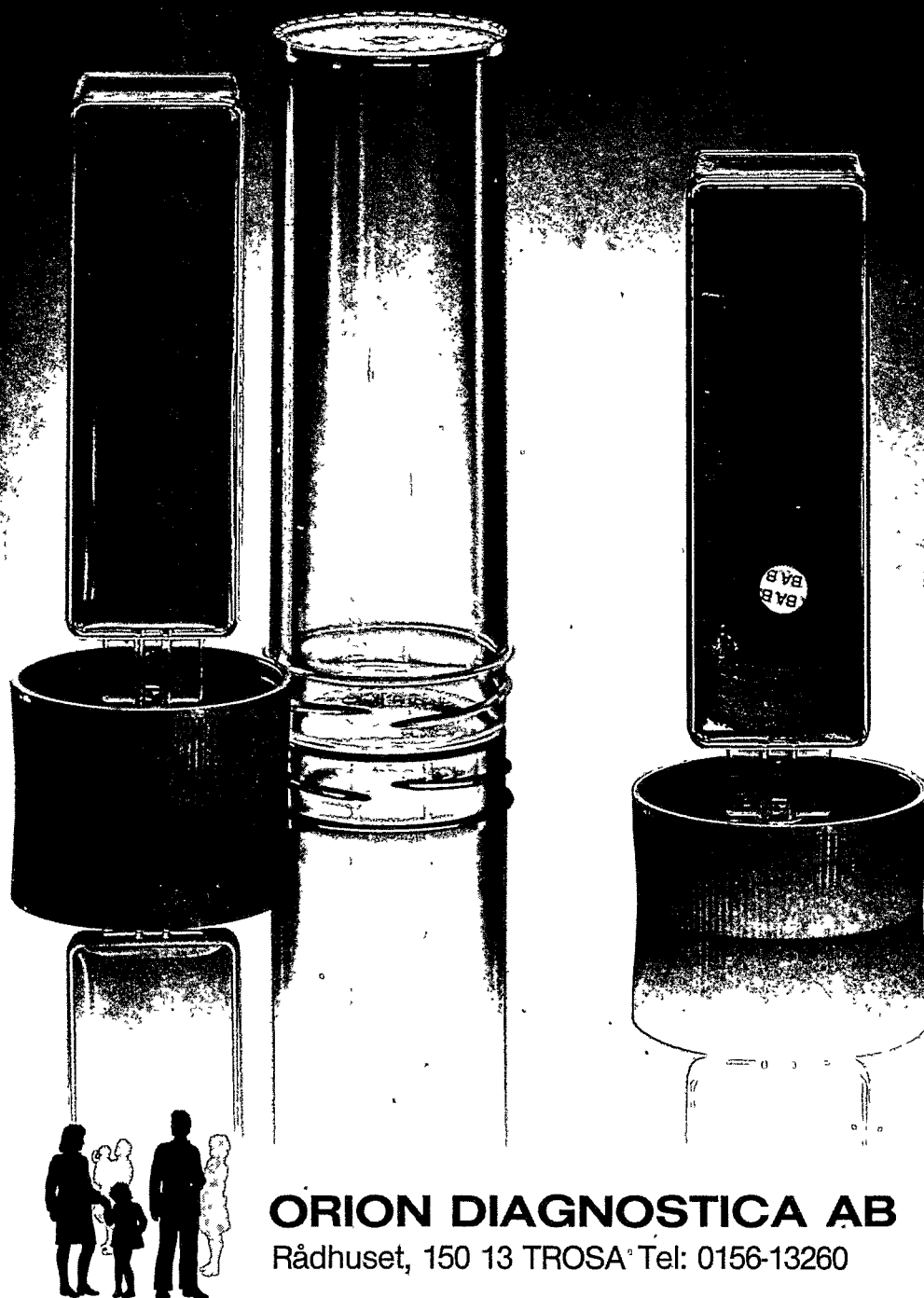
*Per-Olof Bitzén** är distriktsöverläkare och vårdcentralchef i Dalby.

Bengt Scherstén är professor i allmänmedicin och distriktsläkare vid vårdcentralen i Dalby.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

β -hemolytiska streptokocker grupp A?
preliminärt odlings svar inom 24 timmar

Streptocult[®]



ORION DIAGNOSTICA AB
Rådhuset, 150 13 TROSA • Tel: 0156-13260

Infektionsstudier vid vårdcentralen i Dalby

BIRGITTA HOVELIUS

*Handläggning av akuta infektionssjukdomar upptar en stor del av akut- och jourverksamheten vid en vårdcentral. I denna artikel presenteras undersökningar rörande luftvägs- och urinvägsinfektioner utförda vid vårdcentralen i Dalby. Särskilt har bakteriella luftvägsinfektioner hos patienter vid vårdcentralen och hos barn på daghem studerats. Vidare har diagnostik, klinik och behandling av urinvägsinfektioner med *Staphylococcus saprophyticus* kartlagts.*

Nyckelord: Luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner, primärvård, Dalby.

Handläggning av infektionssjukdomar upptar en stor del av en distriktsläkares vardag. Cirka var tredje patient som år 1979 sökte vid vårdcentralen i Dalby gjorde detta pga en infektionssjukdom (Tabell 1). Bland infektionssjukdomarna utgjorde luftvägsinfektioner den största gruppen, i vilken ingår diagnoser som övre luftvägsinfektion, tonsillit, sinuit, bronkit, pneumoni och laryngit. Gruppen öroninfektioner innefattar förutom akut otit även otosalingit och extern otit. Cirka 80 procent av urinvägsinfektioner (UVI) utgörs av nedre UVI hos kvinnor. De vanligaste diagnoserna bland hudinfektioner är furunkel, sårinfektion och impetigo. I gruppen genitala infektioner återfinns framför allt patienter med diagnosen fluor vaginalis.

Infektionspanoramats vid en vårdcentral omfattar således patienter som vid ett sjukhus behandlas av en rad olika specialiteter och discipliner som infektionssjukdomar, medicin, kirurgi, öron, ögon, barnmedicin och gynekologi. Patienter med infektioner som söker i primärvården remitteras i mycket liten utsträckning till sjukhus. Likaså utreds ett fåtal av patienterna med tex bakteriologisk provtagning eller röntgenundersökning. Det är



Otitis media acuta är en av de vanligaste sjukdomarna bland barn. Foto: Göran Ejertsson.

angeläget att studera denna stora grupp av patienter ur distriktsläkares synvinkel och med de diagnostiska resurser som kan komma till användning på en vårdcentral.

Infektionsprojektet i Dalby, som startades 1976, har hittills framför allt inriktats på luftvägsinfektioner, öroninfektioner och urogenitala infektioner.

Handläggning av luftvägsinfektioner vid vårdcentral

Luftvägsinfektioner drabbar framför allt barn och vuxna i yrkesverksamma åldrar och är således en faktor av stor samhällsekonomisk betydelse. Antalet patienter som söker pga luftvägsinfektion vid vårdcentralen i Dalby har successivt ökat under de senaste tio åren, även procentuellt sett. Om detta är ett uttryck för en ökad sjuklighet, eller att man söker i ökad utsträckning, är svårt att avgöra. Det finns vissa belägg för en reell ökning under de senaste tio åren av risken att insjukna i otit.

Etablerade principer finns när det gäller handläggning av tex otit och tonsillit medan det råder osäkerhet om hur den enskilde patienten skall behandlas vid mera okarakteristiska övre luftvägssymptom. Detta sammanhänger bla med att varje etiologiskt agens inte ger upphov till någon entydig klinisk bild. Det kan tex vara svårt att kliniskt skilja mellan virusinfektion och bakteriell infektion, och ofta föreligger en virusinfektion med bakteriell superinfektion. Även om man påvisar förekomst av potentiellt luftvägspatogena bakterier, råkar man i svårigheter, då odlingssvaret skall tolkas, eftersom

vissa personer endast är bärare av luftvägspatogena bakterier.

Det har ofta påpekats att flertalet luftvägsinfektioner orsakas av virus. I olika studier har virusetiologi påvisats i 90–95 procent av luftvägsinfektioner som inte föranlett något besök hos läkare. Vidare har det framhållits att antibiotika förskrivs i för stor omfattning vid dessa tillstånd.

I en undersökning vid vårdcentralen omfattande cirka 1500 patienter (Arhammer et al 1978) som sökt pga luftvägsinfektion jämfördes den behandling som patienterna fått på grundval av den kliniska bedömningen med resultatet av näs-, svalg- och nasopharynxodling. Vår frågeställning var således bla om distriktsläkares kliniska bedömning av bakteriell/icke bakteriell etiologi och därmed också ställningstagandet till antibiotikabe-

Tabell I

Infektionssjukdomar vid vårdcentralen i Dalby år 1979

Diagnoser	Antal besök
Luftvägsinfektioner	4305
Öroninfektioner	1302
Urinvägsinfektioner	454
Hudinfektioner	260
Genitala infektioner	215
Ögoninfektioner	212
Barnsjukdomar	123
Gastroenterit	65
Summa	6936

Totala antalet besök vid vårdcentralen 19 866.

Kontrollundersökning efter infektion är ej registrerad som infektionssjukdom.

handling överensstämde med gjorda odlingsfynd.

Alla läkare vid vårdcentralen deltog i undersökningen. Av patienterna var hälften under 10 år. I åldersgruppen 20–40 år var kvinnor överrepresenterade, vilket sannolikt förklaras av barn-till-vuxen-smitta i hemmet eller på arbetsplatsen. Potentiellt luftvägspatogena bakterier (pneumokocker, Haemophilus influenzae eller grupp A, C eller G-streptokocker) kunde påvisas hos knappt hälften av patienterna. Isoleringsfrekvensen av dessa agens vid olika diagnoser överensstämde med vad som rapporterats från öron- och infektionskliniker. Av patienterna ordinerades cirka 60 procent antibiotika vid första läkarbesöket. Läkarnas antibiotikaföreskrivning korrelerade väl till fynd av luftvägspatogena bakterier, dock ej vid diagnoserna pharyngit, sinuit och bronkit. Dessa diagnoser är kända för att erbjuda svårigheter med hänsyn till bedömning av mikrobiell etiologi. Någon överföreskrivning av penicillin eller missbruk av bredspektrumantibiotika kunde inte konstateras.

Dessa studier föranledde slutsatsen att flertalet av patienter som sökte pga luftvägsinfektion vid vårdcentralen verkligen var i behov av sjukvård.

Streptokockinfektioner och akut glomerulonefrit

Av 220 patienter med växt av grupp A streptokocker erhöll var fjärde patient ingen antibiotikabehandling vid sin första konsultation (Bygren et al 1979). Detta förklaras av att endast hälften av patienterna med streptokocker fick diagnosen tonsillit. Hos förskolebarnen med grupp A streptokocker var diagnosen övre luftvägsinfektion vanligast. Dessa barn sökte också ofta först någon vecka efter insjuknandet vid vårdcentralen och antibiotikabehandlades primärt i lägre utsträckning än övriga patienter. Detta är säkerligen av betydelse för smittspridning i hemmet och på daghem.

I akutskedet och vid en kontroll efter cirka tre veckor togs blod- och urinprov på patienterna med grupp A streptokocker. Nio patienter (fyra procent) bedömdes ha en glomerulär njurskada pga kvarstående patologiska urinfynd (proteinuri, hämaturi och/eller korniga cylindrar) under minst tre veckor efter det att den aktuella streptokockinfektionen avklingat. En av patienterna hade förutom patologiska urinfynd även övergående blodtrycksförhöjning. De övriga åtta fallen kan alltså betecknas som subklinisk akut glomerulonefrit. Prognosen vid akut poststreptokocknefrit är fortfarande oklar. Den är sannolikt sämre för vuxna än för barn. Prognosen vid subklinisk poststreptokocknefrit, som alltså är tämligen vanligt tillstånd, är än mer svårbedömbart. Det har diskuterats om akut streptokocknefrit efter en period av synbar utläkning kan gå över i en kronisk glomerulonefrit. Sådana

sammanhang är dock svåra att leda i bevis.

Patienterna med tecken på glomerulonefrit hade erhållit antibiotikabehandling signifikant senare i sjukdomsförloppet än övriga patienter, vilket således styrker uppfattningen att tidigt insatt antibiotikabehandling kan förhindra uppkomsten av poststreptokocknefrit. I praktiken innebär detta att alla patienter med kliniskt misstänkt streptokockinfektion, dvs patienter med tonsillit och många patienter med pharyngit utan andra luftvägssymptom men med feber, skall erhålla antitotikabehandling vid akutbesöket.

Trots att isolerade streptokocker var känsliga för givet antibiotikum, fick 24 procent av patienterna med streptokockinfektion recidiv med grupp A streptokocker inom tre månader, de flesta med symptom från övre luftvägar. Flertalet stammar, som isolerades vid recidivet, var av samma T-typ som den först isolerade stammen, vilket talar för att recidiven berodde på persistens eller reinfektion med samma stam. I pågående undersökningar studeras faktorer som kan förklara denna höga recidivfrekvens av streptokockinfektioner, speciellt epidemiologi, förekomst av betalaktamasproducerande bakterier och antikroppsutveckling.

Andra etiologiska agens till övre luftvägsinfektioner

Mycoplasma pneumoniae är känd som ett vanligt etiologiskt agens till pneumoni, men dess betydelse vid övre luftvägsinfektioner är mindre väl kartlagd. Smitta med M pneumoniae finns endemiskt. Epidemier tycks uppträda vart fjärde till femte år. Infektioner förekommer i alla åldrar men är troligen vanligast bland äldre barn. Infektion med organismen är ej särskilt smittsam, och spridningen sker vanligen genom nära eller långvarig kontakt, såsom i familjen.

Med avseende bla på förekomst av M pneumoniae har vi undersökt 100 patienter med övre luftvägsinfektion eller bronkit. Odling och/eller serologisk undersökning talade för att en mycoplasmainfektion förelåg hos 16 procent av patienterna (Mårdh et al 1976).

I en senare undersökning kunde M pneumoniae inte påvisas hos någon av 80 patienter med luftvägsinfektion, vilket belyser att epidemiologiska förhållanden kan uppvisa stora variationer från år till år. Detta är välkänt vad gäller influensa. Om antibiotikabehandling är av värde vid övre luftvägsinfektion orsakad av M pneumoniae är fortfarande oklart och kunde ej heller utvärderas utifrån vår undersökning. Med hjälp av tillgängliga serologiska tester kunde virusinfektion diagnostiseras hos endast sju procent av patienterna, bla beroende på att vissa antigen (ex rhino- och coronavirus) ej

finns tillgängliga för serologisk undersökning.

I pågående undersökningar studeras Chlamydia trachomatis' roll vid luftvägsinfektioner hos barn. Nyfödda kan smittas med C trachomatis vid partus om modern är bärare av smittämnet genitalt. Dessa barn kan utveckla purulent, ofta ensidig, konjunktivit. Barn i åldern 2–12 veckor kan också drabbas av pneumoni orsakad av C trachomatis. Vi har vissa belägg för att luftvägsinfektion orsakad av C trachomatis även förekommer hos barn i skolåldern och kartlägger i pågående studier kliniska manifestationer och smittvägar av C trachomatis hos barn.

Luftvägsinfektioner hos barn på daghem

Ett allt större antal barn kommer de närmaste åren att vistas på daghem. I olika studier har sjukligheten, särskilt hos barn under 2 år, rapporterats vara högre hos daghemsbarn än hos barn i familjedaghem och hemmabarn. Vi har funnit det angeläget att kartlägga och om möjligt förebygga sådana upprepade luftvägsinfektioner. I en artikel i Läkartidningen (Belfrage et al 1980) har vi beskrivit förekomst av streptokockepidemier bland barn på daghem. En omfattande spridning av streptokocker till vuxna (personal och föräldrar) kunde också påvisas. Förslag till förebyggande åtgärder och en plan för handläggning av streptokockepidemier, som prövats inom Lunds sjukvårdsdistrikt, presenterades. Socialstyrelsen håller för närvarande på att utforma "råd och anvisningar" för hur streptokockepidemier på daghem skall handläggas.

Då vi följde sjukligheten bland 90 barn på daghem, fann vi, att vart tredje barn under en 1 1/2-årsperiod drabbades av minst en otit. Enligt flera undersökningar är pneumokocker vanligaste etiologiskt agens till otit, särskilt recidivotit. En dubbelblind-undersökning pågår för att utröna huruvida pneumokockpolysaccaridvaccin har förebyggande effekt på luftvägsinfektioner hos barn på daghem. Cirka 400 barn (8 mån–5 år) ingår i undersökningen. Personal på daghemmen rapporterar kontinuerligt allmäntillstånd och lätta förkylningssymptom hos barnen. Distriktsläkarna i Lunds sjukvårdsdistrikt deltar i en kartläggning av barnens bakteriella infektioner, särskilt med avseende på otit. Svalg- och nasopharynxodling tages regelbundet på barnen liksom antikroppsbestämningar. Uppföljningstiden beräknas till två år.

Snabbdiagnostik av streptokocker

Som tidigare framhållits spelar streptokockinfektioner en viktig roll i handläggandet av luftvägsinfektioner i primärvården. Att odla betastreptokocker på blodagarplatta på öppenvårdsmottagningar för snabbdiagnostik av streptokocker har prövats både i Sverige och utomlands. Dessa försök har i

regel misslyckats trots ursprungligen positiva rapporter. I Streptokult (Orion) används en blodagar innehållande antibiotika, för att selektera streptokocker. I den utvärdering vi gjort av Streptokult, har vi funnit att den i sitt nuvarande utförande går att använda med en tämligen god tillförlitlighet för att preliminärt diagnostisera betahämolytiska streptokocker. (Christensen et al, i press.) För att upprätthålla en god diagnostik med hjälp av Streptokult bör metoden införas i samarbete med bakteriologiskt laboratorium. Personal, som handhar provtagningen, bör få återkommande utbildning. Önskemålet för framtiden är en "streptokocksticka", som inom några timmar kan diagnostisera en streptokockinfektion.

Urinvägsinfektioner med *Staphylococcus saprophyticus*

De undersökningar rörande urinvägsinfektioner (UVI), som utförts inom infektionsprojektets ram, har framför allt gällt infektioner orsakade av *Staphylococcus saprophyticus* (Bygren et al 1979; Hovelius 1980). *S saprophyticus* är efter *Escherichia coli* den vanligaste orsaken till akut UVI hos unga kvinnor.

Diagnostik. Skälet till att UVI med *S saprophyticus* inte tidigare uppmärksammats är bl a att det inte funnits någon enkel metod att skilja mellan *S saprophyticus* och *S epidermidis*. En enkel metod att skilja arterna åt är känslighetstest för novobiocin och nalidixinsyra, för vilka antibiotika *S saprophyticus* är påtagligt resistent. Att inte UVI med *S saprophyticus* uppmärksammats sammanhänger också med att undersökningar rörande UVI ofta utförts på specialkliniker som urolog- och njurkliniker, där infektioner med *S saprophyticus* i stort sett är okända. Patienter med UVI med *S saprophyticus* ses nästan uteslutande i primärvården.

Vidare har vi funnit att UVI med *S saprophyticus* kan förbli odiagnostiserad om diagnosen UVI ställs med hjälp av screeningmetoder som nitrit- och glukoskonsumtionstest. Nitrittest är således alltid negativt. Test för glukoskonsumtion (Uriglox) är negativt i ca hälften av fallen trots adekvat bläskubation. Även om urinodling utförs kan den korrekta diagnosen missas, eftersom *S saprophyticus* kan förekomma i lågt antal i urinen ($< 10^4$ bakt/ml), även om infektion föreligger ovanför blåshalsen. Vi har blåspunkterat 22 kvinnor med växt av *S saprophyticus* i kastat urinprov. I samtliga fall kunde bakterien påvisas även i blåsurin, dock som sparsam växt ($< 10^4$ bakt/ml i vart fjärde fall).

Om Uricult används för screeningundersökning kan *S saprophyticus* ibland enbart påvisas på CLED-agarn men ej på McConceys agar, vilka substrat ingår i detta odlingsset. Microstix diagnostiserar *S saprophyticus* infektion i endast vart fjärde fall.

S saprophyticus påvisas sällan som kontaminant i kastade urinprov. Detta förklaras av att bakterien förekommer i mycket lågt antal i hudfloran, i motsats till *S epidermidis*.

Vid UVI med *S saprophyticus* har SM-färgat urinsediment ett så typiskt utseende, att det kan användas för att preliminärt diagnostisera en sådan infektion. Detta är av betydelse, då de tidigare nämnda screeningmetoderna ej är tillförlitliga vid *S saprophyticus* infektion.

Vi har funnit, att UVI med *S saprophyticus* förekommer 15 gånger oftare hos kvinnor än hos män. Antalet fall är högst bland kvinnor i åldern 17–25 år.

Antalet isolat av *S saprophyticus* varierar med årstid, och den högsta frekvensen finner man under juli-oktober. Vid vårdcentralen i Dalby fann vi en liknande årstidsvariation för antalet fall med diagnosen fluor vaginalis och med nedre UVI, medan antalet fall med pyelonefrit inte uppvisade en sådan variation.

Kvinnor. Infektioner med *S saprophyticus* har tidigare i regel uppfattats som banala självläkande infektioner. Vi fann emellertid att hälften av 55 kvinnor med akuta urinvägssymptom och växt av *S saprophyticus* förutom symptom från nedre urinvägar också hade symptom från övre urinvägar med smärta och ömhet över njurlogerna. Dock var deras allmäntillstånd opåverkat, och de hade ringa eller ingen feber. Några patienter med UVI med *S saprophyticus* som vi undersökt har haft så uttalade smärtor att urografi utförts med misstanke på stas, dock utan att misstanken kunnat bekräftas. Med pitressintest kunde en övergående nedsatt koncentrationsförmåga påvisas, vilket indikerar att en pyelonefrit verkligen förelåg.

Drygt hälften av kvinnorna med UVI med *S saprophyticus* hade anamnes på upprepade UVI. Under uppföljningstiden på ett år kunde recidiv med gramnegativa stavar eller *S saprophyticus* påvisas hos 30 procent av patienterna.

Asymptomatisk bakteriuri med *S saprophyticus* är sällsynt. Vi har i tre fall påvisat persisterande bakteriuri med *S saprophyticus* hos patienter med njursten. I ett av dessa fall kunde bakterien isoleras från njurbäckenet i samband med nefrolitotomi. *S saprophyticus* är i likhet med Proteusarter ureasproducerande, vilket har relaterats till förekomst av "infektionsstenar".

Män. Hos män är UVI *S saprophyticus* vanligast i de äldre åldersgrupperna. Cystit/pyelonefrit förekommer också hos yngre män utan obstruktiv urinvägssjukdom. *S saprophyticus* infektion har i enstaka fall påvisats hos fall med epididymit. Vi har ej funnit hållpunkter för att bakterien orsakar prostatit.

Hos 21 % av 178 män med subjektiva symptom på uretrit kunde vi från

uretra isolera *S saprophyticus*, med utnyttjande av ett selektivt medium. Motsvarande isoleringsfrekvens hos besvärslösa studenter var 7 %. Hos patienterna med *S saprophyticus*, liksom hos dem med *Neisseria gonorrhoea* och *C. trachomatis*, påvisades ett högre antal leucocyter i direktprov än hos de patienter där odlingarna var negativa avseende dessa organismer. Det är dock svårt att leda i bevis att en organism som kan förekomma i normalfloran i uretra kan orsaka uretrit.

Antibiotikakänslighet och behandling. Flertalet stammar av *S saprophyticus*, som vi testat, har varit känsliga för de antibiotika som används vid UVI med undantag av nalidixinsyra. Vi har beskrivit terapivikt hos patienter med *S saprophyticus* infektioner som behandlats med nalidixinsyra. Nalidixinsyra kan således ej användas vid behandling av icke odlingsverifierad UVI hos unga kvinnor utan att UVI med *S saprophyticus* preliminärt utesluts med hjälp av sedimentundersökning.

Pågående urinvägsinfektionsstudier

I samarbete med åtta vårdcentraler i landstingsområdet pågår en undersökning med korttidsbehandling (3 resp 7 dagar) vid nedre UVI. I denna studie prövas även värdet av de kemiska testerna och sedimentundersökningen vid symptomgivande UVI.

Referenser

- ARHAMMER M, CHRISTENSEN P, HOVELIUS B, MÅRDH P-A, OLSSON S, ROSENBERG R: Luftvägsinfektioner i öppen vård – en undersökning vid vårdcentralen i Dalby. *Läkartidningen* 75:1492–1496, 1978.
- BELFRAGE-SANZÉN I, BYGREN P, CHRISTENSEN P, HOLM S, HOVELIUS B, SCHALÉN C: Förekomst och handläggning av streptokockepidemier på daghem. *Läkartidningen* 77:1929–1933, 1980.
- BYGREN P, CHRISTENSEN P, HOVELIUS B, MÅRDH P-A, OLSSON S, SJÖHOLM A: Luftvägsinfektioner med grupp A streptokocker och akut glomerulonefrit. *Läkartidningen* 76:112–117, 1979.
- BYGREN P, COLLEEN S, HOVELIUS B, MÅRDH P-A, THELIN I: Infektioner i urinvägarna med koagulasnegativa stafylokocker. *Läkartidningen* 76:305–307, 1979.
- CHRISTENSEN P, DANIELSSON D, HOVELIUS B, KJELLANDER J: New routine for preliminary identification of beta-haemolytic streptococci in throat swab-cultures using a commercial blood agar slide. (Streptocult®). *J Clin Microbiol.* I press.
- HOVELIUS B: *Staphylococcus saprophyticus*. Characteristics, laboratory diagnosis and involvement in urinary tract infections. Akademisk avhandling, Lund 1980.
- MÅRDH P-A, HOVELIUS B, NORDENFELT E, ROSENBERG R, SOLTESZ LV: The incidence and aetiology of respiratory tract infections in general practice – with emphasis on *Mycoplasma pneumoniae*. *Infection* 4 (Suppl 1):40–48, 1976.

Författarpresentation

*Docent Birgitta Hovelius** är distriktsläkare vid vårdcentralen i Dalby.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Primär oftalmiatrik BO BENGTSSON

Några av primärvårdens bidrag till lösningar av de i slutet av 60-talet mest besvärande problemen inom ögonsjukvården beskrivs med tonvikt på lokala synpunkter.

Nyckelord: Primärvård, ögonsjukdomar, synnedsättningar, Dalby.

Inventering

Våren 1969 inleddes en inventering av ögonsjukdomar och syndefekter i Dalby.

Synnedsättningar som borde kunnat rättas med glas befanns vara mycket vanliga. Sålunda behövde 20 procent av barn och ungdomar mellan 8 och 20 år glasögon – men endast en tredjedel av dessa hade verkligen tillfredsställande korrektion. Äldre personer var oftare riktigt korrigerade men 40 procent av alla nyblivna pensionärer behövde nya glasögon.

De icke korrigerbara synnedsättningarna utgjordes hos personer under 60 år till tre fjärdedelar av amblyopier. Frekvensen amblyopier var lika hög bland skolbarn som bland äldre. Materialet bekräftade alltså intrycket av att den traditionella behandlingen av skelande barn var helt utan effekt, samtidigt som betydelsen av detta faktum för den framtida förekomsten av syndefekter i arbetsföra åldrar kraftigt underströks.

I högre åldrar dominerades bilden helt naturligt alltmer av degenerativa förändringar som är dubbelsidiga och i allmänhet relativt otillgängliga för kurativ behandling. Däremot kan rehabiliterande åtgärder av olika slag ofta vara till stor nytta. Situationen på detta område var i slutet av 60-talet ännu mycket otillfredsställande, vilket kunde beläggas av det faktum att äldre synsvaga endast undantagsvis hade erhållit optiska hjälpmedel.

Med en grov generalisering skulle man kunna påstå att Dalby-bornas synstatus var dåligt trots att deras ögonstatus i allmänhet var gott. Det fanns anledning att efterfråga mer synvård snarare än fler ögonläkare. Problemen kanske borde lösas genom att tillsätta allmänläkare, utnyttja optikerna och avlasta ögonläkarna snarare än genom en fortsatt utbyggnad av den specialiserade ögonsjukvården?

Fyraårskontrollerna

Synprövningen med Boströms hakar var den mest givande delen av den pediatrika fyraårskontrollen i Dalby 1968. Upprepade uppföljningar (Köh-

ler och Stigmar 1978; Kornfält 1981) har visat att denna hälsoundersökning verkligen var effektiv och att man genom tidig upptäckt och behandling av brytningsfel och samsynsrubbningar i mycket hög grad lyckades förhindra utvecklingen av amblyopi hos förskolebarnen i Dalby. En viktig poäng i sammanhanget är att behandlingarna numera snarast är mindre krävande för både patienterna och ögonklinikerna än tidigare. Större krav måste däremot ställas på personalen på barnavårdscentralerna, som numera ansvarar för att synnedsättningar hos förskolebarn upptäcks medan de ännu är reversibla.

Skolhälsovården

Synnedsättningar utgör ett dominerande problem även inom skolhälsovården (Kornfält 1981). Framför allt rör det sig om ofta snabbt tilltagande närsynthet. För oftalmologen kanske en bagatell men ändå ett allvarligt hinder för skolarbetet som måste undanröjas. På detta område förelåg stora brister 1969. En tredjedel av de "behövande" hade inga glas alls, en tredjedel hade otillräcklig korrektion och lika många onödiga glasögon. Här behövdes mera utbildning, bättre utrustning, tätare kontroller och snabbare åtgärder vid patologiska fynd.

Eftersom skolhälsovården är obligatorisk bör behovet av glasögon bedömas av en offentligt anställd ögonläkare. I Dalby har detta kunnat genomföras till rimliga kostnader på så sätt att glasögonen ordinerats på plats – i skolan. Därigenom har verksamheten så småningom kunnat ges en utformning som upplevs som meningsfull även av eleverna. Den nya sjukvårdslagen bör underlätta liknande lösningar även annorstädes.

Det är viktigt att framhålla att det förhållandet att provningar av den monoculära synskärpan på långt håll visats vara genomförbara och meningsfulla absolut inte innebär något stöd för välment men ogrundade önskemål om rutinmässiga undersökningar också av motilitet, refraktion, närseende, samsyn etc. Detta gäller naturligtvis även om sådana önskemål kommer från centrala verk (SOU 1976:46; SOSFS (M) 1980:85) eller lokala experter utan egen erfarenhet av hälsoundersökningar. Hitintills har cover-testen, Titmus-testen och hyperopitesten föreslagits för allmänt bruk innan de prövats (och befunnits klart olämpliga). Nu måste vi i stället samla alla goda krafter för att lyckas uppnå och vidmakthålla rimlig kvalitet på de redan accepterade

undersökningarna även sedan den första entusiasmen svalnat något.

Den akuta ögonsjukvården

Flera undersökningar "talar för att en betydande del av den akuta ögonsjukvården med stöd från oftalmologer skulle kunna skötas av en icke-oftalmologisk primär vårdinstans" (Ehinger och Lindberg 1975). För detta fordras framför allt lämplig utbildning av primärvårdens läkare. I Dalby finns ett korneal-mikroskop på distriktsläkarmottagningen sedan 1975 och ges årligen sedan 1977 en NLV-kurs i ögonsjukdomar för allmänläkare.

Diabetesvården

Påvisandet av positiva effekter av moderna behandlingsmetoder vid diabetesretinopati har föranlett ögonläkarna att ta upp frågan om ögonkontrollerna vid diabetes till förnyad diskussion tex vid riksstämman 1980 och vid det nordiska ögonläkarmötet 1981. Härvid har man upprepade gånger pekat på möjligheten att ersätta oftalmoskopi med ögonbottenfotografering. En i Dalby modifierad funduskamera (Bengtsson och Krakau 1979) har de senaste åren använts rutinmässigt vid diabetesmottagningarna på lasarettet i Lund och vårdcentralen i Dalby. Här öppnar sig nya möjligheter för allmänläkare och internister att mera direkt skaffa sig viktiga informationer till ledning för behandlingen – inte bara vid diabetes utan också tex vid hypertoni.

På sikt måste vi dock försöka förebygga diabetesretinopatin genom en förbättrad diabetesvård. Vi har numera goda skäl att förmoda att ett mera allmänt inrättande av diabetesdispensärer inom primärvården skulle leda till en väsentlig reduktion av det framtida behovet av fotokoagulation och glaskroppskirurgi.

Optikerfrågan

På Island får glasögon endast ordinerats av ögonläkare. I Sverige var vi länge på väg i samma riktning. Motivet var även här en välment men ogrundad önskan att genomföra en massundersökning – nämligen av ögontrycket. Eftersom glasögonfall prioriterades lågt och ögonläkarnas väntelistor var långa bidrog denna policy kraftigt till den inledningsvis beskrivna diskrepansen mellan syn- och ögonstatus i befolkningen. Sedan kraven på mass-tonometri kunnat effektivt bemötas – bland annat med argument från ögonprojekten i Dalby (Bengtsson 1981) har ett friare utnyttjande av optikernas

Optimering av farmakoterapi i primärvård

ARNE MELANDER och ELISABETH WÄHLIN-BOLL

Ett av primärvårdens främsta behandlingsinstrument är farmakoterapi. För att distriktsläkaren skall kunna få adekvat information på de för primärvården viktiga läkemedelsområdena måste forskning kring läkemedel bedrivas inom själva primärvården. Artikeln redogör för några av de läkemedelsprojekt som bearbetas i Dalby. Bland dessa är inverkan av födointag på läkemedelsupptag i kroppen, val och dosering av peroral anti-diabetika, val och dosering av antiinflammatoriska analgetika vid artros och artrit, samt medikamentell profylax av tromboemboliska sjukdomar i primärvården.

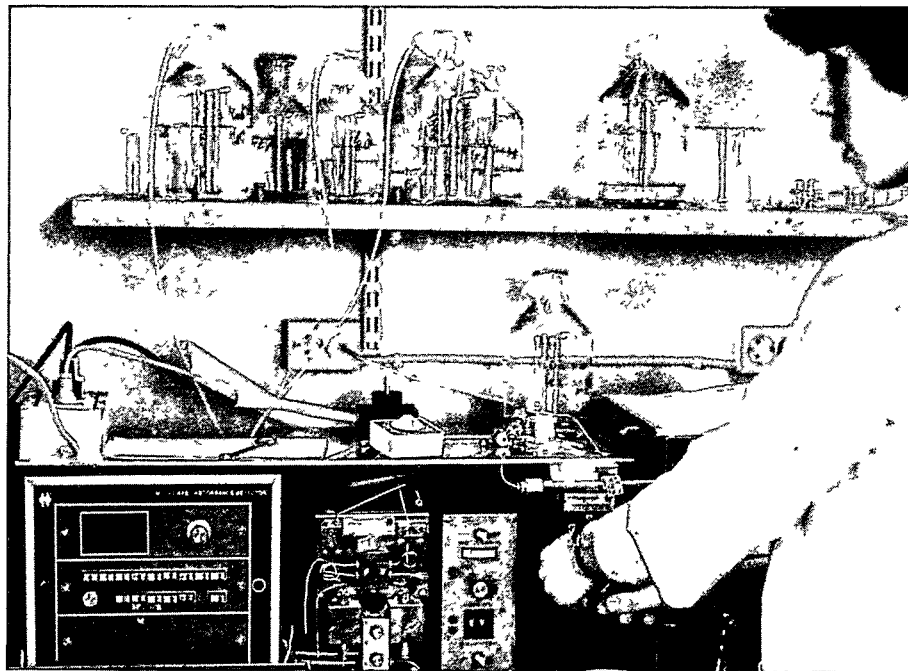
Nyckelord: Farmakoterapi, primärvård, Dalby.

