

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

(Tidigare SFAM-nytt)



Primärvård
i Gävleborg

1
1983

Dödsorsaks-
register

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

vill spegla forskning, utvecklingsarbete och utbildningserfarenheter inom
primärvård runt om i Sverige men även internationellt

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distrikts-
sköterskemottagning.

ALLMÄNMEDICIN

kostar 200 kronor för år 1983. Avgiften insättes på
postgiro 37 54 40-5

Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Ledare:

SFAM:s höstmöte i Hudiksvall 1982.

Lars Sundman

4

Föreningsnytt:Forsknings- och utvecklingsarbete
vid vårdcentraler i Sverige.*Gunnel Boström, Bo Haglund,
Leif Svanström*

5

Kurser och konferenser:Rapport från europeisk utbildnings-
konferens i Antwerpen.*Carl Edvard Rudebeck*

6

VII nordiska kongressen i socialmedicin
2-4 juni 1983

8

DLF:s föreningsmöte 1983:

Att mäta primärvård

8

Svensk Socialmedicinsk Förenings
vårmöte i Linköping
10-11 mars 1983

9

VIII internationella konferensen om
Social Science and Medicine

9

Bildcollage från SFAM-mötet i
Hudiksvall 30/9-1/10 1982

9

Primärvård och hälsovård**Gävleborgs län:**

Aktiv/passiv hälsovård – en reflektion.

Birgit Andersson

10

Debatt och engagemang – ett resultat
av Gävleborgs hälsoplan.*Sune Klippmark*

11

Forsknings- och utvecklingsarbete
inom primärvården i Gävleborgs län.*Mats Ribacke*

12

Hypertoni-sjukvård i Gävleborg.

Mats Ribacke

14

Hälsouppllysning och friskvård i
Gävleborgs län. *Anders Adler*

16

Friskvård i Hudiksvalls kommun.
Håkan Unnegård

20

Tobaksarbetet inom Gävleborgs läns
landsting. *Gunnar Hvilienmark*

23

**Dödlighetsregister, symposium vid
SFAM:s höstmöte 1982:**Dödligheten i ett historiskt och
nationellt perspektiv, en inledning.*Bo Haglund*

26

Frågeschema vid lokal dödsorsaks-
analys – ett hjälpmedel för primär-
vården. *Måns Rosén*

29

Misstänkt dödlighet i ischemisk
hjärtsjukdom – validering av döds-
bevis.*Sören Jacobsson, Lars Sundman*

33

Lokalisering av hälsoproblem med
mortalitetsstatistik. *Dag Höglund*

35

Paneldiskussion vid symposiet om
dödlighetsregister.

39

Samhällsmedicin:

Samhällsmedicin i Jugoslavien.

Exemplet Podvelez. *Bo Haglund,
Arif Smajkic, Leif Svanström*

40

Debatt:Utvecklingsarbete i allmänmedicin.
Sture Lorentzon

44

**Att skriva och publicera veten-
skapliga artiklar – 5:**

Hur skall man kritiskt läsa artiklar?

*Nederlands Huisartsen Genootschap**Commissie Wetenschappelijk**Onderzoek*

46

SFAM:s höstmöte i Hudiksvall 1982

Programmet för SFAM:s höstmöte i Hudiksvall 1982 har vi i viss mån låtit avspegla den utveckling som hälsovård och förebyggande insatser beskrivit i Gävleborgs län.

Intresset i vårt län för förebyggande frågor startade i och med socialstyrelsens försök med allmän hälsokontroll 1969. "Hälsokontrollen X-69" genomfördes i samarbete med Gävleborgs läns landsting i en församling i Gävle. Resultatet från denna försöksverksamhet utmynnade i den officiella uppfattning som redovisas i hälsokontrollutredningen. För länets vidkommande var hälsokontrollerna incitament dels till ett omfattande arbete med blodtryckssjukvård och dels till fortloppande bröstcancerscreening.

Den första hälsokontrollens uppföljning skedde två år senare, även då i samarbete med socialstyrelsen. Bearbetningen av dessa hälsokontroller och resultaten från dem sammanföll i tiden med framtagande av en sjukvårdsplan för länet. Tidpunkten var således gynnsam för att även försöka göra en hälsoplan för Gävleborgs län som antogs 1976. Den avsåg planperioden fram till 1985. Det mest påtagliga resultatet av denna hälsoplan har varit framväxandet av en aktiv hälsoupplysningsverksamhet. Denna verksamhet har vuxit fram kring en central grupp vid landstingets kansli som arbetat utåt mot skolan, arbetsliv, fritid och sjukvård. Deras arbete kan beskrivas som allmänt inriktat på traditionella områden såsom tobak, alkohol, friskvård, kost mm.

Den centrala "hälsoenheten" har genom kursverksamhet och opinionsbildning försökt föra ut sitt budskap till nyckelpersoner i beslutandeställning och till sådana som i sin tur kan påverka andra grupper, tex lärare, sjukvårdspersonal m.fl.

Påverkan utifrån framför allt från Skaraborg och SPRI-arbetet i Västerbotten har lett fram till ett delvis nytt skede i det förebyggande arbetet inom länet. Förhoppningen att kunna beskriva hälsotillståndet på kommunnivå eller kanske ännu hellre primärvårdsområdesnivå är stor i vårt län, liksom numera även på andra håll i landet. En noggrann hälsolägesbeskrivning förväntar man sig ha betydelse för planering av sjukvård, inriktning av förebyggande åtgärder och varför inte även hälsoövervakning.

Om man i efterhand kritiskt granskar incitamenten till de stora allmänna hälsokontrollerna som genomfördes i slutet av 60- och början av 70-talet finner man tex en sådan sak som utveckling av snabb och effektiv analysutrustning inom sjukvården. Om man efterlyser incitament till hälsolägesbeskrivningar kanske det starka intresset för epidemiologi i vårt land måste räknas hit. Vi anser oss ha en god uppfattning om vad de allmänna hälsokontrollerna kan och inte kan ge, men vad de epidemiologiskt inriktade hälsolägesbeskrivningarna kommer att betyda för planering av sjukvård och förebyggande åtgärder vågar man kanske i dagsläget endast ha en positiv eller entusiastisk förhoppning om.

Hälsoplanens tillkomst och innehåll redovisades av landstingsrådet Birgit Andersson och utredningssekreterare Sune Klippmark. Det mest påtagliga resultatet av hälsoplanen hittills är således utvecklingen av en aktiv hälsoupplysningsverksamhet som redovisas från olika synvinklar.

Mats Ribacke redovisade forsknings- och utvecklingsarbete i länet liksom en mera detaljerad presentation av länets satsning på hypertoniavård. Dessa avsnitt speglar således den tidiga utvecklingen i vårt län.

Vid SFAM:s höstmöte ägnades dag två åt att redovisa två typer av registerstudier, dödsorsaksstatistik och läkemedelsstatistik. Dessa registerstudier får stå som exempel på den typ av arbete som finns i hälsolägesbeskrivningar även i Gävleborgs län.

Lars Sundman

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:

Ingvar Krakau

Huvudredaktör:

Bo Haglund, Karolinska institutet
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Redaktör:

Magnus Eriksson, Centralvägen 7,
151 57 Södertälje. Tel: 0755/860 01.

Redaktionsadress:

AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg, tel: 08/989100
(Janë Östman).
ISSN 0349-4772

Annonser:

MJ Annonsförmedling
Ahlströmergatan 18, n b 11247 Stockholm,
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:

200 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän
Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer
per år. Prenumerationsavgiften inbetalas
till postgiro 37 54 40-5 till AllmänMedicin.
Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1983.

Förenings
nytt

Prenumeranter 1983

Prishöjning!

1983 får ni betala 200 kronor för 4-6 nummer. Vi måste ta ut moms på prenumerationsavgifter, vilket medfört att vi höjer priset för prenumeranter. Du som redan betalat in 100 kronor för 1983 ombedes göra fyllnadsinbetalning på 100 kronor till postgiro 37 54 40-5. Ange *fyllnadsinbetalning* på talongen.

För medlemmar i SFAM ingår som tidigare tidskriften i medlemsavgiften.

ADRESSÄNDRING

Medlemmar i SFAM adressändring till:
SFAM, Box 5610, 114 86 Stockholm.

Prenumeranter adressändring till redaktionen:
AllmänMedicin, Karolinska Institutet,
Institutionen för Socialmedicin,
172 83 Sundbyberg.

AllmänMedicin Manusstopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1983. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1983.

Nummer	Manusstopp	Planerad utgivningsvecka
2	20/12-82	" 8
3	28/ 2-83	" 15
4	8/ 6-83	" 36
5	1/ 9-83	" 42
6	14/10-83	" 48

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1983

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	1.490:-	100:-
8 sidor	850:-	80:-
4 sidor	575:-	55:-
2 sidor	410:-	50:-

Tillkommer för
särskilt omslag

med tryck på
fram- och baksida 590:- 80:-

Priserna är exkl. nysättning och originalarbete. Mervärdesskatt tillkommer.

Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige

GUNNEL BOSTRÖM · BÖ HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

Under hösten 1982 har en inventering av avslutade, pågående och planerade forsknings- och utvecklingsarbeten i primärvård i Sverige genomförts. Projektet är ett samarbete mellan Svensk förening för allmänmedicin och Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

I artikeln redovisas svarsfrekvensen och andelen vårdcentraler med forsknings- och utvecklingsaktiviteter i olika landstingsområden. Den 19 november hade svar inkommit från 62 procent av landets 631 vårdcentraler utanför Stockholmsområdet. Vid 27 procent av de som svarat pågår FoU-arbete. Resultaten bekräftar att en sjudande aktivitet inom FoU-området pågår runt om i Sverige.

Även om vi fått in fler svar efter den 19 november är det många vårdcentraler som inte svarat. Svar även från eftersläntare är välkomna.

Nyckelord: Forsknings- och utvecklingsarbete, primärvård, enkätundersökning.

Introduktion

Läkare vid sjukhus kan ofta på ronder och klinikkonferenser utbyta erfarenheter omkring sin vardagspraktik. I primärvården är däremot läkare och annan personal utspridda och ibland även isolerade. Informationsbehovet är därför mycket större för primärvården än för slutenvården. Inte minst gäller detta forsknings- och utvecklingsarbete (FoU-arbete).

För att möta behovet av erfarenhetsutbyte har Svensk förening för allmänmedicin i samarbete med Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutionen, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, genomfört en inventering av pågående FoU-arbete inom primärvården i Sverige.

Inventeringen för Stockholms län

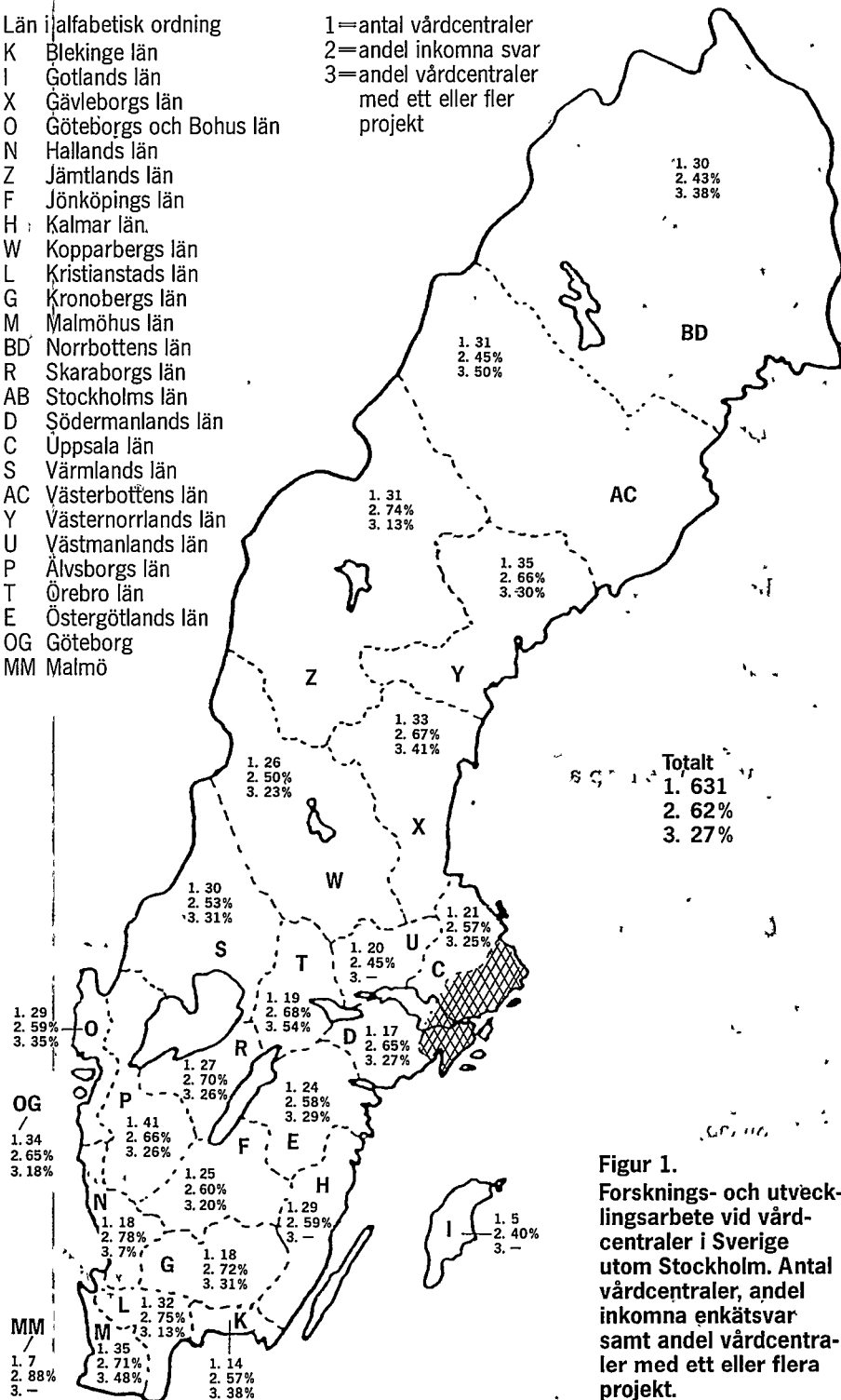
har redovisats tidigare (1). Här ska vi ge en första preliminär och översiktlig bild av forskningsaktiviteter i svensk primärvård för övrigt.