Ett av primärvårdens främsta behandlingsinstrument är farmakoterapi. Distriktsläkaren möter en mängd olika frågeställningar och måste ofta fatta beslut om och ta kontinuerligt ansvar

tjänster snabbt lett till en betydligt förbättrad glasögonförsörjning även av äldre personer. Nu gäller det att förmå de svenska ögonläkarna att liksom sina danska kolleger avskaffa rutintonometrin på sina egna mottagningar. Den därigenom vunna tiden kunde med fördel användas till ett ytterligare utökat samarbete med primärvården.

Rehabilitering

Under 70-talet har möjligheterna att rehabilitera synskadade väsentligt förbättrats genom utvecklandet av metoder för synträning (Bäckman och Inde 1975) och inrättandet av syncentraler. Ett optimalt utnyttjande av dessa – liksom av andra möjligheter till rehabilitering – förutsätter att kontakterna med den nyligen handikappade tages på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Här har primärvården, särskilt distriktspsykiatri- och diabetessköterskorna, en av sina många viktiga uppgifter.



Med hjälp av vätskekromatograf mäter Marianne Bewe läkemedelskoncentrationen i serum. Foto: Göran Ejlertsson.

för en långvarig, ibland livslång, läkemedelstillförsel. Läkemedlen av i dag erbjuder stora möjligheter till kurativa eller kraftfullt symptomatiska ingrepp, men de medför också i många fall betydande risker för biverkningar av allvarligt slag. Läkemedlen innebär också en väsentlig kostnadspost i modern medicinsk behandling.

Distriktsläkaren måste av dessa skäl dels ha adekvata kunskaper om klinisk farmakodynamik och farmakokinetik, och dels exponeras för en kontinuerlig vidareutbildning och information på

läkemedelsområdet. För att dessa moment skall bli adekvat anpassade till primärvårdens behov är det nödvändigt att en väsentlig del av forskningen kring läkemedel bedrivs inom själva primärvården. Nedan redogörs för några av de läkemedelsprojekt som bearbetas vid forskningsavdelningen i Dalby.

Inverkan av födointag på läkemedelsupptag i kroppen

De flesta läkemedel tillförs per os, i syfte att tas upp i allmänna blodomloppet och därifrån distribueras till effektorganet. I många fall intas läkemedlet tillsammans med föda, men trots detta har förvånansvärt ringa information förelagat rörande inverkan av födointag på läkemedelsupptag. Upptaget (biotillgängligheten) bestäms dels av absorptionsgraden, dels av i vad mån läkemedlet bryts ned redan i tarm och lever innan den allmänna blodomloppet (första-passage-metabolism). I studierna har framkommit att många läkemedels biotillgänglighet kan påverkas i avsevärd grad och på olika sätt av födointag. Inkluderande data även från andra laboratorier kan resultaten sammanfattas såsom följer (Melandar, 1978).

Läkemedel vars biotillgänglighet ökar som följd av att födointag främjar absorptionen:

dikumarol	karbamazepin
erytromycin (stearat)	metoxypsoralen
fenytoin	nitrofurantoin
hydroklortiazid	

Litteratur

BENGTTSSON B: Aspects of the epidemiology of chronic glaucoma. Acta Ophthalmol. (Kbh.) Supplement 146 1981.

-, KRAKAU CET: A simple routine for optic disc photography through a natural pupil. Acta Ophthalmol. (KBH.) 57:151-154 1979.

BÄCKMAN Ö, INDE K: Synträning med optik. Hermods skola 1975.

EHINGER B, LINDBERG B: Den akuta ögonsjukvården. Läkartidningen 72:300-3011 1975.

KORNFÄLT R: Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Akademisk avhandling 1981.

KÖHLER L, STIGMAR G: Visuella disorders in 7-year-old children with and without previous screening. Acta Paediatr. Scand. 67: 373-377 1978.

Författarpresentation

Docent Bo Bengtsson* är forskningsassistent vid Dalby vårdcentral.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Läkemedel vars biotillgänglighet minskar som följd av att födointag hämmar absorptionen:
ampicillin (men ej pivampicillin)
isoniazid *rifampicin*
penicillin V *tetracykliner*

Läkemedel vars biotillgänglighet ökar på grund av att födointag reducerar första-passage-metabolismen:
hydralazin *propranolol*
metoprolol

Läkemedel vars biotillgänglighet ej påverkas av födointag:
nitrazepam *sulfaisodimidin*
oxazepam *warfarin*
propyltiouracil

Eftersom studierna hittills begränsats till enkeldosttillförsel är det för tidigt att säga i vad mån intag av föda också påverkar jämviktskoncentrationen under behandling och därmed den terapeutiska effekten. I en del fall, tex hydralazin, är dock påverkan så omfattande att även effekten sannolikt influeras i väsentlig grad.

Vad gäller relationen födointag och tillförsel av antidiabetika hänvisas till nästa stycke.

Val och dosering av sulfonureidpreparat vid diabetes typ 2

Uppspårande, handläggning och vård av patienter med typ 2 diabetes är en mycket viktig uppgift för primärvården, och ett särskilt diabetesprojekt (Bitzén & Scherstén 1982) drivs vid vårdcentralen. Diabetesprojektet och läkemedelsprojektet har ett gemensamt delprojekt som avser att optimera den medikamentella behandlingen vid ifrågavarande sjukdom. Hittills gjorda iakttagelser kan sammanfattas på följande sätt:

1) Individer med nedsatt glukostolerans utvecklar, om inga åtgärder vidtas, i hög frekvens diabetes typ 2. Kost- och motionsföreskrifter kan delvis motverka denna utveckling, och kombination av kost, motion och sulfonureidterapi befanns – hos dem som följt ordinationen – helt kunna förhindra denna utveckling under en drygt tio år lång period (Sartor G, et al, 1980). Eftersom sulfonureid-tillförseln var associerad med lägre grad av kardiovaskulär sjukdom, lägre blodtryck och lägre blodfetter än vad fallet var hos individer utan sulfonureid-tillförsel kan det hävdas att sulfonureidbehandling snarare gör nytta än skada (mot-satsen har hävdats på basis av amerikanska studier, vilka dock visat sig vara felaktiga).

2) Jämförelser mellan olika sulfonureidpreparat har visat att glibenklamid och glipizid är effektivare än klorpromid och tolbutamid. Glipizid erbjuder därtill fördelen att ha snabb och kortvarig effekt, vilket minimerar risken för långvarig hypoglykemi. En metod har utvecklats för att studera glipizids och övriga sulfonureiders farmakokinetik, och de farmakokinetiska data har relaterats till preparatens effekter

(Wählin-Boll E, Melander A, 1979). Av dessa halt – effekt relationer kan följande nämnas:

3) Samtidigt intag av glipizid och föda fördröjer absorptionen av läkemedlet, och effektiviteten blir också reducerad. Betydligt kraftigare effekt erhålles om glipizid tillföres en halvtimme före frukost (Wählin-Boll E, et al 1980). En liknande effektförbättring, om än i mindre grad, har iakttagits även för glibenklamid.

4) Behandling med glipizid i låg dos är effektivare än behandling med såväl låg som hög dos av klorpromid. Emellertid kan behandling med hög dos glipizid försämrast istället för förbättra glukosekonomin. En dylik försämring sågs parallellt med ökad insulinsekretion, och försämring i glukosekonomin skulle därför kunna bero på en tilltagande insulinresistens. Detta är i linje med iakttagelser av andra, talande för att glipizid och övriga sulfonureider icke blott verkar genom att öka insulinsekretionen, och försämring i glukosekonomin skulle därför kunna bero på en tilltagande insulinresistens. Detta är i linje med iakttagelser av andra, talande för att glipizid och övriga sulfonureider icke blott verkar genom att öka insulinsekretionen utan också genom att öka antalet insulinreceptorer i periferin. Den ökade insulinsekretionen motverkar dock effekten på receptorerna, eftersom kroniskt höga insulinhalter ger ett minskat antal insulinreceptorer. Det förefaller därför troligt att sulfonureider har en inbyggd effektivitetsbegränsning, och att man i en del fall kan nå förbättrad effekt medelst dosreduktion snarare än dosökning (Wählin-Boll E, et al 1982).

Samtliga nyupptäckta diabetiker i Dalby testas nu systematiskt med frukostbelastning och glipizidbelastning, varefter behandling inleds med kost- och motionsföreskrifter. I de fall dessa inte är tillräckliga för att normalisera blodsockret inleds behandling med glipizid i låg dos som sakta upptrappas vid utebliven eller otillfredsställande effekt. De preliminära behandlingsresultaten är mycket goda.

Val och dosering av antiinflammatoriska analgetika vid artros och artrit
Liksom diabetes upptar artros och artrit en mycket stor del av primärvårdens tid. Under senare år har en mängd nya läkemedel mot artros och artrit tillkommit, men det är fortfarande oklart i vad mån dessa erbjuder påtagliga fördelar framför äldre medel såsom acetylsalicylsyra och salicylsyra. Reumatologteamet vid vårdcentralen har utvecklat metoder för objektiv analys av ledfunktioner. Med hjälp av dessa parametrar studeras effekten av olika antiinflammatoriska läkemedel, samtidigt som dessas blodkoncentrationer och i vissa fall koncentrationen i ledvätska mätes. Syftet är att klargöra likheter och skillnader mellan olika läke-

medel och att nå fram till enkla rekommendationer för behandling av artros och artrit i primärvården.

Medikamentell profylax av tromboemboliska sjukdomar i primärvården

Primärvården får i allt högre grad övertaga patienter som hos specialist ställts på medikamentell profylax mot tromboembolisk sjukdom såsom hjärtinfarkt. Ofta utgöres medikationen av antikoagulantia, trots att den profylaktiska effekten härav är tveksam och risken för allvarliga komplikationer är stor. Studier har därför inletts i syfte att klargöra huruvida en enklare, effektivare och ofarligare terapi kan ernås. I första hand studeras möjligheterna att använda acetylsalicylsyra.

De data som hittills framkommit stöder antagandet att acetylsalicylsyra kan inhibera trombocyters aggregation och därmed åtminstone teoretiskt skulle kunna brukas som tromboembolisk profylax. Emellertid har studierna också visat att den salicylsyra som bildas genom spjällkning av acetylsalicylsyra kan hindra effekten av efterföljande acetylsalicylsyreexpositionen. Doseringen av acetylsalicylsyra måste därför vara en helt annan än vid exempelvis feber, artros eller artrit; det paradoxala förhållandet tycks föreligga att effekten blir mer uttalad med lägre än med högre dos. Fortsatta studier syftar till att fastställa optimal dos och i testa i vad mån acetylsalicylsyra också i praktiken kan åstadkomma en tillfredsställande profylax.

Referenser

BITZÉN O, SCHERSTÉN B: Diabetes i primärvården – forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentralen i Dalby, SFAM-nytt nr 1 1982.

MELANDER A: Influence of food on the bioavailability of drugs. Clin Pharmacokinet 3:337–351 1978.

SARTOR G, SCHERSTÉN B, CARLSTRÖM S, MELANDER A, NORDÉN Å, PERSSON G: Ten-year follow-up of subjects with impaired glucose tolerance: prevention of diabetes by tolbutamide and diet regulation. Diabetes 29:41–49 1980.

WÄHLIN-BOLL E, MELANDER A: High-performance liquid chromatographic determination of glipizide and some other sulfonylurea drugs in serum. J Chromatography 164:541–546 1979.

-, MELANDER A, SARTOR G, SCHERSTÉN B: Influence of food intake on the absorption and effect of glipizide in diabetics and in healthy subjects. Europ J Clin Pharmacol 18:279–283 1980.

-- Impaired effect of sulfonylurea following dosage increase. Europ J Clin Pharmacol (in press) 1982.

Författarpresentation

Docent Arne Melander är överläkare i klinisk farmakologi vid Malmö allmänna sjukhus och konsultläkare för forskning och undervisning i primärvårdens kliniska farmakologi.

Fil kand Elisabeth Wählin-Boll* är kemist och forskningsassistent vid vårdcentralen i Dalby.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Utveckling och tillämpning av miljömedicinsk diagnostik inom primärvården

RONALD W. PERO · ÅKE NORDÉN

Ärligen tillkommer tusentals nya kemikalier. Deras hälsovådlighet testas endast i begränsad omfattning. När testningen av ett ämnes mutagenicitet sker med bakterier (Ame's test) vet man inte om det som är mutagent för bakterier är mutagent d v s potentiellt carcinogent för människa. I detta läge behövs en teknik som anger att den enskilde är utsatt för miljöpåverkan av hälsoriskkaraktär. Den teknik som beskrivs kräver ett enkelt blodprov ur vilket lymfocyterna isoleras. Med ett carcinogen åstadkommer man en DNA-skada på lymfocyterna in vitro som kan mätas.

Två mönster har framkommit:

1. Ökad DNA-känslighet som reparationsenzymer reagerar på vid stigande ålder, infektionsbenägenhet, högt blodtryck och styren exposition.

2. Hämmad DNA-reparation på grund av defekt funktion hos reparationsenzymen: xeroderma pigmentosum, cancer coli, familjär colon polypos och etylenoxid och propylenoxid exposition.

Tekniken öppnar en ny möjlighet för gränsvärdebestämning.

Nyckelord: Miljömedicin, hälsorisker, diagnostik, Dalby.

Vårt hälsotillstånd är summan av påverkan från miljön och den inre boende reaktionen på miljön, d v s effekten av ogynnsamma yttre faktorer och vår motståndskraft.

När påverkan snabbt leder till symptom är identifieringen av yttre faktorer enklare än när latenstiden är lång. Infektionssjukdomarna som orsakade epidemier lade grunden till epidemiologin. Koleraepidemin i London vid 1800-talets mitt spårades till vattnet i Broad Street-pumpen vid en tidpunkt när kolerabacillen (vibrionen) ännu inte var känd.

Förebyggande hälsovård innebar eliminering av smittkällan och höjande av motståndskraften. Smittkopps- och poliovaccination är klassiska exempel på det senare. Utvecklingen på detta område har ännu ej nått sin gräns. Det kan belysas med pågående försök att förebygga öroninflammationer genom pneumokockvaccination.

Strategin när det gäller infektionssjukdomarna är i stort etablerad. Helt annorlunda förhåller det sig med de faktorer i miljön som ger upphov till cancer och hjärtkärlsjukdomar. Pott beskrev 1775 scrotalcancer bland sotare – sotet skall ha blivit mera cancerframkallande i London vid denna tidpunkt därför att kolet ersatte veden som bränsle och dessutom kom kolet från andra delar av England, när man började använda kanaler som transportvägar. I modern tid har en typisk sjukdom i en speciell yrkeskategori knutit samman orsak och verkan – när tre arbetare på en arbetsplats drabbades av den sällsynta levertumören hemangiosarkom (normal förekomst en/en miljon invånare) fick man upp ögonen för sambandet med polyvinylklorid. Men latenstiden för utvecklingen av leverhemangiosarkom är 21 år. Det går alltså lång tid innan man upptäcker den farliga miljön om endast manifesterade sjukdomar som cancerfall ger ledtråden. Under tiden har exponering fortgått oförhindrat – en sanering får effekt först efter 20–30 år.

Medan påverkan äger rum vore det

önskvärt att kunna spåra någon reaktion från kroppens sida som liksom sänkan talar om att hälsan är hotad. Sådana signaler skulle ge oss anledning att se över arbetsmiljön, bostaden, kosten, vattnet och levnadsvanorna. Vi måste beakta inte bara arbetsmiljön, d v s de yrkesmedicinska aspekterna utan individens hela livssituation. Det bör vara en del av primärvårdens ansvar för hela befolkningen.

Vid Wallenbergslaboratoriet i Lund har sedan mitten av 1970-talet ett test utvecklats som har stora förutsättningar att tillföra vår diagnostiska arsenal ett sådant varningssystem. Från början var avsikten att fastställa om en individ åldrades på förväntat sätt eller snabbare än väntat och därifrån söka orsaker som kunde förebyggas.

Bakgrunden var Cleavers upptäckt 1968 rörande Xeroderma pigmentosum, ett ärftligt tillstånd med tidig utveckling av hudcancer på solbelysta ställen av kroppen. Det ultravioletta ljuset skadar hudcellernas DNA – en normal person har enzymsystem i sina hudceller som reparerar DNA men Cleaver visade att denna förmåga saknade patienterna med Xeroderma pigmentosum. Skadat DNA skapade förutsättningar för cancerutveckling. Eftersom cancer är en åldersrelaterad sjukdom började man ifrågasätta om själva åldrandet innebar en allt sämre förmåga hos kroppens celler att reparera DNA-skador.

Pero har utvecklat en teknik där det perifera blodets vita blodkroppar (lymfocyterna) utsättes i provröret för en cancerframkallande substans (N-acetoxy-2-acetylaminofluorene) som man vet ger upphov till DNA-skada och kromosombrott. Han mäter sedan cellernas förmåga att reparera skadan.

I den inledande studien visade det sig omedelbart att hypotesen om defekt DNA-reparation som ett led i åldrandet måste revideras (Pero & al, 1976). Med stigande ålder fick man en ökad känslighet hos DNA och mera utbredda skador men reparationsprocessen syntes inte vara defekt. Samma effekt som ålder utövade på DNA-känsligheten framkallade för högt blodtryck. Det fanns även en skillnad

mellan män och kvinnor med större känslighet hos män än kvinnor. Vi förmodade att män med högt blodtryck borde löpa större cancerrisk och kanske borde avrådas från att arbeta i en miljö med sådan risk. Dyer & al (1975) rapporterade att en sådan risk förelåg bland patienter med hypertoni. Vi frågade oss då om DNA-känslighet kunde vara av betydelse för det allmänna hälsotillståndet. Individer som undersökts delades in i sådana som enligt testet hade hög DNA-känslighet och låg DNA-känslighet. Vi kontrollerade sedan deras sjuklighet under en femårsperiod med hjälp av data från sjukförsäkringen. Hög DNA-känslighet visade sig förekomma hos individer med fler och längre sjukskrivningar och även fler besök i öppen vård. Korrigering för ålder, kön och blodtryck gjordes givetvis först. Uppdelning i sjukdomsgrupper visade att infektioner, hjärtkärlsjukdomar och diabetes drabbade individer med ökad DNA-känslighet. Materialet tillät ej studier av cancer eller liknande sjukdomar.

På inbjudan från Memorial Sloan-Kettering Cancer Center i New York har nu Pero fått tillfälle att studera patienter med coloncancer och familjär colonpolypos – ett tillstånd som i 100% utvecklar coloncancer. Resultaten visar att såväl cancer i tjocktarmen som det icke maligna förstadiet har en nedsatt DNA repair på analogt sätt som Xeroderma pigmentosum. Vid Xeroderma pigmentosum är det ultraviolett ljus som framkallar DNA-skadan, vid coloncancer är den utlösande faktorn okänd.

Tillämpning av NA-AAF mutagen sensitivets-metoden

Som ett första steg undersöktes miljöer där man hade anledning att misstänka att det förekom mutagena, dvs potentiellt cancerframkallande ämnen. Det fanns också anledning att om möjligt utveckla tekniken till att belysa de toleransvärden som tillämpas.

1. Etylenoxid

Etylenoxid har använts sedan 1920-talet, dels vid framställning av etylen glykol, dels som steriliseringsmedel för glas, metaller, plast, gummi, textilier, läkemedel och livsmedel. En mängd yrkesgrupper är därför exponerade för etylenoxid och även allmänheten i stort. Kromosomabnormiteter bland anställda utsatta för etylenoxid har rapporterats.

Vid en industri undersöktes 17 kvinnor utsatta för etylenoxid med 11 kvinnor som ej exponerades som kontroller. Kontrollerna var ur hälsosynpunkt, rökvanor etc jämförbara med de etylenoxidexponerade. Kromosomavvikelser förekom i signifikant ökad utsträckning bland de exponerade ($p < 0,05$). NA-AAF-inducerad reparation var emellertid reducerad ($p < 0,06$). När expositionen på fabriken minskades visade kontrollundersökning efter 9 månader att NA-AAF återgått till den

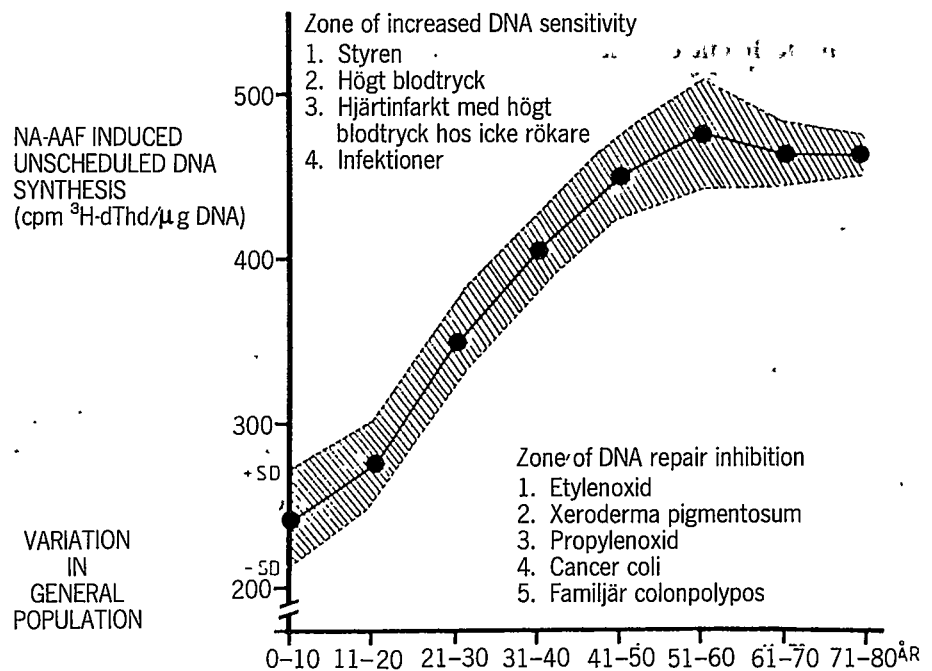


Fig. 1
DNA Repair uttryckt i $^3\text{H-dThd}$ per $\mu\text{g DNA}$ i "normalbefolkning" ($\pm$ SD)

Värden högre än normalkurvan anger ökad mutagenkänslighet. Här finner man allmänt ökad sjuklighet, personer med infektionsbenägenhet, förhöjt blodtryck och även personer som i sitt arbete exponerats för styren.

Värden lägre än normalkurvan, dvs personer som har en defekt DNA reparation trots DNA-skador, finner man vid Xeroderma pigmentosum, Cancer coli, Familjär colonpolypos samt hos personer som i sitt arbete exponerats för etylenoxid.

nivå som icke exponerade uppvisade. Dessa undersökningar har visat att etylenoxid hämmar reparationsprocessen och får en effekt av samma principiella slag som den defekta DNA-reparationen vid Xeroderma pigmentosum.

2. Styren

Vid en plastfabrik har 38 anställda som exponeras för styren undersökts. Ingen av de anställda har de senaste fem åren varit utsatta för styren över tillåtet gränsvärde (40 ppm). Som kontroller i denna undersökning användes 20 metallarbetare. Här erhöles annan avvikelser än vid exposition för etylenoxid. Värdena var signifikant förhöjda jämfört med kontrollerna ($p < 0,001$). Resultatet motsvarade en ökad DNA-känslighet med ökad skada och därmed ökad reparation. Till skillnad från förhållandet med etylenoxid var själva reparationsmekanismen ej försatt ur spel av styren.

Här utfördes även bestämning av antalet mikrokärnor i vita blodkroppar. Mikrokärnor anger kromosomala skador. Mikrokärnor förekom i signifikant ökad frekvens bland styrenexponerade.

DNA-skadan vid etylenoxid och styren leder i förra fallet till defekt reparation därför att etylenoxid både skadar DNA och interfererar med reparationsprocessen. Vid styren erhålles på motsvarande sätt en DNA-skada men reparationsmekanismen förhindras ej. I båda fallen erhålles avvikelser i kromosommönstret. Avgörande ur muta-

tionssynpunkt, dvs cancer-hälsorisk, är om reparationen blir tillräckligt effektiv.

Ett nytt sätt att differentialdiagnostisera är att mäta hur stor effekten är på DNA genom användning av $^3\text{H-NA-AAF}$. Uptaget av radioaktivitet anger bindingsgraden till DNA.

3. Bly

Material har insamlats från 29 bussförare. Man fann antydning till samband mellan blyhalten i blodet och utslaget i DNA repair. Bussförare kan emellertid vara utsatta för andra miljöfaktorer (bensin). Det är därför ej givet att samband föreligger mellan blyhalten och förändringen i testet.

Studien av bussförare är i första hand ett exempel på en misstänkt exponerad grupp där resultaten hittills tyder på att de inte skulle vara utsatta för skadliga nivåer av mutagena ämnen. Eftersom det synes finnas två typer av inverkan, en som ökar DNA-känsligheten och en som hämmar reparationen, kan ett normalt resultat bero på två i motsatt riktning verkande faktorer – högt blodtryck och en hämmande miljöfaktor skulle kunna ha en sådan effekt. Genom användningen av radioaktivitet märkt carcinogen ($^3\text{H-NA-AAF}$) har det nu blivit möjligt att mäta upptaget av carcinogen och därmed fastställa om upptaget motsvarar värdet för DNA-reparation. Högt upptag och låg reparation tyder på hämmad reparation.

4. Andra exempel

Laboratoriet har nu blivit kontaktat av grupper som befarar att de är utsatta för mutagena substanser i sin arbetsmiljö:

- sjuksköterskor på narkosavdelningar
- sjuksköterskor på onkologiska avdelningar som använder cytostatika vid behandling av cancerpatienter
- företag där man använder propylenoxid och andra kemikalier
- lantbrukare som använder bekämpningsmedel

Program

Erfarenheterna hittills visar att analysen av mutagena miljöeffekter förutsätter kunskaper om det allmänna hälsotillståndet (ålder, kön, blodtryck, infektionsbenägenhet) för att mot den bakgrunden kunna avgöra om befolkningen är utsatt för någon annan miljöfaktor. Fortlöpande analys av en medicinskt väl undersökt befolkning, som samtidigt genomgår NA-AAF-mutagen-känslighets-testning, är exempel på hur man skall kunna genomföra miljömedicinsk diagnostik och i tid få fingervisning om risker i vår omgivning. Undersökningen består ur patientens synpunkt av ett enkelt blodprov. Man måste inom två timmar separera ifrån de vita blodkropparna. Det innebär en mobil organisation för att undersöka exempelvis de anställda på en arbetsplats. I de industrier som undersöks har detta genomförts, dvs de anställda behöver ej komma till laboratoriet. Undersökningen kan genomföras på mindre än en vecka – en laboratris hinner med 10 prov på 3–5 dagar.

Om en enskild person eller familj befarar att man är utsatt för skadliga faktorer bör man i första hand kunna vända sig till sin vårdcentral. Vårdcentralens läkare kan genom anamnesuppgifter (yrke, arbetsplats, exposition, bostad, kost, vatten, tobak, alkohol) skaffa en första information som särskiljer *arbetsmiljöproblem* från *hem-fritidsmiljöproblem*.

Genom NA-AAF mutations-känslighetsprovet analyseras om det finns anledning att gå vidare. Framkommer indikationer om arbetsplatsexposition, kontaktas yrkesmedicinska kliniken och undersökning genomförs om så erfordras på arbetsplatsen. Skulle hem-fritidsmiljöexposition ifrågasättas, analyseras familj och andra med gemensam miljöexposition.

Vi anser att vi fått fram en teknik som nu är mogen för mera systematisk testning, som ett instrument för förebyggande hälsovård i miljöer där cancerframkallande ämnen befaras förekomma. Tekniken har utvecklats inom primärvården som ett instrument för en allmän hälsoövervakning. Den har sin plats inom arbetslivet och kan där ingå i yrkesmedicinsk miljödiagnostik och som ett analysinstrument för fast-

ställande av acceptabla gränsvärden vid exposition för potentiellt skadliga ämnen. Den bör utprövas i bostadsmiljö där man befarar till exempel att radongasexposition förefinnes.

Resultaten av kliniska undersökningar visar att metodiken kan peka ut individer med stor tendens till infektioner, den ger utslag för högt blodtryck. Den visar i preliminära undersökningar av hjärtinfarktpatienter att rökning sannolikt påverkar DNA-känsligheten. Vid cancer i colon har metoden visat att DNA-reparationen är nedsatt. Här öppnar sig möjlighet att kartlägga om släktingar till cancerpatienter har nedsatt DNA-reparation och därmed löper ökad risk. Här bör särskild övervakning – vårdprogram – läggas upp för tidig diagnostik och behandling.

Referenser

CLEAVER, J.E: Defective repair replication of DNA in xeroderma pigmentosum. *Nature* 218:652, 1968.

DYER, A.R, STAMLER, J, BERKSON, A.M, LINDBERG, H.A och STEVENS, E: High blood pressure: A risk factor for cancer mortality? *Lancet* I:1051, 1975.

PERO, R.W, BRYNGELSSON, C, MITELMAN, F, THULIN, T och NORDÉN, Å: High blood pressure related to carcinogen-induced unscheduled DNA synthesis, DNA carcinogen binding, and chromosomal aberrations in human lymphocytes. *Proc Natl Acad Sci, USA* 73:2496, 1976.

-- och BRANDT, L: Carcinogen-induced repair and binding in the DNA of chronic lymphocytic leukemic lymphocytes. *Cancer Letters* 2:311, 1977.

- och MITELMAN, F: A new approach to in vivo estimation of genetic damage in humans. *Proc Natl Acad Sci, USA* 76:462, 1979.

-, BRYNGELSSON, C, MITELMAN, F, KORNFÄLT, R, THULIN, T och NORDÉN, Å: Interindividual variation in the responses of cultured human lymphocytes to exposure from DNA damaging chemical agents. *Mutation Res* 53:327, 1978.

- och ÖSTLUND, C: Direct comparison, in resting human lymphocytes, of the interindividual variations in unscheduled DNA synthesis induced by N-acetoxy-2-acetylaminofluorene and ultraviolet light irradiation. *Mutation Res* 73:349, 1980.

- och NORDÉN, Å: Mutagen sensitivity in peripheral lymphocytes as a risk indicator. *Environmental Res* 24:409, 1981.

-, BRYNGELSSON, C, ÖSTLUND, C, BRYNGELSSON, T och NORDÉN, Å: The effect of an individual's blood pressure on the per cent of total 7,12-dimethylbenz(a)anthracene metabolites that bind covalently to DNA in cultured resting lymphocytes. *Chem Biol Int*, in press, 1981.

-, WIDEGREN, B, HÖGSTEDT, B och MITELMAN, F: In vivo and in vitro ethylene oxide exposure of human lymphocytes assessed by chemical stimulation of unscheduled DNA synthesis. *Mutation Res*, in press, 1981.

Författarpresentation

*Docent Ronald W Pero**, är chef för Wallenbergs-laboratoriets sektion för biokemisk och genetisk toxikologi. Han är som forskare knuten till forskningsavdelningen i Dalby.

Professor Åke Nordén har varit chef för forskningsavdelningen i Dalby under åren 1968–1981.

*Postadress: Wallenberg-laboratoriet, Sölvegatan 33, 220 07 Lund.

Kemisk analys av kostens sammansättning, sambandet med konsumentens hälsa under uppföljning

MOHAMED ABDULLA · INGRID DENCKER · MARGARETA JÄGERSTAD · ÅKE NORDÉN · BJÖRN ÅKESSON

Dubbelportionstekniken utvecklades främst för att få ett så exakt mått som möjligt i första hand på hur mycket kolesterol man åt, i andra hand mängden fett och proportionen mättat-omättat fett. Skälet var hypotesen att kolesterol och fett spelade roll för utvecklingen av arterioskleros.

Vi fann att kolesterolnivån i blodet ej hade samband med kolesterol i kosten. I dag är fett i kosten – arterioskleros hypotesen, i stort övergiven.

När tekniken för insamling och kemisk analys utvecklats föll det sig naturligt att undersöka protein, kolhydrat, fiber, metaller-spårämnen, vitaminer, DDT etc.

Analyserna i olika åldersgrupper tydde på att kosten var adekvat ur hälsosynpunkt.

Undersökning av samban-

det salt-blodtryck visade att den studerade befolkningens saltintag ej kunde spela roll för förhöjda blodtryck.

Vegetarisk kost (vegan och laktovegetarisk kost) är för närvarande populärt. Data för vad sådan kost representerar har saknats. Vi har funnit att vegankosten är fettfattig, har lågt men adekvat proteininnehåll, hög fiberhalt, högt innehåll av kalium, magnesium, järn, zink och koppar samt folsyra och lågt B₁₂. Endast det låga B₁₂ är en hälsorisk, betydelsen av hög kopparhalt kan ej bedömas än.

Pågående och planerade studier gäller kosten vid graviditet, diabetes samt barns kostvanor samt icke önskvärda kostkomponenter tex sådana som blir en följd av industriell livsmedelsproduktion.

täckta. "Even in 1939 our knowledge was sufficiently detailed to enable the Government to evolve a most successful food policy during World War II" (Food and Nutrition Res 1974).

Men kriget gav upphov till iakttagelser som antydde att kroniska sjukdomar som arterioskleros minskade när särskilt fettet blev svåråtkomligt. På liknande sätt hade man 1870–71 under Paris' belägring iakttagit att diabetespatienterna mårde bättre med begränsad tillgång på mat.

Näringsläran etablerade sig i Sverige under 1950–60-talet därför att här

syntes mycket av preventiva åtgärder stå och vänta – kolesterol, mängden fett, mättat-omättat fett. Men det rörde sig om sjukdomstillstånd med lång inkubationstid, 10–15 år för hjärt-kärlsjukdomar. Testning av effekten av kostförändringar förutsatte noggrann kartläggning av kostens sammansättning och noggrann, helst mycket lång, uppföljning av konsumenten. Haken var uppenbar, nämligen – hur länge skulle en kostfaktor verka. Startade processen i barnaåldern – hur undvek man kollision med det växande barnets näringsbehov.

En annan aspekt av ökade kunskaper kring kost-hälsa-problemet var det ökade medvetandet och ansvaret för ländernas näringsproblem. Var låg gränsen för optimalt näringsbehov? Slösade vi med mat som vi i verkligheten inte behövde? Gick världen samtidigt mot en proteinbristkatastrof? Så långt hade man studerat epidemiologiska studier på intervjuer och standardtabeller för matens innehåll, dvs en teknik som motsvarar en fristående anamnes utan klinisk eller laboratoriekontroll av patienten – i detta fall konsumenten. I NUTRITION TODAY 1981, konstaterar chefen för Forskningsinstitutet för nutrition i Moskva, V A Shaternikov, "The analysis of voluminous epidemiological data is rather interesting. But it should be treated with great care. Not knowing the mechanism of the pathological process, we can hardly make a detailed multifactorial analysis." Vi var medvetna om att här måste man kartlägga kostens sammansättning, innan man kunde vänta sig att kostrådgivning skulle få någon effekt på hälsotillståndet. Några genvägar "not knowing the mechanism of the pathological process" fanns ej. Eftersom rådgivning redan förekom och fick officiellt stöd var en analys av själva kosten motiverad.

1. Pilotstudie 1968–69

Sju frivilliga insamlade kopior – dubbelportioner – av vad de åt. Noggrann kontroll av att allt kom med, noggrant beaktande av att man inte ändrade sina kostvanor, när man genomförde

Nyckelord: Dubbelpotionsundersökning, kost, kostvanor, Dalby.

När potatisskörden slog fel på Irland under 1840-talet dog två miljoner människor av en befolkning på åtta miljoner. Första världskriget drabbade även vårt land med svält. Pensionärerna kan berätta om svält i Skåne på 1920-talet. Andra världskriget fick inte motsvarande effekt. Nu hade man erfarenhet. I England ansåg man att näringsproblem var ett överståndet stadium. Omkring 1950 hade alla vitaminer som vi känner i dag blivit upp-

undersökningen. Vi åter inte på samma sätt varje dag – kanske kommer ett visst mönster tillbaka – traditionellt tex ärtor och fläsk, fiskdagar etc. Vi samlade sju veckodagar, dvs en måndag, en tisdag osv. För att inte fastna i nya insamlingsmatvanor, samlade vi bara en dag varje vecka och sträckte ut samlandet över sju veckor. Energiinnehållet blev lägre än väntat. Var det en följd av att vi inte samlade vad vi åt eller var tabellvärdena för höga? Vi gjorde om försöket efter åtta månader med samma försökspersoner och fick god överensstämmelse vad gällde energi, fett, protein och kolhydrat. Det föreföll mera rimligt att man kunde reproducera sina normala vanor än att man av psykologiska skäl reducerade dem på ett reproducerat sätt.

2. Studien av yrkesverksamma män och kvinnor 1969–70

Tio män och tio kvinnor studerades (Borgström et al, 1975). De genomgick noggrann klinisk och laboratoriemässig kontroll och följdes upp med kontrollundersökning efter fyra år. Energivärdena var låga som i pilotstudien.

Analys av sterolinnehållet visade att tidigare undersökningar sannolikt ej skilt på kolesterol och växtsteroler. Kolesterolinnehållet var väsentligt lägre än vad man förmodat. Det gick ej att påvisa något samband mellan kolesterolintaget och serumkolesterol.

3. Studien av pensionärer 1969–1975

Ur gruppen av pensionärer, födda 1902, som ingick i pensionärsstudien, utvaldes 20 kvinnor och 17 män efter noggrann kontroll av representativitet för hela gruppen. Hälsokontroller utfördes vid 67, 69, 71 och 73 års ålder. Vi analyserade energiintag, fett och steroler, protein och aminosyror, kolhydrat, fiber, natrium, kalium, kalcium, magnesium, järn, zink, koppar, krom, nickel, selen, jod, vitamin B₁₂, folsyra, oxalsyra, nitrat, nitrit, pesticider, kadmium, bly, kvicksilver samt vatten (Borgström et al, 1979).

Tidigare data kunde konfirmeras. Under början av 70-talet när världens proteinbrist debatterades, hade Munro (1972) visat att vårt behov av protein inte var 1 g/kg kroppsvikt/dag som dittills antagits, utan förmodligen bara hälften – med ett slag räckte världens äggviteproduktion. Det gällde att se till att fördelningen mellan fattiga och rika förändrades. Våra pensionärer utan tecken på äggvitebrist konsumerade 0,67 g/kg/dag (kvinnor) och 0,69 g/kg/dag (män).

Studien av pensionärer tillät oss att konkludera att ej i något av de avseenden vi analyserat fanns tecken på näringsbrist eller felaktig kost. Spårämnesområdet var i stor utsträckning nytt. Här saknades tabelldata. Denna del av undersökningen, som M Abdulla står för, har bidragit till ökade kunskaper om behovet av spårämnen i kosten.

4. Kost och blodtryck

Knappast något område har blivit beaktat intensivare när det gäller prevention än det förhöjda blodtrycket. Korrigerig till en nivå som utesluter framtida följder är allas uppgift. Hur långt korrigeringen skall drivas i högre åldrar diskuteras. Preventiva åtgärder mot sjukdomar som är vanliga ställer stora krav på komplikationsfrihet hos den preventiva åtgärden. Att minska saltet i kosten ter sig ur många synpunkter mer attraktivt än att förskriva aktiva läkemedel till kanske 1/10 av hela befolkningen. Vi har därför haft anledning undersöka om saltkonsumtionen ligger på en nivå som spelar roll för blodtrycket. Som ett led i vårt hypertoniprogram undersöktes 60 kvinnor med dubbelportionstekniken (Thulin et al, 1980). Saltintaget var omkring 100 mmol/dag eller omkring 6 g. Vi fann ej något samband mellan saltning och blodtryck och därmed ej något motiv för en reduktion av saltintaget bland individer med ett intag i denna storleksordning. När det gäller saltintag bör man givetvis vara observant på personer som har för vana att salta extra på maten. Men de är troligen få i en allmän befolkning.

5. Vegetarisk kost

För närvarande sprider sig en allmän entusiasm för vegetarisk kost. Det är en internationell företeelse som rymmer genuin idealitet men också öppen kommersialism. Det senare ställer krav på läkarens kunskap som ett skydd för patienten. Ofta är motivet för vegetarisk kost hälsoskäl. Det finns därför anledning analysera den vegetariska kosten, främst för att kontrollera att den inte är bristfällig. Finner man att den är helt tillfyllest är detta väsentligt för u-länderna, som då inte skulle ha anledning satsa begränsade ekonomiska resurser på västerländska dyra livsmedel.

Vegetarisk kost kan antingen vara vegankost, där alla animaliska produkter utesluts, eller laktovegetarisk som tillåter mjölk och mjölkprodukter. Vi har undersökt med dubbelportionstekniken vegankost på Förlinge-gården i Jämtland. Studien omfattade även klinisk- och laboratoriekontroll av sex veganer som levit på vegankost i minst tre år (Abdulla et al, i press).

Vegankosten innehåller lite fett, linolsyran var den dominerande fettsyran, proteinintaget var lågt men mängden essentiella aminosyror översteg vad man rekommenderar, fiberinnehållet var högt. Värdena för kalium, magnesium, järn, zink och koppar var nästan dubbelt så höga som i normal kost. Folsyrainnehållet var högt. Den enda bristen gällde vitamin B₁₂ utan att kliniska eller laboratoriemässiga tecken på brist kunde påvisas. Undersökningarna har alltså antytt att vegankost fransett vitamin B₁₂ är adekvat. Om de höga värdena för spårämnen som koppar innebär en hälsorisk kan för

närvarande inte bedömas. Samma gäller de låga värdena för selen.

Laktovegetarisk kost analyseras för närvarande.

6. Kost och graviditet

Det är främst järn och folsyratillförseln under graviditet som tilldragit sig intresset. Trots att folsyra upptäcktes och syntetiserades på 1940-talet rekommenderar man fortfarande att gravida skall äta lever. En del människor tycker inte om lever, andra tål det inte. Våra kunskaper om födoämnesallergi antyder att det man inte tycker om bör man inte äta. Under en immunologiskt känslig period som graviditet ter sig rekommendationen att äta lever ytterst anmärkningsvärd, mildt uttryckt. Vi kartlägger för närvarande blodnivåer för järn, folsyra, zink, koppar, magnesium samt kalciumavvikelser under den normala graviditeten.

7. Barns kostvanor

I det moderna samhället, där båda föräldrarna arbetar, har man befarat att barnens kosthåll löper risken att inte bli tillgodosett.

Behoven i adolescensen är ett område som Felix Heald (1976) kommenterat på följande sätt: "Recent nutritional surveys have depended rather extensively upon measuring variety of nutrients in such body fluids as blood and urine. Before these biochemical results can have significance in determining nutrient requirements, a clearer relationship between tissue and biochemical relationships specifically controlled by nutrients has to be delineated." I diskussionen kring "Nutrient Requirements in Adolescence" saknas analys av kostens sammansättning. För att täcka denna brist har vi valt att studera 13–14-åringar. Men under adolescensen liksom under hela tillväxten är givetvis inte undersökning vid ett tillfälle tillräckligt. Man borde följa barn under tre år. (HEALD 1976).

I samarbete med Lars-Åke Persson, Socialmedicinska institutionen i Umeå, har mat insamlats med dubbelportionstekniken på en internatskola i Vilhelmina. Det gäller 13–14-åringar. Studien omfattar dessutom en jämförelse mellan dubbelportionstekniken och olika intervjuetoder. Materialet bearbetas för närvarande.

Under planering är en studie av tio-åringar som vi avser genomföra under 1982 bland barn i Dalby, under Ragnhild Kornfäls ledning. Helst borde denna studie upprepas med tex två års mellanrum.

8. Kost och diabetes

Fram till insulinets upptäckt 1922 var dietbehandling den enda formen för diabetesterapi. Diet främst i form av allmän energibegränsning visade sig vid "impaired glucose tolerance" reducera insjuknande i diabetes från över 30 procent bland obehandlade till 13 procent. Diet plus tolbutamid förhind-

rade helt uppkomsten av diabetes under en tioårig uppföljningsperiod (Sartor et al, 1980).

Stor osäkerhet råder om den mest ändamålsenliga sammansättningen hos diabeteskosten. Kliniska undersökningar av fibertillskott har gett lovande resultat. Fiber är emellertid ännu en ofullständigt kartlagd del av vår föda. Cummings (1981) har understrukit att fiber bryts ned – dess cellulosadel till omkring 50 procent och mer ju längre passagetiden genom tarmen är. "Non – cellulose fiber" som pectin är vattenlöslig och digererar upp till 80 procent. Digestionen av fiber sker i caecum och colon. Våra kunskaper om caecums och colon ascendens fysiologi är tills vidare ofullständiga.

För att få en uppfattning om olika kostkomponenters effekt vid diabetes har Bengt Scherstén i samarbete med Gambro i Lund introducerat en maskin som tillåter kontinuerlig blodsockerbestämning – på sikt en prototyp för den bärbara insulin-pacemakern. Med denna utrustning är det nu möjligt avläsa i belastningsförsök den direkta effekten på blodsockret av olika kostkomponenter och få ett mera preciserat underlag för diabeteskostens sammansättning.

9. Kost och cancer

Den geografiska patologen har fäst uppmärksamheten på den ojämna fördelningen av cancer i olika länder och olika populationer. Eftersom den diagnostiska tekniken varierar är det relativt få studier som man kan känna sig säkra på. Oesofaguscancer har ett kliniskt förlopp som är så karakteristiskt att uppgifter om lokal anhopning sannolikt är tillförlitliga. Sådan anhopning är känd i området kring södra Kaspiska havet. Man har misstänkt att orsaken skulle vara nitrosamin som är en produkt av bakteriell omvandling av nitrat-nitrit. Ascorbinsyra skyddar mot nitrosaminbildning och sannolikt är C-vitaminbrist en orsak till oesofaguscancer i detta område. Coloncancer, bröstcancer och även prostatacancer har satts i samband med för högt fettintag som skulle via ökad gallsaltproduktion och bakteriell omvandling av gallsaltsprodukter utlösa bildning av cancerframkallande metaboliter. Fiber har förmodats interferera i en sådan utveckling.

En ny aspekt är Ronald Peros undersökningar av coloncancer och familjär colonpolypos, där han funnit en nedsatt DNA-reparationsförmåga i de cirkulerande lymfocyterna. Om detta är aktuellt även för colonslemhinnans enterocyter är inte orsaken till coloncancer att söka i kosten utan i vårt sätt att reagera mot potentiella mutagener i tarminnehållet. De icke disponerade, dvs som har en normal förmåga att reparera DNA-skador, skulle ej utveckla coloncancer.

Om detta innebär att det som åstad-

kommer en DNA-skada, tex kostkomponent eller gallsaltsmetaboliter är av underordnad betydelse, är det för tidigt att avgöra.

10. Icke önskvärda komponenter

Under "icke önskvärda komponenter" har vi tagit upp sammansättningen av drycker. Bakgrunden är Smucklers (1979) analyser av öl, vin och starksprit. Smuckler har påvisat en mängd icke önskvärda produkter (tabell 1) i

Tabell 1

Organic constituents that have been¹⁾ identified in beers.

Formaldehyde	Furfuryl alcohol
Methanol	2-Oxiosovaleric acid
Glyoxal	Ethyl propionate
Oxalic acid	Ethyl lactate
Acetaldehyde	Prenyl Mercaptan
Ethanol	Isopentyl alcohol
Sulfide, demethyl	1-Pentanol
Acrolein	Citric acid
Pyruvaldehyde	2-Hexenal
Pyruvic acid	3-Hexenoic acid
Malonic acid	3-Methyl-2-Oxopentanoic acid
Acetone	4-Methyl-2-Oxopentanoic acid
Methyl acetate	Hexanal
Lactic acid	Butyl acetate
1-Propanol	Benzoic acid
2-Propanol	Benzyl alcohol
Fumaric acid	2-Heptanone
2-Butenal	1-Hepten-3-ol
2,3-Butanedione	Isopentyl acetate
4-Hydroxybutyric acid-lactone	2-Heptanol
2-Oxobutyric acid	Phenethyl alcohol
Succinic acid	Tyrosol
Malic acid	Ethyl hexanoate
3-Hydroxy-2-butanone	trans-2-cis-6-Nonadienal
Ethyl acetate	Tryptophol
Pyrrolidine	2-Decanol
1-Butanol	2-Dodecanol
2-Butanol	Docosanoic acid
2-Methyl-1-propanol	Hexacosanoic acid

¹⁾ Efter E. A. SMUCKLER: The composition of alcoholic beverages, the absorption, distribution and excretion of their components. Developm. Nutrition and Metabolism 1: 27, 1979.

öl, starksprit och vin. Med tanke på epidemiologiska uppgifter om ökad cancerfrekvens bland alkoholister har vi ansett att motsvarande undersökningar som dem Smuckler utfört borde genomföras på produkter som används i Sverige. Higginson antydde vid Soci-alstyrelsens symposium om kost och cancer 1981 att analys av dricksvatten förmodligen skulle ge likartade resultat. Han uppvisade inga sådana analyser.

Nyligen har dagspressen meddelat att pankreascancer kan orsakas av kaffe. Utgångspunkten är en analys som Mac Mahon & al (1981) gjort av patienter med pankreascancer. För att besvara allmänhetens ängsliga frågor fordras att läkaren läst originalarbetet. En kritisk granskning torde inte leda

till ett stöd för den framkastade hypotesen. Vad i kaffe kan tänkas framkalla skada just i pankreas? Tidigare har kaffe misstänkts orsaka hjärtinfarkt – hur kan man undra, och vad framkallar hjärtinfarkt i det tedrickande England?

Det viktiga här är att doktorn dels har kunskaper men också har ett sunt omdöme som kan väga rimligheten i påståenden om farligheter i vårt dagliga sätt att leva.

11. Industritillsatser

Industriell framställning av livsmedel kan medföra processer om vars betydelse ur näringssynpunkt man tidigare ej har någon erfarenhet.

Antioxidantia som BHT (butylhydroxytoluen) och BHA (butylhydroxyanisol) tillsätts för att förhindra härskning. De har låg toxicitet och uppges kunna ha anticarcinogen effekt. Om detta verkligen sker för människans del är okänt. Man har to m ansett sig kunna ifrågasätta om metaboliter av tillsatta ämnen skulle kunna vara cancerframkallande.

Livsmedelsemulgatorer används för att dispergera fett och stabilisera emulsioner. De har ytaktiva egenskaper, framkallar hemolys av röda blodkroppar. Man har ifrågasatt om de kan skada ventrikelslemhinnan.

Vid industriell mattillagning kan komplex mellan stärkelse och lipider bildas, som har visat sig resistenta mot amylas och därför skulle kunna fungera som fiber.

Professor Kåre Larsson vid institutionen för livsmedelsteknik i Lund har efterlyst undersökningar av den lagade maten på tallriken för att kontrollera om industriella ingrepp återspeglas i den färdiga produkten.

Ett annat exempel gäller isomera fettsyror, fra transfettsyror. Sådana bildas naturligt av mikroorganismer men huvuddelen i kosten härstammar från den industriella härdningen av oljor. Våra analyser visar att huvudfraktionen av transfettsyror utgör 5 procent av normalkostens fettsyror men en lägre andel i vegetarisk kost. Den biokemiska och eventuella hälsomässiga påverkan som dessa substanser ger studeras nu vid många forskningsinstitutioner.

Kliniska observationer får ibland sin förklaring i omedvetna förändringar vid livsmedelsframställningen. Det klassiska exemplet är det höga värdet för jod i urinen i USA som en följd av att man använde en jodhaltig förening för att underlätta bearbetning av degen i bageriindustrin. Det var inte preparatets jodhalt som motiverade användningen. Alltför mycket jod i brödet kan utlösa tyreotoxikos, vilket förekommit i länder där mjölet joderats i stället för saltet som hos oss.

Sammanfattning och konklusion

Kostprojektet organiserades vid en tidpunkt då efterfrågan på kunskaper

inom näringsläran var omfattande och förväntningarna på effekten av kostförändringar stor.

Nu under 1980-talet har entusiasmen svalnat. Problemen¹ finns fortfarande men kraven på ingående fysiologiska och patofysiologiska kunskaper har skärpts. Vilka är de stora problemen idag? Sannolikt kan man försvara synpunkten att det inte gäller förebyggande insatser utan terapeutiska. Diabetes, celiaki, födoämnesallergi eller liknande är de viktiga områdena. Det innebär att det är i konkreta kliniska sammanhang ett kostprojekt idag har sin plats. Kunskaper i näringslära är därmed mera aktuellt för primärvårdens läkare eftersom det gäller diagnostiska och terapeutiska åtgärder i direkt anslutning till den enskilde patienten.

Det är inte överraskande att Socialstyrelsens MEK-grupp för upplysning bland annat i näringsfrågor avvecklas. National Cancer Institutes stora satsning på kost och cancer har lagts ner.

Kostprojektet är också av betydelse därför att det är förutsättningen för den NLV-kurs i näringslära som vi ger för blivande allmänläkare. Den organiserades från början därför att man från dietist- och näringsspecialisthåll hade erfarenheten att läkarens kunskaper var otillräckliga.

Referenser

- ABDULLA, M., ANDERSSON, I., ASP, N.-G., BERTHELSEN, K., BIRKHED, D., DENCKER, I., JOHANSSON, C.-G., JÄGERSTAD, M., KOLAR, K., NAIR, B.M., NILSSON-EHLE, P., NORDÉN, Å., RASSNER, S., ÅKESSON, B. & ÖCKERMAN, P.-A.: Nutrient intake and health status of vegans. Chemical analyses of diets using the duplicate portion sampling technique. *Am J Clin Nutr* in press.
- BORGSTRÖM, B., NORDÉN, Å., ÅKESSON, B. & JÄGERSTAD, M.: A study of food consumption by the duplicate portion technique in a sample of the Dalby population. *Scand J Soc Med Suppl* 10, 1975.
- BORGSTRÖM, B., NORDÉN, Å., ÅKESSON, B., ABDULLA, M. & JÄGERSTAD, M.: Nutrition and Old Age. Chemical analyses of what old people eat and their states of health during 6 years of follow-up. *Scand J Gastroenterol*. Vol 14. Supp, 52, 1979.
- CUMMINGS, J.H.: Dietary fibre. *Brit. Med. Bull* 37:65, 1981.
- Food and Nutrition Research. Report of the ARC/MRC committee. Elsevier Scientific Publ Co. Amsterdam - New York, 1974.
- HEALD, F.P.: New reference points for defining adolescent nutrient requirements. In *Nutrient Requirements in Adolescence*. Ed J.J. Mc KIGNEY & H.N. MUNRO. MJT PRESS! Cambridge, Mass. & London, England. 1976.
- MAC MAHON, B., YEN, S., TRICHOPOULOS, D., WARREN, K. & NARDI, G.: Cofee and cancer of the pancreas. *New Engl J Med* 304: 630, 1981.
- MUNRO, H.N.: Protein requirements and metabolism in aging. In *Nutrition in Old Age*. Ed L.A. Carlson, Almquist & Wicksell, Uppsala, 1972.
- Nutrient Requirements in Adolescence. Ed J.I. Mc KIGNEY & H.N. MUNRO MJT Press, Cambridge, Mass. & London, England, 1976.
- SARTOR, G., SCHERSTÉN, B., CARLSTRÖM, S., MELANDER, A., NORDÉN, Å. & PERSSON, G.: Ten-year follow-up of subjects with impaired glucose tolerance. *Diabetes* 29:41, 1980.
- SHATERNIKOV, V.A.: Diet/Heart Disease Commentary. A Russian point of view. *Nutrition Today* 16:24, 1981.
- THULIN, Th., ABDULLA, M., DENCKER, I., JÄGERSTAD, M., MELANDER, A., NORDÉN, Å., SCHERSTÉN, B. & ÅKESSON, B.: Comparison of energy and nutrient intakes in women with high and low blood pressure levels. *Acta Med Scand*. 208:367, 1980.

Författarpresentation:

Med.lic. M.Sci. Mohamed Abdulla är AT-läkare och forskningsassistent vid vårdcentralen i Dalby.*

Dietist Ingrid Dencker, vårdcentralen, Dalby är knuten till kostprojektet och NLV-kursen i näringslära.

Docent Margareta Jägerstad är docent i näringslära vid institutionen för industriell näringslära, kemikentrum, Lund.

Professor Åke Nordén har varit chef för forskningsavdelningen vid vårdcentralen i Dalby och varit överläkare vid medicinska kliniken, lasarettet, Lund, under åren 1968-1981.

Docent Björn Åkesson är docent i medicinsk kemi vid institutionen för klinisk kemi, lasarettet, Lund.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Trender i sjukvårdskonsumtion i primärvården

GÖRAN EJLERTSSON · THOR LITHMAN · BENGT SCHERSTÉN · ARNE SUNDSTRÖM

Vid vårdcentralen i Dalby har alla besök dataregistrerats sedan 1968. Registreringen har gett möjlighet att studera vårdkonsumtionens utveckling inom primärvården under hela 1970-talet. Tillsammans med uppgifter från Malmöhus läns landstings patientregistreringssystem har befolkningens totala vårdkonsumtion kunnat studeras.

Nyckelord: Primärvård, vårdutnyttjande, epidemiologi, ADB-system, patient/doktor kontinuitet, Dalby.

Vårdorganisation

Vårdcentralen i Dalby är bemannad med allmänläkare, medan konsultier inom olika discipliner har varit knutna till vårdcentralen under olika perioder. År 1968 var hälsovårdscentralen, som den då kallades, en tvåläkarstation med ett upptagningsområde om cirka 8.000 invånare. År 1979 fanns sex distriktsläkare och en AT-läkare vid vårdcentralen. Upptagningsområdet var då nästan 20.000 invånare.

Vid vårdcentralen finns specialmottagningar inom diabetes, hypertoni och psykiatri, vilka var och en förestås

av en sjuksköterska. På motsvarande sätt finns en reumamottagning, som förestås av en sjukgymnast.

Cirka en mil från Dalby ligger Lund, som har ett region- och universitetssjukhus, vilket ombesörjer all slutenvård och specialiserad öppen vård för befolkningen i distriktet. Tillgången på privatpraktiserande läkare i Dalby-distriktet är begränsad. Antalet besök per invånare hos privatläkare kan för Dalby-befolkningen beräknas inte överstiga 0,2 per år.

Registrering av journaldata

Tre olika system för dataregistrering av journaluppgifter har använts, med vars hjälp samma typ av information registrerats under alla år. Det första av

Lena Rosqvist skriver journaler på en skrivmaskin kopplad till en lokal minidator. Foto: Göran Ejlertsson.



dessa var ett blankettsystem, medan de två senare varit automatiska registreringssystem, varav det senaste – som funnits sedan 1975 – har högst automatiseringsgrad.

Läkaren dikterar information från patientbesöket enligt ett standard-schema. Läkarsekreteraren skriver sedan ut journalen på en skrivmaskin kopplad till en minidatorutrustning. Delar av informationen från journalen sparas och transmitteras via telenätet till Lunds universitets datacentral, som har hand om bearbetningen av materialet.

Det använda systemet för dataregistrering medför en i det närmaste 100-procentig täckning av besöken, eftersom journalerna ändå alltid skall skrivas och registreringen erhålls "på köpet". För läkarsekreterarna underlättas skrivarbetet, eftersom datorn kan fås att skriva ut de olika journalrubrikerna. Den strukturerade journal, som är nödvändig för att datorn rätt skall kunna tolka rubrikerna, underlättar genomläsningen av journalerna för läkarna.

Förutsättningar

All information om de respektive besöken knyts till den enskilde individen med hjälp av personnummer. Vårdutnyttjandet studeras för den definierade befolkning som bor inom Dalby primärvårdsdistrikt. Dessutom har besöksmönstret studerats över ett längre tidsperspektiv – 11 år. Alla dessa aspekter har varit avgörande för möjligheten till analys av konsumtionen av sjukvårdstjänster, men de har också spelat roll för att kunna ge en vidare innebörd åt sjukvårdsproduktionens utveckling.

Utgångspunkten har varit att analysera vårdkonsumtionen inom primärvården. Eftersom det studerade distriktet ligger nära Lund med dess sjukhus och en betydande del av Dalby-befolkningens vårdkonsumtion utgörs av lasarettbesök, har även den öppna sjukhusvården inkluderats i studien. Härigenom har det också blivit möjligt att studera förändringar i proportion mellan besök vid vårdcentral och lasarett som effekter av förändringar i primärvårdens organisation. Uppgifter om sjukhusets öppna vård har erhållits dels från landstingets patientadministrativa registrering år 1979 och dels från totalkonsumtionsstudien 1973/74 (Spri rapport, 12/76).

För att möjliggöra en beskrivning och analys av utvecklingstrenderna har tillgängliga statistiska metoder anpassats för vårdkonsumtionsanalys. Då sådana metoder saknats, har nya metoder utvecklats.

Besöksutveckling

Antalet besök per invånare för Dalby-befolkningen inom offentlig öppen vård var 2,12 år 1979. Då även privatläkarbesöken inkluderas kan antalet beräknas vara 2,3. Under 1970-talet

ökade antalet besök per invånare med i genomsnitt 1 procent per år. Den måttliga förändringen är i nivå med riket, där antalet besök per invånare ökade med cirka 1 procent per år under perioden 1970–1977 (Socialstyrelsen redovisar 1981:1). Proportionen mellan besök vid vårdcentral och lasarett ändrades från 46:54 år 1973/74 till 48:52 år 1979, dvs en begränsad relativ ökning av vårdcentralens besök har skett. Förändringen kan kopplas till ändrade förhållanden i primärvårdens organisation.

Kvällsmottagning

År 1975 startade kvällsöppna mottagning tre kvällar per vecka, måndag–onsdag klockan 17.00–22.00. Två läkare var i tjänst varje kväll, varav en hade tidsbeställd mottagning och en jourmottagning.

Strax innan den kvällsöppna mottagningen startade gjordes en attitydundersökning bland Dalby-befolkningen. I denna ställdes också frågor om förväntningar på reformen. Det visade sig att förväntningarna var höga och att det fanns många presumtiva patienter till den kvällsöppna mottagningen (Ejlertsson 1975). Då kvällsmottagningen startade, ökade också andelen av befolkningen som var patienter vid vårdcentralen från 40 procent år 1974 till 44 procent år 1975. Däremot kunde ingen påtaglig förändring ses i antal besök per patient. Det ökade antalet besök per invånare i samband med att kvällsmottagningen infördes var således ett resultat av att nya patientgrupper vände sig till vårdcentralen snarare än att antalet besök per patient ökade.

En mindre studie under våren 1977 visade att Dalby-befolkningen gjorde endast ett fåtal besök vid jourläkarcentralen i Lund under de tider kvällsmottagningen var öppen. En jämförelse mellan besökstalen vid jourläkarcentralen innan respektive efter kvällsmottagningen startade visar en nedgång från 7,1 besök per 100 invånare 1973/74 till 6,5 besök per 100 invånare år 1979. Den ökande andelen patienter med besök vid vårdcentralen i Dalby kan delvis förklaras av att patienter överfördes från jourläkarcentralen. Då kvällsmottagningen startade ökade andelen akuta besök vid vårdcentralen.

Specialmottagningar

I de fall specialmottagningar startats vid vårdcentralen eller konsulter engagerats, har detta gett effekter i form av färre besök vid lasarettet av Dalby-befolkningen. Hösten 1974 startade specialmottagningen för patienter med psykiska sjukdomar. Samtidigt engagerades en psykiatrisk konsult. En jämförelse av Dalby-populationens besök vid psykiatriska kliniken 1973/74 och 1979 visar på en nedgång med 26 procent, från 5,3 till 3,9 besök per 100 invånare.

Specialmottagningen för patienter med reumatiska sjukdomar startade 1977 och samtidigt knöts också en reumatologkonsult till vårdcentralen. Mellan åren 1973/74 och 1979 kunde en nedgång med 45 procent noteras i Dalby-befolkningens besök vid reumatologiska kliniken, från 1,1 till 0,6 besök per 100 invånare.

År 1975 engagerades en konsult i ortopedi. Besöken vid ortopediska kliniken minskade från 8,3 besök per 100 invånare 1973/74 till 7,3 besök år 1979.

I övriga fall har konsulterna funnits under hela verksamhetsperioden – oftalmolog- respektive medicinkonsult – eller under en kortare period mellan de båda jämförelsetillfällena – kirurgisk konsult – varför effekterna inte har kunnat mätas.

Vårdkonsumtion relaterad till ålder

Antalet besök inom offentlig öppen vård ökade generellt sett med åldern. Undantag utgjorde barn mellan 0 och 4 år samt åldersgruppen 15–24 år, som hade en något högre vårdkonsumtion än angränsande åldersgrupper. Förhållandena gällde såväl för besöksfördelningen vid vårdcentralen i Dalby som totalt, dvs inklusive den öppna vården vid lasarettet i Lund.

Besöken inom primärvården dominerades bland den yngre delen av befolkningen av akuta konsultationer, medan de tidsbeställda besöken var vanligare bland de äldre. Diagnosbildningen bland speciellt barnen dominerades också av infektionssjukdomar av akut karaktär. I åldersgruppen 0–4 år svarade akuta luftvägsinfektioner, öronsjukdomar och kontroller för 75 procent av alla diagnoser år 1979.

En av de mest påtagliga förändringarna i diagnospanoramats vid vårdcentralen i Dalby under perioden 1969–1976, var den betydande uppgången i antalet öronsjukdomar i åldrarna 0–14 år. Antalet sjukdomsepisoder vid vårdcentralen för diagnosen mellanöroninflammation ökade i åldersgruppen 0–4 år med 2,5 och i åldersgruppen 5–14 år med 0,9 episoder per 100 invånare per år. I båda fallen var uppgångarna lineära, dvs ökningstakten var den samma varje år.

Den förhållandevis höga vårdkonsumtionen i åldersgrupperna 15–24 år hänför sig främst till många besök inom primärvården. Den största diagnosgruppen vid vårdcentralen för denna åldersgrupp var allmän kroppsundersökning, som år 1979 svarade för 13 procent av diagnoserna. Den höga vårdkonsumtionen förklaras således till stor del av många besök föranledda av intygsskrivning för körkort och anställning.

Från åldersgruppen 25–44 år ökade antalet besök per invånare med åldern. Även fördelningen mellan antal besök inom primärvården och lasarettets öppna vård var korrelerad till åldern. I

åldrarna över 65 år gjordes den största andelen av besöken vid vårdcentralen i Dalby. Detta har sannolikt samband med den möjlighet som finns att vid specialmottagningarna för diabetes och hypertoni ta hand om dessa patienter inom primärvården. Vid vårdcentralen var diabetes och hypertoni de oftast förekommande diagnoserna i åldersgrupperna över 65 år.

Vårdkonsumtion relaterad till kön

Vårdkonsumtionsmönstret var olika för män och kvinnor. År 1979 gjorde kvinnor 20 procent fler besök än män i offentlig öppen vård. Män gjorde flest besök enbart i åldersgrupperna under 15 år och över 75 år. Kvinnorna hade en något högre andel av sina besök vid vårdcentralen jämfört med männen.

I genomsnitt under studieperioden gjorde kvinnorna 28 procent fler besök än männen vid vårdcentralen i Dalby. Den högre vårdkonsumtionen för kvinnor var inte koncentrerad enbart till typiska kvinnosjukdomar, utan antalet besök för kvinnor var högre än för män inom i stort sett alla de vanligaste diagnoserna.

Avståndets betydelse

Avståndet mellan patientens bostad och vårdcentralen har visats ha en betydande inverkan på vårdutnyttjandet. De patientgrupper som bodde nära vårdcentralen hade en högre vårdkonsumtion än de som bodde längre ifrån. En del av skillnaden kompenserades av att personer med låg vårdkonsumtion vid vårdcentralen gjorde motsvarande fler besök vid lasarettets öppna mottagningar. Denna utjämning förekom dock främst bland barn under 15 år och bland personer över 65 år.

Besöksmönstrets relation till avståndet till vårdcentralen har studerats för de 20 största diagnoserna eller diagnosgrupperna. Inom i stort sett alla diagnoserna – oberoende av vilken sjukdomstyp det gällde – fanns flest besök bland de närboende och lägst antal besök för de personer i distriktet som bodde längst från vårdcentralen.

Förändrade besöksmönster

Under 1970-talet förändrades läkarbesökens fördelning på olika besöksstyper. Hembesökens andel minskade allt mer och förekommer nu sällan. År 1969 var 1,4 procent av läkarbesöken vid vårdcentralen i Dalby hembesök. Andelen hade år 1979 sjunkit till 0,4 procent.

Samtidigt ökade andelen akuta konsultationer från omkring 40 procent i början av 1970-talet till omkring 50 procent under den senare halvan av 1970-talet. Enligt den attitydundersökning som gjordes i distriktet hösten 1974 (Ejlertsson 1977) framkom högre krav bland yngre än bland äldre att få träffa läkare med kort varsel vid sjukdom. Det innebär att det för närva-

rande inte finns några tecken till att andelen akutbesök skall minska.

Under 1970-talet har en förskjutning märkts mot allt fler akutbesök i samtliga åldersgrupper utom bland de äldsta, dvs personer över 65 år. År 1972 gjordes vid vårdcentralen i Dalby lika många akuta som tidsbeställda besök i åldersgruppen 0–4 år, medan samtliga övriga åldersgrupper gjorde flest tidsbeställda besök. År 1979 gjordes fler tidsbeställda än akuta besök endast i åldersgrupperna över 45 år, medan de akuta besöken övervägde för övriga åldrar.

Diagnosmönstret för de båda besöks typerna var helt olika. De tidsbeställda besöken dominerades av sjukdomar som hypertoni, diabetes, allmän kroppsundersökning, hjärtsjukdomar, psykoneuros samt led- och muskelsjukdomar. Bland de akuta besöken dominerade infektionssjukdomarna. Vanligast var de olika infektionerna i luftvägarna, men även andra sjukdomar av infektiös eller inflammatorisk art såsom otitis media, otosallingit, urinvägsinfektion och konjunktivit förekom.

De flesta av de akuta besöken föranleddes således av sådana sjukdomar som – om de kräver läkarvård – kräver besökstid med kort varsel. Om väntetiderna vid tidsbeställda besök då är långa, återstår inget annat alternativ för patienten än att söka akut. Samtidigt påverkas patient-läkar-kontinuiteten negativt av för många akutbesök, eftersom patienterna måste besöka den läkare som för tillfället har jour.

Den modell som utvecklats i Lerum (Spri rapport 3/77), som graderar besöken efter angelägenhetsgrad, har inte utvärderats, varför det inte är möjligt att bedöma modellens effekt på vårdkvalitet och kontinuitet.

En möjlig väg att gå vore att planera mottagningsverksamheten utifrån ett förhållande mellan tidsbeställda och akuta besök på 1:1. Härvid skulle varje läkare ha jourtid flera dagar i veckan för att möjliggöra bättre kontinuitet även bland de akuta besöken. Sannolikt skulle också trycket på läkarmottagningen av de många akuta konsultationerna kunna lättas, genom att den stora grupp av patienter som söker för akuta infektioner i luftvägarna togs om hand av andra personalkategorier än läkare.

Högekonsumenter

Två grupper av högkonsumenter har studerats, dels de som gjorde många läkarbesök och dels de som gjorde många besök oberoende av handläggarkategori. Som högkonsument av sjukvård vid vårdcentralen i Dalby definierades en patient som låg över den 95:e percentilen i antal besök under sin mest besöksintensiva ettårsperiod under tiden 1 januari 1978–31 december 1979.