Material och metod

Under oktober 1982 har en enkät distribuerats till samtliga vårdcentraler utom Stockholmsregionen, totalt 631

Län i alfabetisk ordning
K Blekinge län
I Gotlands län
X Gävleborgs län
O Göteborgs och Bohus län
N Hallands län
Z Jämtlands län
F Jönköpings län
H Kalmar län
W Kopparbergs län
L Kristianstads län
G Kronobergs län
M Malmöhus län
BD Norrbottens län
R Skaraborgs län
AB Stockholms län
D Södermanlands län
C Uppsala län
S Värmlands län
AC Västerbottens län
Y Västernorrlands län
U Västmanlands län
P Älvsborgs län
T Örebro län
E Östergötlands län
OG Göteborg
MM Malmö

1=antal vårdcentraler
2=andel inkomna svar
3=andel vårdcentraler med ett eller fler projekt



Figur 1. Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige utom Stockholm. Antal vårdcentraler, andel inkomna enkätsvar samt andel vårdcentraler med ett eller flera projekt.

st. I enkäten har vi bett ansvariga på respektive vårdcentral beskriva vilka projekt som pågår, ge en sammanfattning av dessa samt ange projektansvarig.

Resultat

Den 19 november hade svar inkommit från 62 procent av vårdcentralerna. Vid 27 procent av dessa pågår FoU-arbete. Svarsfrekvensen för olika landstingsområden framgår av figur 1.

Diskussion

En glädjande hög svarsfrekvens föreligger. Variationen mellan länen är stor. Störst aktivitet vad gäller FoU-arbete föreligger i Örebro (54 procent) och Västerbottens län (50 procent). Andelarna vårdcentraler med ett eller flera projekt är dock beräknade på dem som svarat. När uppgifter föreligger från alla vårdcentraler kommer därför siffrorna att förändras. Resultaten bekräftar dock intrycket av en sjudande aktivitet av FoU-arbeten inom svensk primärvård.

I den fortsatta bearbetningen och framför allt analysen inom respektive landstingsområde kommer vi att söka samarbete med utvecklingsenheter för primärvård, hälsovårdsenheter eller samhällsmedicinska funktioner inom landstingen liksom med universitetsinstitutioner i allmän medicin och socialmedicin. Redovisningen från Gävleborgs län (2) utgör ett exempel.

På sikt räknar vi också med att kunna lägga in alla projekt i en databas (3). Intresserade distriktsläkare ska då kunna ställa tex följande fråga: Vem arbetar med rökavvänjning i mitt landstingsområde? Vilka sysslar med rökavvänjning på vårdcentraler i Sverige? Vilka handböcker, PM, projektrapporter etc har dessa skrivit? Vilken är adressen och telefonnumret till dem jag helst skulle vilja komma i kontakt med för utbyte av erfarenheter?

Fortlöpande redovisning av resultaten från inventeringen av FoU-arbete vid vårdcentraler kommer att presenteras i AllmänMedicin. Institutionen för socialmedicin vid vårdcentralen Kronan är den enda institutionen vid Karolinska institutet med primärvårdsanknytning i Stockholm. Detta medför att institutionen har ett speciellt ansvar för dokumentation och informationsverksamhet vad gäller forskning och utvecklingsarbete inom primärvården i Stockholmsregionen (3). Vi räknar därför med att i ett fortsatt samarbete med Svensk förening för allmänmedicin kontinuerligt via nya enkäter kunna följa och presentera FoU-arbete i Sverige.

Litteraturreferenser

1. Boström G, Haglund B, Svanström L: Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård inom Stockholms län - en redovisning av en enkätundersökning. SFAM-nytt 1982; 3:127-131.
2. Ribacke M: Forskning och utvecklingsarbete i primärvården i Gävleborgs läns landsting. AllmänMedicin 1983; 4:12-13.

Kurser &
konferenser

Rapport från europeisk utbildningskonferens i Antwerpen

CARL EDVARD RUDEBECK

Leeuwenhorstgruppen, som sedan 1974 arbetat för att främja utbildningen i allmänmedicin i Europa, arrangerade i början av september 1982 en konferens i Antwerpen i Belgien. Även om förutsättningarna är olika har allmänläkarna från de europeiska länderna många gemensamma erfarenheter. I ett internationellt tankeutbyte blir allmänmedicinens grunddrag lättare att identifiera, vilket är betydelsefullt för utbildning och teoriutveckling. Vid konferensen bildades också "den nya Leeuwenhorstgruppen". Rapportören menar, att det är viktigt att Sverige deltar i ett europeiskt samarbete av detta slag.

Nyckelord: Leeuwenhorstgruppen, efterutbildning, vidareutbildning, grundutbildning, kvalitetskontroll, allmänmedicin.

1974 hölls på Leeuwenhorst Center i Noordwijker hout i Holland den "Andra europeiska konferensen om utbildning i allmänmedicin". Vid konferensen

3. Chambert I, Haglund B, Lönn L, Svanström L, Tillgren P: Samhällsmedicinsk dokumentation och information. Projektplan. Stockholm, Landstingets hälsovård, Stockholms läns landsting, 1982 (Svart serie nr 3).

Författarpresentation

Gunnel Boström, projektledare, Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan.

Bo Haglund, distriktsläkare vid hälsovårdsenheten, Nordvästra förvaltningsområdet, Stockholms läns landsting.

Leif Svanström, professor, distriktsläkare, Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan.

*Postadress: Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

konstituerade sig en arbetsgrupp med syftet att arbeta vidare med allmänmedicinens utbildningsfrågor. I gruppen samlades förgrundsgestalter inom allmänmedicin i ett flertal europeiska länder, däribland flera kommunistiska länder. 1975 publicerade man sitt första uttalande; "The General partitioner in Europe", som genom gruppens stora kompetens och breda representation fick stor slagkraft och väsentligt kom att bidra till allmänmedicinens utveckling i Europa. Grundelement i allmänläkarens kunskap och arbete preciserades utifrån en gemensam europeisk erfarenhet. De allmänläkare, som i olika länder arbetade för en utveckling av allmänmedicin, fick i uttalandet sina egna erfarenheter och uppfattningar bekräftade och ett stöd för fortsatt arbete. "Leeuwenhorstdeklarationen" har direkt påverkat utbildningsmålen för allmänläkare i flera europeiska länder. I Sverige uppmärksammades den tidigt av UHA och SFAM antog deklarationen som utbildningsmål 1978.

Leeuwenhorstgruppen har sedan fortsatt sitt arbete och har samlats ett par gånger årligen. Man har drivits av medlemmarnas personliga engagemang och undvikit att gruppen formaliserats till något som skulle kunna föreställa ett allmänmedicinskt europaparlament. Man har avstått från delegatsystem och tyngande mötesrutiner till förmån för idéutveckling och diskussion där också kontinuiteten i gruppen varit en förutsättning. De flesta medlemmarna har stannat kvar sedan gruppen bildades. Engagemanget, de okonventionella arbetsformerna och det långvariga, kontinuerliga arbetet har givit gruppen en unik position av både oberoende och inflytande.

Ytterligare två dokument har publicerats, ett om allmänmedicin i grundutbildningen och ett om efterutbildningen. Dessa dokument utvecklar ytterligare gruppens syn på allmänmedicin som kunskapsområde och ämne för undervisning. Gruppen är förankrad i en praktikertradition, som sätter själva konsultationen i centrum. Konsekvent tar man i dokumenten upp konsultationens sammansatta innehåll, hur gränserna mellan biologisk, psykologisk och social kunskap hela tiden måste forceras. Allmänläkaren måste vänja sig vid att ha osäkerheten som en ständig följeslagare och att medvetet använda tidsfaktorn i sitt ar-

bete. Patienterna måste erkännas som individer i det att allmänläkaren medvetet låter dem få inflytande över den diagnostiska och terapeutiska processen, samtidigt som läkaren måste utföra sitt arbete utifrån sin personlighet. Detta erkännande av individualiteten i konsultationen står inte i motsättning till kravet på ändamålsenlighet, ofta finns i beslutssituationen flera tänkbara alternativ. Grundläggande i arbetet är att bidra till ökad självinsikt hos patienten, som därigenom kanske får möjlighet att lösa sina problem av egen kraft. Men konsultationen äger inte rum i vakuum. Allmänläkaren måste känna och se sitt distrikt som en del av det större samhället och ha kunskaper om samband mellan sociala förhållanden och hälsa och sjukdom.

Epidemiologisk kunskap ger förutsättningarna för förebyggande arbete och för sannolikhetsbedömningar i det kliniska arbetet. Kunskap om familjen, både allmänt och i det specifika fallet slår en bro mellan individ och samhälle och kan vara avgörande både för att förklara och avhjälpa sjukdomstillstånd.

Leeuwenhorstgruppens samlade texter utgör inte många sidor men är desto mer genomtänkta, koncentrerade och konkreta och är direkt användbara i diskussionen om utbildningen på de olika nivåerna. Som en röd tråd går genom de tre dokumenten påpekandet, att det är nödvändigt att allmänläkaren börjar se sig själv som lärare, såväl i grund- och vidareutbildningen som i efterutbildningen, där allmänläkares utbildning av allmänläkare är den viktigaste ingrediensen.

Antwerpenkonferensen

Leeuwenhorstgruppen arrangerade under tre dagar i början av september 1982 den "Tredje europeiska konferensen om allmänmedicin" i Antwerpen. Inbjudan hade gått till de allmänmedicinska föreningarna i de europeiska länderna, som sedan utsett representanter, och konferensen hade ett fyrtiotal deltagare från femton länder. Utbytet av erfarenheter och synpunkter var intensivt och koncentrerat till konferensens fyra ämnen: Allmänmedicinens specifika kännetecken, utbildningens innehåll, värdering av allmänläkarens arbete samt värdering av utbildningen i allmänmedicin, där det sistnämnda innehåller både värdering av själva utbildningsprocessen och en kunskapskontroll. De olika avsnitten inleddes med ett föredrag, som medlemmar i Leeuwenhorstgruppen stod för, och fortsatte sedan med diskussioner i grupper och avslutades med gemensam redovisning.

Globalité

Ann-Marie Reynolds från Frankrike använde ordet globalité, när hon försökte ringa in vad som är specifikt för allmänmedicinen. Ordet innefattar både mångfalden och att i mångfalden urskilja sammanhang, som gör beslut

möjliga. Hon betonade, att mångfalden i allmänläkarens kunskapsbehov inte får driva denne till en fåfång strävan efter en allomfattande kunskap. Det gäller i stället att till den medicinska kunskapen foga en kunskap om människans livsvillkor, och att denna livskunskap ytterst avgör om och hur medicinen kommer till användning.

Gottfried Heller från Österrike redogjorde för innehållet i utbildningen i allmänmedicin. Han menade, att det är viktigt att allmänmedicinen kommer tidigt in i grundutbildningen, för att ge ett alternativ till den splittring av kunskap och människouppfattning, som utbildningen annars ger. De blivande läkarna måste tidigt lära sig att integrera kunskaper från olika områden. Heller påpekade det som borde vara självklart, nämligen att bara allmänläkare kan lära ut allmänmedicin och att det bäst sker på den egna mottagningen, där innehållet i arbetet framträder som en gemensam produkt av läkaren med sin kunskap, patienten och den specifika inramningen (mottagningens organisation och resurser, medarbetare, upptagningsområde).

John Horder från England utgick i sitt inlägg om värderingen av allmänläkarens arbete från den stora skillnad som råder mellan vad allmänläkaren tror om sitt arbete och hur det faktiskt ser ut. I värderingsprocessens första steg bestäms därför ofta kvantitet och faktiska förhållanden, i det andra tacklas problemet om dessa förhållanden är önskvärda eller ej. Här kommer också behovet av jämförelse in. John Horder menade att behovet av värdering är uppenbart, men att sätten att åstadkomma en för allmänmedicinen giltig och rättvis värdering inte är lika uppenbara. Med sin långa erfarenhet av allmänmedicin i teori och praktik slutade han med frågorna: "Är värderingen möjlig? I så fall, hur ska den genomföras?" Det mesta är ännu ogjort inom detta allmänmedicinens mest brännande fält.

"The Diploma Disease"

Militärer och filosofer utbildas med olika medel, framhöll Jasic från Jugoslavien, apropå utbildningens evaluering. Något av det personliga förhållande, som allmänläkaren har till patienten, bör han eller hon ha till sin elev. Krav på effektivisering och formalisering av utbildningen får inte skymma detta behov. Kunskapskontrollen av studenterna är ingent tillförlitligt sätt att mäta utbildningens kvalitet, om inte också utbildningen är relevant för det framtida yrket. Kunskapskontrollen får inte deformeras av det Jasic kallade "The Diploma Disease", som innebär att examina mer är medel för social karriär än uttryck för yrkeskompetens. Själva utbildningsprocessen måste bli föremål för granskning, så att även färdigheter och attityder hamnar under luppen. Jasic påpekade också att evalueringen i sig är en aktivitet med starka sociala beroenden och

därför förändras med olika skeden i samhällsutvecklingen och över nationsgränserna. Det är därför oklokt att använda det internationella samarbetet till att leta gemensamma och fasta regler för evalueringen.