De få studier av hög sjukvårdskonsumtion, som finns publicerade, har

använt en viss definierad tidsperiod som dels studieperiod och dels urvalsperiod vid definitionen av högkonsument. Dataregistreringssystemet vid vårdcentralen i Dalby möjliggjorde studier av vårdkonsumtion, som var oberoende av kalenderår. Genom att definiera högkonsumenterna utifrån patienternas mest besöksintensiva ettårsperiod, vilken kunde infalla när som helst under en tvåårsperiod, undveks en låsning till kalenderår. Om endast en ettårsperiod hade använts, hade patienter med hög vårdkonsumtion, där sjukdomsperioderna gick in i angränsande kalenderår, inte blivit definierade som högkonsumenter, trots att de i realiteten var det. Även vid konstruktionen med två kalenderår kommer att finnas gränssfall, som ej ingår i definitionen av högkonsument, men antalet nedbringas.

De 5 procent av patienterna som definierades som högkonsumenter svarade för mellan 15 och 20 procent av besöken vid vårdcentralen, beroende på vilken definition av besök som användes. Som väntat låg tyngdpunkten på äldre personer, då definitionen utgick från alla besök oavsett handläggarkategori. De tre vanligaste diagnoserna var diabetes, hypertoni och reumatoid artrit, vilka det alla fanns specialmottagningar för. Såväl diabetes som reumatoid artrit svarade för en betydligt större andel besök bland högkonsumenterna än bland övriga patienter. Däremot var hypertoni endast obetydligt vanligare bland högkonsumenterna.

Diagnosfördelningen för patienter med hög konsumtion av läkarbesök var inte på samma sätt koncentrerad till ett fåtal sjukdomsgrupper. Bland de yngsta barnen, speciellt pojkarna, dominerade akuta öronsjukdomar för högkonsumenterna. I lite högre åldrar började led- och muskelsjukdomar göra sig gällande. Bland medelålders patienter fanns en del besök med anledning av icke-somatiska besvär. I pensionärgruppen slutligen var hjärtbesvär en vanlig besöksanledning bland högkonsumenterna.

Studier av patienter med hög vårdkonsumtion vid vårdcentralen i Dalby visade sålunda på skillnader i sjukdomsmönster beroende på hur definitionen av högkonsument utformades. Organisationsmodellen med specialmottagningar för vissa sjukdomar påverkade med nödvändighet helhetsbilden vad gäller patienter med hög vårdkonsumtion. En stor del av högkonsumenternas sjukdomar var sådana, som med fördel tas om hand av personal vid specialmottagningarna. Detta gör att läkarnas ordinarie mottagning avlastas en stor del av dessa tunga sjukdomsfall, som ofta är av kronisk natur.

Kontinuitet

För att kunna mäta graden av kontinuitet i patient-läkar-kontakten har

ett kontinuitetsmått utvecklats. Detta kontinuitetsindex har hög validitet, objektivitet och möjliggör jämförelser av olika patientmaterial genom statistisk signifikansprövning.

Vid vårdcentralen i Dalby har kontinuitetsindex vid tidsbeställda läkarbesök sedan år 1975 legat kring 50 procent. Kontinuiteten var högre bland äldre än bland yngre patienter. Under 1970-talet har kontinuiteten förbättrats betydligt för äldre patienter. Episodkontinuiteten var generellt högre än den genomsnittliga kontinuiteten.

Effekter på planeringen

Då tex en ny vårdcentral inom ett område planeras, måste man ta hänsyn till olika samband av betydelse för öppenvårdskonsumtionen. Det är inte tillräckligt att enbart planera efter ålders- och könsfördelningen inom området, även om dessa variabler i och för sig är viktiga.

En annan väsentlig faktor är den totala sjukvårdskonsumtionen. Avståndet till närmaste lasarett och eventuell privatläkare påverkar besöks-talen inom primärvården. Likaså påverkar vårdkonsumtionen i primärvården av den lokala organisationen. Specialmottagningar för tex hypertoni och diabetes, som finns vid vårdcentralen i Dalby, ökar antalet besök i de äldre åldersgrupperna liksom de förändrar diagnospanoramat. Utbyggnaden av distriktsvården ger effekter på den övriga öppna vården. I Dalby-distriktet svarade distriktsvården år 1979 för en andel, som var nästan lika stor som summan av besöken vid vårdcentralen och inom lasarettets öppna vård.

Det har visats att avståndet mellan patientens bostad och vårdcentralen har stor betydelse för vårdutnyttjandet. Härigenom måste man också ta hänsyn till befolkningskoncentrationen i området, då en ny vårdcentral planeras. Ju större andel av populationen som är bosatt nära vårdcentralen – dvs med hög tillgänglighet – desto högre antal besök per invånare bör man räkna med.

Förväntad utveckling

Den enprocentiga ökningen av antal besök per invånare i Dalby-befolkningen kan helt härledas till en ökande andel av populationen, som konsumerar öppen vård. Andelen ökade från 53 procent 1969 och 56 procent 1973/74 till 65 procent år 1979. Samtidigt minskade andelen besök per patient från 3,4 till 3,2 mellan 1973/74 och 1979.

Eftersom den totala befolkningen är begränsad, innebär det att den förväntade ökningen i andelen av befolkningen, som gör besök, är liten. Det betyder i sin tur att en eventuell ökning i antal besök per invånare sannolikt blir liten.

Förändringen i antal besök per invånare i Sverige var under 1970-talet på samma nivå som i Dalby. Om förändringsmönstret antas vara likartat med

förhållandena i Dalby-distriktet, skulle det tyda på en fortsatt måttlig ökning av vårdkonsumtionen i riket. Det har visats på samband mellan vårdutnyttjande och närhet till vårdgivaren. Under 1970-talet har man ökat satsningen på öppen vård utanför sjukhus och därigenom förbättrat närhet och tillgänglighet. Trots detta var ökningen i antal besök per invånare endast 1 procent per år.

Sammanfattningsvis är det sannolikt att ökningen i vårdkonsumtion inom offentlig öppen vård under 1980-talet blir begränsad. Effekterna av den måttliga konsumtionsökningen måste man ta hänsyn till vid planeringen av sjukvården och vid planeringen av hur man skall dimensionera utbildningen av personal inom sjukvården.

En viss ökning av vårdcentralens andel av alla besök, vilken kunde relateras till organisatoriska förändringar vid vårdcentralen, skedde under 1970-talet. Detta utan att någon egentlig styrning av besök från lasarett till vårdcentral förekom. En studie år 1973/74 (Lithman, Scherstén 1976) visade att minst 20 procent av de besök, som Dalby-befolkningen gjorde vid lasarettets öppna mottagningar, enligt specialistbedömningar skulle kunnat överföras till allmänläkare inom primärvården. En mera medveten styrning mot öppen vård utanför sjukhus skulle därmed kunna öka andelen besök inom primärvården. Mot denna bakgrund är således en rimlig – och realistisk – målsättning för planeringen av den öppna vården att före 1980-talets slut uppnå en fördelning av besöken mellan primärvård och öppen vård vid lasarett i proportionen 60:40.

Litteratur

EJLERTSSON G: Dalbybefolkningens inställning till kvällsöppet vid vårdcentralen. Delrapport från attitydundersökningen. Dalby, 1975. (Stencil).

EJLERTSSON G: Attityder till sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1977. (Socialstyrelsen redovisar 1977:1).

EJLERTSSON G, LITHMAN T, SCHERSTÉN B, SUNDSTRÖM A: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Metoder för registrering och analys med tillämpning i ett primärvårdsdistrikt. Lund: Studentlitteratur, 1981.

LITHMAN T, SCHERSTÉN B: Gränsdragningsstudie. Kän primärvården överta 20 procent av öppenvårdsbesöken på sjukhus, Nordisk Medicin 91:288–292, 1976.

Projektgrupp inom socialstyrelsen. Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – en förstudie. Studier över sjukvårdskonsumtion. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. (Socialstyrelsen redovisar 1981:1.)

Spri. Total sjukvårdskonsumtion i en definierad befolkningsgrupp. Studier från Dalby läkardistrikt. Stockholm: Spri, 1976. (Spri rapport 12/76.)

Spri. Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum. Stockholm: Spri, 1977. (Spri rapport 3/77.)

Författarpresentation:

Göran Ejlerstsson är forskningsassistent vid vårdcentralen i Dalby.*

Thor Lithman är planerare vid Malmöhus läns landsting.

Bengt Scherstén är professor vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet, Dalby.

Arne Sundström är driftchef vid Lunds universitets datacentral.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Variation i sjukvårds- och socialvårds- efterfrågan mellan olika boendemiljöer

PER NYBERG

Olika studier visar på betydande variation i utnyttjandet av sjukvårdens och socialvårdens utbud, även efter standardisering för ålder och kön. I artikeln beskrivs ett projekt där förklaringar till denna variation söks i dels lokala tidsbudgetar, dels i egenskaper och funktioner hos lokala sociala nätverk. Projektet bedrivs i samarbete med lokalt verksamma tvärfackliga arbetslag, sk områdesgrupper.

Nyckelord: Vårdutnyttjande, boendemiljö, Dalby.

Bakgrund

Olika studier under senare tid har visat en avsevärd variation mellan olika områden när det gäller utnyttjandet av sjukvårdens resurser. På det nationella planet framkommer detta bla av Socialstyrelsen redovisar 1981:1. På lokal nivå beskrivs samma förhållande av bla Pettersson (1977), Haglund, Isacsson (1980) och Ejertsson (1981). Variationerna kan inte förklaras av olikheter i befolkningens sammansättning när det gäller ålder och kön; efter standardisering av köns- och ålderskillnader kvarstår olikheterna, även på en så lokal nivå som mellan olika boendemiljöer inom ett läkardistrikt (Ejertsson 1981).

När det gäller social konsumtion i form av social service eller enligt någon av vårdlagarna, är kunskapen betydligt mycket sämre underbyggd. Det existerar inte någon systematiserad statistikproduktion i detta avseende och det går därför inte att

särskilja olika områden på annat sätt än med hjälp av mer eller mindre "impressionistiska" beskrivningar av socialsekreterare och andra lokalt verksamma. Trots detta existerar det en allmän uppfattning om avsevärda lokala variationer även beträffande den sociala konsumtionen.

När man försöker antyda förklaringar till den variabla sjuk- och socialvårdsefterfrågan, brukar man ofta ge dessa i termer av distans mellan vårdkonsument och vårdgivare. Den allra enklaste förklaringen innebär att en potentiell konsument ställer olägenheten av att resa ett visst antal kilometer mot den förväntade nyttan av besöket hos vårdgivaren. På ett mer sofistikerat plan diskuteras vårdgivarenhetens "magnetiska" inverkan på konsumentpopulationen (Allander 1972, SoS redovisar 1981).

Projektet "Resurstillgång och resursutnyttjande inom olika delar av dalbyregionen" syftar allmänt till att

Beror skillnader i vårdutnyttjande...
...på sociala egenskaper hos olika boendemiljöer?

Foto: Göran Ejertsson



Figur 1

Moment i en studie av lokala boendemiljöer

Bakgrundsdata rörande boendemiljöerna

Uppgifter delvis från register, delvis från intervjuer med lokalt verksamma

- Kön
- Civilstånd
- Ålder
- Yrke
- Inkomst
- Social interaktion
- Relationer till "storsamhället"

Lokal tidsbudget

- Tidsanvändning vid olika aktiviteter
- "Tidskostnad" vid olika aktiviteter
- "Tidskostnad" vid sjukvårds-konsumtion
- "Tidskostnad" vid social konsumtion

Lokala sociala nätverk

- Nätverkens omfång, centralitet, räckvidd
- Öppna eller slutna nätverk
- Tätt eller löst knutna nätverk
- En- eller flerdimensionella nätverk
- Formella/informella nätverk
- Expressiva eller instrumentella funktioner hos nätverken

Behovstillfredsställelse i lokala boendemiljöer

- Inriktning och omfattning av sjukvårdskonsumtion: offentlig, privat, alternativa former
- Inriktning och omfattning av social konsumtion: offentlig, privat, alternativa former
- Anspråksnivå och behovstillfredsställelse
- Relation mellan behovstillfredsställelse, lokal tidsbudget och lokala sociala nätverk.

beskriva skillnader i levnadsnivå mellan invånare i fem olika boendemiljöer inom Dalby läkardistrikt/Lunds östra socialvårdsdistrikt. Vårt synsätt är där att olika sociala miljöer har olika förutsättningar när det gäller att fungera som "recipient" av resurser av betydelse för levnadsnivån, de har olika intresse att efterfråga resurser och de har olika förmåga att tillfredsställa en given efterfrågan.

Mer speciellt har projektet kommit att inriktas på variationen mellan lokala boendemiljöer när det gäller efterfrågan och konsumtionen av sjukvårds- och socialvårdstjänster och att analysera hur dessa skillnader kan inverka på invånarnas levnadsnivå. I detta sammanhang blir det nödvändigt att söka något mer förfinade kausala samband mellan boendeorten och den sociala och sjukvårdskonsumtionen än de som antytts här ovan. Det är om dessa försök den följande artikeln handlar.

Behov, eller snarare upplevelsen av behov, liksom efterfrågan, är socialt bestämda i den meningen att behovsupplevelse liksom efterfrågebeslut påverkas av såväl sociala normer och strukturer som av politiskt bestämda regelsystem m.m. Detta leder oss till att studera de sociala förutsättningarna för behov och efterfrågan med speciell betoning av de lokala förutsättningarna på bostadsområdesnivå.

Studiens olika moment

Figur 1 anger de olika huvudmoment som studien består av.

När det gäller de fem boendemiljöer som ingår i studien kan sägas att de blivit utvalda med hjälp av två kriterier; dels centralitetsförhållandet (tätortslandsbygd), dels resursstyrka" (mätt med inkomstnivån i området). I tabell I anges vissa jämförande uppgifter om befolknings- och hushållssammansättningen för dessa fem boendemiljöer.

Som vi ser är det villaområdena

nummer ett och fyra som är barn- och ungdoms"tätast". Dessa är också de områden som har de genomsnittligt största hushållen. Områdena två och tre har däremot små hushåll, tvåpersonshushåll i genomsnitt. Bakom denna likhet döljer sig emellertid ganska olikartade förhållanden. Område två kan sägas bestå av många hushåll med unga medlemmar, ofta ensamboende unga, men också ofta två yngre sammanboende som ännu inte skaffat barn. I område tre har vi däremot en stor andel äldre, ofta änkor/änklingar som bor ensamma, eller två äldre sammanboende med barnen "utflugna".

Uppgifterna angående sjukvårdskonsumtionen bygger på material som ingår i Ejlerstson (1981). Endast för områdena tre och fem har statistiken hittills kunnat brytas ner till att överensstämma med de utvalda boendemiljöerna, medan uppgifterna inom parentes avser större områden än



Tabell I
Vissa uppgifter rörande fem lokala boendemiljöer

	Område nummer 1	2	3	4	5
Allmänna karaktäristika	Höginkomstområde i tätort Villaområde byggt i början av 60-talet	Låginkomstområde i tätort Flerfamiljshus från början av 70-talet	Låginkomstområde i "tätort" Oskiftad kyrkby peri- fert belägen	Höginkomstområde i "glesbygd" Villaområde byggt slutet av 60-talet. Beläget ca två km utanför tätort	Låginkomstområde i glesbygd Skogsområde med spridd bebyggelse, perfert. Stor andel äldre hus
Antal invånare	244	238	80	121	175
Hushållsstorlek i genomsnitt	3,4	2,0	2,1	3,6	2,8
Andel barnhushåll %	76	32	26	77	33
Andel ensamhushåll %	6	47	37	—	25
Andel invånare 70 år eller äldre	2	4	19	—	7
SJUKVÅRDSKONSUMTION					
Antal besök per inv 1978 i relation till förväntat antal. Index	(86)	(134)	87	(83)	65
SOCIALVÅRDS- KONSUMTION¹⁾					
Förekomst av sociala problem	0	**	*	0	*
Interaktion mellan inv	0	*	*	0	?
Relativ nivå på efter- frågan på social service	0	**	0	0	0

¹⁾ Markeringarna innebar följande: 0: ingen förekomst; *: viss förekomst; **: omfattande förekomst; ?: ingen information

dessa. För de tre andra områdena kommer en ytterligare nedbrytning av sjukvårdsstatistiken att ge noggranna uppgifter. Såväl område tre som område fem uppvisar en lägre konsumtion än vad som kunde förväntas mot bakgrund av ålders- och könssammansättningen. Det är dock fråga om ganska betydande skillnader dem emellan; medan område tre har 13 procent "undernormal" konsumtion har område fem hela 35 procent lägre konsumtion än förväntat. Båda områdena ligger på ungefär samma avstånd från vårdcentralen och med ungefär likartad kommunikationssituation. Förklaringen till skillnaden områdena emellan får alltså sökas på annat håll.

Som påpekats tidigare föreligger ingen statistik över socialvårdskonsumtionen i de fem områdena. De uppgifter som framgår av den sista raden i tabell I har alltså fått tas fram vid samtal med socialsekreterare som är verkssamma inom dessa områden.

Som framgår är det endast ett av områdena, nummer två, som uppvisar en social problematik, sett mot bakgrund av socialhjälpelagen, nykterhetsvårdslagen och barnavårdslagen. Det förekommer dock också ett visst mått av sammanhållet beteende i trappuppgångar där invånarna tillhör något äldre generationer. I de övriga områdena existerar inte någon sådan problematik.

Vid samtal med serviceassistenter framgår det också att det finns en uppfattning att samtliga områden, utom det problemfyllda område två, har en lägre efterfrågan på social service (barntillsyn, färdtjänst etc), än vad som

kunde förväntas mot bakgrund av kunskap om behovssituationen i områdena (åldersstruktur, förvärvsförhållande mm).

Lokala tidsbudgetar

Om vi går tillbaka till figur 1 så ser vi att studien i sitt andra moment syftar till att kartlägga lokala tidsbudgetar för respektive område. Bakgrunden till detta är att vi menar att man med hjälp av beskrivningar av tidsåtgången för ett antal aktiviteter kan ge en god uppfattning av ett lokalsamhälles typiska förhållanden. Ett enkelt exempel på detta kan vara att invånare i ett perifert beläget område möter nästintill oöverstigliga tidsmässiga hinder för att göra ett biobesök, medan man har andra rekreativsmöjligheter betydligt mer lättillgängliga. I en tätort är bilden kanske den omvända.

Vi vill emellertid föra analysen ett steg vidare och inte stanna vid att beskriva tidsanvändningen i de olika boendemiljöerna. Grunden för detta är att vi utgår från att det finns en tendens att lokala miljöer blir i viss utsträckning homogena beträffande tex lönenivån. På grund av historiska och andra skäl tenderar närboende bli att vara sysselsatta inom samma slags verksamhet och får därigenom relativt lika lönenivåer (och inkomstnivåer). Som en följd av detta kan vi, åtminstone approximativt, översätta tidsanvändningen vid olika aktiviteter till en "tidskostnad", vilken omfattar dels den absoluta tidsåtgången för att utföra en viss aktivitet, dels den tid en "typisk" invånare i området måste arbeta för att kunna finansiera kostna-

der i anslutning till aktiviteten. Detta mått kan vi också kalla för aktivitetens arbetstidsekvivalent. I denna tidskostnad kan man inkludera också den kommunikationssituation som råder i boendområdet liksom tillgängligheten ur andra aspekter till olika önskade aktiviteter. Av speciellt intresse för studien av de fem boendemiljöerna blir naturligtvis tidskostnaden vid konsumtion av social- och sjukvårdsservice.

För att ge bara ett exempel på hur en tidsbudgetanalys kan slå i detta fall kan vi nämna att det kan beräknas att en invånare bosatt avlägset inom område nummer fem och som färdas med tillgängliga allmänna kommunikationer måste avsätta mer än fyra gånger så lång tid för ett läkarbesök vid vårdcentralen än en person som är bosatt inom område ett och som färdas i egen bil, allt uttryckt i arbetstidsekvivalenter. Detta exempel bygger på realistiska förutsättningar om lönenivåer, kommunikationsförhållanden och avstånd.

Lokala sociala nätverk

Lokalmiljöernas tidsbudgetförhållanden får ses som i stor utsträckning strukturellt bestämda. En något annorlunda karaktär har de lokala sociala nätverk som vi avser att studera som studiens tredje moment. Även om många förutsättningar för de sociala nätverken kan sökas i strukturella förhållanden, så kan de i huvudsak analyseras som sociala fenomen på grupp-nivå.

Socialt nätverk som begrepp är relativt ungt inom social forskning.

Ursprungligen lanserades det som analytisk kategori inom socialantropologin, men här sedermera applicerats även vid studier av familjen som social institution (Holter oa 1976, Bott 1971), vid studier av effekter av industriell lokalisering (Björnberg oa 1980), vid studier av lokalsamhällen (Young, Willmott 1957), vid studier av moderna förortsområden (Daun 1974, Bastiansen, Ullendorf 1978) och vid studier av patienter inom sjukvården (Tengvald 1973).

För vårt vidkommande är nätverksbegreppet intressant framför allt för förståelsen av orsaker till en varierad efterfrågan på sjukvårdens och socialvårdens tjänster. I flera av de nämnda studierna visar man på olikheter mellan olika sociala grupper när det gäller nätverkens form och funktion. Bland annat framkommer det att kvinnor, framför allt arbetarkvinnor, bygger upp sociala nätverk med funktion för det reproduktiva arbetet (Björnberg oa 1980, Bastiansen, Ullendorf 1978, Holter oa 1976). Bland tjänstemän har man däremot funnit en tendens att se nätverken som funktionella från förvärvs- och karriärsynpunkt (Björnberg oa 1980). Det är från vår synpunkt därvid intressant att försöka studera hur sådana skillnader inverkar på det upplevda behovet av och efterfrågan på olika offentliga tjänster. Kan det tex vara så att lokala miljöer som utmärks av en stor andel arbetarfamiljer i mindre utsträckning efterfrågar offentliga tjänster och att tjänstemannakvarter har större krav på samhället i dessa avseenden?

Vi föreställer oss att även sådana faktorer som stabilitet i boendet och åldersförhållanden spelar in som förklaringsfaktorer.

I figur 1 framgår de aspekter av sociala nätverksanalyser som vi funnit vara av intresse för vår studie. Utrymmet medger inte en genomgång av dessa. Den intresserade hänvisas därför till de referenser som getts tidigare i detta avsnitt.

I detta sammanhang bör dock påpekas, att vi ser det som viktigt att studera vilka egenskaper hos sjukvårds- respektive socialvårdssystemet som leder till respektive motverkar att upplevda behov omsätts till en artikulerad efterfrågan (Söderfeldt 1981).

Behovstillfredsställelse i lokala boendemiljöer

I det sista momentet av vår studie är det avsikten att "knyta ihop" analysen från de två övriga momenten och kunna härleda slutsatser av det slag som antytts. Detta innebär att vi studerar inriktningen och omfattningen av befolkningens sjukvårds- och socialvårdskonsumtion, hur denna fördelar sig på offentliga och privata vårdgivare samt i vilken utsträckning behov tillgodoses genom alternativa former. De alternativa formerna kan dels bestå av professionella, alternativa behandlare

(se tex Gannik m fl 1981), men de kan också grunda sig på egenskaper hos det lokala sociala nätverket av det slag vi diskuterat tidigare.

I detta sammanhang blir det också viktigt att föra en diskussion om begreppen behov, anspråksnivå och behovstillfredsställelse. Vi tror att en viktig delförklaring till en varierad sjukvårds- och socialvårdsefterfrågan är att människor skiljer sig åt beträffande hur de upplever behov, i vilken utsträckning de anser sig ha rätt att kräva att dessa behov tillgodoses, samt i vilken utsträckning vissa åtgärder leder till att dessa behov i själva verket tillgodoses. Dessa subtila, och svårhanterliga analytiska kategorier, har diskuterats i ett annat sammanhang (Nyberg, Swedner 1976). Här kan därför bara kort sägas att behovsupplevelsen och anspråksnivån hos varje enskild individ har såväl historisk som social bakgrund, och att det är ett av studiens stora problem att ställa subjektiva utsagor mot "objektiva" kriterier av det slag som bla ligger till grund för planering av sjuk- och socialvård.

Studiens relevans

Studien syftar till att beskriva skillnader mellan olika boendemiljöer när det gäller utnyttjandet av offentliga tjänster, speciellt sjukvård och socialvård, och att försöka analysera hur dessa skillnader inverkar på befolkningens levnadsnivå och välfärd. Om detta syfte kan uppnås, innebär det att vi får en förfinad möjlighet till planering av det lokala utbudet av tjänster vid en vårdcentral. Vi får en ökad förståelse för orsaker till variation mellan olika bebyggelsemiljöer och kan därigenom bättre anpassa arten och formen för verksamheten till lokala behov.

Sett från användarnas sida, kan ett resultat av studien bli, att de får större möjligheter att artikulera behov och på så sätt påverka utformandet av de vårdinsatser de anser sig behöva. I studiens uppläggning ingår att försöka medvetandegöra invånarna om de lokala förutsättningarna för ett välfungerande sjuk- och socialvårdssystem, och att utifrån denna medvetenhet formulera modeller för förbättrade organisationsformer mm (Söderfeldt 1981).

Om kunskapsproduktionen

Studien av resurstillgång och resursutnyttjande inom olika lokala miljöer bygger huvudsakligen på två former för kunskapsproduktion. Å ena sidan utför vi intervjuer med ett urval familjer. Dessa intervjuer är relativt öppna och rör dels de frågeställningar som diskuterats tidigare, dels i viss utsträckning viss tillbakablickande information. Å den andra sidan förutsätter studien en nära samverkan mellan forskaren och lokalt verkssamma av olika kategorier. Vid vårdcentralen i Dalby finns en organisation av tvärfackliga arbetslag, sk områdesgrupper,

bestående av distriktsläkare, distriktsköterska, socialsekreterare och, intermittert, serviceassistenter. Dessa områdesgrupper besitter stora potentialer av kunskap om de lokalmiljöer som vi studerar och är därför synnerligen värdefulla som samverkanspartners i studien. Ett samarbete med dessa grupper pågår, vilket avses leda till inte enbart ett mer eller mindre passivt informationsutlämnande, utan till en aktiv roll när det gäller att utforma planeringsunderlag för sjukvård och socialvård.

Litteratur

- ALLANDER, E: Centrallasarettet som vårdmagnet. Skillnader i slutn somatisk vård Falun-Borlänge 1968. Stencil, 1972.
- BASTIANSEN, A, ULLENDORF, U: Socialt nätverk och livsmönstre i ulike forstadsmiljøer. Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning. Rapport 1978/2. Oslo 1978.
- BJÖRNBERG, U, BÄCK-WIKLUND, M, LINDFORS, H, NILSSON, A: Livsformer i en region. Kungälv 1980.
- BOTT, E: Family and Social Network. London 1971.
- DAUN, Å: Förortsliv. Lund 1974.
- EJLERTSSON, G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Studentlitteratur, Lund 1981.
- GANNIK, D, JESPERSEN, M, KRASNIK, A, LAUNSØ, L, SAELAN, H: Sundhedspolitik og lokal samfundsmedicin. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4-5 1981.
- HAGLUND, B, ISACSSON, S-O: Hälsoprofil i Skaraborg 1977. Skaraborgs läns landsting, Skövde 1980.
- HOLTER, H, GJERTSEN, A, V E HENRIKSEN, H, HJORT, H: Familien i klassamhället. Malmö 1976.
- NYBERG, P, SWEDNER, H: Några definitionsproblem och mätproblem vid studier av sambandet mellan resursutnyttjande och välfärd. Stencil, Dalby 1976.
- PETTERSSON, S: Kartering av vårdkonsumtion. Tierpsprojektet, rapport 1977.
- SOCIALSTYRELSEN REDOVISAR 1981: 1: Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande - en förstudie. Stockholm 1981.
- SÖDERFELDT, B: Den heliga tekniken - Sjukvården som ideologi, i Lagergren, M, Lundh, L (red): Tankar om den framtida vården, del I. Sekretariatet för framtidsstudier, Stockholm 1981.
- SÖDERFELDT, B: Ett systemteoretiskt perspektiv på vårdapparaten. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4-5 1981.
- TENGVALD, K: Vårdapparaten och den informella strukturen - om medicinska och psykiska problem och åtgärder. Sociologisk Forskning 3 1972.
- YOUNG, M, WILLMOTT, P: Family and Kinship in East London. London 1957.

Författarpresentation

Per Nyberg* är forskningsassistent vid forskningsavdelningen, vårdcentralen i Dalby.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Hälsoproblem och sjukvårdskonsumtion i skolåldern

RAGNHILD KORNFÄLT

Fysisk hälsa, beteende och anpassning hos en population skolbarn i Dalby primärvårdsdistrikt studerades med hjälp av kliniska undersökningar på skolhälsovårdsmottagningen samt intervjuer med föräldrar och lärare. Barnens totala konsumtion av hälso- och sjukvård på skolhälsovårdsmottagningen, vårdcentralen och lasarettet följdes under ett år. Skolbarnen hade en hög frekvens av smärre fysiska hälsoproblem och visade symptom på stress och vantrivsel i skolan. Deras vårdkonsumtion – även utanför skolhälsovårdsmottagningen – var hög.

Nyckelord: Skolhälsovård, skolbarn, vårdutnyttjande, Dalby.

Forskningsavdelningen Dalby har sedan sin tillblivelse haft pediatrik forskning och framför allt socialpediatrik på sitt program. Det första barnprojektet var "Fyraåringars hälsa". Åren 1968–1969 hälsoundersöktes alla fyraåringar födda 1964 och 1965 i Dalby, Genarp- och Veberödsregionen och resultaten av dessa undersökningar tillsammans med resultatet av liknande undersökningar av ett par årskullar lundabarn redogörs för i Lennart Köhlers avhandling år 1973. Dessa undersökningar blev vägledande för utformningen av den allmänna hälsokontroll av fyraåringar som infördes i landet i början av 70-talet. Denna hälsokontroll innefattar som bekant somatisk undersökning, syn- och hörselundersökning samt bedömning av psykisk och social utveckling av fyraåringar i avsikt att tidigt spåra och förhindra handikapp

eller "felutveckling". Fyraåringarna i Dalby undersöktes av Lennart Köhler vid sju års ålder i samband med skolstarten (1977). Hans arbete blev samtidigt ett inlägg i den diskussion om skolläkarens och skolsköterskans roll och skolhälsovårdens innehåll, arbetsmetoder och huvudmannaskap som förts under de senaste åren. Årskullarna barn födda 1964 och 1965 har sedan följts av mig genom grundskolan och det är resultaten av dessa undersökningar jag här vill redogöra för.

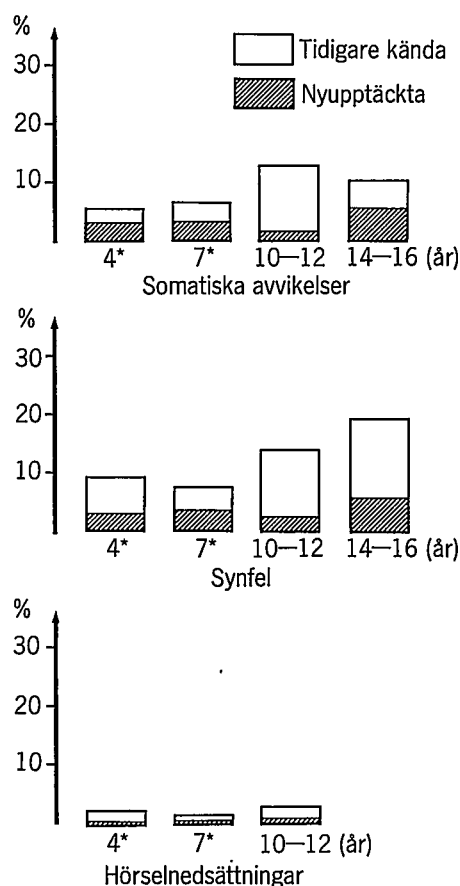
Syftet med mina undersökningar var att kartlägga det medicinska behovet och det aktuella utnyttjandet av hälso- och sjukvård hos en definierad population skolbarn i ett primärvårdsområde. Därför undersöktes skolbarnens somatiska hälsa, syn och hörsel, deras beteende och anpassning samt totala konsumtion av hälso- och sjukvård. Samtliga kliniska undersökningar och intervjuer gjordes på skolhälsovårdsmottagningen av ordinarie skolläkare (författaren) och skolsköterska.

Metoderna anpassades till de resurser och tidsmarginaler som man har att röra sig med på en skolhälsovårdsmottagning. De flesta undersökningarna gjordes på låg-, mellan- och högstadieskolan i Dalby, som läsåret 1978–1979 hade 1.147 elever.

Fysisk hälsa

Frekvensen av funktionellt betydelsefulla eller behandlingskrävande somatiska avvikelser ökade från fyraårsåldern till 10–12-årsåldern för att sedan åter minska (figur 1). Andelen nyupptäckta somatiska avvikelser i samband med hälsoundersökningarna var störst vid skolstarten och i 14–16-årsåldern. Frekvensen behandlingskrävande synnedsättningar ökade från cirka 9 procent i fyraårsåldern till 19 procent i 14–16-årsåldern. Andelen nyupptäckta fel var störst i 14–16-årsåldern. Hörselnedsättningar ökade i frekvens från knappt 2 procent i fyraårsåldern till 2,8 procent i 10–12-årsåldern.

Sjukdomspanoramat förändrades under skolåldern. I 4–7-årsåldern dominerade motoriska svårigheter, övervikt och barnkirurgiska problem, i 10–12-årsåldern allergiska åkommor. 13,5 procent av tioåringarna hade någon form av allergi, i 5 procent



4 år* 2.447 4-åringar (Köhler, 1973)
7 år* 649 7-åringar (Köhler, 1977)

Figur 1. Hälsoprofil över somatiska avvikelser, syn- och hörselnedsättningar från 4 till 7 års ålder.

bedömd som funktionellt betydelsefull. Allergibesvärerna minskade med åren och var hos 14–16-åringarna funktionellt betydelsefulla endast i 2 procent av fallen.

Ryggdeformiteter började uppträda i tioårsåldern. Funktionellt betydelsefulla scolioser konstaterades hos 0,4 procent av tioåringarna, 2,7 procent av tolvåringarna och 2,3 procent av 14–16-åringarna. Scolioserna var ej symptomgivande och nyupptäcktes genom skolans klassundersökningar.

Fetma (obesitas) $\geq +3$ standarddeviationer från den normala relationen mellan längd och vikt fanns hos 3 procent av fyraåringarna, 2,2 procent av sjuåringarna, 1 procent av tioåringarna, 2,3 procent av 14–16-åringarna. De obesa 14–16-åringarna var samtliga redan i sjuårsåldern över-



Skolmiljön kan ibland vara pressande för barnen. Foto: Göran Ejlertsson.

viktiga, dvs låg mellan +2 standarddeviationer och +3 standarddeviationer.

I samband med puberteten minskade vissa hälsoproblem såsom allergi, enures och barnkirurgiska åkommor, medan andra för adolesensen typiska tillkom. Sålunda uppträdde fall av epifyseolys, diabetes, regional ileit och anorexia nervosa. Frekvensen nyupptäckta sjukdomar i samband med klassundersökningar ökade jämfört med 10–12-årsåldern. Många sjukdomar debuterade emellertid med subjektiva besvär, vilka föranledde barnet eller föräldrarna att konsultera skolsköterskan.

Vid provningen av grov- och finmotoriska färdigheter visade 10 procent av tioåringarna och 5 procent av 12-åringarna klara avvikelser, vanligast beträffande grovmotoriken. Det prov som vanligen misslyckades var Fog's test som vissa barn inte kunde utföra eller utförde med kraftiga medrörelser. Det var övervägande pojkar som hade motoriska avvikelser.

Blodtrycksmätning utfördes på de tioåringarna. Inget barn hade manifest hypertoni, dvs diastoliskt tryck ≥ 95 men gränsvärden (diastoliskt tryck = 90 mm Hg) konstaterades hos 2 procent av barnen. Undersökning för att spåra bakteriuri gjordes med uriglox på de tioåringa flickorna. Ett fall av symptomatisk bakteriuri (1 procent) konstaterades på en flicka som redan vid fyra års ålder utretts för detta.

Frekvensen av funktionellt betydelsefulla synnedsättningar ökade från 9 procent i fyraårsåldern till 19 procent i 14–16-årsåldern. Hos fyraåringar och sjuåringar var hyperopi det vanligaste brytningsfelet. I tioårsåldern var astigmatism och myopi vanligast och förekom i lika hög frekvens (6 procent vardera). Hos 14–16-åringarna dominerade myopierna helt. Totalt var 15,6 procent av 14–16-åringarna myopa och 85 procent av dem behövde glasögon. Från 4–10-årsåldern förbättrades

synskärpan hos ett flertal barn med amblyopi och hos några barn med astigmatism. Från 10–12-årsåldern till 14–16-årsåldern skedde ingen förändring av amblyopierna.

Frekvensen av funktionellt betydelsefulla hörselnedsättningar ökade något från fyraårsåldern till 10–12-årsåldern. Flertalet av de i 10–12-årsåldern diagnostiserade hörselnedsättningarna utgjordes av otosalspingiter. Av de åtta barn som vid 14–16-årsåldern hade neurogen hörselnedsättning var endast ett fall diagnostiserat före skolstarten. Övriga upptäcktes vid skolstarten (tre fall och vid 10–13-årsåldern två fall).

Klassundersökningar

Klassundersökningarna (utom syn- och hörselundersökningarna) utfördes av både skolläkaren och skolsköterskan oberoende av varandra och resultaten jämfördes. Skolsköterskan utförde inte auskultations- och palpationsundersökningar. Det visade sig, att skolsköterskan noterade många fler avvikelser hos barnet än skolläkaren, speciellt hudförändringar och ryggskelet. Skolläkaren och skolsköterskan bedömde dock funktionellt betydelsefulla avvikelser likartat. Doktors auskultation och palpation gav mycket lite utbyte.

Om skolsköterskans undersökning bedömdes som screeningundersökning och skolläkarens undersökning som diagnostisk och beräkningarna gjordes på funktionellt betydelsefulla avvikelser, kunde sensitiviteten fastställas till 91 procent, specificiteten till 98 procent och prediktionsvärdet till 72 procent. Slutsatsen blir att screening för fysiska hälsoproblem, dvs klassundersökning, kan självständigt utföras av en välutbildad och erfaren skolsköterska. Skolläkarens uppgift vid klassundersökningarna blir då att undersöka de barn som skolsköterskan sorterar ut, i denna undersökning cirka

20 procent, de flesta sk "kontrollbarn" och barn med nyupptäckta avvikelser.

Beteende och anpassning

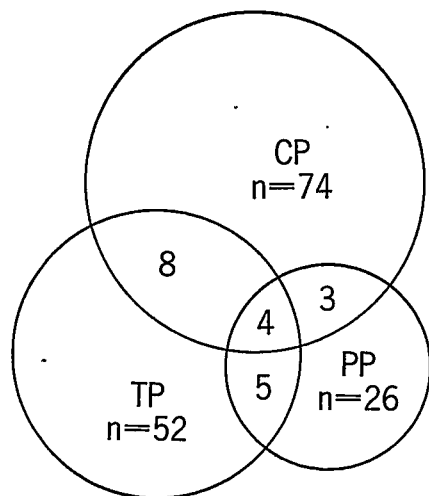
Med hjälp av intervjuer och frågeformulär till lärare, föräldrar och barnen själva vid 10–12-års ålder bedömdes barnens psykosociala hälsa och anpassning. Ett stort antal föräldrar uppgav att deras barn var ängsliga, aggressiva och oroliga och kivades med syskonen. Aggressiva beteenden ökade med åldern medan ängsliga beteenden minskade. En föräldrarnas "problemgrupp", bestående av svåruppfosttrade barn och barn med hjälpbehov kunde urskiljas och den utgjordes av 6 procent av alla barnen. Lärarna utfrågades förutom om barnens ängsliga och aggressiva beteenden även om sin syn på barnens arbetsförmåga i skolan. Pojkarna beskrevs som mindre uthålliga och långsammare än flickorna. Koncentrationsstörningar ökade såväl för pojkarna som för flickorna från fjärde till sjätte klass. Som problembarn bedömdes 13 procent av alla elever, företrädesvis de utåtagerande barnen och barnen med inlärningsproblem och övervägande pojkar.

Barnen utfrågades av skolsköterskan om psykosomatiska symptom som trötthet, huvudvärk, magont och sömnsvårigheter samt trivsel i skolan. Cirka 10 procent av barnen hade ofta huvudvärk, 3 procent trötthet, 4 procent magont och 3 procent sömnproblem. Vantrivselproblem var vanligare hos tolvåringar än hos tioåringar. Barnens problemgrupp, dvs barn som angav ett flertal psykosomatiska symptom och vantrivselproblem utgjordes av 18 procent av samtliga barn.

Jämförelse mellan lärarnas och föräldrarnas bedömning av barnens egenskaper visade en dålig korrelation $<0,2$. Barn med psykosomatiska problem var inte överrepresenterade vare sig i föräldrarnas eller lärarnas problemgrupp, men barn med vantrivsel var överrepresenterade i lärarnas problemgrupp.

De tre problemgrupperna sammanföll dåligt (se figur 2). Endast 20 av de 210 intervjuade barnen var gemensamma för två eller flera av grupperna, endast fyra barn var gemensamma för alla tre grupperna. Barn med somatiska avvikelser var överrepresenterade i föräldrarnas problemgrupp. I lärarnas problemgrupp var hörselnedsättningar överrepresenterade.

På högstadiet visade det sig att hälften av barnen som lärarna betraktade som problembarn på låg- och mellanstadiet blivit föremål för elevvårdsåtgärder och antecknats i elevakter. Endast 9 procent av föräldrarnas problembarn och 12 procent av barnens egna problembarn hade tagits upp på elevvårdskonferenserna. Sammanlagt 12 procent av alla 14–16-åringar hade blivit föremål för diskussion på konferenser under högstadiet, 80 procent av



Figur 2. De tre problemgrupperna som erhöles med hjälp av föräldra- (PP), lärare- (TP) och barnintervjuerna (CP).

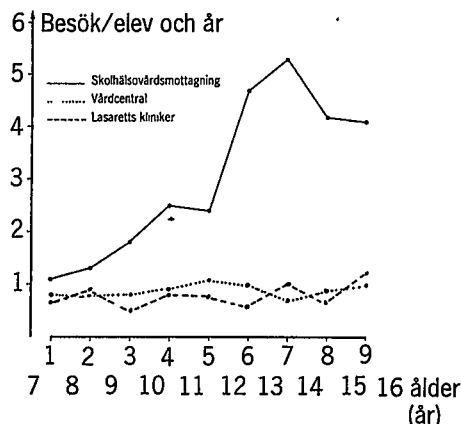
dessa på grund av anpassningsproblem ofta kombinerade med inlärningsproblem, 20 procent enbart på grund av inlärningsproblem. Elevvårdsbarnen var redan i tioårsåldern mer okoncentrerade och ängsliga och hade fler kamratproblem än de andra barnen. Barn från familjer, klassificerade som socialgrupp 3, var starkt överrepresenterade bland elevvårdsbarnen. Elevvårdskonferenserna beslöt för mer än hälften av de diskuterade barnen att de skulle flyttas från ordinarie klass för längre eller kortare period. Första steget var vanligen observationsklinik, nästa steg läsklinik eller specialklinik i Lund. Som sista steg tillgreps anpassad studiegång (2,8 proc. av alla barn i åttonde-nionde årskursen). De elever som bereddes anpassad studiegång i årskurs 8 återgick i regel till skolan i årskurs 9, medan de som fick anpassad studiegång i årskurs 9 utnyttjade den till läsårets slut. Av de barn som blivit föremål för elevvårdskonferensers ingripande återfanns flera i socialregistret där de antecknats på grund av olika sociala åtgärder i familjen. I sju familjer var socialbyrån inkopplad på grund av alkoholproblem hos föräldrarna.

Vårdkonsumtion

De 1.147 eleverna vid Dalbyskolorna gjorde under läsåret 1978-1979 3.417 besök hos skolsköterskan och 407 besök hos skolläkaren. Dessutom hälsokontrollerade sjuksköterskan alla barnen minst en gång under denna tid och hälften av dem vaccinerades. Skolläkaren klassundersökte drygt en tredjedel av barnen. Besöksfrekvensen var högst i 13-årsåldern då barnen gjorde i medeltal fem besök per läsår (se figur 3). Flickorna svarade för 60 procent av konsultationerna och var överrepresenterade för huvudvärk och hudbesvär.

Sårskador och ortopediska åkommor var vanligare hos pojkarna.

Genomsnittligt 40,3 procent av besöken hos skolsköterskan föranledes av småskador, 11,6 procent av hudåkommor och 10,5 procent av



Figur 3. Fördelningen av skolbarnens besök efter ålder.

huvudvärk. I drygt 40 procent av besöken kunde skolsköterskan inte hitta någon avvikelse ifrån det normala. Endast cirka 3 procent av alla besöken betecknades som orsakade av funktionellt betydelsefulla och behandlingskrävande avvikelser. Skolsköterskan behandlade själv 88,5 procent av de barn som konsulterade henne och remitterade resten till vårdcentralen (4,7 procent) eller till skolläkaren (6,8 procent).

Under året besökte 464 av skolans elever vårdcentralen 1.263 gånger. Av dessa var lika många pojkar som flickor. Av dessa besök var 13,6 procent remissfall från skolhälsovårdsmottagningen. De flesta konsultationerna gällde övre luftvägsinfektioner (30,6 procent), därefter kom olycksfall (17 procent).

På lasarettets öppenvårdskliniker gjorde barnen 972 besök inom samma tidsrymd. Akutmottagningen och jourläkarcentralen hade den största andelen av besök (27,2 procent), därefter kom öronklinik (20,7 procent) och barnklinik (14,4 procent). 90 procent av besöken på lasarettets öppenvårdskliniker beräknades vara oplanerade besök eller återbesök.

Frekvensen inläggningar på sjukhus var $\approx 0,06$ och de flesta hade vårdtider på två dagar. Pojkar hade 50 procent fler vårdtillfällen än flickor. Olycksfall var den vanligaste orsaken till inlägg-

Tabell I. Dalby-barnens totala konsumtion av hälso- och sjukvård under ett års tid

	Antal besök	Genomsnittligt antal besök/barn och år
Skolhälsovård:		
Hälsoundersökningar och vaccination	2.119	1,8
Konsultationer hos skolsköterskan och skolläkaren	4.000	3,3
Vårdcentralen	1.263	1,1
Lasarettets öppna vård	973	0,9
Lasarettets slutna vård	≈ 60	$\approx 0,05$
Totalt	8.414	7,4

ning (28,1 procent av vårdtillfällena), därefter kom kroniska sjukdomar (24,8 procent). "Bukobservation" (14 procent) var den näst vanligaste diagnosen efter frakturer och kontusioner (19,8 procent). Barnens totala konsumtion av hälso- och sjukvård har summerats i tabell 1.

Slutsatser

Mycket av skolbarnens vårdkonsumtion och sjukdomssymptom kan förklaras av stress och vantrivsel. Många barn har emellertid klara "medicinska" åkommor av allvarligt slag. Drygt en femtedel av barnen är i behov av medicinsk yrkesvägledning inför valet till gymnasielinje på grund av tex syn- eller hörsselfel eller allergier.

Fastän förskolehälsovården når alla barn i Sverige har den inte gjort klassundersökningarna i skolan. Överflödiga. Nya hälsoproblem dyker upp och de är ofta asymtomatiska för barnen i tidigt skede, men fångas i så enkla undersökningar som i längd- och vikt-mätning, inspektion av rygg, syn- och hörselprövning. Skolhälsovården erbjuder barnen en lättillgänglig, billig och av barnen omtyckt hälso- och sjukvårdsservice, vilket visas av de höga besöksiffrorna hos skolsköterskan. Genom att hon finns på skolan i barnens miljö kan hon arbeta effektivt och sätta symptom och sjukdomsbild i sitt rätta sammanhang.

Ett intimare samarbete mellan skolhälsovård och landstingets hälso- och sjukvård skulle sannolikt kunna leda till ett bättre omhändertagande av barnen och på sikt minska den nu så höga vårdkonsumtionen vid vårdcentral och lasarettsmottagningar.

Referenser

- KORNFÄLT, R: Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Studentlitteratur, Lund 1981.
- KÖHLER, L: Health control of four-year-old children. An epidemiological study of child health. Acta Paediatr Scand, Suppl. 235 1973.
- KÖHLER, L: Physical health of 7-year-old children. An epidemiological study of school entrants and a comparison with their preschool health. Acta Paediatr Scand 66:297-305 1977.

Författarpresentation

Ragnhild Kornfält* är t.f. barnhälsovårdsöverläkare i Malmöhus läns landsting och skolläkare i Dalbys rektorsområde.

* Postadress: Barnmedicinska kliniken, Lasarettet, 221 85 Lund.

Prospektiv undersökning av pensionärer födda 1902 och 1903

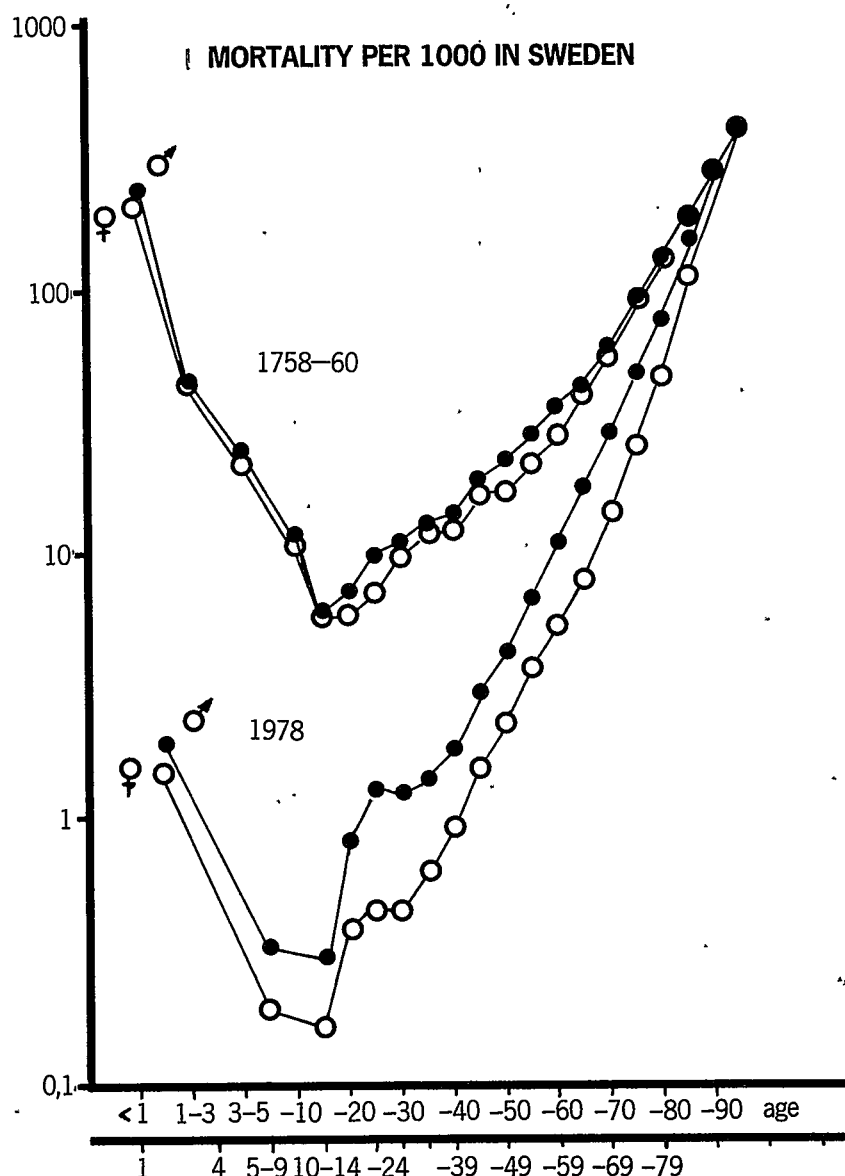
MARY-ANN BENGTTSSON, ÅKE NORDÉN och GILLIS SAMUELSSON

Longitudinella studier är primärvårdsforskningens specialitet. Genom att ha ansvaret för befolkningen samlar primärvården in uppgifter som återspeglar levnadsförloppet ur hälsosynpunkt och ur socialsynpunkt. Pensionärsundersökningen är ett typiskt exempel. Den visar hur en del av befolkningen decimeras genom åren, hur sjukdomar dyker upp med växlande och växande hot mot hälsan och ökande risk för invaliditet och invaliditetens följder – ensamhet, isolering, avtagande stimulans från omgivningen.

Dalbypensionärerna har vi följt hittills från 67 år till 78 år. De erfarenheter vi samlat har vi använt för en argumentering för att se till, så långt möjligt, att den åldrande får vara kvar i sin egen hemvanda miljö. När sluten vård är nödvändig skall i första hand små lokala sjukhem, så nära gamla anhöriga och vänner som möjligt komma ifråga. Man måste mer än hittills respektera önskemålet att få sluta sina dagar där man levat.

Nyckelord: Äldreomsorg, Gerontologi, primärvård, Dalby.

När vi skulle skissera framtida forskningsuppgifter för den nyöppnade läkarstationen i Dalby 1968, drog vi en parallell med barnens 4-årsundersökningar. De skulle snart börja skollivet, pensionärerna skulle börja pensionärslivet. Det var en skärningspunkt – såg man framåt med saknad av arbetskam-



Figur 1

Lagen om dödligheten illustrerad på basen av Pehr Wargentins tabeller för dödligheten i Riket 1758–1760 [Grönlund, 1945] och Statistiska Centralbyråns uppgifter för 1978. Kurvorna antyder att dödligheten bland dem som överlevt till 60–70 års-åldern var lägre på 1700-talet.

raterna och arbetet eller hägrade befrielsen från slitet. Kunde vi bidra till att tiden efter pensioneringen blev en så positiv upplevelse som möjligt? Vi anade nog inte att de frågor vi sökte svaren på skulle bli så centrala i samhällsdebatten som de blivit under 1970-talet och fortfarande är.

Vårt projekt planerades som en livslång studie av en grupp pensionärer till livets slut. Endast primärvården har förutsättningar att följa åldrandet i dess samspel med ett samhälle som

utvecklats allt snabbare och fjärrar sig från det som pensionären upplevt och varit med om att skapa.

Vår undersökning är en sk kohortstudie dvs omfattar alla i befolkningen födda 1902–1903 som 1969–1970 uppnådde pensionsåldern 67 år.

Syftet har varit att analysera och beskriva åldrandeprocessen ur medicinsk, social, psykologisk och ekonomisk synpunkt. Medicinska, sociologiska och ekonomiska undersökningar har utförts sedan 1969, psykologiska

1969–1976, odontologiska 1969–1976. Pensionärgruppen som föddes 1902 undersöktes senast hösten 1980, pensionärer födda 1903 genomgås hösten 1981. Den förra gruppen omfattade ursprungligen 103 personer. Den är nu reducerad till 69, den senare med ursprungligen 89 individer har nu reducerats till 63. Av 132 pensionärer var hösten 1980, 5 på ålderdomshem, 2 på långvårdssjukhus, 125 klarade sig själva hemma. Detta är nog i stort en långt ljusare bild än man gjort sig tidigare.

Det normala åldrandet

Lika lite som vi liknar varandra till det yttre lika lite blir vårt åldrande identiskt. Hur skall vi beskriva det som är ett normalt åldrande – låter det sig göra?

Vår utgångspunkt har varit *samtliga* i en befolkning som fyllt 67 år åren 1969 och 1970. De representerade dem som blev pensionärer de båda åren. Deras bakgrund har analyserats och visat ett skiftande mönster. Deras hälsa jämfört med jämnårigas hälsa i Sverige beskriver vi enklast och med största exakthet genom att hänvisa till den totala mortaliteten. Vid 75 års ålder hade 40 av 192 avlidit eller 21 %. I landet var reduktionen mellan 67 och 75 år 19 000 döda av 89 000 eller 21 % enligt 1979 års uppgifter (Statistisk Årsbok). "The law of mortality" som beskrevs redan 1825 av Gompertz (fig 1) har hittills beaktats i alltför liten utsträckning när det gäller att beskriva en befolknings hälsotillstånd. Man har sedan lång tid begränsat sig till att låta den totala barnadödligheten vara ett uttryck för hälsotillståndet. Kan vi påverka det normala åldrandet? Förutsättningen är kunskapen om vad som styr ett normalt åldrande och vad som ligger bakom ett för snabbt eller för tidigt åldrande.

Det normala åldrandet förutsätter en funktionell nedgång på ett regelbundet sätt så att hela organismen vid omkring 100 år ej längre är funktionsduglig, dvs den genetiskt betingade kontrollen som vi främst förknippar med lymfocytfunktionen kan fungera ostört av yttre faktorer. Normalt åldrande förutsätter elimination av yttre faktorer av skadlig art – rökning framstår som den ledande bland miljöfaktorerna. Färska data (Ronald W Pero, opublicerad) tyder på att rökning påverkar DNA-reparation. Defekt DNA-reparation är känd vid xeroderma pigmentosum, och nu även genom Peros arbete vid coloncancer och familjär colon polypos. Det finns alltså individer vars genetiska konstitution för med sig ett nedsatt försvar mot yttre faktorer som andra individer ej skadas av.

Skall vi påverka eller förhindra ett för tidigt åldrande är det två vägar vi måste gå – att identifiera den ömtålige och att reducera effekten av den yttre faktorn. Det enklaste exemplet är rökförbud för α_1 -antitrypsinbristpatienten.

Tills vidare är det i få sammanhang vi har tillräckliga kunskaper för att göra sådana preciserade förebyggande insatser.

Sjukdomar under pensionärernas tidigare liv

De som uppnår 67 års ålder har sällats ut genom selektionsprocesser. Vi har tolkat mortalitetskurvan (fig 1) som ett uttryck för två selektioner – en första från konceptionen fram till 10 års ålder och en andra från 10–100 år. Det är angeläget för den framtida planeringen att fastställa vilka sjukdomar som förekom när dagens pensionärer var som ömtåligast – är det sjukdomar som försvunnit och som ej kommer att spela motsvarande roll för framtidens pensionärer? Kommer selektionsfaktorerna i framtiden att vara svagare och ge ett ömtåligare släkte som resultat? Dödligheten i barnåldern och upp till 50-årsåldern har sjunkit sedan 1700-talets mitt (fig 1) och fortsätter att minska. I början av 1900-talet spelade infektionssjukdomarna, främst tuberkulos, difteri och scharlakansfeber stor roll. Influensan 1918 (Spanska sjukan) drabbade 597 personer i provinsialläkardistriktet med 18 dödsfall som följd. Enligt den muntliga traditionen skördade spanskan långt fler dödsfall. Polio förekom tills vaccinationen infördes på 1950-talet. Hjärtinfarkter började kunna diagnostiseras på 1930-talet med införandet av ekg. För att få en uppfattning om hälsotillståndet i befolkningen har vi gått igenom provinsialläkarrapporterna sedan 1902.

Vi har data på 130 personer i 1902 och 1903 års kohorter i Dalbydistriktet som har avlidit före 67 års ålder. Vi avser att göra en "social mortalitetsstudie" i de två kohorterna med data, som täcker in hela livscykeln från födelsen fram till 77 års ålder. I ytterligare en fas av studien planerar vi att studera mortaliteten i *hela Dalbydistriktets pensionärspopulation* från 1971 och 10 år framåt. Det datamaterial, som kommer att användas är de sk CFU-korten från Länsstyrelsens dataenhet. Materialet ger oss möjlighet följa mortaliteten under 10 år i den population om ca 1300 personer som bodde i Dalbydistriktet år 1971.

Hälsotillståndet från 67 års ålder

Hälsotillståndet redovisas genom data rörande akuta sjukdomar, kroniska sjukdomar samt antal dödsfall.

Underlaget för sammanställningen av hälsotillståndet är dels de återkommande undersökningarna men dessutom och kanske främst sjukjournaler från öppen och slutenvård. Diagnostik vid pensionärsundersökningarna är ofta svårt och kräver enligt erfarenheten hittills, ofta konfirmering vid ett vanligt sjukdighetstillfälle. De som dött har obducerats i relativt hög omfattning (preliminärt >80%) antingen genom klinisk obduktion eller rättsmedicinsk obduktion för fastställande av dödsorsak.

Dödsorsaksanalysen är emellertid komplex. Även om sjukdomar kan påvisas vid obduktion är därmed inte givet att man fastställt dödsorsaken.

Dödsorsaker tom 1978: (delstudie av 33 döda bland 156 pensionärer)

	Män	Kvinnor
Malign sjukdom	6	1
Cirkulationsorganens sjukdomar	19	4
Andningsorganens sjukdomar	2	1

Normalvärden vid laboratorieundersökningar av äldre

Hittills har endast i få fall normalvärden för äldre redovisats. Förutsättningen är en uppföljning av den typ föreliggande studie representerar.

I Stockholms kommun har en undersökning av 66-åringar med uppföljning efter 3 år genomförts. Man fann sockersjuka vid 66 år i 3,2 % och vid 69 år i 3,7 %, 1,7 % hade klinisk bakteriuri vid 66 år och 2,1 % vid 69 år. Blodbrist förekom vid 66 år hos 0,2 %. Slutsatsen av denna undersökning som omfattade 9409 individer med 70 % anslutning var att endast kontroll av blodsocker, blodtryck, syn och tandstatus var motiverat.

I undersökningen av 70-åringar i Göteborg har Svanborg et al (1977) redovisat laborativvärden för denna åldersgrupp som följes och därför kommer att kunna ge värdefulla upplysningar.

Vi kommer dels ägna särskild uppmärksamhet åt resultaten på individer som dött med målsättning att värdera tidiga avvikelser – sådana data är förutsättningen för tidiga laboratordiagnoser och för ev hälsokontroller.

Thulin (1979) har i en preliminär sammanställning visat att fynden vid undersökning vid 67, 69, 71 och 73 år för Hb, urat och kreatinin stämmer med referensvärden utan åldersangivande.

Normalmaterial för ekg hos äldre synes ej föreligga för åldrarna över 60 år. I Svanborg-gruppens studie av 70-åringar hade 6 % av männen och 3 % av kvinnorna tecken på genomgången hjärtinfarkt. White och Nordén (1979) har gjort preliminära bedömningar enligt Minnesotakoden av ekg hos pensionärerna – 48 ekg från 76-åringar visade hos 34 (70 %) "kodbara" ekg-förändringar, men endast hos 27 (56 %) bedömdes de vara av klinisk relevans. Tills vidare är frågan öppen vad som skall anses normalt. Endast uppföljning kan besvara frågan om ett ekg hos äldre normalt har ett annat utseende än hos yngre. För den enskilde är detta av enorm betydelse – vågar man operera höften som ständigt smärtar, skall man vara aktiv mot en cancer eller palliativ, vad kan tolereras inom urologisk kirurgi? Vi blev överraskade av att finna att postoperativ uppföljning vid ekgförändring ofta saknades.

Invaliditet och handikapp efter 67 år

Den inventering av handikapp som distriktssköterskorna gjort i Dalby-befolkningen visar 8% handikappade av vilka 4% tidigare var kända (Lieberg, 1979). Som bakgrund för bedömning av invaliditet och handikapp föreligger inom den undersökta gruppen ett detaljerat undersökningsschema genomfört av vårdcentralens sjukgymnaster samt ett frågeformulär visande boendeförhållande, förändringar sedan föregående undersökning.

Enligt de undersökningar som ursprungligen Essen-Möller och medarbetare gjorde i befolkningen borde 5% av befolkningen över 60 år drabbas av senil och arteriosklerotisk psykos (Essen-Möller, 1956). Hagnell et al (1980) hade i tidigare studier av befolkningen intrycket att åldersdemens var i starkt ökande – nya analyser tyder på att utvecklingen nu går mot en minskning. Gottfries et al fann 1976 att 5% av de över 65 år i Västerbotten har allvarliga demenstillstånd och ytterligare 8% lättare tecken på åldersdemens med behov av stödåtgärder.

Steen uppger en prevalens av 1% senil och arteriosklerotisk demens i åldrar över 60 år – i högre åldrar är siffran "mångdubbelt större" (Steen, 1978).

Handikappinventeringen i Dalbybefolkningen är gjord av distriktssköterskor. Undersökningen har tillgått så att en vikarie ersatt den ordinarie distriktssköterskan, som därigenom fått göra undersökningen i sin egen befolkning. Väsentligt lägre siffra har erhållits.

Vår utgångspunkt har varit att söka bedöma individen i samhället och göra avkall på exakta medicinska inklusive psykiatriska diagnoser. Genom lång återkommande uppföljning är vår avsikt att skaffa underlag för sådana värderingar. Med god tillgång på distriktssköterskor och socialassistenter i områdesgrupperna räknar vi med att kunna nyansera de mycket allvarliga prevalenssiffrorna som framkommit genom epidemiologiska inventeringar. Samtidigt måste man givetvis vara medveten om att åldringsprocessen även berör hjärnan – demens ett snabbare än förväntat åldrande hos patienten utan vaskulära, cerebrala skador. Kanske kommer bilden att bli en annan när mer än 10 år gått efter pensioneringen.

Att dö hemma

Gruppen reduceras nu i stigande takt genom dödsfall. Intervjuer vid 67 års ålder visade att flertalet ville dö hemma. Birgitta Nilsson et al (1979) har intervjuat anhöriga till pensionärer som dött för att belysa hur det blev och hur anhöriga kanske skulle önskat att det blivit.

Var skedde dödsfallet?

Dödsfallet inträffade i 23 av 33 fall på sjukhus, i ett fall på ålderdomshem och

i sju "i hemmet", ett under bilfärd, ett på åkern.

Vad innebär "i hemmet"?

Sju patienter dog i hemmet, en av dem hade liposarkom med generalisering och pleuraexsudat. En dog akut av rupturerat aortaaneurysm, en dog akut i hjärnblödning, en föll död ned under cykling, en lekte med barnbarnet och dog i ambulansen, två ensamma påträffades döda i bostaden. För de flesta kom den sista sjukdomen akut och dödsfallet inträffade efter kort tid. I de fall där förloppet var långt hade samtliga sökt sent, kommunikationen mellan anhöriga och den avlidne hade varit bristfällig – kanske talade man inte om sin sjukdom av hänsyn. I flera fall hade kommunikationen mellan patient och sjukvård ej fungerat optimalt. Intervjuerna visade att det upplevdes väsentligt för de anhöriga att ha varit med i dödsögonblicket, man fick ta farväl, man hade inte övergett den man delat sitt liv med.

I åtta fall av 33 lämnades den kvarlevande utan stöd från anhörig eller sjukvårdspersonal. Man understryker hur viktigt och obeaktat stöd åt den kvarlevande är. I detta material erhöles alltför lite underlag för att beskriva hemsjukvården – i de fall man gjort försök har bristen på hjälp kvällstid och nattetid varit hindret.

Denna studie är endast en inledning till mera omfattande analys av förutsättningarna för terminal vård i hemmet. Det är angeläget att uppgiften fortsätter inom åldringsprojektet. Arbetet beaktar sidor som kan ses som en fortsättning på utredningen "I livets slutskede" SOU 1979:59.

Utformning, funktion och utbildning vid det lokala sjukhemmet

Behovet av långvårdsplatser måste beräknas mot bakgrunden av erfarenheter, som löper risken att vara inaktuella, när planerna skall förverkligas. En möjlighet att undgå binda resurser vid stora investeringar är givetvis att göra så små investeringar som möjligt. Vi har sedan länge ställt frågan. Vilken är den minsta långvårdsenhet som ur personalsynpunkt kan drivas? Långvårdsenheten skall ha personal dygnet runt. Det är den avgörande punkten. Patienter med behov av långtidsvård kan i princip skötas i hemmet om de ej fordrar tillsyn under natten. Nu har Barbro Beck-Friis i Motala emellertid visat att det går att organisera tillsyn på natten även i hemmet.

Beck-Friis är chef för en långvårdsklinik vid lasarettet i Motala med ett befolkningsunderlag på 50 000. Hemsjukvårdspatrullen i Motala sörjer för 50–60 patienter av vilka en viss del får sk terminal vård – 40 patienter 1979 av vilka 29 avled i hemmet. Kostnaden för denna organisation var för 1978 167 kronor per dygn och 1979 då verksamheten utökats, 190 kronor per dygn. Motalaprojektet ger anledning till principiella överväganden för hela åld-

ringssjukvården dvs vård i hemmet, vård på ålderdomshem eller motsvarande, utformningen av sjukavdelning och av det lokala sjukhemmet anslutet till vårdcentralen. I Motala, med en befolkning på 50 000 tas 50 patienter omhand i hemsjukvård. Det skulle, om man bortser från olikheter i befolkningssammansättningen, innebära 20 patienter i hemsjukvård i Dalby-området. Dalby har fyra moderna ålderdomshem. För varje område med ålderdomshem skulle det alltså röra sig om fem patienter. I Motala är långvårdskliniken bas för organisationen vilket innebär att när en patient inte längre kan klaras på tillfredsställande sätt av hemsjukvårdspatrullen kan plats beredas på långvårdsklinik. I terminal vård kan patienten få vara hemma till de sista 1–2 dygnen så att anhöriga, om de önskar, kan få hjälp på en institution, när patienten avlider. Förebilden är St Christopher's Hospits i London, där samma principer praktiseras (Saunders, 1978).

Motalaprojektet är "lasarettssanknuten hemsjukvård". Projektet belyser alltså inte den "vårdcentralanslutna hemsjukvården". Principiellt är det för den primärvårdsanslutna delen av långvården som enligt planerna skall gälla 75% av de aktuella patienterna, väsentligt att få analysera kedjan av vårdinsatser anpassade efter de dominerande problemen inom terminal vård, hjärt- lungsjukvård, neurologisk sjukvård, urologisk sjukvård, cancer-vård etc. För vart och ett av dessa områden bör man arbeta fram vårdprogram under medverkan av specialist på området i analogi med de vårdprogram som nu utarbetats utan särskild hänsyn till åldringsproblemen för diabetes, hypertoni, gastroenterologi etc. När det gäller terminal vård krävs kunskaper om läkemedel för symptomatisk behandling, vilket framför allt demonstrerats (Saunders, 1978) när det gäller terminal cancervård. Den terminala kardiovaskulära vården som representerar 3/4 av dem som avlider har ej varit föremål för motsvarande utredning rörande läkemedelsanvändning.

Hemsjukvård, vård på ålderdomshem och på det lokala sjukhemmet kommer att vara delar av primärvården och därmed uppgifter för distriktsläkarna. Långvårdsenheternas uppgifter blir desamma som övriga kliniska enheters, dvs för konsultationer rörande vård, rehabilitering etc med tonvikt på geriatrisk medicin. Redan ingår långvårdsmedicin i utbildningen till allmänläkare men utbildning i form av NLV-kurs i långvård vid vårdcentralen saknas.

Det pågående projektets resultat är här bakgrund för sådan utbildning. Tillkomsten i Dalby av ett lokalt sjukhem anknutet till ålderdomshem och vårdcentral skulle spela stor roll för att demonstrera hur långvårdsmedicin integreras i primärvården och i

distriktsläkarnas arbete. Utbildning av annari personal för åldringssjukvård dvs personal i hemsjukvård och sjukvård på ålderdomshem har i annat sammanhang diskuterats. Sådan utbildning bör för varje primärvårdsområde ske inom områdets egna enheter. Den som skall arbeta exempelvis inom hemsjukvården, bör ha tjänstgjort vid vårdcentralen, på det lokala sjukhemmet och på ålderdomshemmet inom sitt delområde av primärvårdsdistriktet. Härigenom känner man varandra och vet vilka resurser som kan mobiliseras. För hemsjukvårdare skulle en sådan utbildning kunna genomföras på ett år – tre månader på vårdcentralen, tre månader på lokalt sjukhem, tre månader på ålderdomshem och tre månader i hemsjukvård under handledning. Den som har utbildning som hemsamarit skulle på så vis kunna få sin utbildning kompletterad och därmed ta sjukvårdsansvar i samverkan med områdets distriktsköterskor. Fullt genomfört skulle ett sådant program reducera behovet av långvårdsplatser och motsvara den form av "närsvård" som den nya hälso- och sjukvårdslagen betonar.