Gemensamma frågor

I gruppdiskussionerna ägnade konferensdeltagarna en stor del av tiden åt att sätta sig in i allmänmedicinens praktik i de olika länderna. Socio-ekonomiska förhållanden sätter i hög grad sin prägel på verksamheten och en utomstående skulle kanske få intrycket att allmänmedicinen är en anpassning, ett kunskapsområde utan egenskaper. Om man i stället vänder på det hela och ser allmänmedicinen som ett integrerande kunskapsområde mellan specialiserad medicinsk kunskap och den samhälleliga verkligheten, förstår man att just variationen mellan och även inom länder är ett av dess kännetecken. Med den utgångspunkten blev det samlade intrycket av konferensen enhetlighet och inte splittring. I mängden av inlägg tecknade sig så småningom, förutom de gemensamma ståndpunkterna, som Leeuwenhorstdeklarationen innehåller, också gemensamma frågor för den omedelbara framtiden. Så utsattes själva deklarationen för kritik och då inte minst av sina författare. Flera av dem menade att definitionen av allmänläkarens medicin behöver utvecklas ytterligare. Den nuvarande är inte tillräckligt distinkt och den är mer deskriptiv än teoretiskt grundad.

Vidare bedömdes det allmänt, att allmänläkaren trots kontinuitet och engagemang har alltför stora luckor i sina kunskaper om patienterna. Kan luckorna göras mindre, om samarbetet med patienterna och med yrkesgrupper utanför medicinen förbättras? Här verkar det som om svenska erfarenheter skulle kunna vara av intresse för andra länder. Diskussionen om samverkansformer och om hur en vårdcentral lämpligen ska bemannas har nått ganska långt här. Samtidigt gör man den reflektionen, att vi i ett internationellt perspektiv är organisationsbundna. Tron på organisation och byggnader är stark. Löser vi primärvårdens organisatoriska och kvantitativa problem, tror vi oss också därmed lösa allmänmedicinens.

Apropå allmänläkarens kunskapsluckor ställdes också frågan om vad vi egentligen vet om befolkningens behov. Överskattar vi dess behov av medicinska insatser? Var det någonting annat man behövde?

"Standards", grovt översatt "kriterier för vetenskap och beprövad erfarenhet", är ett nyckelbegrepp i diskussionen om kvalitet. De som nu gäller har fastställts inom den specialiserade medicinen. Vilken relevans har dessa kriterier inom allmänmedicinsk praxis? Kan man fastställa andra, mer genuina allmänmedicinska kriterier, som gör en kvalitetsvärdering möjlig?

Ann-Marie Reynolds slog ut med händerna: "Att standardisera globalitet blir en standardisering till döds!" Andra menade, att om försöken att finna allmänmedicinska "standards" ges upp, så kommer de traditionella att utöva ett alltför stort inflytande och det blir svårt att hävda allmänmedicinens självständighet. Ytterligare andra pekade på risken att professionella isoleras om dess "standards" blir alltför privata. John Knox, professor i allmänmedicin i Abderdeen, sammanfattade diskussionen ungefär så här: "Standards" finns redan, det gäller att göra dem medvetna. När de väl är medvetna, får vi ta ställning till om de behöver förändras, och sedan försöka få dem accepterade av samhället. Därefter blir det vår uppgift att som medvetna och accepterade "standards" omsätta dem i arbete och utbildning.

Enighet rådde om att läkarens attityder väsentligt påverkar arbetet. Vissa attityder är mer önskvärda än andra. Men enighet rådde också om, att det är mycket svårt att värdera och betygsätta attityder hos blivande allmänläkare. Här måste nya vägar sökas.

Ny Leeuwenhorstgrupp

I flera europeiska länder är allmänmedicinen inte bara länkad till en naturvetenskaplig tradition, utan också till en humanistisk, där filosofin är lika nödvändig som öronspegeln. Sverige har här med sin tekniska och organisatoriska kantring mycket att lära. Det internationella tankeutbytet påskyndar med stor sannolikhet teorins utveckling och därmed utbildningens kvalitet. Leeuwenhorstgruppens arbete har i det sammanhanget givit viktiga bidrag. Ett huvudsyfte med konferensen var att försöka få till stånd en ny Leeuwenhorstgrupp, då de hittillsvarande medlemmarna bestämt sig för att avsluta sitt arbete i och med Antwerpenkonferensen. Diskussionsämnen var ämnade att ge ett tänkbart arbetsunderlag för en ny grupp. De inbjudna deltagarna beslöt att anta utmaningen och konferensen avslutades med ett blixtsammanträde med den nya gruppen, som fastställde syftet "att främja allmänmedicinsk utbildning (teaching and learning) i Europa", samt att nästa möte ska äga rum i december i år. Från varje land ska bara en medlem finnas, gruppen bedömdes annars bli för stor. Kvalitetsvärderingen kommer troligen att bli gruppens första, stora fråga. Den andra kommer fortfarande att vara, om gruppen har existensberättigande. Eftersom europeiskt samarbete är dyrt är frågan nödvändig, samtidigt som konferensen i Antwerpen visade, att vi näppeligen har råd att undvara "The General Practitioner in Europe".

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck*, distriktsläkare.

*Postadress: Mariehems vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 37 Umeå.

VII. Nordiska kongressen i socialmedicin

Vi bjuder nordiska socialmedicinare hjärtligt välkomna till den sjunde nordiska kongressen i socialmedicin i Reykjavik 2-4 juni 1983.

Mötesplats och inkvartering på Hotell Loftleidir, ett modernt kongresshotell.

Preliminärt vetenskapligt program omfattar bla:

- alkoholproblem, folkrörelse som vapen
- hälso- och sjukvårdsforskning i primärvården
- longitudinella epidemiologiska populationsundersökningar - preventionsnyttan?
- arbetslöshet och ohälsa
- rehabilitering - förtidspensionering
- psykosociala faktorer som sjukdomsetiologi

Förmånliga priser på flygbiljetter kommer att erbjudas i samarbete med Flugleidir (Icelandair) med resa till Island 1 juni och valfri återresa inom tre månader. Paketpris på inkvartering (4 nätter) inklusive frukost, en måltid per dag och heldagsutflykt.

Närmare uppgifter samt särskilda anmälningsblanketter för deltagare och föredrag kommer att skickas i december.

Med vänlig hälsning,

På kongresstyrelsens vägnar

GUDJÓN MAGNÚSSON,
lektor, med. dr, president.

Sekretariatet, Institutet för social medicin, Háskóli Islands Sigtuni 1, 105 Reykjavik, Island.

Förhandsanmälan till VII Nordiska kongressen i socialmedicin

För att få en uppfattning om hur många som planerar att åka till den sjunde nordiska kongressen i socialmedicin på Island, 2-4 juni 1983, vill vi redan nu få in förhandsanmälningar på intresserade.

Namn: _____

Aktuell adress: _____

Jag planerar att delta i VII nordiska kongressen i socialmedicin

- ☐ Avresa från Stockholm
☐ Avresa från Köpenhamn

Som det nu ser ut kommer resa med flyg att kosta 1.900 kronor från Köpenhamn, 2.600 kronor från Stockholm (tur och retur). Avresan blir 1 juni, valfri återresa inom tre månader. Paketpris på 4 natters inkvartering (inklusive frukost, en måltid per dag och en heldagsutflykt) kommer att ges senare.

Skicka in din anmälan före 15 december till: Leif Svanström, Socialme-

DLFs föreningsmöte 1983: Att mäta primärvård

Distriktsläkarföreningens föreningsmöte 1983 kommer att hållas i Sollefteå fredagen den 6 maj (fullmäktigemöte 7 maj). Föreningsmötet kommer att handla om "Att mäta primärvård - problem och möjligheter".

I flera år har en diskussion pågått om distriktsläkarnas arbetsuppgifter och prestationer. I andra länder finns olika metoder för evalvering av sjukvårdande verksamhet, exempelvis medical audit i Storbritannien och PFRO-systemet i USA. I Sverige pågår arbete inom Spri och inom HS 90-projektet på socialstyrelsen för att försöka få fram användbara mått på primärvårdens verksamhet. Vid andra nordiska kongressen i allmänmedicin i Bergen 1981 antogs också enhälligt en rekommendation på initiativ av Paul Bakker att distriktsläkarna skulle själva intensifiera arbetet med evalvering av primärvårdsläkarens verksamhet i respektive land.

Föreningsmötet inleds med en översikt över problemområdet av Måns Rosén från Spri. Därefter kommer Göran Westman, distriktsläkare i Västerbotten, att ge praktiska exempel i mätproblematik från sitt avhandlingsarbete om Vännäs-projektet. Efter lunch presenteras i det första passet flera studier som berör ämnesområdet: Britt-Gerd Malmberg kommer att berätta om primärvårdsområdet som databas, Gunvor Lyngstam presenterar en ny befolkningsenkät i Skövde, Finn Diedrichsen talar om att mäta primärvårdsbehov och styra resurser, Ulla Söderström redovisar en studie angående antal problem per besök hos allmänmedicinare respektive annan specialist. Ytterligare korta faktaredovisningar ingår också i eftermiddagens första pass. Därefter kommer föredragshållarna att finnas tillgängliga vid olika bord för frågor, fördjupningsdiskussioner, eventuell utdelning av material under ca 45 minuter i anslutning till kaffepaus. Dagen kommer att avslutas med en paneldebatt med Christer Gunnarsson som moderator med deltagare från SFAM, DLF, landstingsförbundet centralt och lokalt samt från Spri och socialstyrelsen, där ämnesrådet kommer att diskuteras utifrån respektive ansvarsområde och även utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Avsatt således fredagen den 6 maj 1983 redan i dag för ditt deltagande i Sollefteå!

Olof Svender

Sekr. Svenska distriktsläkarföreningen

dicinska institutionen, 17283 Sundbyberg.



Hälsovårdstrojkan i Gävleborg, Sören Jacobsson, Lasse Sundman och Mats Ribacke omger Gösta Tibblin, Sveriges fräskaste professor i allmänmedicin. (Foto Olle Svender)



Gösta Tibblin och Bengt Scherstén. (Foto Olle Svender).



Hälsouppplysningsledare Harriet Wiberg i aktion. (Foto Olle Svender)



Hälsovårdsöverläkare Lasse Sundman, Gävleborg. (Foto Håkan Unnegård)



Pausdiskussioner. (Foto Olle Svender)

Svensk Social- medicinsk *180 5827* Förenings vårmöte i Linköping 10-11 mars 1983

Planeringsarbetet inför vårmötet 1983 har börjat. Programmet kommer att den första dagen föreslås omfatta en presentation av Linköpings-institutionens verksamhet samt work-shops om angelägna socialmedicinska verksamhetsområden. Den andra dagen kommer att ägnas work-shops kring kompetensfrågor, framtidsvisioner samt ett vetenskapsteoretiskt tema. Därutöver är avsikten att vi skall bereda möjligheter till fria föredrag under sammanlagt 1,5 timma. Från flera håll har framkommit önskemål om sådana, och då särskilt med adress till de yngre förmågorna i den socialmedicinska familjen. Möjlighet finns att vi inbjuder särskilda opponenter som kan ägna mer tid åt att granska varje föredrag, för att bereda vägen för en diskussion i anslutning till varje framställning. Alternativt kan programkommittén erbjuda vissa personer att göra förberedande inlägg i anslutning till respektive föredrag.

Anmälan till Bo Mikaelsson, Institutionen för psykologi och socialmedicin, Regionsjukhuset, 58185 Linköping. Telefon 013-191000.

För programkommittén
Bo Mikaelsson
Kerstin Bergman-Larsson



Paneldiskussion omkring kartläggning av hälsoläget och förebyggande arbete. Monica Jonsson, Lasse Sundman, Sören Jacobsson och Bo Haglund. (Foto Olle Svender)

Den åttonde internationella konferensen om Social Sciences and Medicine

The VIIIth International Conference on the Social Sciences and Medicine will be held August 22-28, 1983 at the University of Sterling, Scotland. The list of themes seems especially exciting.

For further information write to Peter J.M. McEwan, Glengarden Ballatér, Aberdeenshire, AB354B, Scotland.



Hälsouppplysningsledare från Gävleborgs län. (Foto Håkan Unnegård)



Under avdelningen för fria föredrag presenterades senaste nytt från basdatagruppens arbete av Britt-Gerd Malmberg och Bengt Dahlin. (Foto Håkan Unnegård)



Aktiv – passiv hälsovård, en reflektion

BIRGIT ANDERSSON

Vissa delar av Gävleborgs läns hälsoplan kräver inget större engagemang från den enskilde. Att kallas till en hälsokontroll, anteckna tid i sin almanacka och infinna sig för provtagning går lätt för de flesta. Denna del av hälsoplanen som är "passiv" för den enskilde har därför lättast kunnat genomföras.

Att ändra sina levnadsvanor kräver betydligt mer av den enskilde, tex att sluta röka. Hälsoplanens "aktiva" del är följaktligen svårare att genomföra och resultaten låter vänta på sig.

Planen beskriver företagshälsovården som en angelägenhet för primärvården. Även företagshälsovården kan indelas i en aktiv och passiv del. Om företagsledning, fack och anställda passivt överlåter initiativet åt företagshälsovårdens personal får arbetet sannolikt liten effekt. Engagerar man sig däremot aktivt i arbetsmiljöfrågor och medverkar till att lösa dem i samarbete med företagshälsovården, som resurs, blir den säkerligen bättre.