Hälsoundersökningar av pensionärer

Utgångsmaterialet kommer att vara de som dött. Deras undersökningsdata kommer att ställas samman och analyseras så detaljerat som möjligt för att fastställa orsaken till avvikelser från det normala för hela gruppen. Avvikelsema måste bli utgångspunkt för de undersökningar som bör inkluderas i hälsokontroll av äldre. Även om all erfarenhet hittills talar för att allmänna hälsoundersökningar har begränsade möjligheter att leda till åtgärder som kan förebygga allvarliga sjukdomar, är det skäl att detaljgranska materialet retrospektivt. Genom de undersökningsresultat som föreligger kommer en sådan retrospektiv analys att ha ett underlag som motsvarar vad man disponerar vid en prospektiv studie dvs en prospektiv studie där man har facit.

Marmot har i en WHO Bullentin 1979 understrukit skillnaden i risk uttryckt som en definierad riskfaktor för individer och i en befolkning "When it comes to studies of individuals within a single population there is a paradox. Such studies have consistently failed to detect a relationship between an individual's intake of saturated fat and his level of plasma cholesterol or his risk of coronary heart disease". Målet för en hälsoundersökning måste vara dess betydelse för den enskilde individen (Nordén, 1981). Frågan om en särskild mottagning för äldre måste hållas öppen.

Studie av det sociala åldrandet

Resultaten från den första fasen av den sociologiska, psykologiska och ekonomiska studien har tidigare publicerats (Lindberg et al, 1980, Samuelsson, 1981).

Tabell I. Flyttningsfrekvens samt flyttningsbenägenhet mellan 67–76 år.

	67 år N = 150 procent	69 år N = 136 procent	71 år N = 118 procent	73 år N = 117 procent	76 år N = 108 procent
Funderar på att byta bostad	18,0	21,6	18,7	6,0	7,4
Flyttat sedan föregående intervju	13,5	8,1	11,9	4,3	14,8

Under den nya projektperioden 1981/82 kommer deltagarna i undersökningen att närma sig 80 års ålder. De har därmed i ökad utsträckning kommit över i en fas i livet som präglas av sjukdomar och nya sociala problem. För att ytterligare fördjupa våra kunskaper planerar vi att vidga den longitudinella studien av den aktuella undersökningsgruppen. De frågeställningar, som därvid kommer att belysas under den aktuella projektperioden är följande: Vad upplever pensionärerna som väsentligast i livet under denna livsfas, dvs när man passerat 80 år? Hur upplever pensionärerna problemen med avtagande fysiska resurser och sociala förändringar i form av anhörigas bortgång, social isolering, bostadsbyte etc? I vilken omfattning mobiliserar resurser hos pensionärerna själva och i omgivningen? Hur vill pensionärerna att samhällets vårdinsatser skall vara utformade? Denna intervjuomgång kommer även att fungera som en pilotstudie för att ge erfarenheter till en studie av äldre hemsjukvårdspatienter och presumtiva sådana i Dalbydistriktet. Denna del av studien bör ses som en integrerad del i det arbete som pågår vid vårdcentralen på att förbättra hemsjukvården inom distriktet. Kunskaper och erfarenheter från åldringsstudien kan därmed kanaliseras och prövas direkt i praktisk vårdverksamhet.

Flyttningsmönster bland samtliga pensionärer i Dalbydistriktet

Inom migrationsforskningen är det ett vanligt påpekande att de äldre har låg flyttningsfrekvens (Peterson, 1969, Pensionär -75, SOU 1977:98). I den första undersökningsomgången i vår pensionärsstudie fann vi emellertid att varannan person skiftat bostad mellan 57 och 67 år. De nedan redovisade flyttningarna mellan 67–76 år visar även på en överraskande hög rörlighet.

Den vanliga uppfattningen om de äldres låga flyttningsfrekvens kan sannolikt förklaras av att man inom migrationsforskningen vanligtvis inte specialstuderat de äldre åldersgrupperna och dessutom att man enbart studerat flyttningar över kommuneller församlingsgränser och inte studerat flyttningar inom dessa områden. Enligt våra preliminära erfarenheter från pensionärsstudien flyttar de äldre som regel inom ett snävt område och inom den egna kommundelen. För att ytterligare fördjupa kunskaperna om flyttningsrörelser, flyttningsmotiv, vilka grupper det är som flyttar, vart man flyttar, till vilken typ av bostad etc, kommer vi att analysera ett longi-

tudinellt material från Dalby-distriktet som samlats in från 1971 om samtliga personer födda mellan 1875 och 1905. Detta material kommer från Länsstyrelsens datasektion, där man varje vecka gör utdrag i form av personavier från CFU-registret med uppgifter bla om flyttningar, dödsfall, civilståndsförändringar m.m. Vi har samlat dessa personavier från 1971 och under hela perioden fram till idag och insamlingen fortsätter kontinuerligt i framtiden. Med hjälp av detta material kan vi följa förändringarna för varje individ under en tioårsperiod.

Vanligtvis då man studerar flyttningsrörelser används tvärsnittdata medan vårt aktuella material från CFU-registret alltså möjliggör att vi kan följa samma individer, totalt cirka 1350, under snart en tioårsperiod.

I en tidigare redovisad analys fann vi att den högsta flyttningsintensiteten förekom i åldern 16–30 för att senare successivt minska fram till 67-årsåldern. Därefter stiger emellertid flyttningsfrekvensen åter under den följande tioårsperioden till i närheten av flyttningsfrekvensen för medelåldersgrupperna.

En första analys ur det ovan nämnda CFU-materialet har gjorts. Analysen gäller samtliga personer som år 1971 var mellan 70 och 97 år (N= 316) i Genarps förutvarande kommun. Detta material visar flyttningsmönstret i ålderskohorterna födda under åren 1874–1901.

Av tabellen framgår att flyttningsfrekvensen för alla de fem ålderskohorterna över 70 år är högre än de tidigare nämnda frekvenserna för gruppen 45–60 år (0,04) och 61–67 år (0,02). Det bör även här påpekas att flyttningsfrekvenserna i kohorterna över 80 år är klart *underregistrerade* i CFU-statistiken, eftersom flertalet pensionärer inte mantalskriver sig på ålderdomshem eller sjukhem då de flyttar dit.

Vid en kontroll av CFU-uppgifterna för åldersgruppen 90–97 år hos ålderdomshemsföreståndaren i Genarp framkom en kraftig underregistrering – endast två av 12 flyttningar till ålderdomshemmet hade registrerats i CFU-statistiken. För man in dessa flyttningar i statistiken får man en flyttningsfrekvens på 0,37 per levnadsår, en frekvens som vida överstiger siffrorna för åldersgruppen 16–30 år. Den här underregistreringen förekommer sannolikt även i de andra femårskohorterna. Flyttningen mellan ålderdomshem och sjukhem ger som regel inte heller utslag i CFU-statistiken. I en fortsatt flyttningsanalys av samtliga

Tabell II. Flyttningsfrekvens bland samtliga pensionärer 70 år och äldre (N= 316) i kommundelen Genarp under perioden 1971–1979.

Levnadsår år 1971	Totala antalet flyttningstillf	Totala antalet levnadsår	Flyttningstillf per levnadsår
70–74 år (N= 123)	41	756	0,05
75–79 år (N= 93)	35	568	0,06
80–84 år (N= 53)	18	262	0,07
85–89 år (N= 31)	6	119	0,05
90– (N= 16)	2 (12) ^{a)}	32	0,06 (0,37) ^{a)}

a) Frekvenserna inom parentes inkluderar de icke registrerade flyttningarna till ålderdomshem.

pensionärer i Dalbydistriktet kommer denna underregistrering att speciellt studeras.

Denna totalstudie blir av speciell betydelse eftersom vi även har goda kunskaper om den lokala samhällsmiljön och därmed möjlighet att studera sambandet mellan samhällsstrukturen och de individanknutna flyttningsrörelserna. I sammanhanget bör nämnas att det är huvudsakligen statistiskt material som finns insamlat för Dalbydistriktets totala pensionärspopulation och dess flyttningsrörelser. Dessutom har vi ett bandinspelat intervju-material med pensionärernas syn på att bo kvar i "den invanda miljön" samt intervjufrågor om flyttningsmotiv och upplevda problem i samband med flyttningar.

Äldres kulturella förankring

Inom det tvärvetenskapliga projektet *De äldre i samhället – förr, nu och i framtiden* bedrivs ett delprojekt rörande kulturella faktorer som inverkan på det individuella åldrandet. Samhället har förändrats på ett sådant sätt att människor fått allt svårare att överblicka sin situation och därmed att identifiera sig med och engagera sig i den kultur de ingår i. Problematiken behandlas i uppsatsen *Ålderdom och engagemang i ett föränderligt samhälle* av Elisabeth Andréasson (Historiska institutionen, 1981, stencil). Det är möjligt att genom historisk forskning påvisa förändringar i individers och grupper möjligheter att kulturellt förankras i det omgivande samhället. Det framstår emellertid som ytterst angeläget att empiriskt pröva om en sådan förankring har någon påvisbar betydelse för den åldrande individens välbefinnande. Det är i detta sammanhang som resurserna vid Dalby vårdcentral och dess forskningsavdelning erbjuder intressanta möjligheter.

En empirisk undersökning rörande pensionärer i Dalby kommun planeras därför enligt följande riktlinjer:

1. Hösten 1981 genomföres en intervju/enkät-undersökning av utvalda grupper av pensionärer i ett nära samarbete med forskningsavdelningen vid Dalby vårdcentral.

2. Om intervju/enkät-undersökningen ger belägg för hypotesen att människors möjligheter att överblicka sin situation och engagera sig i omvärlden kan påverka den åldrande individens välbefinnande kommer en verksamhet

att sättas igång för att försöka förändra de berörda individernas situation i detta avseende. Förmer för sådan verksamhet prövas redan inom projektet *De äldre i samhället – förr, nu och i framtiden* under arbetsnamnet Kulturell intervention.

De äldres syn på trygghetsfrågor

Inom socialpolitiken finns en generell målsättning att genom olika insatser skapa trygghet för de äldre. Trygghet är dock ett mycket mångtydigt begrepp och som för tex äldre människor sannolikt har varierande innebörd och betydelse.

I samband med den tredje undersökningsomgången 1902 och 1903 års pensionärer i Dalbydistriktet genomfördes bandinspelade intervjuer om bla pensionärernas syn på trygghetsfrågor. Detta material kommer att analyseras och även relateras till den socialpolitiska strukturen som råder i distriktet. I analysen kommer även resultaten att integreras med det ekonomiska, medicinska och psykologiska datamaterial som redan samlats in.

I samband med den sjätte undersökningsomgången intervjuades 47 pensionärer födda 1902 varvid bla ställdes frågor om vad trygghet innebär för dem idag – vilka möjligheter de har att få hjälp i en uppkommen situation. Därvid framkom bla att;

32 pensionärer kände en viss trygghet då de kunde få tillfällig hjälp av barn, anhörig eller granne.

5 pensionärer bodde hos sina barn eller mycket nära intill varandra.

3 pensionärer bodde på ålderdomshem.

8 hushåll har hemsamarithjälp.

Referenser

BORGSTRÖM, B., NORDÉN, Å., ÅKESON, B., ABDULLA, M. och JÄGERSTAD, M.: Nutrition and Old Age. Scand J Gastroenterol 14, Suppl 52, 1979

BROWN, S.M.: The use of epidemiological data in the assessment of cancer risk. J Environmental Pathology and Toxicology, 4–2, 3: 573, 1980.

ESSEN-MÖLLER, E.: Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Acta Psych & Neurol Scand Suppl 100, 1956.

GOTTFRIES, C.G., AXELSSON, B. & TIBBLIN, G.: Institutionsvårdade äldre människor i Västerbottens län – åldersdemens och vårdtyngd. Umeå univ. Spris's utredningsbank reg nr 2181.

GRÖNLUND, O.: Pehr Wargentir och befolkningsstatistiken. P.A. Norstedt & Söner, Stockholm, 1946.

HAGNELL, O., LANKE, J., RORSMAN, B. och ÖJESJÖ, L.: Frekvensen åldersdemen-ser i en befolkning. Socialstyrelsens symposium 24–25 jan. 1980.

HÄLSOUNDERSÖKNING av 69-åringar i Stockholms kommun, 1974. Socialstyrelsen redovisar, 1977:13.

LIEBERG, M.: Disablement investigation – a sociological study of the social situation of the disabled in a local community. Int J Rehab Res 2: 237, 1979.

LINDBERG, B., NORDÉN, Å., NYBERG, P., SAMUELSSON, G.: "Var ålder har sin fördel." Studentlitteratur, Lund, 1980.

MARMOT, M.G.: Epidemiological basis for the prevention of coronary heart disease. Bull World Health Org. 57:331, 1979.

NILSSON, B., PRINTZ, A. och SWAHN, K.: Gammal i Dalby. Tankar kring livets slut – intervjuer med några pensionärer och deras anhöriga. Uppsats vid Statsvetensk Inst Lund, 1979.

NORDÉN, Å.: Allmän hälsokontroll av äldre. I *Kan vi fördröja åldrandet?* Red Carl Ström och Yngve Zotterman. Vadstena Affärstryck, 1981, p 173.

PENSIONÄR -75. En kartläggning med framtidsaspekter, SOU 1977:98, Stockholm, 1978.

PERO, R.W., och NORDÉN, Å.: Mutagen sensitivity in peripheral lymphocytes as a risk indicator. Environmental research 24: 409, 1980.

PETERSON, W.: Population. Mac Milland, Ohio, 1969.

SAMUELSSON, G.: Dagens pensionärer – sekelskiftets barn. Akademisk avhandling, Lund, 1981.

SAUNDERS, C.: The management of terminal disease. Edward Arnold, London, 1978.

STEEN, B.: Kommunikation och kommunikationssvårigheter hos äldre – biologiska och medicinska aspekter. Gummessons Tryckeri AB, Falköping, 1978.

SVANBORG, A.: The gerontological and geriatric population study in Göteborg, Sweden, Acta Med Scand Suppl. 611, 1977

THULIN, TH.: Laboratorievärden hos äldre. Dalbydagarna 1979. Sammanfattning, p 12.

WHITE, TH., och NORDÉN, Å.: Ekg hos äldre. Dalbydagarna 1979. Sammanfattning p 9:

Författarpresentation

Mary-Ann Bengtsson* är assistent vid forskningsavdelningen i Dalby, särskilt knuten till projektet "Prospektiv undersökning av pensionärer födda 1902–1903".

Fil' dr Gillis Samuelsson är forskningsassistent vid forskningsavdelningen i Dalby.

Professor Åke Nordén har varit chef för forskningsavdelningen i Dalby under åren 1968–1981.

Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

180575

Primärvården och institutionsvårdade alkoholmissbrukare

ÅKE ISACSSON · NILSÅKE INGVARSSON · ÅKE NORDÉN

Vid utveckling av vårdprogram för alkoholmissbrukare vid vårdcentralen har det varit tämligen enkelt att genom fördjupad samverkan med socialvård, försäkringskassa och arbetsvård komma i kontakt med med det traditionella alkoholmissbrukarklientelet som redan är eller är på väg att bli utslaget. Dessa grupper har genom vårdprogrammet kunnat erbjudas en kontinuerlig personlighetsförstärkande kontakt med primärvården.

När man nu över landet bygger ut primärvården bör man i varje kommun ta tillfället i akt att i samverkan med socialtjänsten utveckla program för tidig upptäckt av och prevention av alkoholmissbrukare.

Då primärvården inte har någon barlast av formell social kontroll bör man utnyttja möjligheten att i tidiga skeden erbjuda en regelbunden kontakt och demonstrera att hälsoparametrar kan förbättras om missbruket upphör.

Nyckelord: Alkoholmissbruk, primärvård, Dalby.

Primärvården och institutionsvårdade alkoholmissbrukare

Under hela 70-talet har det förts en diskussion om tvång och frivillighet inom nykterhetsvården. Det har ifrågasatts om inte denna diskussion påverkat urvalet av patienter till den slutna nykterhetsvården och medverkat till färre tvångsomhändertaganden.

I samband med att ett vårdprogram för alkoholmissbrukare utvecklats vid

vårdcentralen har en intensifierad kontakt etablerats med nykterhetsvårdsanstalten Holma-Karlsvik. Denna är en erkänd anstalt under huvudmannaskap av Lunds stifts prästers nykterhets- och diakoniförbund, med 109 vårdplatser uppdelade på två anstalter. I vårdprogrammet har man utgått ifrån att Holma-Karlsvik är den slutna sekundära enheten, som behövs för att ta hand om speciella problem i analogi med organisationsmönstret inom sjukvården.

De frågor vi ställt beträffande den slutna nykterhetsvården rör den traditionella vårdens funktion i samhället och dess effekter på patienterna.

Vilka kategorier av patienter vårdas då på dess anstalter? Vilket vårdinnehåll söker man förmedla till patienterna? Vilken värdeeffekt uppnår man på lång och kort sikt? Kan ett samspel mellan öppen och sluten nykterhetsvård förändra institutionens roll? – från en förvaringsplats för recidiventer till ett aktivt och nödvändigt instrument i en rehabilitering av svåra alkoholmissbrukare.

Vi ställer oss då först frågan – vad krävs för att hamna på anstalt – och utgår från två beskrivningssätt.

1. Juridisk teknisk
2. Beskrivning av patienternas socioekonomiska bakgrund.

Hemfallenhet åt alkoholmissbruk öppnar möjlighet för sociala myndigheter att i enlighet med nykterhetsvårdslagen vidta åtgärder även utan klientens samtycke. Åtgärder såsom övervakning, föreskrifter om att inte dricka alkohol, ta antabus od och i sista stund ansöka om resolution för intagning på vårdanstalt för alkoholmissbrukare.

Reglerna som ligger till grund för samhällets ingripande som ovan beskrivits har i sin ursprungliga utformning åtskilliga år på nacken. Åtskilligt i nu gällande lag räknar sitt ursprung till 1913 års alkoholistlag. Där dras riktlinjerna för systemet upp och redan då anges det rehabiliterande syftet. Frågan uppstår huruvida samhället har andra mål med nykterhetsvården än att ge vård som skapar förutsättning för ett fortsatt nyktert leverne och vad en sådan målsättning innehåller, utöver att skapa förutsättningar för självförsörjning.

I olika sammanhang räknar man med att cirka 10 procent av den manliga befolkningen över 20 år har alkoholproblem i varierande omfattning (Hagnell och Tunving, APU). I våra pågående undersökningar rörande alkoholmissbruk visar det sig att i vårt distrikt kommer 0,9 procent av männen över 20 år i kontakt med nykterhetsvården. En något större andel generellt i riket. Mot bakgrund av problemets omfattning är det uppenbart att nykterhetsvården kommer i kontakt med en utomordentligt liten del av de potentiella klienterna. En stor grupp alkoholister vårdas inom den psykiatriska sjukvården. År 1973 utskrevs 33 700 patienter med alkoholdiagnos från den psykiatriska sjukvården.

Patienter på nykterhetsvårdsanstalt

Materialet grundar sig på en intervjuundersökning, som genomförs på Holma-Karlsvik. Varje nyinskriven patient intervjuas av assistentpersonal på anstalten efter ett fastställt formulär innehållande öppna och bundna svarsalternativ. Frågeformuläret innefattar frågor om social bakgrund, kriminalitet, alkoholkarriär, attityder till olika livssituationer, alkohol, nykterhetsvård m.m. Frågeformuläret innehåller 100 frågor och en intervju tar cirka 2–3 timmar att genomföra.

I denna artikel redovisas material från 44 intervjuer – av dessa har 13 intervjupersoner inte medverkat i undersökningen.

I materialet ingår 38 män och 6 kvinnor. Sju intervjupersoner har yrkesutbildning, 2 har teoretisk utbildning utöver grundskola (realskola). 5 personer är gifta, varav 1 kvinna. Sjutton personer är fränskilda (4 kvinnor), resterande 11 är ogifta.

Av de 38 männen i undersökningen är nio frikallade från militärtjänstgöring. Nio av männen har AMS-arbete och sju har förtidspension, således något färre än hälften som står utanför den reguljära arbetsmarknaden. Endast en av männen har tjänstemannayrke. Mönstret skiljer sig inte beträffande kvinnorna.

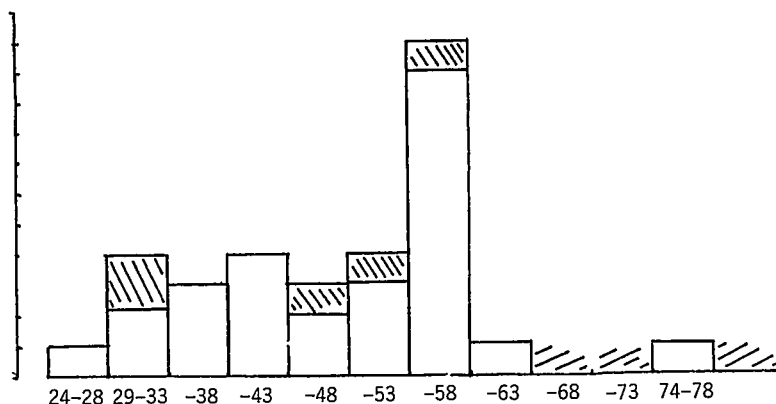
Vid intagningstillfället då intervjuerna genomfördes kan konstateras att patientgruppen som helhet tillhör gruppen utbildade arbetare med svag arbetsmarknadskontakt. Är det ett

Figur 1

Antal

Deltagargrupp

N = 31



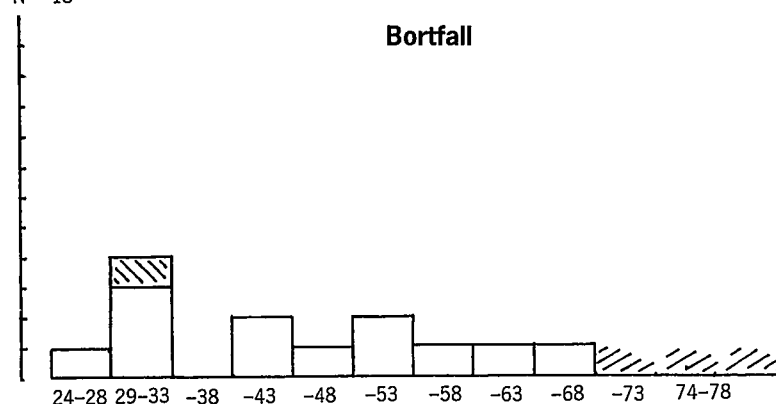
Figur 2

kvinnor

Antal

N = 13

Bortfall



genomgående mönster att nykterhetsvårdanstaltens patienter rekryteras från ett socio-ekonomiskt svagt klientel, eller finns det en nedåtgående social karriär i bakgrunden, där anstaltsvistelsen utgör slutstationen? En noggrann bearbetning av intervjuerna kommer att ge anvisning om vilket slag av patienter som rekryteras till anstaltarna.

Materialet är således ännu så länge litet, och i denna artikel redovisas endast översiktlig bearbetning av intervjumaterialet.

Bortfallet består dels av patienter som vägrat delta i intervjuundersökningen och dels av patienter som avvikit från nykterhetsvårdsanstalten innan intervjun genomförts. Uppgifter om dessa patienter har hämtats från nykterhetsvårdsanstaltens behandlingsjournaler.

I materialet ingår sex kvinnor. På senare år har ett ökat antal kvinnor varit inskrivna på vårdanstalt för alkoholmissbrukare. I regel förekommer numera kvinnor och män på samma anstalt. Tidigare rekryterade alkoholistanstaltarna företrädesvis äldre och medelålders män. Det förhållandet har nu förändrats så att åtskilliga yngre

både män och kvinnor, ofta blandmissbrukare, förekommer på anstaltarna.

Patienterna har uteslutande manuell yrken, i övervägande grad yrken som inte ställer krav på yrkesutbildning. De flesta patienterna har en brokig yrkesbakgrund med många anställningar. I stor omfattning förekommer tidigare anställningar inom sjöfarts- och restaurangnäringarna.

Skillnaden mellan frivillig ingång och tvångsintagning är ofta subtil. Många patienter är för sitt uppehålle beroende av myndigheterna och medverkar under dessa förutsättningar kanske till en frivillig ingång på anstalt där man annars skulle motsätta sig anstaltsvård. Vid frivilliggång har anstalten kvarhållningsrätt beträffande patienten för den tid som anstaltsvården omfattar, i regel sex månader.

En stor grupp av nykterhetsvårdsanstaltens patienter är ständigt återkommande. Ofta gäller detta äldre män utan familj eller arbete, där regelbundet återkommande anstaltsvistelse ger rekreation och vila från ett hårt liv med dagligt alkoholmissbruk på hemorten. (Tabell II och III.)

En tredjedel av patientgruppen har kriminell bakgrund, huvudsakligen

egendomsbrottslighet såsom stöld, rån etc. Misshandel förekommer även oftast i samband med alkohol. 12 patienter i deltagargruppen är kriminellt belastade utöver fylleriförseelser.

I deltagargruppen är 11 patienter (varav 3 kvinnor) från landsbygd, 10 från stad och 10 patienter (varav 2 kvinnor) från storstad. Bortfallsgruppen har liknande fördelning. Landsbygdspatienter är således överrepresenterade i jämförelse med befolkningstalen.

Vi har antagit att man skulle kunna observera en minskande tolerans mot avvikare från landsbygd över stad till storstad. Denna minskade tolerans skulle få ett uttryck bl a i en minskad frekvens av tvångsomhändertagande beträffande storstadspatienterna. Antalet tvångsomhändertagande är emellertid för litet för att medge denna slutsats och övriga data har inte stödats med avseende på denna frågeställning. Dock är endast en av sex tvångsomhändertagna från storstad.

Diskussion

Vi har översiktligt studerat sociala bakgrundsdata hämtade från intervjuer respektive inskrivningshandlingar beträffande 44 patienter inskrivna vid nykterhetsvårdsanstalt. Denna

Tabell I

Intagningsform

	Deltagar- grupp	Bortfalls- grupp
	N = 31	N = 13
Frivilligt intagen	28	10
Tvångsintagning	3	3

Tabell II

Antalet intagning på nykterhetsvårdsanstalt

Deltagargrupp N = 31		Bortfall N = 13	
9 st	1 gång	4 st	1 gång
6 "	2 "	4 "	2 "
6 "	3 "	2 "	3 "
2 "	4 "	1 "	6 "
2 "	5 "	2 "	8 "
1 "	6 "	13	
2 "	7 "		
1 "	9 "		
1 "	11 "		
1 "	19 "		
31 st			

Tabell III

Vårdtillfällen hos annan vårdgivare

	Deltagar- grupp N = 31	Bortfalls- grupp N = 13
Intagna på psykiatrisk klinik	12 st	9 st
Intagna på alkohol- poliklinik	7 "	2 "

grupp består till övervägande del av män med en svag kontakt med arbetsmarknaden, dålig utbildning och ett genombrutet socialt nätverk. Gruppen har som helhet en relativt stor kriminell belastning. Frågan huruvida alkoholmissbruket är den primära grunden för samhällets ingripande beträffande dessa patienter ger sig ösökt.

Alkoholmissbruk i förening med oförmågan att följa upp eller leva upp till samhälleliga normer förefaller vara förutsättningen för att etableras bland den grupp människor som blir patienter på nykterhetsvårdsanstalt. Det avvikande beteendet har därvid stor betydelse. Avvikelsen tar sig uttryck som kriminalitet i samband med alkoholmissbruk, fylleri på allmän plats, oförmåga att ta ansvar för egen försörjning etc. Inkörsporsten är kriminalitet eller att man hamnar i situationer som påkallar socialvårdens ingripande.

De patienter som vi behandlat här utgör inte den typiska gruppen alkoholister. Anstaltsvården, frivillig eller med tvång, måste trots behandlingsambitionerna i första hand uppfattas som del i samhällets system för påtaglig social kontroll. Den typiske alkoholisten beskrivs ofta vara en medelålders man med familj. Dessa riskerar naturligtvis om alkoholmissbruket fortsätter att rekryteras till den grupp vi behandlat, om familj eller arbete försvinner ur bilden.

Vad kan primärvården göra för dessa patienter? Gruppen utslagna eller de som är på väg att förlora sin sociala förankring är lätt att komma i kontakt med genom samarbete med socialvården. Den grupp individer, som befinner sig i riskzonen men som har intakta sociala relationer och är kvar på arbetsmarknaden är betydligt svårare att nå bla därför att den organisation som vi har för behandling av alkoholproblem inrymmer så mycket av social kontroll och repression. Att på ett påtagligt sätt komma i kontakt med denna organisation innebär en stämpling såsom avvikare. Vistelse på nykterhetsvårdsanstalt innebär även med all sannolikhet en stark påverkan på patienten att identifiera sig såsom alkoholist-avvikare, vilket medför ett fjärmande från förhärskande sociala normer. Primärvården med sin breda kontaktyta mot befolkningen har en stor och betydelsefull uppgift i att bygga upp vårdprogram, som är neutrala och inte socialt stämplande för denna kategori patienter. Detta är en lång och svår väg som ställer krav på förändring av attityder till alkoholmissbruk hos primärvårdens personal och omprioritering av resurser till detta område.

Nya instrument och en ny vaksamhet för att upptäcka alkoholmissbruk såsom en faktor bakom allehanda krämpor måste utvecklas. Innehållet i vårdprogram för alkoholmissbrukare skall bygga på en samordning av redan befintliga resurser inom sjukvård,

socialvård, arbetsvård och försäkringskassa. Samordningsansvaret för insatserna skall ligga hos vårdcentralen som svarar för kontinuitet och uppföljning och att ett rehabiliterande, personlighetsförstärkande synsätt dominerar de insatser som vårdprogrammet förmedlar.

Vid vårdcentralen har utvecklats ett vårdprogram för alkoholmissbrukare (Spri 1980). Vårdprogrammet bygger på förutsättningen att alkoholmissbrukaren behöver en kontinuerlig ev livslång kontakt med vårdcentralen. Intensiteten i kontakten bestäms av patientens behov. För närvarande är 32 patienter inskrivna i vårdprogrammet. Huvuddelen av dessa kommer från socialvården. Socialvårdsgruppen innefattar dels yngre missbrukare, som har haft svårigheter att bli etablerade på arbetsmarknaden, delvis utan yrkesutbildning, dels gruppen etablerade missbrukare vars bakgrund i stort överensstämmer med anstaltspatienternas. Den förstnämnda gruppen löper en påtaglig risk att bli etablerade missbrukare.

En tredje grupp har rekryterats från sjukvården och skiljer sig från de övriga delgrupperna, de har intakta sociala relationer och arbete. Ingen i denna grupp är känd av socialvården.

Någon jämförelse mellan grupperna beträffande omfattningen av alkoholmissbruk, alkoholskador, skillnader i social bakgrund mm har ännu inte utförts.

Beträffande patienterna i vårdprogrammet söker man aktivera framför allt den lokala reha-gruppen för att åstadkomma en bättre kontakt med arbetsmarknaden. Vägen dit måste ofta gå över utbildning, deltagande i behandlingskollektiv och liknande, som gör det möjligt för patienten att förändra sin uppfattning om sig själv och inte längre betrakta sig själv såsom avvikare.

Vårdprogrammets innehåll och de förutsättningar som det bygger på behandlas i särskild artikel i denna tidskrift.

Referenser

- BRAMSTÅNG, G: Missbruk och hemfällighet, Stockholm, 1975.
- BRUUN, K: Alkohol i Norden, Stockholm, 1973.
- GASSLANDER, ÖSTERGREN: Samhällets nykterhetsvård, Stockholm, 1975.
- GUSFIELD, JR: Moral Passage: The Symbolic Process in Public Designations of Deviance, Social Problems. 175, 1967.
- The prevention of drinking problems. I Filstead, WI Rossi, JJ and Keller, Meds. Alcohol: and Alcohol: Problems: New Thinking and New Directions. Cambridge Mass Ballinger, 1976, pp 267–291.
- HAGNELL, O: A Prospective Study of the Incidence of mental Disorder, Stockholm, 1975.
- NIAAA Research Monograph No 3/Normative Approaches to the Prevention of Alcohol Abuse and Alcoholism. DHEW Publication No 79-847, 1980.

PARTANEN, J; BRUUN, K; MARKANEN, T: Inheritance of drinking behavior. The finish Foundation of Alcohol Studies, Helsinki, 1966.

SOU 1974:39: Socialvårdens mål och medel.

– 1974: 90–93: Alkoholpolitik

– 1977: 40: Socialtjänst mm.

– 1981: 7: Lag om vård av missbrukare i vissa fall.

SPRI: Rapport 46:198. Primärvård – läns-sjukvård.

Sveriges Officiella Statistik: Socialvården, 1976.

Författarpresentation

Åke Isacson är jurist och administrativ chef vid forskningsavdelningen vid vårdcentralen i Dalby.*

Nils-Åke Ingvarsson är socionom och forskningsassistent vid vårdcentralen i Dalby.

Åke Nordén är professor och har varit chef för forsknings- och utbildningsverksamheten vid vårdcentralen i Dalby under åren 1968–1981.

Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

ABC 5716

Omhändertagande av alkoholmissbrukare i primärvården

NILSÅKE INGVARSSON · ÅKE ISACSSON · ÅKE NORDÉN

Alkoholistvården är en uppgift för vårdcentralen på samma sätt som andra kroniska sjukdomar. De sociala komplikationerna är mera framträdande än vid diabetes och reumatoid artrit men det är samma andas barn ur vårdideologisk synpunkt. Liksom diabetes och reumatoid artrit är alkoholism ett försummat och lågprioriterat område. Det är vår uppgift att tillse att det blir en bättre sakernas ordning.

Nyckelord: Alkoholmissbruk, vårdprogram, primärvård, Dalby.

Tio procent av den manliga befolkningen anses ha alkoholproblem. Den som har alkoholproblem drabbas oftare än andra av sjukdom. Det torde innebära att missbruksproblematiken finns i stor utsträckning inom sjukvården över huvud taget men särskilt inom primärvården. Som alltid är tidig upptäckt viktig vid kroniska sjukdomstillstånd. Primärvården som känner patienten, hans familj, förhållandena på arbetsplatsen, har enligt vår uppfattning långt större förutsättningar att upptäcka alkoholmissbruk än sjukhuset långt borta och utan möjlighet till en riktad uppsökande verksamhet. Avgörande blir distriktsläkarens kunskaper och diagnostiska teknik.

1. När skall man tänka på alkohol som en patogenetisk faktor?

I ett förslag till vårdprogram för alkoholistvården vid en vårdcentral har vi gett följande exempel på hur lömskt det kan vara:

En 40-årig man söker för hudförändringar. Man finner typisk impetigo och behandlar med penicillin. Symptomen försvinner men han kommer inte i arbete, klagar över ont i lederna. Efter sex veckor är han fortfarande sjukskriven. Hustrun rapporterar att han har svåra smärtor i maggropen och att endast sprit hjälper. Vid nästa undersökning luktar han sprit, har ödem i ansiktet, blodtryck 145/100 och korniga cylindrar i urinen.