Nyckelord: Hälsopolitik, hälsoplan, hälsovård Gävleborg.

Vårt landsting har alltid varit framåt i planering av hälso- och sjukvård. Redan 1943 tillsattes en sjukvårdsutredning som gav förslag till utbyggnad av sjukvården inom Gävleborgs län. Därefter har planen reviderats åtskilliga gånger. 1967 antog landstinget en sjukvårdsplan utarbetad av tjänstemän. I planen ville man omstrukturera sjukhusen i Sandviken, Söderhamn och Ljusdal. Alla som försökt omändra sjukhus vet folkets reaktion. I varje fall lyckades man förändra sjukvården i

Ljusdal. Jag vill påstå att Ljusdal i dag har en väl fungerande sjukvård. 1971 tillsattes en förtroendemannautredning som till sig knöt en läkarreferensgrupp. Sjukvårdsplanen antogs 1975. Under utredningens gång diskuterades flera gånger förebyggande åtgärder, företagshälsovård, vad ett sunt levnadssätt skulle betyda för länet. Vi hade dessutom börjat med hälsoundersökningar så det var rätt naturligt att arbeta fram en hälsoplan. Hälsoplanen antogs av landstinget 1976.

Hälsoplanen

Vi politiker brukar hålla ekonomin som en sköld framför oss varje gång vi vill försvara våra ställningstaganden. Vid framtagandet av hälsoplanen påstår jag att ekonomin inte kunde vara avgörande. Det var i stället vår önskan att kunna bespara människor i länet lidande. Vi ville genom utbildning, information och upplysning främja individens hälsotillstånd, genom hälsoundersökningar spåra och registrera personer som riskerade att bli sjuka för att i ett tidigt skede kunna sätta in behandling och rehabilitering för att bota eller begränsa sjukdomen.

Två delar

Jag skulle vilja spetsa till det något och indela vår hälsoplan i en passiv del och en aktiv del.

Till den passiva delen räknar jag vaccinerings-, mödra-barn-skolhälsovård, de riktade hälsokontrollerna som mammografi och livmodershalscancerundersökningarna. Som enskild individ behöver jag endast anteckna tid i almanackan och infinna mig för undersökning på rätt tid och rätt plats. Den delen av hälsoplanen har vi lyckats med.

Även om jag kallar den delen av hälsoplanen passiv är den viktig. Den är viktig därför att man på ett tidigt skede kan få grepp om "riskpatienter". Genom att ge behandling tidigt kan sjukdomstillstånd förhindras eller botas.

Till den aktiva delen av hälsoplanen vill jag räkna de åtgärder som kan påverka attityder, livsstilen, livskvaliteten. Det är den del som kan inordnas i begreppet friskvård. Det är åtgärder mot tobak, narkotika, alkohol. Det är påverkan för att få människor att äta rätt kost och motionera mera.

Varför kallar jag den aktiv? Ja, här fordras det mycket av oss enskilda människor för att det skall bli resultat.

Det fordras karaktär, envishet, tjeurighet och mod för att kunna sluta röka, att avstå kaffebröd och den härliga såsen till maten. Nubben till sillen. Det krävs mod för att gå emot grupptricket och kamraternas påverkan.

Men grupptricket kan bli positivt om det utvecklas på rätt sätt. I dag är det tex inte inne att röka. Det krävs energi i dubbel bemärkelse för att motionera.

Motion och skador

Låt mig framföra en hädisk tanke. Gör motionen och idrotten nytta för folkhälsan? Jag ser dagligen i TV och tidningar uppgifter om skadade idrottsskvinnor och män. Slutsprungna maratnlopäare och bärburna bollsparkare.

Att få fram uppgifter om idrottsskador är dock en svår, för att inte säga omöjlig, uppgift. Varken socialstyrelsen, landstingsaförbundet, försäkringsbolagen eller idrottsrörelsen vill kommentera frågan. Det hymlas kring idrottsskador, kanske för att de är så många. Bara ett år, 1966–1967, noterades dock 3688 skadefall i seriespel inom bandy, fotboll, handboll och ishockey.

Det är många vårdagar, mina damer och herrar, och de har inte minskat i antal. Enbart i Gävlerinken tog senaste spelåret, Röda korsets beredskapstjänst händ om 209 skadade, varav 39 hänvisades till sjukhus för behandling. Dessutom har vi skidskadorna, som 1973–1974 var minst 2000, varav cirka 1500 är en följd av utförsäkning. *Ändå vågar jag påstå att idrott i allmänhet och motion i synnerhet har övervägande positiva effekter på oss alltmer stillasittande människor.* Motion i någon form har därför blivit en trängande nödvändighet för oss. En uppskattad motionsform är cykling. I fjol såldes i vårt land cirka en halv miljon cyklar och det är nytt svenskt rekord. Det betyder också att fyra av tio svenskar mellan 7 och 70 år cyklar dagligen. Ingen kan motionera utan rätta skor och utrustning, cykelförsäljningen ökar. Därmed är motion bevisligen till nytta för vår svenska industri och därmed också för sysselsättningen. Att ha ett arbete är synnerligen viktigt ur hälsosynpunkt.

Företagshälsovård

Företagshälsovården kan vara både passiv och aktiv. Överlåter företagen och facken samt de anställda initiativet till företagshälsovårdens personal, ja, då ser jag den som passiv. Tar man i stället initiativet, då blir den aktiv, och jag är säker på att resultatet blir bättre. Enligt min åsikt skall ansvaret för företagshälsovården ligga på landstinget. På varje vårdhet/hälsocentral bör det finnas tjänster för tekniker, ergonomer och företagssjuksköterskor. Det skall vara lika naturligt att remittera en patient till en tekniker för att åtgärda arbetsmiljön som att remittera till en sjukgymnast. Ibland kanske det to m är

bättre. Därmed menar jag inte att slå sönder den företagshälsovård som de större företagen byggt upp. Likaväl som läkaren inom företagshälsovården till en del vill syssla med sjukvård bör allmänläkaren kunna arbeta med företagshälsovård.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen ålägger landstingen att förebygga, uppspåra, utreda och behandla skador. Hur skall man kunna nå det målet om man inte kan gå in och göra åtgärder på arbetsplatsen?

Resultat

Vad har Gävleborgs läns hälsovårdsplan gett för effekter? Har vi fått ett friskare Gävleborg? Kan vi minska på sjukvårdskostnaderna, kan vi minska på vårdplatserna? Planen antogs 1976. Det har gått sex år. Något borde väl synas.

Låt oss först göra klart för oss att arbeta med förebyggande vård och se resultatet, det tar lång tid. Det tar säkerligen 15–20 år innan vi ser effekterna.

Inom vårt landsting har vi nu jobbat med riktade hälsoundersökningar, blodtryckskontroller, vi har rökpsykologer, dietister, för att nämna en del av genomförande av förslagen som hälsoplanen gav. Vi jobbar tillsammans med föreningar, idrotts- och nykterhetsorganisationer, ungdomsorganisationer och korpen, för att påverka attityder till kost, motion, alkohol, tobak osv. Vi har friskvårdskonsultenter som i de olika länsdelarna skall samordna samtliga resurser som finns (landstingets, föreningarnas och kommunernas).

Som jag ser det skall landstinget ha det övergripande ansvaret, initiativet och bedriva försöksverksamhet inom friskvården. När man funnit formerna för arbetet bör det bedrivas av olika organisationer.

Kamratpåverkan, grupptricket från kamraterna tror jag ger det bästa resultatet.

I vår budget är cirka 4 miljoner kronor avsatta för friskvård, förebyggande åtgärder och hälsovård.

Hälso- och sjukvårdsbudgeten uppgår till cirka 1,5 miljard kronor.

4 miljoner kronor är inte hela sanningen, eftersom kostnaderna för den hälsovård som ingår i distriktssjuksköterskornas arbetsuppgifter inte är inräknade. En stor del av deras arbetstid utgörs av förebyggande åtgärder och information om egenvård. Vi har heller inga beräkningar på de timmar som allmänläkarna lägger ner på hälsovård i det dagliga arbetet. Där ligger säkert vår största resurs när det gäller att få en aktiv hälsovård. Hur mycket av allmänläkareresursen som används för hälsovård, friskvård kan ni själva som allmänläkare påverka och delvis vi som politiker i politiska beslut.

Det är bättre att göra misstag än att inte göra något alls. Låt oss vara sams om att i hälsovårds- och friskvårdsarbete våga, även om det skulle kännas



Debatt och engagemang – ett resultat av Gävleborgs hälsoplan

SUNE KLIPPMARK

Nyckelord i Gävleborgs hälsoplan är samverkan, samarbete och engagemang. Artikelnen redovisar vad landstinget slog fast i sin hälsoplan för sex år sedan och vilka effekter man hittills kan notera. En central hälsoenhet planerar och samordnar en rad preventiva insatser. Lokalt baseras hälsoarbetet i första hand på primärvården, skolorna och organisationerna.

Nyckelord: Hälsovård, hälsovårdsenhet, organisation, Gävleborg, hälsopolitik.

Barn och gamla

Först några ord om befolkningsutvecklingen!

Antalet födda har på 15 år sjunkit med 30 procent – hur det blir framöver vet vi inte. Men vi vet att tex antalet 15-åringar år 1995 blir 1.500 färre i länet och cirka 40.000 färre i riket än i dag.

Vi vet också att de äldre ökat och ökar i antal, särskilt de allra äldsta. Detta betyder att det krävs ökade insatser för att enbart bibehålla nuvarande standard på äldreomsorgen. Där emot kan vi utveckla mödra-, barn- och skolhälsovården utan resurstillskott. Frågan kan också ställas om det inte måste föras över resurser från ett område med "vikande orderingång" till ett med "växande orderstock".

Primärvården basresurs

Landstingets hälsoplan slog redan 1976 fast att vårdbehoven inte kan mötas med enbart mer och specialiserad sjukvård. Det krävs en offensiv hälsopolitik. Individens totala miljö måste attackeras. Ett för själva individen acceptabelt hälsotillstånd under hela

som att vi förlorar fotfästet en liten stund.

Författarpresentation:

Birgit Andersson är socialdemokratiskt landstingsråd i Gävleborgs län.*

*Postadress: Gävleborgs läns landsting, 801 18 Gävle.

livet är huvudmålet. Hälsovårdsinsatserna skall riktas bla mot att undvika "för tidig död", begränsa sjukvårdskonsumtion, sjukskrivning, sjukpension och skapa aktivare äldreomsorg och handikappvård.

Åtgärderna skall ha hela skalan från primärprevention till riktade hälsokontroller och utvecklade vårdprogram. Vi måste arbeta mera utanför akutmottagning och hälsocentral och samverka med miljöansvariga myndigheter. Hälsoupplysningen är ett område där vi ser "ringar-på-vattnet-effekter" redan i dag.

Hälsoarbetet skall främst ha primärvården som basresurs. Någon sårorganisation är varken nödvändig eller rationell.

Central hälsoenhet

För samordning, utveckling och planering finns inom landstingets kansli en särskild hälsosektion som en del av hälso- och sjukvårdsavdelningen. Den har för närvarande ett tiotal tjänster, bla läkare, administratörer, hälsoupplysare, sociolog, psykolog och skrivservicepersonal. Särskilda lokala enheter som utvecklats via centrala initiativ är blodtrycks- och diabetesmottagningar, bröstcancerscreening, gynekologisk hälsokontroll, rökavvänjningsenheter, friskvårdsmottagningar, ungdomsmottagning och en utvecklingsenhet för primärvård i Hofors.

Samarbete

Det förebyggande arbetet kräver bred samverkan. Vi har därför i dag länsgruppen för friskvård i skolan, fritiden och arbetslivet, för samordnad företagshälsovård och vårdprogramgrupper. Sjukvårdsdistrikten och kommunerna träffas regelbundet i kommunmöten. Primärvård, långvård och socialtjänst vårdplanerar lokalt i närmare 40 distriktsmöten varje månad. Centralt träffas distriktsöverläkarna och kansliet några gånger per år.

Politiskt intresse ökar

Andra effekter av vår hälsoplan är förutom bred samverkan och bättre samråd tex

- bredare allmändebatt om hälsorisker och livsstil
- ökat engagemang inom skolan, organisationer och massmedia
- ökat engagemang bland lärare, distriktssköterskor, läkare m fl



Forskning och utvecklingsarbete inom primärvården i Gävleborgs län

MATS RIBACKE

En inventering av avslutat och pågående forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvård i Gävleborgs län redovisas.

Inventeringen utfördes hösten 1982 och bygger på en enkät till samtliga distriktsöverläkare samt vissa enskilda distriktsläkare och några personliga kontakter.

Uppgifterna redovisas per sjukvårdsdistrikt, aktuell vårdcentral, projektarbete samt kontaktpersoner.

Nyckelord: Forskning och utvecklingsarbete, översikt, primärvård, enkätundersökning, Gävleborg.

- ökat politiskt intresse för offensivt hälsoarbete
- ökade ekonomiska och personella resurser, tex
 - fler sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister, psykologer mfl
 - ökat föreningsstöd för friskvård, alkoholupplysning m.m.

Fortsättningen

Pågående hälsoprofilsstudier och annat utvecklingsarbete ska så småningom ge fylligare svar om vi är inne på rätt spår med våra förebyggande insatser. Tills dess kan det vara tryggt att luta sig mot den nya hälso- och sjukvårdslagen. Den ansluter sig väl till dess slagord, principer och åtgärder som bla Gävleborgs hälsoplan antagit.

Litteraturförteckning

1. Gävleborgs läns landsting. Den framtida hälsovården i Gävleborgs län. Diskussionspromemoria. Gävle. 1975 (stencil).
2. Gävleborgs läns landsting. Förslag till hälsovårdsplan för Gävleborgs län 1976–85. Gävle. 1976.

Författarpresentation

Sune Klippmark är utredningssekreterare vid landstingets kansli i Gävle.*

*Postadress: landstingets kansli, 801 18 Gävle.

Inför det Gävleborgs-nummer av AllmänMedicin som Du håller i Din hand har en inventering av pågående verksamhet av forsknings- och utvecklingskaraktär inom länet gjorts.

Inventeringen är utförd genom brev till samtliga distriktsöverläkare, vissa enskilda distriktsläkare samt i några fall personliga kontakter. Den omfattar genomförda och pågående projekt, däremot ej projekt som enbart befinner sig på planeringsstadiet.

Begäran om uppgifter om projekt har gällt varje studie som kan betecknas som forskning i vid bemärkelse. Kravet har varit att det skall röra sig om en strukturerad undersökning eller inventering, produktkontroll, enkät, pilotstudie. Varierande självkritisk inställning hos uppgiftslämnarna kan ha inneburit att smärre projekt ej meddelats. Inventeringen kan därför ej göra anspråk på att vara hundra procentig.

Uppgifterna har ej varit helt enhetliga till sin utformning, försök görs dock att redovisa uppgifterna per sjukvårdsdistrikt, aktuell vårdcentral, projektmedarbetare, kontaktperson.

Norra Hälsinglands sjukvårdsdistrikt

1. Hälsocentralen, Hudiksvall. Ulf Blomquist, Johan Brun: Diabetespatienterna på Hälsocentralen i Hudiksvall. En inventering avseende population, behandlingsform, behandlingskvalitet beskriven enligt fastebloodsocker, annan samtidig sjuklighet. Utförd hösten 1981. Föreligger som stencil.

2. Hälsocentralen, Bergsjö. Josten Berg: Decentraliserad diabetesvård i Hassela. Distriktssköterskebaserad diabetesvård inom kommunal. Projektet pågår, redovisning avses omfatta

- a) antal besök per år och diabetiker hos distriktssköterska respektive distriktsläkare i Hassela respektive på distriktsläkarmottagningen i Bergsjö.
- b) viktutveckling
- c) fastebloodsocker
- d) diabetikers uppfattning om mot-tagningsformen

Bollnäs och Söderhamns sjukvårdsdistrikt

1. Leif Ekman, Söderhamn – Leif Jons-son, Edsbyn: Primärvårdens jourorga-nisation. En jämförelse mellan jour-verksamheten i Bollnäs och Söderhamns sjukvårdsdistrikt. Projektet omfattade en beskrivning av jourar-betets omfattning mätt i antal läkarbesök och telefonförfrågningar, dess varia-tion över dygnet samt personalinsatser och kostnader under en 4-veckors-period. Jourfallsfrekvensen vid Bollnäs-mottagningen visade sig något högre, telefonrådgivningen betydligt mer omfattande under dagtid där. Den sammanlagda kostnaden för jourverk-samheten inom Bollnäs sjukvårdsdi-strikt visade sig avsevärt högre än inom Söderhamns.

FAL-arbete redovisat 1981.

2. Hälsocentralen, Edsbyn. Mats Ribac-ke, Lars Sundman, Sören Jakobsson: Uppföljning av Edsby-studien 1975. Screening och omhändertagande har följts upp avseende exspektansgrup-pens öden, andel nytillkomna hypertoni-ker, rekryteringsvägar för dessa, ut-fall av behandling och kontroll av vid undersökningen 1975 nydiagnostisera-de patienter. Stencil, utarbetning på-går.

Gävle sjukvårdsdistrikt

1. Bo Bergstad: Akutvård – primärvård: Ett försök att beskriva vad primärvårdens hittillsvarande utbyggnad har be-tytt för akutmottagningen vid Gävle sjukhus. Man påvisar en tendens till minskande belastning vid akutmottag-ningen som sammanfaller i tid med ökande resurser inom primärvården. Stencil.

2. Hälsocentralen, Bomhus. Sirkka von Kraemer, avdelningsföreståndare Astrid Lundgren och Guje Bäck-Ols-son: Enkätstudie angående Bomhus-patienter på akutmottagningen, Gävle sjukhus. Studien pågår två månader hösten 1982 och avser aktuella kon-takter med primärvårdsorganisatio-nen före besök på akutmottagningen.

3. Bakteriologiska laboratoriet, Gävle sjukhus, hälsocentralerna Bomhus och Södertull. Håkan Gnarpe, Sirkka von Kraemer, avdelningsföreståndare Astrid Lundgren, Bengt Olerud, avdelningsföreståndare Irma Skoog: Decentraliserad streptokockdiagnostik. Samarbete mellan bakteriologiskt laboratorium och två hälsocentraler. Utvärdering och jämförelse mellan konventionell odling sänd till bakteriologiskt laboratorium, odling i GAS-PAC och primärvårdsläsning på hälsocentral av streptocult.

4. Öppenvårdsföreståndare Dagmar Möberg, kansliet, Gävle sjukhus: Utvärdering av nattpatrull organiserad i primärvården. Första verksamhetsåret.

Sandvikens sjukvårdsdistrikt

1. Hälsocentralen, Storvik. Bertil Hagström: Ovensjö-enkäten. Frågeformulär till slumpvis valda invånare beträffande uppfattning om mottagningsorganisation och vanor med avseende på livsstilsfaktorer. Publicerad som stencil 1982.

2. Hälsocentralen, Hofors/Utvecklingsenheten. Mats Ribacke: Projekt vårdtyngd servicehus, Torsåker. I samband med inflyttning i nybyggt servicehus registreras funktionsstatus med hjälp av ADL-instrument och avses följas upp efter ett-flera år. Samtidigt noteras resursanvändning hos gästerna av kommunal service och primärvårdsservice. Förändringar över tid skall följas. Projektet påbörjades sommaren 1982.

3. Hofors enligt ovan: Mats Ribacke. Hoforsenkäten. En enkätstudie till slumpvis urval av befolkningen inom tre åldersgrupper. Frågor gällande sjukvården, uppfattningar om dess organisation, kunskaps- och beteendefrågor speglade förutsättningar för egenvård, utnyttjande av alternativ vård samt vanor avseende livsstilsfaktorer: tobak, motion, kost. Bearbetning pågår.

4. Hofors enligt ovan. Introduktion av R/P-blankett för registrering av vårdkontakter, vårdkonsumtion, diagnosmönster m.m. Kontinuerlig registrering för databearbetning. Arbetet inleddes hösten 1982.

5. Hofors enligt ovan. Leif Stavåker: Olycksfallsregistrering, Hofors. Under tre månaders tid samlades uppgifter om olycksfall handlagda på allmänläkarmottagning, distriktssköterskemottagning och skolsköterskemottagning. Projektarbete under AT-FV-utbildning. Bearbetning pågår.

6. Hofors enligt ovan. Ivar Lund Olsen: Diabetesvård, Hofors. En förstudie inför planerad omorganisation av diabetesvården. Möjligheten att använda icke-fastevården för blodglykos vid kontroller studeras. Målet är mer flexibel vårdplanering och mindre besvär för patienterna. Projektarbete under AT-tjänstgöring, studien pågår.

Hälsö- och sjukvårdsavdelningen, landstingets kansli, Gävle

Avslutade forskningsprojekt

1. Britt Lindmark, Lars Sundman: "Länsenkäten", vanor och attityder till kost, motion, tobak och alkohol. En enkätstudie på ett slumpvis urval av 100 män och kvinnor i varje kommun i ålderna 30-59 år. Publicerad som stencil, Gävleborgs läns landsting, 1982.

2. Lars Sundman: Systembolagets alkoholförsäljning 1977-1980. Redovisningen av försäljningen på kommunnivå. Publicerad som stencil, Gävleborgs läns landsting, 1980.

3. Åke Swahn, Ingrid Nordenstam, Lars Sundman, Annika Ludvigsson: Läke-medelsförsäljningen i Gävleborgs län 1980 och utvecklingen sedan 1977. En redovisning av försäljningen av vissa läkemedelsgrupper för varje sjukvårdsdistrikt. Stencil, Gävleborgs läns landsting, 1982.

4. Sören Jakobsson, Lars Sundman, Helen Hansagi: Premedicare screening. Ett försök med översiktlig hälsoundersökning av våldsökande. 1978.

5. Lars Sundman: "Remissundersökningen". En studie av primärvårdens remisser, antal, svarsfrekvens, väntetider, svarande läkares kompetens m.m. Stencil, Gävleborgs läns landsting, 1979.

6. Elsa Widerholm, Lars Sundman: "Telefonrådgivning vid distriktsläkarmottagning". En enkätundersökning om den våldsökande allmänhetens attityder. Stencil, Gävleborgs läns landsting, 1977.

7. Marta Danielsson, Lars Sundman: "Ett manuellt register för blodtryckspatienter". Stencil, Gävleborgs läns landsting, 1981.

Pågående forskningsprojekt

1. Bo Bergstad, Marta Danielsson, Sue Wilson, Lars Sundman: Redovisning av patientmaterial på blodtrycksmottagningen, Läkarhuset, Gävle, 1982.

2. Janerik Normann, Gunilla Horn, Karin Thuresson, Lars Sundman: Redo-

visning av patientmaterial på diabetesmottagningen, Läkarhuset, Gävle, 1982.

3. Sören Jakobsson, Lennart Nyström, Måns Rosén, Lars Sundman: Dödsorsaker. En kommunvis redovisning av dödsorsaker.

4. Karin Brodin, Bengt Stålhandske, Lennart Edin, Lars Sundman: Slutenvårdskonsumtion. En kommunvis redovisning av vård dagar, diagnoser m.m.

5. Lars Sundman: Försäkringsstatistik. En kommunvis redovisning av sjukfrånvaro, förtidspension.

6. Anders Berggren, Britt Lindmark, Ingrid Siksjö, Lars Sundman: Socioekonomiska data. En kommunvis redovisning.

Författarpresentation

Mats Ribacke, distriktsläkare, chef för utvecklingsenheten i Hofors.*

*Postadress: Utvecklingsenheten, Hofors, Hantverkargatan 32, 813 00 Hofors. Tel: 0290/206 52.

Obs!
SFAM:s
HÖSTMÖTE
1983
är
29-30
september.
Boka in
dessa dagar
redan nu!



Hypertonisjukvård i Gävleborg

MATS RIBACKE

Under 1970-talet skedde en snabb utveckling då det gällde möjligheter till behandling av hypertoni. Detta resulterade i ett stegrat intresse för hypertonisjukvård i hela landet. Insikten att omhändertagandebehovet omfattade stora delar (10–15 procent) av den vuxna befolkningen ställde de organisatoriska problem i centrum.

I Gävleborgs län har ett konsekvent utvecklingsarbete kring dessa problem bedrivits. Olika modeller för uppspårande av patienter med högt blodtryck har prövats och de vunna erfarenheterna har omsatts i praktisk verksamhet i länet. Så nära koppling som möjligt mellan uppspårande och behandlande verksamhet har visat sig ändamålsenligt.

Utvecklingsarbetet fortsätter och kommer bl.a. att omfatta försök till utvärdering av vårdprogramsanvändning, registrering och uppföljning av möjliga behandlingsvinster samt studium av skillnader i medicinanvändning mellan olika delar av länet.

Nyckelord: Hypertoni, primärvård, vårdprogram, Gävleborg.

Blodtryckssjukdomen är ett kvantitativt problem av betydande dimensioner, eftersom vi vet att 10–15 procent av den vuxna befolkningen har sjukdomen. Bristen på symptom och sjukdomskänsla ställer krav på uppspårande verksamhet så nära patienten som möjligt. Då utredningsbehovet i rutin-



Mats Ribacke, Utvecklingsenheten i Hofors.
(Foto Håkan Unnegård)

fallet är måttligt och behandlingen i regel lätt att handha, förefaller det rimligt att knyta huvuddelen av blodtryckssjukvården till primärvården.

I Gävleborgs län har intresset kring dessa frågor avspeglats i ett konkret utvecklingsarbete.

I tabell 1 beskrivs de olika verksamheter som ägt rum under 70-talet.

Tabell 1
Hypertonisjukvård, Gävleborg

1. X-69 och X-71	Screening
2. Hypertoni-	Omhändertagande
mottagning i Gävle	
3. Edsbyn	Screening + Omhändertagande
4. S:t Staffan	Screening via Omhändertagandeorganisation

X-69 var en allmän hälsoundersökning som genomfördes i samarbete mellan landstinget och socialstyrelsen. I denna ingick blodtrycksmätning, och personer, som vid efterundersökning bedömdes ha hypertonisjukdom, remitterades för omhändertagande. Då man två år senare genomförde motsvarande undersökning och vände sig till dem som deltagit 1969, fann man att omhändertagandet inte hade fungerat tillfredsställande. 58 procent av patienter med känd blodtryckssjukdom saknade adekvat vård (1).

Denna erfarenhet blev incitament till uppbyggandet av en bättre omhändertagandeorganisation för de blodtryckssjuka i Gävle. Lars Sundman på Läkarhuset var ansvarig för det. Tanken bakom en blodtrycksdispensär var att det fanns både kvantitativa och kvalitativa vinster att göra genom att sammanföra patienter med en diagnos till specialiserad mottagning och delegera lämpliga uppgifter till utbildad sjuksköterska. Ett lokalt vårdprogram utarbetades för att delegeringssystemet skulle fungera. En speciell journal förenklade informationen inom behandlingsteamet och ett kallelsesystem baserat på patientkartotek blev ett instrument för att kontrollera att patienten inte "tappades bort" (2).

Före blodtrycksmottagningens tillkomst hade på distriktsläkarmottagningen i Gävle 40 procent av arbetstiden upptagits av patienter med kardiovaskulära sjukdomar och av dessa hade 70 procent högt blodtryck. I den nya mottagningsformen kunde 75 procent av hypertoni-patienterna kontrolleras och läkartid kunde friställas för andra patientkategorier. Den kvantitativa vinsten kompletterades med en kvalitativ vinst genom att bortfallet i den behandlade populationen blev minimalt. Mottagningsmodellen har använts på flera håll i länet med vissa lokala modifieringar.

Erfarenheter från Edsbystudien

Det finns sedan länge ett krav på att uppspårande av sjukdom ej bör ske om man ej har behandling att erbjuda och detta omhändertagande bör då vara direkt knutet till den uppspårande verksamheten.

Edsby-studien 1975 avsåg att undersöka det totala omhändertagandebehovet av blodtryckssjukdom i en kommun genom screening av den vuxna befolkningen och i anslutning därtill organiserat omhändertagande (3). Erfarenheterna från Gävle låg till grund för dimensionering av omhändertagandet i Edsbyn. Det visade sig att selektionen vid givna tryckgränser blev betydligt lägre i Edsbyn än i Gävle.

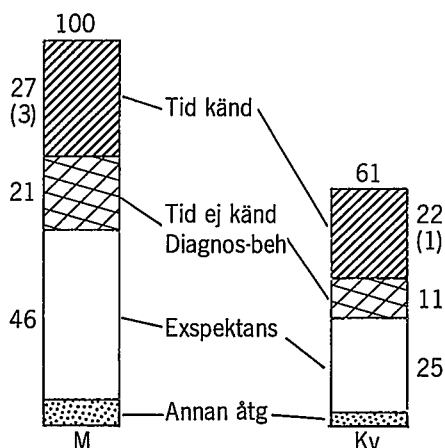
Tabell 2
Deltagande — selektion

	Deltagare	Selekterade
Män	2.334	100
Kvinnor	2.273	61
Edsbystudien 1975		

Som exempel kan nämnas att i åldersgruppen 45–49 år, där diastoliskt blodtryck ≥ 105 mm Hg selekterade, blev utfallet i Gävle 5,7 procent hos männen mot 2,9 procent i Edsbyn. Motsvarande siffror för kvinnor 4,8 respektive 1,0 procent. I tabell 2 återges totalt deltagande och selektion. Vid uppföljning efter screening kunde diagnosen hypertoni ställas hos 32 tidigare okända hypertonisjuka, se figur 1.

Figur 1

Resultat uppföljning selekterade Edsbystudien 1975



I Gävle-undersökningen hade i stor utsträckning tidigare kända hypertoni-ker identifierats. Så blev inte fallet i Edsbyn. Före screening fanns där i kartotek noterade 184 män och 276 kvinnor med diagnosen hypertoni. Av dessa deltog 154 män och 245 kvinnor i screening och 24 respektive 21 selekterades. Det innebär att tillsammans 10 procent av tidigare kända hypertoni-ker, som deltog i screening, selekterades. Jämfört med förhållandena i Gävle var alltså fler patienter kända via rutinsjukvård, och omhändertagna på ett adekvat sätt.

1981, fem år efter screening, gjordes en uppföljning varvid 119 patienter hade tillförts hypertoni-populationen. Diagnoskriterierna hade varit individuella, förutom blodtrycksnivå hade andra faktorer spelat in. Som framgår av tabell 3 hade en mycket liten del av de nytillkomna hypertoni-ker ej deltagit i screening. Det talar för att bortfalletsgruppen vid screening inte tycks ha dolt en högre sjuklighet med avseende på blodtryck än vad deltagande-gruppen gjorde.

Tabell 3
Nyttillkomna hypertoni-patienter deltagande i screening
Edsby-studien 1981

	N	delt scr	ej pop ej delt	pop ej delt
Män	71	62	3	6
Kvinnor	48	40	4	
Totalt	119	102	7	10

Högt blodtryck och cerebrovaskulär sjukdom

Cerebrovaskulär sjukdom, definierad antingen som stroke eller TIA, är vid sidan av andra hjärt-kärlsjukdomar den

viktigaste och vanligaste komplikationen till högt blodtryck. I Söderhamn har Andreas Terént genomfört en studie av strokeincidens och belyst konsekvenserna medicinskt-socialt av denna sjukdom (4). Ett register, där alla nyinsjuknanden i stroke och TIA inom kommunen registrerades, fördes under åren 1975–78. Alla nivåer inom sjukvården var noggrant informerade. I en population på 32.000 fann man en strokeincidens på 2,9 per tusen invånare och år och en TIA-incidens på 0,45 per tusen invånare och år. Dessa siffror är väl jämförbara med andra stora material (5).

Vikten av god blodtryckssjukvård kan man spegla genom att se på prognosen vid cerebrovaskulär sjukdom. I den här studien var mortaliteten under de tre första månaderna 34 procent och inom fyra år 70 procent.

Dessa siffror kan ställas i relation till HDFF-studien, där man påvisar en med 45 procent reducerad mortalitet i stroke under en femårsperiod genom en noggrann behandling av hypertoni i intervallet 90–104 mm Hg diastoliskt (6).

10 procent av de insjuknade i Söderhamn kunde inte skrivas hem efter sjukdomsperioden utan krävde fortsatt sjukhusvård.

"Staffans-studien 1979" gjordes för att skaffa en uppfattning om i vilken utsträckning en hypertoni-mottagning kunde sköta en screeninguppgift inom ramen för löpande verksamhet. Cirka 3.000 män skrivna i S:t Staffans församling i Gävle kallades för blodtrycksmätning under en sexmånadersperiod. Utgående från framtagna data-listor kallade mottagningspersonalen själv patienter i den takt som övrig verksamhet medgav. Erfarenheterna visade att uppgiften kunde skötas genom ett obetydligt tillskott av skötersketimmar.

Vårdprogram i Gävleborgs län

Sedan vi inom länet gjort erfarenheter vad gäller screening och omhändertagande av hypertoni-patienter, bedömdes det angeläget att föra ut dessa kunskaper i praktisk sjukvård. Ett beslut togs i landstinget 1980 om ett vårdprogram för blodtryckssjukvård och landstingets hälso- och sjukvårdsavdelning fick uppdraget att utarbeta ett sådant. Arbetsgrupper bildades i samtliga fem sjukvårdsdistrikt i länet med representanter för invärtesmedicin, allmänmedicin, företagshälsovård och sjuksköterskor. Man kunde enas om ett program som var färdigt för distribution 1980 och introducerades vid sammandragningar i samtliga sjukvårdsdistrikt (7). Programmet har fått ett positivt mottagande framför allt hos personal under läkarnivå, som tydligen hade upplevt ett behov av fastare styrning.

Aktiviteter under 80-talet

Vi anser inte arbetet med blodtrycks-sjukvården avslutat efter det intensiva

arbetet under 70-talet och jag vill beröra våra planer för 80-talet.

Patientinformation är ett stort, svårt och möjligen försummat område i behandlingen, trots alla de broschyrer som färdigställts under årens lopp. Vi har ambitionen att försöka arbeta fram någonting som skulle kunna kallas ett vårdprogram för patienter.

Vi önskar också studera det lokala vårdprogramets roll i praktisk sjukvård. Man kan tänka sig en uppföljning för att belysa användningen av vårdprogrammet genom en enkät ställd till berörd sjukvårdspersonal såväl i öppen vård som på sjukhus. Om användandet av vårdprogrammet är dåligt, finns det anledning att undersöka eventuella orsaker, tex brister i vårdprogrammet eller brister då det gäller att informera om dess existens.

En studie av läkemedelskonsumtion inom länet har genomförts (8). Den visar på betydande skillnader mellan olika sjukvårdsdistrikt då det gäller användandet av hypertoni-mediciner. Vi har planer på att göra en jämförande studie för att försöka belysa möjliga orsaker till sådana skillnader.

I tabell 1 beskrivs hittillsvarande aktiviteter då det gäller screening och omhändertagande av hypertoni-ker. Vi avser att komplettera den uppställningen genom att till en uppspårande och behandlande verksamhet knyta ett strokeregister av Söderhamns-typ för att försöka spegla behandlingseffekter. En sådan komplett studie är planerad till Hofors med start under 1983.

Referenslista

1. Socialstyrelsen redovisar 1978: 11. Upprepade allmänna hälsoundersökningar i Gävle 1971–72.
2. Sundman L: Hur följa upp hypertoni-patienterna? Hypertoni/74, Hässlesymposium. Mölndal: AB Lindgren & Söner 1975, pp 114–123.
3. Ribacke M, Sundman L, Jakobsson S: Edsbystudien 1975. Screening och omhändertagande av hypertoni. Uppföljning 1981. Gävleborgs läns landsting, stencil 1982.
4. Terént A: Acute cerebrovascular diseases. Acta universitatis upsaliensis vol 376, 1980.
5. Aho, K: Fagerholm R: Incidence and early prognosis of stroke in Espo-Kuopio area, Finland, in 1972. Stroke 5: 658–661, 1974.
6. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group: Five-year findings of the HDFF. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. JAMA 242: 2562–2571, 1979.
7. Vårdprogram för högt blodtryck. Gävleborgs läns landsting 1980.
8. Sundman L, Swahn Å m fl: Läkemedelsförsäljning i Gävleborgs län 1980 och utveckling sedan 1977. Gävleborgs läns landsting. Rapport 1982.

Författarpresentation

Mats Ribacke*, distriktsläkare och tillika chef för Utvecklingsenheten för primärvård i Hofors.

*Postadress: Utvecklingsenheten, Hofors, Hantverkargatan 32, 813 00 Hofors. Tel: 0290/206 52



Hälsoupplysning och friskvård i Gävleborgs län

ANDERS ADLER

Under senare år har såväl kunskapen som medvetenheten om levnadsvanornas betydelse för hälsan ökat. Olika rapporter visar på att tex tobaks- och alkoholkonsumtionen medför omfattande sjuklighet och för tidig död. I flertalet landsting har man därför påbörjat en satsning på hälsoupplysning och friskvård för att sprida kunskap om hälsoriskerna samt påverka attityder och vanor. I artikeln sker en redovisning av hur Gävleborgs läns landsting satsat på hälsoupplysning och friskvård.

Nyckelord: Hälsovård, hälsoupplysning i Gävleborg.

Socialstyrelsen har sedan mitten på 1960-talet på olika sätt försökt stimulera landstingen att satsa på hälsoupplysning. I så gott som samtliga län bildades regionala hälsoupplysningskommittéer där bla länsläkaren ingick. I 1969 års statsverksproposition [1] klargjordes emellertid att hälsoupplysningen skulle vara en angelägenhet för sjukvårdshuvudmännen och att staten inte var beredd att bygga upp en särskild regional organisation för hälsoupplysning. Under första delen av 1970-talet skedde just inga satsningar och landstingen avsatte inga särskilda resurser för verksamheten. I bla Skaraborgs, Södermanlands, Värmlands och Gävleborgs län påbörjades ett planeringsarbete. Såväl friskvårdsplanerna i Södermanland och Värmland som hälsoplanerna i Skaraborgs och Gävleborgs län har med största sannolikhet bidragit till en snabbare utveckling av verksamheten under andra halvan av 1970-talet.

Mål och innehåll

En viktig åtgärd i en satsning på en offensivare hälsopolitik är enligt hälso-

planen för Gävleborgs läns landsting 1976 [2] en satsning på hälsoupplysning och friskvård. Hälsoupplysnings yttersta mål är att bidra till att skapa hälsa och detta kan ske genom en satsning på att öka individens faktiska kunskaper på hälsoområdet, ge råd och vägledning för individens handlande, utveckla ett hälsomedvetande samt klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden. Friskvård definieras i hälsoplanen som kost- och motionsbefrämjande åtgärder i syfte att öka välbefinnandet. Övriga åtgärder är en satsning på upplysning och undervisning inom områdena alkohol, narkotika, tobak, sex och samlevnad samt olycksfallsförebyggande verksamhet. Efter hand som vi arbetar med frågorna har det visat sig att begreppet friskvård bör vara en samlande beteckning för den verksamhet som handlar om levnadsvanorna och livsstilen. Då friskvårdsbegreppet skapat ett stort intresse i länet har verksamheten i stor utsträckning genomförts under denna beteckning. Den konkreta målsättningen har då varit att på olika sätt stimulera människor att öka den fysiska aktiviteten, förbättra kostvanorna samt minska eller avstå helt från droger såsom alkohol, narkotika och tobak.

Levnadsvanorna och livsstilens betydelse för hälsan har på olika sätt ytterligare markerats bla i olika utredningar och rapporter, exempelvis socialstyrelsens tobaksutredning [3], minskat tobaksbruk [4], om alkoholpolitiken [5], kost och motion inför 80-talet [6], hälso- och sjukvård inför 90-talet [7], ny syn på hälsan – ett arbetsdokument [8] och landstingen och alkoholfrågorna [9].

Länsfunktion för hälsoupplysning och friskvård

Under 1979–82 har en länsfunktion för hälsoupplysningen och friskvården (hälsoenhet) byggts upp på landstingets kansli i Gävle med uppgift att planera, utveckla och samordna verksamheten i länet [10–14]. Hälsoenheten ska verka för att hälsoupplysningen och friskvården integreras i olika verksamhetsområden i samhället och stimulera till ett lokalt utvecklingsarbete i varje kommun. En viktig uppgift är

att planera och genomföra olika utbildningar för speciella målgrupper samt att svara för materialservicen i länet. För ändamålet har en särskild materialbank byggts upp på länsnivå.