För att utesluta en impetigo-glomerulonefrit remitteras han till njurkliniken, som finner normala förhållanden och skickar honom tillbaka. Under tiden har man fått svar på de lab-prov som togs med anledning av alkoholanamnesen: SR 10, Hb 152, Trombocyter 220, Bil 7, S-ALP 3,2, GT 22,2 ASAT 2,0, ALAT 1,2. Han har alltså ett extremt högt GT och lätt förhöjt ASAT-ALAT. Han informeras och slutar prompt men insjuknar i delirium tremens, dvs är en avancerad alkoholist.

Kunde detta förutses? Hustruns uppgift var avgörande för diagnosen. Blodtrycket var förhöjt på det sätt vi ofta ser vid alkoholmissbruk, dvs med en diastolisk hypertoni och ett normalt systoliskt tryck men hade god anledning ha en glomerulonefrit. Impetigo hör hemma i barnåldern och inte i 40-årsåldern. Man kan vara efterklok och säga att när det inte stämmer kanske ett leverstatus är motiverat.

I flertalet studier finner man inom gruppen essentiell hypertoni ett patologiskt leverstatus i en tredjedel av alla fall med stark misstanke om att alkohol är en väsentlig faktor i patogenesen (Beevers, 1977).

När vi gick igenom diagnosmönstret i ett material av 32 alkoholister fann vi följande diagnoser i vårdcentralens journaler. Alla hade som synes inte fått diagnosen alkoholism.

Tabell I

Vanliga diagnoser bland 32 alkoholister i primärvården

Alkoholism	21
Lumbago	14
Hypertoni	11
Bronkit	9
Gastrit	9
Influenza	6
Tonsillit	6
Neuros	5
Krisreaktion	5
Otit	4
Otosalpingit	3
Bursit	3
Hernia	3
Myalgi	3
Lymfangit	3
Polyneuropati	3
Patol leverprov	3

Tonsillit, otiter och otosalpingiter bland män i 30-40-årsåldern är ett ut-

tryck för det defekta infektionsförsvaret som följer med alkoholmissbruk (Kanagasundaram och Leevy, 1981.)

2. Hur känner vi igen missbrukaren?

Ofta känner vi inte igen honom förrän just i efterskott:

- 42-årig järnarbetare
1971: nackmyalgi
1972: tendovaginit
1975: torticollis, ÖLI, vulnus, nackmyalgi
1976: influensa, FK-intyg från första sjukdagen, etylism, etylism, etylism.
- 30-årig kylhusarbetare
1968: bronkopneumoni, tonsillit
1969: faryngit, faryngit + psoriasis
1974: hypertoni + alkoholism, epididymit, myalgi
1975: alkoholism, alkoholism, trauma, dermatofytos
1976: dermatofytos, fraktur tå, skada hö-axel, lymfangit
1977: psoriasis, insomni, psykisk reaktion
1978: alkoholism, epilepsia

Täta och långa sjukskrivningar är alltid viktiga symptom. Infektionsbenägenhet, olycksfall, uppfällande psoriasis, epilepsi utan EEG-fokus. Nära samspel med försäkringskassan är viktig och ett ej tillräckligt utnyttjat diagnosinstrument.

c) Har han körkort?

Den som i dagens Sverige, med de regler som gäller, blivit av med sitt körkort på grund av alkoholkonsumtion, är starkt misstänkt för att vara en etablerad missbrukare.

d) Vad söker han för?

Tabell I visar att lumbago i denna serie var ett mycket vanligt symptom. Bronkit är inte bara en följd av stor cigarettkonsumtion – 30 procent av kroniska alkoholister röker inte. Alkohol har visat sig kunna framkalla astma – om det är etanolen eller komponenter i öl, vin eller starksprit är oklart, men sambandet alkohol-astma synes ej vara tillräckligt uppmärksammat.

Gastrit tillhör givetvis de etablerade symptomen, men fullföljs utredningen? – dvs tar man alltid leverstatus innan man ställer diagnosen alkoholgastrit? Gastriten är en följd av den toxiska effekten på ventrikelslemhin-

nan och leder till atrofi med utslagning av parietalceller och intrinsic-faktorproduktion med B₁₂-brist som följd.

Megaloblastisk anemi, orsakat av B₁₂-brist eller folsyrabrist men även högt MCV utan anemi är diagnostiska signaler (Thomson och Majumdar, 1981).

Atypisk enterocolit med förmodad immunologisk bakgrund har särskilt poängterats av Leevy (Kanagasundaram och Leevy, 1981).

Polyneuropati med kanske blandad B₁₂-folsyra-tiaminbrist, känslolöshet i fötterna, gångsvårigheter för givetvis snabbt i tanken på alkoholgenes.

Lever-pancreas-sjukdom är i det blandade klientelet på en vårdcentral ej en framträdande diagnosgrupp.

Krisreaktion i samband med skilsmässa, problem på arbetsplatsen osv, visar sig ofta bli en diagnos där alkoholismen är med, men kanske inte analyseras av hänsyn. Risken är stor att diagnosen förbises.

e) Hur kommer man fram till diagnosen?

e.1) Diagnostik inrymmer anamnes, status och laboratorieundersökning. Man har velat göra gällande att anamnesen inte skulle vara tillförlitlig, men vi måste nog erkänna att vi hittills ägnat en alkoholkonsumtionsanamnes för litet intresse. Var har den sin plats? Det är rimligt att rymma in alkohol i mätvanor, - vad äter du? Vad dricker du till maten - vatten, mjölk, lättöl - folköl - hur många koppar kaffe om dagen, hur ofta starkare saker? Man kan tillämpa kostanamnesens 24-timmars recall eller sista veckans konsumtion och på så vis få in alkoholkonsumtionen i en vanlig anamnes.

Hög cigarrettkonsumtion, dvs mer än 20 cigaretter, är ett indicium, liksom hög analgetikakonsumtion.

Alkoholism har ett ärftligt inslag som man ännu ej identifierat, men det motiverar en noggrann familjeanamnes (Kaj, 1960, Goodwin, 1980).

Specifika frågor är:

1. Har du själv haft en känsla av att du borde minska din spritkonsumtion?
2. Har du retat dig på att utomstående haft synpunkter på dina dryckesvanor?
3. Har du haft självförebåelser över dina dryckesvanor?
4. Har du någonsin druckit sprit på morgonen för att lugna dina nerver?

e.2 Status

Patienten kan både vara överviktig och underviktig som uttryck för alkoholismens blandade effekt som kalorikälla och toxin. Alkohol kan orsaka malabsorption - ge laktasbrist och steatorré och därmed undervikt. Krasse (personligt meddelande, 1981) påpekar att "karies hos unga män kan orsakas av överkonsumtion av sött körbärsvin, flera flaskor om dagen, och ett glas varm punsch på sängkanten

somnar många äldre gott på men de får karies på den sida de somnar."

Noterar vi nytillkommen karies när vi undersöker patienten?

Är det en etablerad alkoholist i abstinensfas med tremor, nervositet, tachycardi, varm och svettig hud kan man få intrycket av en thyreotoxikos - studerar man journaler visar det sig ofta att utredningen riktats in på att utesluta thyreotoxikos. Vid thyreotoxikos har man ej nystagmus. Urtikaria med kräkningar, illamående, diarré har spårats mindre till etanol än till andra komponenter i alkoholdrycker, exempelvis rödvin. (Kanagasundaram och Leevy, 1981). Ett ilsket rodnat svalg, stora tonsiller kan höra till - kliniskt ett imponerande status utanför vad man väntat sig.

Blodtrycket tex 130/90, eller 120/100, i extremfall, är ett observandum som motiverar leverstatus.

Förstorad lever med spiders signalerar givetvis att en etablerad scirrnos kan föreligga. Förstorad lever med feber, leukocytos och ikterus kan vara tecken på alkoholhepatit.

Perifer neurologi kan både visa upp bortfall av reflexer och hyperaktiva reflexer.

e.3)

Vi vill utgå ifrån ett konventionellt laboratoriebatteri och där peka ut prov som kan ge information i alkoholsammanhang:

SR är som regel normal, Hb sänkt om järnbrist (blödning), B₁₂- eller folatbrist föreligger. MCV > 100 kan vara retikulocytos vid hemolytisk anemi, men högt MCV utan anemi är starkt misstänkt för alkoholmissbruk. Leukocytos $12-15 \times 10^9/l$ med patologiska leverprov tyder på alkoholhepatit. Alkoholhepatiten skall hållas särskilt i minnet - vid fortsatt missbruk är risken för cirrhos 80 procent. Trombocytopeni i samband med exposition och trombocytos efteråt, ibland tillsammans med ventrombos, skall väcka misstankar.

Leverstatus, dvs bilirubin, alkalisk fosfat, glutamyltranspeptidas (GT), aspartataminotransferas (ASAT) och alaninaminotransferas (ALAT) ger mest information ur alkoholsynpunkt, om GT ensamt är förhöjt, men starkt förhöjt GT > 3 kat/l drar med sig ASAT-ALAT-stegring. Läkemedel, arbetsmiljö måste uteslutas som orsak till patologiska leverprover samt dessutom leversjukdom. Ett isolerat GT, som man ibland velat föreslå som screening, kan ej användas i diagnostiken. Har patologiskt leverstatus med misstänkt alkoholgenes framkommit, tas upprepade prov under 3-4 veckors abstinens. Normalisering stärker misstankarna. S-Amylas, med separering av saliv och pankreasamylas: kronisk pankreatit ger sänkt pankreasamylas, aktiv pankreatit kan ge övergående stegring.

Blodsocker: alkohol kan orsaka blodsockerstegring och övergående

glykosintolerans, som kan ge intryck av diabetes (Philips & Safrit, 1971). Kombinationen med leverstatus och uppföljning förklarar sambandet med alkohol.

Mjölkligt serum med höga triglycerider och måttligt förhöjt serumkolesterol föranleder alkoholiamnes och alkoholrestriktion samt uppföljning - andra orsaker som dåligt inställt diabetes, njurinsufficiens, nefrotiskt syndrom, hypothyroidism, kolestas etc skall givetvis först uteslutas.

Magnesiumbrist, hypokaliemi är ej ovanliga vid kronisk alkoholism.

Hematuri med korniga cylindrar kan vara tecken på alkoholskada.

3. Vårdprogram

Omhändertagande i ett kontinuerligt system som tar hänsyn till att det kan vara ett livslångt problem förutsätter en flexibel organisation. Den akuta intoxicationen som det gäller att fånga upp så tidigt som möjligt. Den sk avgiftningen som kan genomföras snabbt, inom 1-7 dygn. Den fortsatta eftervården måste ha som mål - snabb beredskap för återgång i arbete. Arbetslöshet, semester och weekendproblem utgör recidivrisk. Vårdcentralen måste här ha intensiv sjukvård-socialvårdssamverkan. Med tillgång till försäkringskassans och arbetsvårdens stöd har vi ytterligare samspelepartners vars insikter kan bli avgörande för patientens framtid. Men vi måste också ha tillgång till somatisk vård, till rehabilitering på nykterhetsvårdsanstalt eller behandlingskollektiv. Fortlöpande kontakt med den egna vårdcentralen skall hållas hela tiden - det är vår patient det gäller. Sedan några år har vi prövat det vårdprogram som finns i Spri:s publikation (1980). Det följer samma principer som Hood & al utarbetat (Bliding & al, 1980).

I Eslöv har man sedan 1976 prövat sociala hemsamariter som arbetar två och två och dels kan utföra hemsamarit arbete men framför allt se till de missbrukare som löper risk att hamna i ett kroniskt tillstånd. Erfarenheterna visar att man kunnat krympa behovet av platser på nykterhetsvårdsanstalter. Vi har sociala hemsamariter på vår önskelista. I Dalby med 20000 invånare och fyra ursprungskommuner, dvs Dalby, Genarp, Veberöd och S Sandby, borde sociala hemsamariter finnas i dessa fyra kommuner i nära samverkan med distriktsläkare, socialsekreterare och distriktsläkare, dvs kommunalens "områdesgrupp".

Utvecklingen fn mot alltför kvinnliga alkoholister, som Lena Dahlgren (1981) understrukt, gör det alldeles speciellt angeläget att det finns en nära kontakt med kvinnor i farozonen och deras hotade ofödda barn (Aronson & al, 1981). Den kvinnliga alkoholisten söker sannolikt inte kontakt, besinnar kanske inte att hon måste för barnets skull undvika alla risker. Vi föreställer oss att de sociala hemsamariterna som

känner sin befolkning är de som bäst kan nå och ta hand om den gravida alkoholisten så att adekvat behandling insättes så snabbt som möjligt.

Referenser

1. ARONSON, M., LARSSON, G., OLE-GÅRD, R. & TUNELL, R.: Konsekvenserna av alkohol som miljöfaktor för det växande fostret och barnet. Läkartidningen 78:789, 1981.
2. BEEVERS, D.G.: Alcohol and hypertension. Lancet II:114, 1977.
3. BLIDING, Å., FEX, G., HOOD, B., KRISTENSSON, H. & TRELL, E.: Uppspårande av alkoholism - GT-testning och uppföljning. Läkartidningen 77:977, 1980.
4. DAHLGREN, L.: Kvinnor och alkoholmissbruket ökar. Läkartidningen 78:786, 1981.
5. GOLDBERG, D.M.: Structural, functional and clinical aspects of glutamyltransfe-

rase. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. CRC Press p 1, 1980.

6. GOODWIN, D.W.: The genetics of alcoholism. Substance and Alcohol Actions. Misuse 1:101, 1980.
7. KAIJ, L.: Alcoholism in twins. Almqvist & Wicksell, Stockholm, 1960.
8. KANAGASUNDARAM, N. & LEEVY, C.M.: Ethanol, immune reactions and the digestive system. Clin Gastroenterol 10:2:295, 1981.
9. KRASSE, B.: personligt meddelande, 1981.
10. PETERSON, B., KRISTENSSON, H., STERNBY, N.H., TRELL, E., FEX, G. & HOOD, B.: Alcohol consumption and premature death in middle-aged men. Brit Med J, June 14, p 1403, 1980.
11. PHILIPS, G.B. & SAFRIT, H.F.: Alcoholic diabetes. Induction of glucose intolerance with alcohol. Jama 217:1513, 1971.

12. RUTHSTEIN, D.D. & WEECH, E.L.: Genetics and addiction to alcohol. New Engl J Med 298:1140, 1980.

13. SPRI: Vårdprogram för alkoholistvården. Vårdcentralen i Dalby. Spri-rapport 46:93, 1980.

14. THOMSON, A.D. & MAJUMDAR, S.K.: The influence of ethanol on intestinal absorption and reutilization of nutrients. Clin Gastroenterol 10:2:263, 1981.

Författarpresentation

Åke Isacsson är jurist och administrativ chef vid forskningsavdelningen vid vårdcentralen i Dalby.*

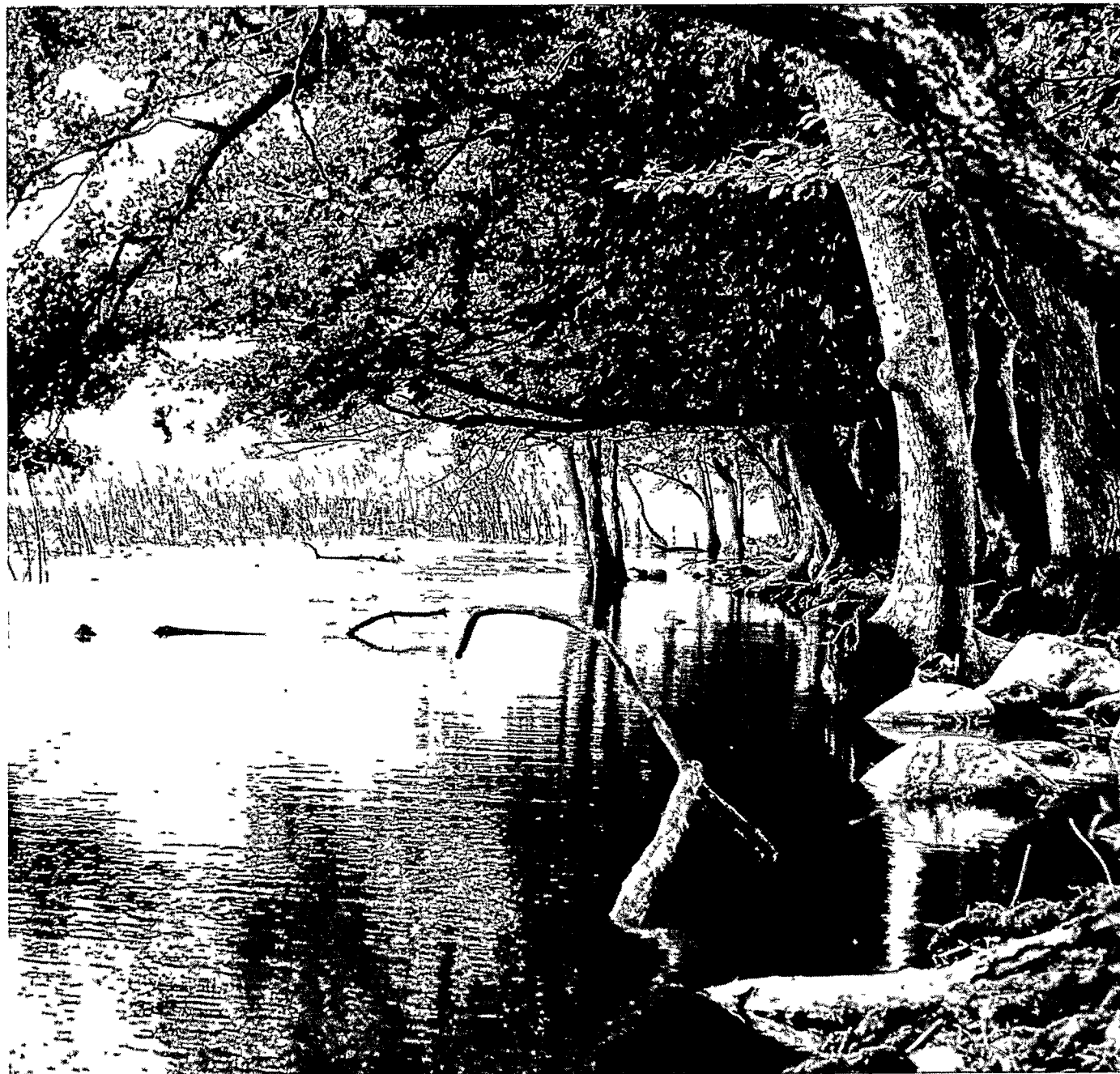
Nils-Åke Ingvarsson är socionom och forskningsassistent vid vårdcentralen i Dalby.

Åke Nordén är professor och har varit chef för forsknings- och utbildningsverksamheten vid vårdcentralen i Dalby under åren 1968-1981.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Häckebergasjön i Dalby-distriktet.

Foto: Göran Ejlertsson.



Forsknings- och utvecklingsarbete inom socialvårdsfältet

ÅKE ISACSSON

Att studera hur den integrerade vårdcentralens resurser transformeras till välfärdskomponenter för befolkningen i betjäningsområdet rymmer betydande metodologiska svårigheter. Forsknings- och utvecklingsarbetet vid vårdcentralen i Dalby omfattar dock på längre sikt en sådan inriktning men omfattar nu forskning kring vårdpolitiskt intressanta grupper såsom alkoholmissbrukare, äldre, handikappade samt barn och ungdom. Gemensam nämnare för dessa grupper är att de har svag förankring i eller står utanför produktionslivet och är mottagare av individuella sociala stödinsatser.

Ett huvudsyfte med denna forskning har varit att med fördjupad kunskap såsom grund medverka till förbättring av individuella hjälpåtgärder, men även att tydliggöra strukturella hinder.

Forskning kring strukturella faktors betydelse för resurs- och problembilden i lokala samhällen och dessa faktors betydelse för grupper och individers levnadsnivå bestämt efter levnadsnivåkomponenter såsom hälsa eller delaktighet kommer att få ökad betydelse. Inte minst såsom underlag för planering av den framtida hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Nyckelord: Samverkan, socialvård-sjukvård.

Från 1972 har olika försök genomförts att skapa ett forskningsprogram inom socialvårdsfältet. Social forskning förekom visserligen tidigare vid vårdcentralen, framför allt inom ramen för 67-årsprojektet och studier av sjukförsäkringens sociala och privatekonomiska effekter vid framför allt långa sjukskrivningar.

Omkring 1972 påbörjades planering för inlemmande av en socialbyrå i hälsovårdscentralen och det föreföll naturligt att följa samma linjer beträffande socialvårdens utveckling som man gjort vid utveckling av sjukvården och forskning i öppen vård vid Dalbystationen.

Målsättningen var att utveckla ett forskningsprogram i nära kontakt med praktiskt utvecklingsarbete, som dels utforskar sociala problem i en befolkning, och dels i utvecklingsarbetet tog tillvara de erfarenheter som vunnits inom sjukvården.

Arbetet bedrevs i stort efter två huvudlinjer:

- a. Samverkan, samordning av vårdresurserna.
- b. Undersökning av och klassificering av sociala problem.

Uppfattningen om sociala problems natur och om hur strukturella faktorer återverkar på de hjälpsökande klienterna i mer precisa termer var osäker och svävande. Krav ställdes alltså på utveckling av hanterbara behandlingsinstrument vid vårdcentralen, på system för värdering av insatser, och behandling, och miljöanknuten forskning, som bidrog till att kasta ljus över sociala problems uppkomst.

Önskemål om utveckling av ett registreringssystem inom socialvården fanns således med tidigt. De ansatser som utförts inom detta område har emellertid aldrig kommit till praktiskt utförande. Frågeställningen är fortfarande aktuell och ett större intresse för utveckling av försök till taxonomi på socialvårdsfältet som kan medverka till erfarenhetsåterföring finns med all sannolikhet nu.

Det praktiska utvecklingsarbetet såsom det kom att utformas syftade till en integrering av sjukvård och socialvård. Grunden var probleminventeringar och kartläggning av samverkansmönstret mellan olika vårdgivare.

På detta grundades försök med olika samverkansmodeller som syftade till dels gemensam handläggning från sjukvårdens och socialvårdens sida, dels att öka informationen om respektive vårdgrens förutsättningar och kunskaper.

Den fortsatta utvecklingen på detta område har medfört utveckling av reha-grupp och områdesgrupper där etablerade kanaler finns för gemensam handläggning.

Områdesgruppen består av en kärngrupp med distriktsläkare, socialsekreterare och distriktssköterska. Gruppen kan vid behov utvidgas med hemvårdsassistent, barnomsorgsassistent, barnmorska, psykiatrisjuksköterska, handikappassistent m.fl. Reumateamet har regelbunden gemensam handläggning med områdesgrupperna.

Det integrativa momentet har efter hand skjutits i bakgrunden och ersatts av samverkan genom concensuslösningar som bygger på ett bibehållet vårdansvar för respektive vårdgren. Denna samverkan har tveklöst påverkat arbetsinnehållet för både sjukvården och socialvården vid vårdcentralen och skapat nya möjligheter i vården för resurssvaga i samhället, även inom stora områden som äldreården.

Någon samlad forskningsinsats beträffande samverkan generellt har emellertid inte fortsatt. Här finns skäl till detta, bristande metodologisk utveckling medför bl.a. att objektivitet av insatserna är svår att uppnå. Området är både för stort och oöverskådligt och individ- och områdesnivån för låg för att etablerade samhällsvetenskapliga metoder skall medge konkret utvärdering av det reformerade arbetssättet.

De fortsatta FOU-insatserna har gällt speciella kategorier, framför allt alkoholmissbrukare, barn och ungdom, äldre och handikappade. Således grupper som helt eller delvis står utanför produktionslivet, och som är mottagare av individinriktade sociala insatser. En huvudinriktning har varit att med fördjupad kunskap såsom grund medverka till förbättring av individuella hjälpåtgärder, men även utforska strukturella hinder. Detta har ibland uttryckts så att vi i socialvårdorienterad forskning väljer ett objekt och inriktning som gynnar resurssvaga grupper i samhället. De äldre och alkoholmissbrukare behandlas på an-

nan plats i denna tidskrift. Barn och ungdom får utgöra exempel på denna inriktning.

Målsättningen var att genom en beskrivning av behov och resurser öka insikten om och förståelsen för barns och ungdomars levnadsbetingelser i en del av upptagningsområdet som präglades av en omfattande inflyttning av framför allt barnfamiljer.

Planerare och beslutsfattare behöver få mer information om positiva och negativa konsekvenser av olika boendemiljöers utformning för att få bättre underlag för beslut som påverkar människors närmiljö.

Kunskapen om positiva och negativa förhållanden i olika boendemiljöer behövde också förbättras för att öka möjligheterna till att mer medvetet kunna välja boendemiljö samt påverka dess utformning.

Huvuddelen av tillgängliga kunskaper om de processer som genererar sociala problem, samt effekterna av olika sociala insatser, emanerar från studier av storstadsmiljöer (tex Östergårdsprojektet, Skärholmen-Vårbergsprojektet, Fagersjöprojektet). Vi vet betydligt mindre om vilka sociala problem som kan uppstå i snabbt expanderande småhusområden och i isolerade landsbygdsmiljöer, även om småhusstudier numera publicerats har dessa varit mer inriktade på kulturella mönster än på sociala problem. Småhusområden av den typ som finns i Dalbydistriktet utgör en relativt ny typ av boendemiljö. De gamla landsbygdsmiljöernas struktur har förändrats genom ändrade produktionsförhållanden. Det är därför angeläget att försöka systematisera socialarbetarnas och sjukvårdspersonalens erfarenheter av sociala problem i boendemiljöer utanför tätorterna. Dessa områden lider ofta av att service såsom barntillsyn mm släpar efter och att det saknas ett utbud av kulturell service. I regel finns få arbetstillfällen och ofta dåligt utbyggda allmänna kommunikationer. En kulturkollision mellan inflyttare och tidigare bofasta har också kunnat observeras. Inflyttarna tar så att säga över många befintliga sociala institutioner i ett samhälle som expanderar alltför snabbt. I distriktet finns flera exempel på snabbt expanderande kommunalar med ett stort antal nyinflyttade barnfamiljer. Det var angeläget att försöka beskriva de sociala konsekvenserna av samhällsförändringen i miljön för barnen och ungdomarna i området.

Som undersökningsenhet valdes barn och ungdomar i åldern 10–16 år. Inom gruppen barn och ungdomar i 10–16-årsåldern har det efter hand utkristalliserats olika "problemgrupper" vilka nu med tillgänglig information förefaller vara relativt stora. Grupperna utgörs av nyinflyttade ungdomar bosatta i nya villaområden, ungdomar vilka bor isolerat på landsbygden, ungdomar i socialt isolerade

familjer, elever med skolproblem samt barn med särskilda behov som varit föremål för insatser från socialvårdande myndigheter. Även problem med vandaliserande ungdomsgång har förekommit vid några tillfällen.

En enkätundersökning som genomfördes bland elever vid en högstadieskola i distriktet samt en låg- och mellanstadieskola visade bl.a. följande:

Utbudet av fritidsaktiviteter är inte tillräckligt differentierat för att kunna tillfredsställa olika gruppers behov. Särskilt saknas någon form av öppen verksamhet som även inriktar sig på att nå den föreningslösa gruppen av ungdomar. Även de ungdomar som är föreningsaktiva, saknar emellertid någon form av öppen verksamhet som komplement. Informationen om det aktivitetsutbud som finns är ofta bristfällig. För de ungdomar som bor på längre avstånd från tätorten försvåras situationen ytterligare genom att denna grupp på grund av att kollektiva transportmedel saknas har svårt att utnyttja utbudet av fritidsaktiviteter.

Olika försök att skapa former för öppen ungdomsverksamhet har genomförts inom forskningsprojektets ram. Tex genom aktivt uppsökande av problemungdomar. Utvecklingsarbetet är numera inriktat på arbete med högstadieungdomar i samarbete med skolan och socialvården. Olika aktionsinsatser riktade mot vandalisering av skolmiljön har vidtagits. Dessa försök syftar till en aktivering och ökat ansvarstagande för den egna miljön och har i stort sett varit mycket framgångsrika. En ökad inriktning på att förebygga droganvändning och alkoholmissbruk hos ungdomar genomförs framför allt genom utveckling och försök med nya pedagogiska hjälpmedel.

Småhusområden med bristande social och kulturell service, som är perifert belägna, kommer sannolikt att i framtiden bli allt mer problemdrabbade. Dessa hus har efterfrågats av relativt resurssvaga hushåll där ökande boendekostnader och ökade kostnader för biltransporter slår hårt. Denna ökade belastning avspeglar sig i ett ökat antal skilsmässor och familjekriser, alkoholproblem som uppenbaras genom att familjer tvingas söka socialhjälp och att familjer tvingas lämna sina hus, då man fått arbete på annat håll och villafastigheten inte kan säljas utan stora förluster. Dessa problem kan observeras och registreras genom vårdcentralens befolkningsregister och journalregister, men där vare sig sjukvården eller den individinriktade socialvården kan göra mycket annat än att genom känsliga registreringsinstrument låta förändringar bli kända.

Arbetslöshetens betydelse för ohälsa och även rent somatiska sjukdomar har uppmärksamats, bl.a. genom Brennerrapporten och kommit att spela en ökande roll i svensk hälso-

och sjukvårdsdebatt. Strukturella faktors betydelse för individuella symptom uppmärksammas alltmera och kommer att få stor betydelse för primärvården och vårdcentralens organisation och distribution av vårdresurser då den nya hälso- och sjukvårdslagen genomförs där ju ett ansvar för bevakning av ovan berörda förhållanden och hälsotillståndet hos befolkningen ges åt primärvården.

Referenser

BERGGREN U, EKDAHL N, ISACSSON Å, RAGNARSSON I: Samverkan sjukvård-socialvård i en vårdcentral. Socialstyrelsen redovisar 1977:3. Liber, Stockholm, 1977.

HS 90. Hälsorisker, en kunskapssammanställning, SOU 1981:1.

LIEBERG M, NYBERG P, SAMUELSSON G, SWEDNER H, VANG B. Samhällsvetenskaplig forskning i öppen vård. Studentlitteratur, Lund, 1978.

PERSOON I: Kvinnor i Klovsholm. Stencil, Socialhögskolan, Lund, 1980.

Författarpresentation

Åke Isacsson är byrådirektör vid forskningsavdelningen, vårdcentralen, Dalby.*

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Reumatikervård – en angelägenhet för primärvården

LEOPOLD RECHT · THOR LITHMAN · BENGT SCHERSTÉN

I Skurups kommun bedrivs reumatikervård som skiljer sig på flera sätt från det traditionella omhändertagandet i primärvården. Man arbetar i team i samarbete med specialist och socialvård och bedriver uppsökande verksamhet och gör planerade hembesök.

Ävsikten med denna studie är att undersöka om verksamheten i Skurup har haft någon central effekt. Kan primärvården avlasta länsjukvård och regionsjukvård genom en bättre planering? För att göra denna bedömning har man jämfört vårdkonsumtionen på länsnivå och regionsnivå för patienter med kronisk artrit från Skurup och Sjöbo kommuner under året 1979. Man jämför alltså patienter med reumatoid artrit som behandlas enligt Skurupsmodellen med en annan grupp patienter där man bedriver traditionell reumatikervård inom primärvården.

Nyckelord: Led- och muskelsjukdomar, reumatiska sjukdomar, vårdutnyttjande, vårdprogram, primärvård.

Bakgrund

Enligt socialstyrelsens intentioner och enligt huvudmännens planering bör primärvården i ökad utsträckning ta över vården av patienter med kroniska sjukdomar. Med sin familjekännedom, helhetssyn och närhet har primärvården ofta bäst förutsättningar att sköta dessa patientgrupper som har stora psykosociala problem.

Primärvården har varit fullt medveten om sitt ansvar men det har funnits brist på resurser och kunskaper. Vidare har man varit osäker på samarbetsformer med läns- och regionsjukvård. För att lösa en del av dessa problem utvecklades vårdprogram och olika organisatoriska modeller.

Reumatoid artrit är en av de sjukdomsgrupper som har ägnats sådant intresse. En anledning är att den är en av de stora sjukdomsgrupperna inom primärvården (1, 2, 3). Av den vuxna befolkningen drabbas 2,5 procent av denna sjukdom (4). Trots detta har denna patientgrupp i många år eftersatts inom sjukvården. Reumatologi blev en självständig specialitet först 1969 och det finns ännu brist på utbildade reumatologer. Vidare finns ett ackumulerat sjukvårdsbehov som uppkom före 1973 då riks försäkringsverket hade ansvaret för den reumatologiska vården i landet. Patienter över 60 år och patienter med förtidspension hade ej tillträde till verkets reumatikeravdelningar.

Reumatoid artrit är en invalidiserande sjukdom med stora psykosociala och funktionella konsekvenser. Patienterna behöver därför den närhet och kontinuitet i vården som primärvården ger. Detta är bakgrunden till den modell för reumatikervård som utarbetats i Skurups primärvårdsdistrikt (4, 5). Primärvården bör enligt Berglund (4, 6) ha följande arbetsuppgifter när det gäller kronisk artrit:

- diagnostik och medicinsk behandling av okomplicerade fall
- funktionsövervakning
- bevakning av rätt tidpunkt för behov av specialkonsultation
- åtgärder för att anpassa patientens miljö till dennes funktionsmöjlighet och allmänt verka för att patienten trots sjukdomen kan föra ett meningsfullt liv
- undervisning av patienten och dennes familj om sjukdomens natur, medicinens verkan och ledskonandets livsföring
- uppsökande verksamhet

Metoder och material

På vårdcentralen i Skurup har sedan åtta år bedrivits decentraliserad reumatikervård enligt en organisationsform som bygger på helhetsbedömning, närhet och kontinuitet.

I behandlingsteamet ingår läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och socialarbetare. Samarbete sker med kommunens socialvård och med reumatologiska kliniken vid lasarettet i Lund.

Teamarbete

Patienter med kronisk ledsjukdom har kombinerade medicinska, funktionella, sociala och psykosociala problem. En analys av dessa problem har krävt grupparbete med deltagande av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och socialarbetare. Varje medarbetare i gruppen har fått ansvara för den del av arbetet som vederbörande är utbildad till och har erfarenhet av. Tillsammans med patienten har teamet sedan försökt komma fram till en realistisk målsättning.

Samarbete med specialist

God kontakt har etablerats med ett centralt specialistteam vid reumatologiska kliniken vid regionsjukhuset i Lund. Specialistteamet har kommit till vårdcentralen för att bedöma svåra fall och undervisa personalen.

Samarbete med kommunens socialvård

Socialarbetare har knutits till teamet för att lösa problem med bostad, avlastning i hemmet, sysselsättning, omskolning, m.m.

Praktiskt genomförande

Reumamottagningen har bedrivits på vårdcentralen. Alla teamets medlemmar har varit anställda vid vårdcentralen utom socionomen, som har varit anställd av kommunen.

Mottagningen äger rum fem timmar varannan vecka. Under denna tid har man först 0,5 timmes konferens där tre patienter diskuteras. Sedan får varje patient 0,5 timmes kontakt med respektive läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Efter detta upprepas proceduren med de övriga tre patienterna. Mottagningen avslutas med en konferens där man tillsammans med patienten sammanfattar målsättningen för behandlingen. Socialarbetaren är närvarande och kopplas in på de sociala problemen. Han kontakter sedan själv patienterna inom socialvårdens ram.

Vid framtagandet av den gemensamma målsättningen har teamet tagit speciell hänsyn till hur starkt patienten upplever olika besvär och behov och om man på basis av dessa patientupplevda behov tillsammans med patienten har kunnat uppställa realistiska mål.

Arbetsuppgifterna har fördelats inom teamet enligt tabell I.

Uppsökande verksamhet

Uppsökande verksamhet har bedrivits av distriktssköterskor och hemsamarter samt genom information i dagspressen. Denna verksamhet har pågått

under flera år. Den uppsökande verksamheten har ansetts vara en angelägen del av arbetet, dels för att så många som möjligt av kommunens invånare skulle kunna anlita servicen och dels för att få en uppfattning om vårdbehovet för patienter med kronisk artrit i en svensk landsortskommun.