För det länsövergripande arbetet med hälsoupplysning och friskvård finns för närvarande följande tjänster inrättade

- 1,0 hälsovårdssekreterare
- 2,0 hälsoupplysningsledare
- 1,0 rökavvänjningspsykolog (50 procent särskild rökavvänjningsmottagning i Gävle)
- 1,0 kontorist (skrivarbete)
- 1,0 kontorist (materialförråd)

Landstinget har för den länsövergripande verksamheten för år 1982 beviljat följande anslag

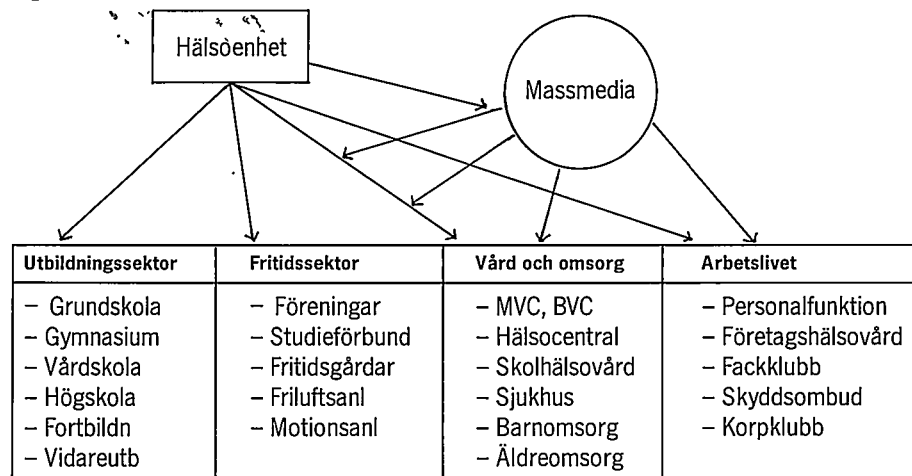
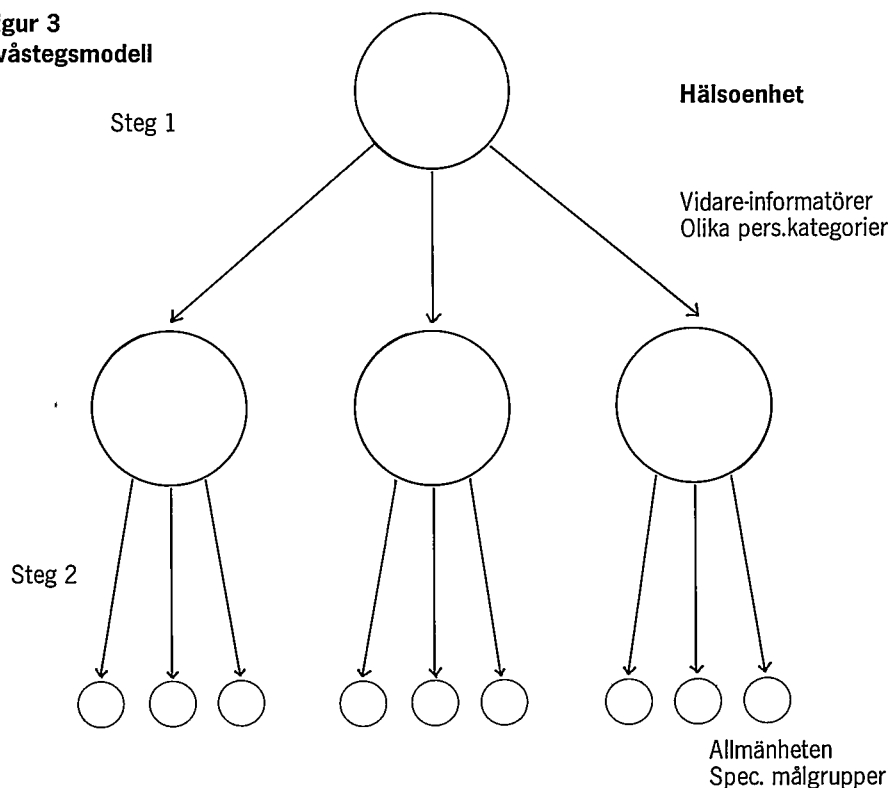
	Kronor
Litteratur, informationsmaterial, film, dia mm	500 000
Utbildningar, kurser mm	470 000
Särskilt bidrag till föreningar och organisationer som medverkar i friskvårdssatsningen	550 000
Summa	1 520 000

Arbetsområde – samhällssektorer

Friskvårdssatsningen har i huvudsak bedrivits inom fyra viktiga sektorer i samhället, nämligen utbildning, fritid, vård och omsorg samt arbetslivet (figur 1). Inom samtliga sektorer har det varit en angelägen uppgift att genom information om friskvårdssatsningen och landstingets ambitioner skapa en opinion och ett intresse för friskvårdsfrågorna. Här är massmedia en viktig kanal när det gäller att föra ut information om olika friskvårdssatsningar och bevaka och rapportera om olika lokala verksamheter som startas.

Friskvård i skolan

En ambition är att skapa ett intresse för friskvårdsfrågorna i olika utbildningar från grundskola, gymnasium, vårdskola, vårdhögskola till olika former av fortbildning och vidareutbildning och skapa ett intresse för att ge utrymme för friskvårdsfrågorna i undervisningen. I nya läroplanen för grundskolan (Lgr-80) finns det möjlighet att ta upp friskvården i den lokala arbetsplanen och välja det som tema, tillval eller projektarbete. I samarbete med bla läns skolnämnden genomförs olika

Figur 1 Arbetsområde — samhällssektor**Figur 2****Länsgrupper — regionala samarbetsorgan****Figur 3****Tvåstegsmodell**

utbildningar för skolans personal. Försöksverksamhet med sk friskvårdsklasser på mellanstadiet pågår på 20-talet platser i länet. Det innebär att läraren på olika sätt integrerar friskvården i olika ämnen i skolans undervisning.

Friskvård — fritid

Inom fritidssektorn pågår en satsning i

samarbete med kommunerna, idrottsförbunden, länskorpen och friluftsförbundet. För närvarande satsas på utbildning av testledare, motionsledare och kostinformatörer, som sedan kan medverka i den lokala friskvårds-satsningen. Särskilda landstingsbidrag utgår till de distriktsförbund som medverkar i satsningen på ett "Friskare Gävleborg". Det kan vara olika kost-

och motionsaktiviteter samt olika satsningar på information om droger.

Friskvård — vårdsektorn

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen pågår olika utbildningar för olika målgrupper. Personalen förväntas sedan i sitt dagliga arbete på olika sätt informera patienterna om levnadsvanor och betydelse för hälsan. Exempel på aktiviteter är tobaksfrågan inom mödra- och barnhälsovården samt alkohol och graviditet inom mödra- och barnhälsovården och socialvården. Inom primärvården sker vidare en satsning på särskilda friskvårdsmottagningar i varje kommun.

Friskvård i företag

I samarbete med de fackliga organisationerna sker en satsning på friskvård i företag. Här sker en utbildning av sk friskvårdsteam på företagen, som sedan ska ha ansvaret för friskvårdssatsningen på sitt respektive företag. Ur fackets synpunkt har alkoholfrågan varit den mest angelägna. För att underlätta arbetet har man varit överens om att satsa på levnadsvanorna och livsstilen i stort och inte enbart vara fokuserad till alkoholfrågan.

Länsgrupper — regionala samarbetsorgan

Hälsoplanen understryker angelägenheten av att på länsnivå etablera samarbete mellan olika myndigheter och organisationer som medverkar i en satsning på hälsoupplýsning och friskvård. Sådana länsgrupper har bildats för friskvård i skolan, friskvård-fritid och friskvård i företag men ännu ej inom vårdsektorn. Samarbete inom vårdsektorn har hittills skett genom informella överläggningar men kommer framöver att formaliseras. Länsgruppernas uppgift har varit att planera och samordna verksamheten och på olika sätt försöka stimulera till lokal verksamhet (figur 2).

Arbetsätt — tvåstegsmodell

Hälsoupplýsningen och friskvården måste planeras långsiktigt och successivt integreras i olika verksamheter i samhället, exempelvis skolan, vårdorganisationen, arbetslivet mm.

Man är numera klar över att kampanjer och jippoaktivitet har liten effekt och att upplýsning och påverkan bör ske genom kontinuerligt återkommande aktiviteter. Hälsoupplýsning och friskvårdsarbetet måste därför utvecklas i en logisk följd där verksamheten byggs ut steg för steg. Den stegvisa arbetsmetoden syftar till att via olika informatörer och rådgivare sprida informationen vidare till allmänheten eller mot speciella målgrupper. Tanken är att budskapet genom vidareinformatörerna ska sprida sig som ringar på vattnet och gjorda insatser ska få en multiplikatoreffekt. Arbetets upplýgning beskrivs i figur 3. Steg ett i modellen består i att utbilda informatörer

som i sina arbeten och funktioner på olika sätt kan medverka i friskvårds-satsningen. Det kan vara olika personnalkategorier som har strategisk betydelse, exempelvis politiker, lärare, hälso- och sjukvårdspersonal, personal inom barn- och äldreomsorg, ledare inom föreningslivet m.fl. Steg två omfattar sedan det informationsarbete som informatörerna startar inom resp arbetsområde, tex att integrera friskvården i olika ämnen i skolarbetet, att starta en aktiv friskvårdssatsning inom primärvården, barn- och äldreomsorgen och att ta upp friskvårdsfrågorna på den egna arbetsplatsen. Via de informatörer som utbildas i steg ett sprider sig nu informationen allt mer ut mot allmänheten. Ju fler som utbildas, desto större spridning kan man få av informationen vidare till olika målgrupper.

Att starta en process

Erfarenheter visar att man inte genom en enstaka temadag eller konferens i någon större utsträckning kan påverka attityder och beteenden. Utbildningen bör därför läggas upp som en kontinuerligt återkommande aktivitet där man får möjlighet att i återkommande kontakt och växelverkan med varandra får utbyta kunskaper, erfarenheter och upplevelser. Med ett sådant arbets-sätt kan man få ökad kunskap och förståelse för sitt eget sätt att arbeta men också för andras. Det kan ge en ny medvetenhet som kan leda till förändring. Såväl tvåstegsmodellen som utbildningens uppläggning kan vara ett lämpligt sätt att starta ett lokalt utvecklingsarbete men också vara ett sätt att få verksamheten att leva vidare (figur 4). Utbildningen ska vara mål-orienterad och riktas mot en speciell målgrupp. Utbildningen ska utformas med hänsyn till målgruppens arbets-situation, problemuppfattning samt önskemål och möjligheter att medverka i ett utvecklingsarbete. En viktig uppgift för hälsoenheten är att följa upp genomförda utbildningar och konstatera om insatserna har fått avsedda effekter. I uppföljningsarbetet ingår självklart fortsatt stöd och stimulans samt ev kompletterande utbildning.

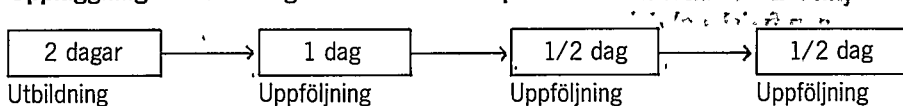
Kommunbaserad friskvårdssatsning – lokalt utvecklingsarbete

Lokala friskvårdsgrupper – politisk förankring

En viktig uppgift för hälsoenheten är att på olika sätt försöka förankra verksamheten lokalt i varje kommun så att möjligheter skapas för en kontinuerlig verksamhet. I samtliga tio kommuner har nu bildats lokala friskvårdsgrupper där politiker från såväl kommunens nämnder som direktionen för sjukvårdsdistriktet ingår tillsammans med föreningsrepresentanter (figur 5). De lokala grupperna har till uppgift att planera och lägga upp friskvårdssatsningen i kommunen och svara för ge-

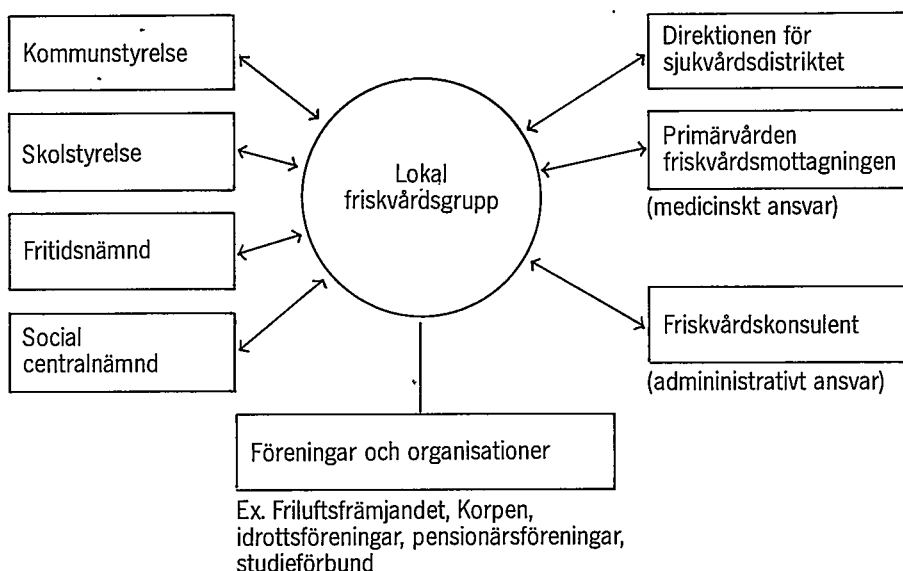
Figur 4

Uppläggning av utbildningen – att starta en process



Figur 5

Lokalt samarbete – politiskt och medicinskt ansvar



nomförande av olika aktiviteter i sam-verkan mellan hälso- och sjukvården, kommunens olika förvaltningar och föreningslivet. Landstinget har för år 1982 beviljat varje lokal friskvårds-grupp ett stimulationsbidrag om 10 000 kronor för att bli påbörja ett lokalt programarbete. Den politiska förankringen är viktig och bör utgöra en garanti för att verksamheten inte blir av jippokarakter utan att den planeras och läggs upp långsiktigt och att man avsätter särskilda anslag härför. Ett utvidgat samarbete mellan primärvården, de kommunala förvaltningarna och föreningslivet är angeläget liksom en samordning av personella och ekonomiska resurser.

Friskvårdsmottagningar – medicinsk förankring

Enligt hälsoplanen bör det startas minst en friskvårdsmottagning i varje kommun som är öppen på kvällstid. Verksamheten vid friskvårdsmottagningarna ska rikta sig till personer som är inaktiva och överviktiga eller av annan anledning är i behov av information och stöd för att ändra sina levnadsvanor. Vid friskvårdsmottagningarna kan man erbjuda en enklare hälso- och konditionstest samt sakkunnig rådgivning.

Vid friskvårdsmottagningarna organiseras i varierande omfattning särskilda bantargrupper, rökslutargrupper och ryggmotionsgrupper. Olika organisationer och föreningar kan ställa upp med olika motionsaktiviteter, friskvårdsgupper, studiecirklar m.m. Det medicinska innehållet i hälsoenheten på friskvårdsmottagningarna är föremål för en översyn och innehållet i hälso-

testen kommer förmodligen att minskas ned kraftigt. Särskilda friskvårdsmottagningar har nu startat i samtliga tio kommuner i länet och syftet är att verksamheten ska utgöra en del av primärvården. I sex kommuner är mottagningarna inordnade i hälsocentral eller motsvarande och i fyra kommuner är friskvårdsmottagningarna förlagda till fritidsanläggningar. Medicinskt ansvarig för verksamheten är en särskild förordnad läkare. Friskvårdsmottagningarna är vanligtvis öppna en kväll per vecka under tre till fyra timmar plus en särskild kväll för enbart konditionstester på några platser. Förutom läkare utgörs personalen av sjuksköterska, undersköterska, kontorist, testledare, sjukgymnast samt särskilda ledare för kostupplysning och rökavvänjning.

Lokalt utvecklingsarbete

Den lokala friskvårdsgruppen ska svara för planering och samordning av verksamheten i kommunen. Den kommande friskvårdssatsningen bör därför sammanfattas i en lokal friskvårdsplan. Sådant planarbete har påbörjats i flera kommuner. En viktig uppgift i det lokala arbetet är att på olika sätt informera allmänheten om levnadsvanornas betydelse för hälsan och den kommande lokala friskvårdssatsningen. Här är det angeläget att genom information och opinionsbildande arbete bland invånarna försöka uppnå en allmän uppfattning i samhället att en friskvårdssatsning är viktig och angelägen. Det får ses som ett förberedande arbete som sedan kan bana väg för särskilda satsningar riktade mot olika målgrupper.

Det mera konkreta målet för den lo-

kala verksamheten bör då vara att försöka påverka invånarna att

- öka den fysiska aktiviteten
- förbättra kostvanorna
- minska bruket av droger, exempelvis tobak, alkohol och narkotika.

Satsningen kan vara allmän och gälla samtliga invånare men också inriktas mot speciella målgrupper exempelvis inaktiva, överviktiga, rökare, ungdomar, äldre.

Friskvårdssatsningen kan också koncentreras till särskilda verksamhetsområden exempelvis satsning på friskvård i bostadsområdet, friskvård i skolan, friskvård på dagis, friskvård i företaget, friskvård i föreningen m.m.

Allt upplysningsarbete bör bygga på en helhetssyn där man beaktar såväl hälso-, som ekonomiska, sociala och psykologiska faktorer. En helhetssyn förutsätter ett arbetssätt där man ser till mottagarens situation och behov och formar sina åtgärder i nära kontakt med dem det berör. Informationen ska alltså vara situationsanpassad, vilket innebär att man bör vara angelägen om att ge rätt råd, på rätt sätt, till rätt person vid rätt tillfälle.

Personal och ekonomi

Hälsoenheten har på olika sätt tagit initiativ och medverkat till att verksamheten planerats, kommit igång och att särskilda anslag anvisats. Därefter har driften av verksamheten successivt förts över till respektive sjukvårdsdistrikt. Från och med år 1982 svarar sjukvårdsdistriktet för budgetering och driften av friskvårdssatsningen. Budgeten för år 1983 uppgår till totalt ca 1 miljon kronor (rökavvänjningspsykologer och primärvårdsdietister ej inräknade).

Dietister inom primärvården

Under perioden 1979–1982 har antalet dietisttjänster utökats från två till nio. Av dessa är fyra knutna till sjukhus och fem tjänster knutna till primärvården. För att sjukhusen och den specialiserade vården inte helt ska lägga beslag på dietisttjänsterna har det varit nödvändigt att knyta vissa tjänster till primärvården. Dietisterna inom primärvården är underordnade distriktsöverläkaren och föreståndaren för den öppna vården och placerade på hälso-centraler. Arbetsområdet är primärvården, vilket innefattar såväl sjukvård som hälsovårdande och friskvårdande insatser. Dietisterna ska svara för planering och utformning av kostbehandlingen och kostupplysningen inom primärvården och försöka få till stånd en aktiv kostupplysning inom exempelvis hälso-centralen, distriktsvården, MVC, BVC, barnomsorgen, äldreomsorgen, skolan och på arbetsplatserna. Dietisterna ska medverka i olika utbildningar av andra personal-kategorier som sedan aktivt kan bedriva kostupplysning inom sitt dagliga arbete. Dietisten ska också svara för rådgivning till vissa patientkategorier

inom primärvården och fungera som konsult och handledare för övrig personal.

Dietisten ska också medverka i friskvårdssatsningen i kommunen och aktivt verka för att kostfrågorna tas upp inom olika samhällssektorer. För att underlätta dietisternas offensiva utåtriktade arbete har landstinget beslutat att inte ta ut någon avgift då dietisten svarar för kostinformation inom exempelvis föreningslivet, kommunala förvaltningar och olika institutioner i kommunen. Satsningen på dietister inom primärvården får ses som ett led i ett offensivare arbetssätt men också ett sätt att tillgodose invånarnas primära behov av kostupplysning och kostbehandling. När det gäller vissa patientkategorier har detta tidigare skett inom länssjukvården.

Motsvarande satsning på dietistverksamheten pågår också i flera andra landstingsområden, bl.a. Malmöhus läns landsting [15].

Rökavvänjningspsykologer i Gävle och Hudiksvall

Särskilda tjänster som rökavvänjningspsykologer har inrättats i Gävle och Hudiksvall. Psykologerna har särskild mottagning för patienter, enskilt och i grupp. Patienterna remitteras från läkare vid såväl sjukhus som hälso-centraler medan andra rökare tar direktkontakt med mottagningen. En viktig uppgift för psykologerna är också att medverka i utbildningen av olika personalkategorier samt fungera som handledare (se särskild artikel).

Friskvårdskonsulenter

Erfarenheterna av de två senaste årens friskvårdsarbete i kommunerna har bl.a. visat att varken administration för primärvården eller kommunens olika förvaltningar har möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för en ambitiösare friskvårdssatsning. För att råda bot mot detta och öka förutsättningarna för en kommunbaserad friskvårdssatsning har landstinget inrättat särskilda friskvårdskonsulenttjänster i Ljusdal och Bollnäs. Friskvårdskonsulenter ska ha en planerande och samordnande roll och fungera som sekreterare i den lokala friskvårdsgruppen samt svara för olika informations- och utbildningsinsatser i kommunen.

Friskvårdskonsulenttjänsterna får ses som en förstärkning av primärvården och ska vara den sammanhållande länken med bl.a. kommunala förvaltningar och olika föreningar och organisationer. Friskvårdskonsulenten ska tex däremot inte själv fungera som upplysare åt olika patientkategorier utan den upplysningsverksamheten ska självklart den ordinarie personalen inom primärvården svara för. Satsningen på friskvårdskonsulenter i kommunerna är ett viktigt steg i en satsning på en kommunbaserad verksamhet. När friskvårdskonsulenten börjar sin verksamhet kan driftfrågor

na i full utsträckning decentraliseras och ledningsfunktionen på länsnivå i högre grad än för närvarande svara för övergripande planerings- och samordningsfrågor, projekt och utvecklingsarbete, uppföljnings- och utvärderingsarbete samt vissa gemensamma utbildningsfrågor. Detta ligger i linje med den policy som nyligen fastslagits av landstinget.

Referenser

1. Svenska kommunförbundet. Utdrag ur cirkulär 1969-11-21. Regional hälsoupplysning.
2. Gävleborgs läns landsting. Hälsovårdsplan för Gävleborgs län 1976–85. Gävle 1976.
3. Socialstyrelsens tobaksutredning. Tobaksrökning. Stockholm. Allmänna förlaget 1973.
4. Tobakskommittén. Minskat tobaksbruk. Stockholm: Socialdepartementet 1981. (SOU 1981:18).
5. Regeringens samordningsorgan för alkoholfrågor. Om alkoholpolitiken. Stockholm: Socialdepartementet 1981.
6. Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning: Kost och motion inför 80-talet. Stockholm: Socialstyrelsen 1979 (H-rapport 1979:11).
7. Socialdepartementet. Hölso- och sjukvård inför 90-talet. Hälso-risker. Stockholm 1981. (SOU 1981:1).
8. Socialstyrelsen. Ny syn på hälsan – ett arbetsdokument. Stockholm: Socialstyrelsen 1981.
9. Landstingsförbundet. Landstingen och alkoholfrågorna. Stockholm 1980.
10. Adler A. Hälsoupplysning och friskvård. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan 1981.
11. Gävleborgs läns landsting. Budget för hälsoupplysning och friskvård år 1982.
12. Gävleborgs läns landsting. Årsberättelse för hälsoupplysning och friskvård år 1981.
13. Gävleborgs läns landsting. Program för tobaksupplysning och rökavvänjning. Gävle 1982.
14. Gävleborgs läns landsting. Program för alkoholupplysning. Gävle 1982.
15. Adler, A. Sundelin, G. m.fl. Kostutredning. Lund: Malmöhus läns landsting 1978.

Författarpresentation

Anders Adler är hälsovårdssekreterare vid landstingets kansli i Gävle.*

*Postadress: Gävleborgs läns landsting, 801 18 Gävle.



Friskvård i Hudiksvalls kommun. Presentation av en friskvårdsmottagning belägen i en hälsocentral

HÅKAN UNNEGÅRD

Artikeln belyser utvecklingsarbetet från en officiell hälsoplan i ett län till konkret verksamhet på kommunnivå. I artikeln presenteras de tankar som styr utvecklingen från en passiv friskvårdsmottagning till en mer utåtriktad aktiv mottagning. I beskrivningen ingår även en presentation av olika personalkategorier, något om besöksstrukturen på en friskvårdsmottagning på hälsocentral samt något om kostnadsläget. Till slut skissas en önskemodell till hur friskvården bör vara integrerad med kommunen, länssjukvården och primärvården.

Nyckelord: Hälsovård, Friskvårdsmottagning, Gävleborg.

Den 11 december 1975 fastställdes officiellt hälsoplanen i Gävleborgs län. När hälsoenheten så småningom fick resurser att börja arbeta offensivt, inbjöds hösten 1979 representanter från föreningar, sjukvården och kommunen till en en-dags introduktionskurs i friskvård. Ett resultat av denna kurs var att en ledningsgrupp våren 1980 planerade hur friskvården i Hudiksvall skulle se ut. Resultatet blev en lokal friskvårdsgrupp, tabell 1.

Första försöket

Verksamheten startade i januari 1981 och målgrupp i det första skedet var lärarna i ett rektorsområde. Då behovet av "friskvård" var dåligt tillgodosett inom kommunen blev mottagningen snabbt fullbokad. I det första skedet arbetade vi med verksamhet en kväll i veckan mellan kl 18 och 21. Verksamheten var igång ca 20 veckor under våren och ca 20 veckor under hösten med upphåll för sommar- och vinterledigheter. Hudiksvalls friskvårdsmottag-

Tabell 1
Hudiksvalls friskvårdsgrupp

Kommunfullmäktige
Ordförande
Fritidsnämnden
Ordförande
Tjänsteman
Skolstyrelsen
Ordförande
Kulturnämnden
Ordförande
Sociala centralnämnden
Ordförande
Korpen
Ordförande
Friluftsförbundet
Styrelserepresentant
Idrottsföreningarna
En representant
Ideella organisationer
En representant
Högskolan
Studieledare Friskvård.
Direktionen
Ordförande
Sjukhusdirektör
Primärvården
En distriktsläkare

ning är en av länets tre friskvårdsmottagningar där verksamheten är helt förlagd till en hälsocentral. Det finns flera olika arbets kategorier som har vanlig tjänstgöring, tex en laboratorieassistent som sköter provtagning på ordinarie arbetstid. Vi har vidare en rökavvänjningspsykolog som arbetar dagtid med upplysnings- och informationsverksamhet till enskilda och skolor samt har fått sitt huvudsakliga arbetsinnehåll från friskvårdsmottagningen. En dietist har anställts och hon sköter kostrådgivning dagtid med enstaka undantag för en kväll i veckan då hon har kostinformation för överviktiga. Vidare arbetar två