Hemsjukvård

Sjukvård och rehabilitering av patienter med reumatiska sjukdomar i hemmen bör också bedrivas av team bestående av distriktsläkare, distriktssköterska, distriktssjukgymnast och distriktsarbetsterapeut. Det är läm-

pligt att hemvårdsassistenten från kommunen adjungeras till detta team.

Man bör sträva efter att patienten trots sitt handikapp kan föra en meningsfull socialpsykologisk tillvaro.

Ålderdomshem

Distriktsläkaren bör inventera på ålderdomshemmen i kommunen med hänsyn till förekomsten av kronisk artrit. Man bör bedöma sjukdomsaktivitet och funktion hos patienten. Vidare bör man ta ställning till behovet av specialistkonsult, eventuellt reumakirurgi och tekniska hjälpmedel.

Sjukgymnast och arbetsterapeut i teamet bör instruera personalen på ålderdomshemmet vad gäller lyfteknik, gångträning och andra rehabiliterande åtgärder.

Länssjukhem

Också på länssjukhem bör det finnas personalresurser för en aktiv rehabilitering av reumatiker som är motiverade för samarbete.

Befolkning

Både Skurups och Sjöbo kommun tillhör Ystads sjukvårdsdistrikt. Vid årsskiftet 1979/1980 fanns 12.552 invånare i Skurups kommun och 14.942 invånare i Sjöbo kommun (7). I Skurup var 17,9 procent av befolkningen över 65 år, medan motsvarande andel i Sjöbo var 19,9 procent (tabell II). Näringslivets struktur 1975 var likartad. Sjöbo hade dock en något högre andel av befolkningen sysselsatt inom jordbruk (8).

Studiepopulation

För att bedöma den centrala effekten av reumatologisk verksamhet inom primärvården jämfördes vårdkonsumtionen vid lasarett för patienter med reumatoid artrit från Skurups och Sjöbo kommuner. patienter från dessa kommuner får specialistvård såväl vid länssjukhuset i Ystad som vid regionsjukhuset i Lund. Vid lasarettet i Ystad behandlas reumatiker vid medicinska kliniken och vid ortopediska avdelningen. Vid lasarettet i Lund sker vården vid reumatologiska och ortopediska klinikerna.

Såväl slutna som öppna vård registreras på data för samtliga vårdenheter i Malmöhus läns landsting. Patienter från olika kommuner kan särskiljas med hjälp av postnummer för den öppna vården. För enheter där uppgift om diagnos ej fanns i dataregistret gjordes en manuell granskning av samtliga journaler enligt framtagna datalistor.

Vid vårdcentralen i Skurup förs register över vårdbehövande reumatiker i kommunen. Personnummer och namn för dessa noterades i denna studie på en särskild lista.

Vid vårdcentralen i Sjöbo registrerades diagnoser under andra halvåret 1980. Uppgifter om patienter som gjorde besök för reumatoid artrit under denna period användes som jämförelsematerial.

Tabell I. Arbetsuppgifternas fördelning inom vårdcentralens reumateam

Arbetsuppgift	Läkare	Sjuk-sköterska	Sjuk-gymnast	Arbets-terapeut	Socionom
Bevaka sjukdomens aktivitetsnivå	×	×			
Bedriva antiinflammatorisk terapi och ge lokala injektioner	×				
Bevaka och bevara funktion			×	×	
Bevaka när patienten är i riskgrupp	×		×	×	
Bevaka rätt tidpunkt för remiss till specialist					
— aktivitetsproblem och komplikationer	×				
— funktionsproblem			×	×	
— kirurgi	×		×	×	
Hålla kontakt med patienter, bl.a telefonberedskap		×			
Hjälpa patienter med av- och påklädning, assistera läkaren vid behov samt hålla kontroll på tider mm		×			
Bedriva patientundervisning		×	×	×	
Bedöma behov av och utprova tekniska hjälpmedel			×	×	
Bedriva uppsökande verksamhet		×			×
Göra sociala utredningar	×				×

Tabell II. Befolkning efter ålder och kön i Skurups och Sjöbo kommuner 1979-12-31

Ålder	Skurup M	Kv	Totalt	Procent	Sjöbo M	Kv	Totalt	Procent
0-14	1.406	1.343	2.749	21,9	1.555	1.466	3.021	20,2
15-44	2.595	2.349	4.944	39,4	3.000	2.597	5.597	37,5
45-64	1.310	1.301	2.611	20,8	1.712	1.640	3.352	22,4
65-74	621	640	1.261	10,0	876	844	1.720	11,5
75-w	436	551	987	7,9	570	682	1.252	8,4
SUMMA	6.368	6.184	12.552	100	7.713	7.229	14.942	100

Tabell III. Antal patienter, besök och vård dagar på olika kliniker under 1979 för reumatiker från Skurup och Sjöbo kommuner

Vårdenhet	Skurup Patienter	Besök	Vård-dagar	Sjöbo Patienter	Besök	Vård-dagar
Med klin, Ystad	2*	2	17	13**	35	50
Ort avd, Ystad	5*	6	48	4**	4	4
Reum klin, Lund	14	36	158	54***	140	176
Ort klin, Lund	6	11	45	7***	12	56
SUMMA	26	55	268	67***	191	286
Per patient		2,1	10,3		2,9	4,3

* En patient registrerad vid båda klinikerna

** En patient registrerad vid båda klinikerna

*** Sex patienter registrerade vid båda klinikerna

**** Fyra patienter registrerade såväl i Ystad som Lund

En andra journalgranskning för samtliga patienter från kommunerna som behandlats vid lasarettsklinikerna för reumatoid artrit 1979 gjordes också. Vid granskningen noterades hur patienten sökt till kliniken, skäl för intagning i slutna vård samt typ av behandling i öppen vård.

Resultat

Enligt reumatikerregistret var antal vårdbehövande reumatiker i Skurups kommun 1980-10-12 131 personer. Dessutom behandlades nio patienter i Lund vilka ej återfanns i registret.

Vid vårdcentralen i Sjöbo registrerades andra halvåret 1980 tio personer för reumatoid artrit. Vid lasarettet i Ystad och Lund behandlades dessutom 64 andra patienter.

Inom specialistvården fanns alltså ca 2,5 gånger fler reumatiker från Sjöbo jämfört med Skurup. Samtidigt var den registrerade kända reumatikerpopulationen nästan dubbelt så stor i Skurup jämfört med Sjöbo.

För att bättre kunna tolka dessa siffror undersöktes om reumatiker från Sjöbo hade högre sjukdomsintensitet än reumatiker från Skurup. I tabell III jämförs därför antal besök och vård-dagar. Det framgår att antal besök per patient var relativt lika, men att vård-tiderna var längre för patienter från Skurup än från Sjöbo. Sammantaget gav detta inga hållpunkter för att reumatiker från Sjöbo var mera sjuka än reumatiker från Skurup.

Vid reumatologiska kliniken i Lund behandlades huvuddelen av de patienter som fick specialistvård. Vid journalgranskningen framkom att många patienter från Sjöbo hade en kronisk reumatoid artrit i ett relativt lugnt skede och att de gått på kontroll vid kliniken i flera år. De flesta av dessa patienter hade kunnat skötas av ett perifert reumateam enligt Skurupsmodellen.

Berglund (4) anser att 2/3 av totalpopulationen med reumatoid artrit har en sjukdom av sådan dignitet att de bör ingå i underlaget för sjukvårdsplaneringen. Denna grupp har benämnts som minimipopulationen och omfattar ca 1 procent av totalbefolkningen. 140 registrerade reumatiker i Skurups kommun utgör 1,1 procent av totalbefolkningen. Detta skulle alltså vara en realistisk siffra och om fördelningen av reumatiker efter kön och ålder i tabell IV utgör underlag för beräkning av det förväntade antalet reumatiker i Sjöbo kommun borde där finnas 181 reumatiker (tabell V). En sammanfattande jämförelse görs i tabell VI och där framgår klart effekten av den uppsökande verksamheten. Över hälften av den förväntade reumatikerpopulationen i Sjöbo var okänd på alla vårdnivåer. Detta faktum belastar säkert primärvården mer eller mindre när reumatikervård bedrivs utan uppsökande verksamhet.

Diskussion

Decentralisering av verksamhet från lasarett till primärvård ger ofta goda perifera effekter särskilt för kroniska sjukdomar där patienterna behöver den närhet och kontinuitet som primärvården kan ge. När verksamheter decentraliseras på detta sätt saknas dock ofta redovisning av de centrala effekterna.

En ny sjukvårdsuppgift kräver ofta utökade resurser i form av personal eller lokaler. Så behöver dock inte ske när det gäller decentralisering av olika verksamheter till primärvården. Ofta kan det vara tillräckligt med ökad kunskap om den aktuella sjukdomen. Den enda egentliga resursökning som skett i Skurup för att bedriva reumatikervård utgörs av fem timmar specialistteamtid per kvartal.

Skurupsmodellen representerar en ny organisationsform inom primärvården. Den bygger på teamarbete, samarbete med socialvården och reumatolog, uppsökande verksamhet och planerade hembesök. I denna undersökning har visats att primärvården kan avlasta specialistvården vad gäller behandling av patienter med kronisk artrit. Utan uppsökande verksamhet finns vidare risk att en stor grupp personer förblir okända på alla vårdnivåer, trots att de borde fått behandling.

Enligt beslut av Malmöhus läns landsting skall nu denna modell för decentraliserad reumatikervård föras ut även till andra vårdcentraler i landstingsområdet.

Tabell IV. Vårdbehövande reumatiker i Skurups kommun. Observerat antal.

Ålder	Antal	Procent av befolkningen		
		Totalt	M	K
15-44	12	0,2	0,2	0,2
45-64	61	2,3	2,1	2,5
65-74	35	2,8	1,8	3,8
75-w	32	3,2	2,5	3,8
SUMMA	140	1,1	0,9	1,4

Tabell V. Vårdbehövande patienter i Sjöbo kommun. Förväntat antal

Ålder	M	Kv	Summa
15-44	7	7	14
45-64	37	42	79
65-74	16	32	48
75-w	14	26	40
SUMMA	74	107	181

Tabell VI. Antal reumatiker i Skurup och Sjöbo

Vårdenhet	Skurup	Sjöbo
Vårdcentral	131	10
Lasarett	9	64
SUMMA	140	74
Förväntat antal	140	181

Litteratur

1. ALLANDER, E: Rörelseorganens sjukdomar vems ansvarsområde? Socialmedicinsk tidskrift 54: 137-139, 1977.
2. Spri, Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1971, Spri-rapport 9/74, Stockholm 1974.
3. Spri, Total sjukvårdskonsumtion i en definierad befolkningsgrupp. Studier från Dalby läkardistrikt, Spri-rapport 12/76, Stockholm 1976.
4. BERGLUND, K: Sjukvårdsplanering byggd på behovsgrupper, Spri-rapport 24/80, Stockholm 1980.
5. RECHT, L: Försöksverksamhet med reumatologisk specialmottagning på vårdcentralnivå. Läkartidningen 72: 1683-1685, 1975.
6. BERGLUND, K: Utredning rörande den reumatologiska vårdens organisation inom Malmöhus läns landstingsområde, Stencil 1975.
7. Statistiska centralbyrån, Demografiskt statistikpaket 1980.
8. Statistiska centralbyrån, Folk- och bostadsräkningen 1975, Del 6:1, SOS, Lund 1978

Författarpresentation

Leopold Recht distriktsöverläkare vid vårdcentralen, Skurup.*

Distriktsöverläkare vid vårdcentralen, Skurup.

Thor Lithman, pol mag., planerare vid Malmöhus läns landsting, Lund.

Bengt Scherstén är professor vid institutionen för klinisk samhällsmedicin vid Lunds universitet, Dalby.

* Postadress: Vårdcentralen, 274 00 Skurup.

130599

Temadag i friskvård vid Asklandaskolan i Fristad

BENGT LAGERSSON · BÖRJE WALLHEDEN

Nyckelord: Hälsoupplýsning, hälsovård, skolhälsovård, primärvård.

I mitten av maj månad 1980 hade vi på Asklandaskolan anslagit en heldag under temat Friskvård. Vi ville – vid sidan av den ordinarie undervisningen i hälsovård – genom en temadag betona betydelsen av individens egna aktiva åtgärder för att förbli frisk och stark.

Vi vet alla som har med barn och ungdomar att göra, att det är viktigt att tidiglagga sunda levnadsvanor. Vi inom skolan måste "spänna bågen" till det yttersta för att få våra elever att aktivt ta del av den information de i olika sammanhang får i skolan.

Nio olika stationer skulle eleverna besöka under dagen. Alla elever från åk 3 till 6 cirkulerade runt klassvis. Organisationen gjorde det möjligt att anpassa informationen efter klassens möjligheter att tillgodogöra sig undervisningen.

Under eftermiddagen fick man också konsumera ett kostriktigt mellanmål, vilket eleverna på förhand iordningsställt. De hade bakat fiberrikt bröd, som serverades med något grönt på, samt juice eller lättnjolk att dricka till.

Temadagen hade följande innehåll:

Station 1:

Tandvård under tandläkares ledning.

Station 2:

Vad händer i kroppen när man tränar. Gymnastikläraren. *Avslappning.* Skolpsykologen.

Station 3:

Praktisk ergonomi. Sjukgymnasten på vårdcentralen Svereric Roslin visade rätt kroppsställning när man lyfter, bär, står, sitter och ligger. Barnen fick också se hur riktiga skor skall se ut, hur en bra sång är konstruerad.

Station 4:

Hygien och sömn samt praktiska problem i gymnastiken och intimhygien. Distriktsköterskan.

Station 5:

Betydelsen av riktig kost. Skolmåltidspersonal berättade om matpyramiden, frukostens betydelse, skolmåltiden, riktiga mellanmål mm.

Station 6:

ANT. På denna temadag tog vi endast upp tobakens skadeverkan. Mellanstadielärare. På mellanstadiet inom vårt r:o är det ingen som röker, men vi vet att det är många som börjar på högstadiet. Rökrutan är på avveckling här i Fristad. Sjunde och åttonde årskurserna skall till hösten förbjudas att röka inom skolans område, såvida de inte har skriftligt tillstånd från föräldrarna att röka.

Station 7:

Smäblessyrer. Skolsköterskan lämnade tips om hur man själv sköter småsår, näsblod etc.

Station 8:

I:a hjälpen. Ambulansinstruktör Rune Carlsson tillsammans med Gun-Lisa Olsson från URK demonstrerade en ambulans för eleverna och lärde dem I:a hjälpen vid olycksfall.

Station 9:

Organkännedom. Distriktsläkare och tillika skolläkare Börje Wallheden lärde ut var i kroppen olika organ sitter. Att veta var tex hjärta, lever och njurar sitter är första förutsättningen för en bra egenvård. Vidare fick man lyssna på hjärta, lungor och ta blodtryck genom att pröva olika diagnostiska hjälpmedel.

För att stimulera till aktivt lyssnande under dagen, fick barnen efter varje station besvara några tipsfrågor. Om man bara lyssnat uppmärksamt så var frågorna lätta att besvara. Ett kvitto på att eleverna varit intresserade fick vi genom att många hade alla rätt. Slutligen ville vi få reda på hur ungdomarna uppfattat temadagen, och som ett hjälpmedel för skolans fortsatta hälsofostran fick man besvara ett frågeformulär. Vi ville ha reda på vad som upplevts som bra, mindre bra, tråkigt eller onödigt från barnens synvinkel. Initiativtagare till temadagen var jag själv tillsammans med vår skolläkare Börje Wallheden. Vi var mycket medvetna om att vi gett dagen ett brett innehåll, och att det skulle bli arbetsamt för våra elever, men genom de många praktiska inslagen fick vi den omväxling som är nödvändigt för att ett tema skall kännas intressant och angeläget.

En sådan här temadag kan givetvis organiseras på många olika sätt. Man kanske hellre vill satsa på några få stationer, eller ställa fler skoldagar till förfogande för att täcka in ämnet. Den får bara inte bli någon isolerad företeelse som bara blir ett "trevligt" avbrott i skolarbetet, utan vi måste följa upp och vidareutveckla hela friskvårdsprogrammet, så att våra elever när de lämnar skolan har det startkapital till självförverkligande och livskvalité som de så väl behöver.

Författarpresentation

*Bengt Lagersson, gymnastiklärare.
Börje Wallheden* distriktsläkare.*

Postadress: Vårdcentralen, Box 137, 513 00 Fristad.

Vårdprogram i primärvården – är det bra?

STEEN BRANDTVIG

Centrala vårdprogram innebär en stor risk för utplåning av primärvårdens egen identitet. Specialisttänkandet sprider sig på bekostnad av idén om helhetssyn och allmänläkarens förståelse till självständigt kritiskt ställningstagande ifrågasättes. En rik fortbildningsverksamhet, lokala vårdprogram och självvärdering på distriktsnivå, tillgodoser mycket bättre primärvårdens behov. Den centrala styrning, som vårdprogrammen är exponent för, kan vara ett första steg på vägen till ett kontrollsystem enligt amerikansk modell. Det framgick av diskussionerna på Bergenkongressen att en sådan utveckling var föga önskvärd. Istället bör utvecklingen ledas mot metodutveckling och kvalitetskontroll på primärvårdens egna premisser, eventuellt i form av lokala Medical Audit.

Nyckelord: vårdprogram, primärvård, debatt.

Vårdprogram utvecklas för närvarande på många håll i landet. De senaste åren har intresset för sådana program ökat och genom en regeringsproposition har man pekat på betydelsen av att vårdprogram även utvecklas för stora diagnosgrupper inom öppen vård. I SFAM-nytt nr 2 1981 ger Kjell Agnhage en översikt över pågående vårdprogramarbete. Vårdprogrammen diskuterades även vid den andra nordiska kongressen i allmänmedicin, Bergen sommaren 1981.

Enligt Kjell Agnhages översikt drivs nu arbetet mot alltmera heltäckande vårdprogram och enligt författaren skulle nyttan av detta knappast ifråga-

sättas av någon. Vinsten av vårdprogrammen skulle tydligen vara en effektiv och ekonomisk sjukvård.

Som allmänläkare reagerar jag emellertid mot den ensidigt positiva inställningen till vårdprogramidéens tillämpning på primärvårdens område. Det finns enligt min åsikt en stor risk för utarmning av allmänmedicinens egen identitet. Argumenten mot vårdprogrammen är flera, de mest väsentliga enligt min mening är följande:

Apparattfelsmodell contra helhetssyn

Vårdprogrammen har sitt ursprung i högt specialiserade slutenvårdsenheter. Standardiserade utredningsgångar vid bedömning av till exempel operabilitet vid specifik kirurgisk hjärtåkomma fyller säkert sin plats. Att emellertid tillämpa denna apparattfelsmodell på sjukdomspanoramat i öppenvård är ett hot mot allmänmedicinens strävan efter helhetssyn. Vårdprogram utarbetas i regel centralt med riklig representation av organspecialister ofta från storstadsregionerna. Detta medför ofelbart en helt snedvriden föreställning om den egna specialiteens förträfflighet och tillgången på sjukvårdsresurser på andra håll i landet. Betecknande för detta är uppgiften om att man i Göteborg i samband med utvecklingen av vårdprogram på ryggsjukdomar anser att patienter med ryggsbesvär primärt skall handläggas av distriktsläkare med specialutbildning i ryggsjukdomar. Kanske är detta ett första steg på vägen till specialiseringen inom öppen vård? Vem ska i så fall här efter handlägga patienter med ospecifik trötthet? Krävs specialbehandling för detta? Behövs vårdprogram? Vem skall handlägga patienter med diffusa ryggsymptom, ekonomiska och familjemässiga problem och alkoholbesvär? Tre olika distriktsläkarspecialister efter tre olika vårdprogram?

Vårdprogram = vetenskap och beprövad erfarenhet?

Efterhand som allt flera vårdprogram ser dagens ljus kommer handlandet i öppen vård alltmera att präglas av dessa. Rädslan för att vara avvikande kommer att pressa allmänläkarna att lämna sitt ideal – helhetssynen – och i stället börja utreda sina patienters olika symptom efter färggranna flödes-

scheman. I en nära framtid kanske avsteg från "rätt fil" av ansvarsnämnden kan bedömas som oskicklighet i yrkesutövningen. Då medicinska sanningar i regel är relativa och hastigt omprövas riskerar vårdprogrammen dessutom att verka som en broms på utvecklingen. För alla läkare, speciellt inom primärvården, är det en vardaglig sak att lämna sig i allvarliga somatiska symptom utan utredningsmässig åtgärd utifrån intuition samt lokal- och personkännedom. I en framtid då handlandet styrs av vårdprogram och rädsla för disciplinära åtgärder kommer detta att kräva ett mycket stort mod. Den därav följande utredning av till exempel konversionsneurotiker kommer att medföra ett betydande lidande för patienterna och avsevärd ekonomisk belastning för sjukvården.

Alternativ

Än så länge är läkarna akademiker och tillgången i dessa år av nya distriktsläkare styrs, enligt min övertygelse, i huvudsak av intresset för specialiteens egenart. Utbildningen bör ha givit oss förmågan till självständig intellektuell verksamhet och kritisk värdering. En väl utbyggd kursverksamhet och en frodig allmänmedicinsk litteratur torde tillgodose behovet för fortbildning. Fördelarna med detta system är att flera åsikter här kan komma fram och att allmänläkarnas förmåga till självständigt tänkande bibehålles.

Vårdprogram på lokal nivå

På lokal nivå (vårdcentral, sjukvårdsdistrikt) kan vårdprogrammen emellertid vara av värde. Förutsättningen är dock att vårdprogrammen utarbetas på primärvårdens egna premisser och med hänsyn till lokala sjukvårdsresurser, lokalsamhällets socioekonomiska struktur med mera. Själva arbetet med programmen bör ledas av berörda distriktsläkare, eventuellt med hjälp av inkallade specialister från lokala sjukhus. Arbetet får alltså prägel av en Medical Audit/Peer Reviewaktivitet som i sig rymmer ett betydligt utbildningsvärde.

Författarpresentation

Steen Brandtvig*, distriktsläkare i Hultsfred.

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen, 577 00 Hultsfred.

Genmåle till Magnus Eriksson

"Nej till obligatorisk kurs för FV allmänläkare!"

BENGT LINDER · LARS LINDHOLM

Nyckelord: Utbildning, allmänmedicin, obligatorisk kurs, debatt.

Magnus Eriksson, FV-läkare i allmänmedicin i Luleå har i nr 4/81 av SFAM-nytt framfört kritiska synpunkter på att Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin beslutat rekommendera Socialstyrelsen att en NLV-kurs i allmänmedicin blir obligatorisk, för blivande specialister i detta ämne.

Vi finner det egendomligt, att en blivande allmänmedicinare inte anser det nödvändigt, att ha en obligatorisk kurs i det ämne, som kommer att bli hans specialitet. En teoretisk kurs, som skall behandla de villkor, det ämnesinnehåll och de arbetsmetoder, som FV-läkaren redan har viss praktisk erfarenhet av, anser vi nödvändig som ett teoretiskt komplement i utbildningen.

Visst kan en del sådan kunskap redan ha inhämtats på väl fungerande vårdcentraler med intresserade distriktsläkare som handledare, men erfarenheten har dock visat att stora brister finnes bl a i identifikationen av den nya primärvårdsbaserade yrkesrollen.

För att få ut mesta möjliga av en allmänmedicinsk kurs bör denna genomgå i slutet av utbildningen till allmänläkare.

Vi delar Magnus Erikssons uppfattning att det är viktigt att satsa på handledarutbildning av distriktsläkare. Under åren 1981-1982 har en intensiv

utbildningsverksamhet igångsatts genom Socialstyrelsens ämnesexpertgrupps försorg. Vi kan omtala att 1 juli 1982 kommer mer än var tredje distriktsläkare i landet att ha genomgått en veckas handledarkurs i inter-natform.

Under 1982 planeras 6 kurser i allmänmedicin för etablerade distriktsläkare, att genomföras på olika håll i landet. Kursledare för dessa efterutbildningskurser är Gustav Haglund. Bl a från dessa kurser kommer lärare till NLV-kurserna i allmänmedicin att rekryteras.

I det tjänstgöringsprogram för specialistutbildning i allmänmedicin, som ämnesexpertgruppen för närvarande håller på att färdigställas, anges att en NLV-kurs skall väljas inom ämnesområdet allmänmedicin och att en NLV-kurs bör väljas inom ämnesområdet internmedicin. Övriga 4 kurser kan antingen väljas inom de specialiteter, som ingår i utbildningen, eller inom de specialiteter som saknas.

Författarpresentation

Bengt Linder, distriktsöverläkare i Åtvidaberg och f.d. ordförande i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i Allmänmedicin, numera ordförande i SFAM.*

Lars Lindholm, distriktsläkare i Dalby och ordförande i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i Allmänmedicin.

*Postadress: Hälsovårdscentralen, Ingatorpsvägen 46, 597 00 Åtvidaberg.

1. De stora "oglamorösa" folksjukdomarna
2. De stora vanliga vardagssjukdomarna och krämporna
3. Hjälp till de allt fler oroliga patienterna som inte sällan tolkar normala signaler från kropp och själ som ett tecken på allvarlig sjukdom
4. De allt fler äldre människorna med en ofta tilltrasslad polysymptomatisk bild.

Det går inte att ta några genvägar och tro att man kan åta sig ett befolkningsansvar utan att dessförinnan ha tillskansat sig ett grundmurat befolkningsförtroende. Det bästa och kanske enda sättet att i första hand styra patienterna till primärvården är att befolkningen i området genom djungeltelegrafen informeras om att man på vårdcentralen kan erbjuda lika god och i vissa fall till och j med bättre hjälp än i andra öppna vårdformer. Förtroende är inget som tänds och släcks som en lampa utan dess lyskraft tilltar successivt.

Den dag patienterna söker oss för att de har förtroende för vårdcentralen, dess personal och insatser, den dagen kommer de också att vara mer mottagliga för hälsoupplýsning, och primärvården bör genom preventiva insatser på sikt förhoppningsvis kunna påverka folkhälsan i en positiv riktning.

Men tror vi oss kunna nå framtidens mål och nå hela den befolkning vi säger oss vilja ha ansvar för, utan att i dag tålmodigt och uppoffrande ställa upp på befolkningens dagsaktuella och berättigade krav och önskemål, tror jag vi lurar oss själva och gör primärvården en stor björntjänst.

För att vara en god allmänmedicinsk doktor krävs, liksom inom alla andra specialiteter, kunskaper och engagemang. För att kunna förstå och uppleva vad allmänmedicinen står för krävs dessutom en lång sammanhängande tjänstgöring på en och samma vårdcentral. Endast härigenom kan vi lära känna sjukdomspanoramat i den oselektade befolkningen och det krävs också lång tid på samma ställe för att kunna få grepp om områdets storkonsumenter.

Allmänmedicinen är prioriterad, men den har ännu inte funnit en självklar plattform i den akademiska världen. Jag tror det är nödvändigt. Primärvården kräver alltså universitetsförankring. För att kunna bli en trovärdig akademisk allmänmedicinare anser jag alltså att man i botten bör ha en lång tid som distriktsläkare ute på en vårdcentral. Primärvården kan annars löpa risk att få akademiska företrädare som inte riktigt har klart för sig vad de egentligen representerar ute på fältet, och en sådan utveckling vore djupt olycklig.

PRIMÄRVÅRDENS BEFOLKNINGSANSVAR

Befolkningsansvar bygger på befolkningens förtroende!

GÖSTA BRYDOLF

Nyckelord: Befolkningsansvar, primärvård, debatt.

70-talet har kännetecknats av en kraftig verbal satsning på primärvården, där utbyggnaden mest bestått i att i en aldrig sinande ström av honnörsord, utredningar och deklarationer ålägga primärvården den ena stora arbetsuppgiften efter den andra. Ibland känner jag en viss oro för att utvecklingen av primärvården på papperet skenar för snabbt. Vi får inte tillåta att våra ambitioner, visioner och vår entusiasm medför att vi blundar för dagens verklighet.

Primärvården har fått permanent fotfäste i svensk sjukvård, bl a genom att vi tilldelats mer än en tredjedel av FV-blocken. Mycket pekar mot att vi

med tiden också bör ha goda förutsättningar att successivt kunna växa i dagens jättestora önskekostym. Med ökade resurser följer också ansvaret att infria högt ställda förväntningar och förhoppningar. Primärvården måste kunna visa att deklarerade ambitioner och utfästelser även tål verklighetens obarmhärtiga sökarmlyska.

Vårt första mål måste vara att vinna befolkningens, sjukvårdspolitikernas och i tillämpliga delar sjukhuskollegernas förtroende för vår verksamhet. Vi måste vara mycket lyhörda för dagens krav och förväntningar och i första hand måste vi därför tillgodose befolkningens önskemål om en bättre fungerande och mer lättillgänglig basal sjukvårdsservice med tyngpunkt på bl a:



Family medicine is continuing to develop as a specialty with a corresponding, expanding literature base. Practitioners, teachers, students, researchers and librarians in the field have long expressed a need for a concise and convenient reference source to the family medicine literature. The new Family Medicine Literature Index (FAMLI) is the answer to this expressed need.

INTERNATIONAL

FAMLI is published by the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) in cooperation with the National Library of Medicine (U.S.A.) and sponsored and distributed by the College of Family Physicians of Canada.

Each issue of FAMLI is in two sections:

1. MEDLARS subject and author section providing references relevant to family medicine from the data base which produces **Index Medicus**.
2. Supplement subject and author section providing references to non-**Index Medicus** family medicine journals.

EASY TO USE

Both the MEDLARS and the Supplement sections of FAMLI are based on **Abridged Index Medicus** format to make this an easy to use reference source. The entire index is based on **Medical Subject Headings (MeSH)**, the thesaurus for **Index Medicus**. These standard subject headings provide ready access to each reference and suggest a variety of alternate terms to use when doing a search.

QUARTERLY

FAMLI is planned as a quarterly index which allows for up-to-date access to the family medicine literature. The fourth issue is a convenient annual cumulation including the references for the last quarter.

COMPREHENSIVE

FAMLI is a valuable reference source for all those interested in the world family medicine literature. FAMLI provides access, not only to relevant **Index Medicus** journals, but also to family medicine journals indexed in no other source.

It is planned that the annual cumulation will include a listing of the publications of member organizations of WONCA and a comprehensive listing of new books in family medicine.

ORDER FORM



- ☐ Please enter a subscription for Volume 2, 1981 (quarterly including annual cumulation).
- ☐ \$60.00 per year in Canada and the U.S.A.
- ☐ \$70.00 per year in other countries.
- Back Volume
- ☐ Please send Volume 1, 1980 Annual Cumulation.
- ☐ \$40.00 in Canada and the U.S.A.
- ☐ \$50.00 in other countries.
- ☐ Check enclosed ☐ Please invoice

NAME _____

ADDRESS _____

CITY/POSTAL CODE _____

COUNTRY _____

Make cheques payable to: (The Collège of Family Physicians of Canada.) Mail Order Form to: THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 4000 Leslie Street, Willowdale, Canada M2K 2R9
ATTN.: FAMILY MEDICINE LITERATURE INDEX.

Hur får jag tag i internationella artiklar och böcker i allmänmedicin?

Vid Royal College of General Practitioners i London finns ett utmärkt bibliotek i så måtto att det har en koncentrerad samling av allmänmedicinsk litteratur, böcker och tidskrifter. Bibliotekarierna följer fortlöpande 140 internationella medicinska tidskrifter och plockar ut och katalogiserar allmänmedicinska artiklar. Dessa samlas i en speciell publikation från biblioteket – *New Reading for General Practitioners* (NRGP).

Uppläggningen är ungefär densamma som för FAMLI (se sid 54) men NRGPs har en bredare täckning av europeisk allmänmedicinsk litteratur,

vilket kanske gör den mera användbar i Sverige.

Som FAMLI utgår NRGPs från de nyckelord som finns i Index Medicus. Genom åren har det dock visat sig att Index Medicus är för slutenvårdsinriktad, vilket medför att man i NRGPs även skapat en egen uppsättning nyckelord som testats i den direkta kontakten med engelska allmänläkare. NRGPs utges 1982 i sin 8:e volym.

Till NRGPs medföljer även "Recent Selected Books on General Practice" och "Research Intelligence".

Recent Selected Books är en kort översikt över alla nyutkomna böcker om allmänmedicin eller av allmänmedicinskt intresse och Research Intelligence (A College Service to General Practice Research) är en sammanställning av pågående forskning i allmänmedicin i första hand i England men även i övriga delar av Europa. Den utgör förebilden till *forskning och*

utvecklingsarbete i primärvård i SFAM-nytt. Nr 11 av Research Intelligence utkom i november 1981.

För alla som är intresserade av forskning och utvecklingsarbete i allmänmedicin är NRGPs en guldgruva.

För SFAM-medlemmar som är intresserade av tidskriften har vi genom bibliotekarien Miss Margaret Hammond preliminärt utlovats gratis-exemplar till svenska allmänläkare av Nr 1, 1982. Ni som vill ha detta nummer för att överväga en eventuell senare prenumeration, var snäll och skriv till mig före 1 mars 1982.

Prenumerationsavgiften har tidigare varit £ 5,00 per år (cirka 55 Kr). För er som vill prenumerera genast är adressen:

Miss Margaret Hammond
Royal College of General Practitioners
14 Princess Gate
London SW7 1PU
England

BO HAGLUND

Kurser & konferenser

Socialmedicinskt vårmöte i Örebro

Svensk socialmedicinsk förening och socialmedicinska avdelningen vid regionsjukhuset i Örebro arrangerar vårmöte i Örebro den 25-26 mars 1982. Till mötet inbjudes även SFAM:s medlemmar.

PROGRAM

Torsdagen den 25 mars 1982

Kl 10.00:

Inledning

Forskningspolitiskt program i ett landsting.

Socialmedicin i Örebro län

Kl 10.45:

Vetenskapligt program

Anmälda föredrag:

"Ungdomsarbetslöshet och ohälsa"

"Klasskillnader i hälsotillstånd: Konsekvenser för hälso- och sjukvårdsplaneringen"

"Regionala skillnader i läkemedelskonsumtion"

"Reumatoid artrit i slutenvårdsregistret: Uppfylls diagnoskriterierna?"

"Förtidspension för alkoholmissbrukare – negativt eller positivt?"

"Socialmedicinska konsekvenser av sjukpenningindragning"

"Försök med aktiv hälsovård på Wasa-bröd AB"

"Socialmedicin i integrerad vårdyrkesutbildning i Linköping"

Kl 13.00

Lunch

Kl 14.00

Forsknings- och utvecklingsarbete i Örebro län

"Hagaprojektet: forskning vid en vårdcentral med samverkan mellan primärvård och socialvård"

"Ideal och verklighet – om personallens syn på primärvård och socialtjänst"

"Socialt arbete på vårdcentral"

"Lokal levnadsnivåundersökning – ett medel vid utvecklingen av primärvården"

"Jourbesöken från olika bostadsområden inom en kommun"

"Förtidspensionerades situation – en intervjuundersökning"

"Hälsopolitiskt programarbete inom alkoholområdet – en landstingsuppgift"

Kl 19.00

Gemensam middag

Fredagen den 26 mars 1982

Kl 09.00

Socialmedicinsk teori och metod – symposium med deltagande från de olika socialmedicinska avdelningarna och institutionerna

Kl 13.00

Lunch

Kl 14.00–15.00

Föreningsangelägenheter för svensk socialmedicinsk förening.

Intresserade kan vända sig till Lena Kördel, 019/152292, för ytterligare information.

Anmälan före den 1 mars 1982 till socialmedicinska avdelningen.

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.

Svensk Förening för Allmän Medicin.

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1 000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger SFAM-NYTT – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

"Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM." – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala "fackmöten" för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm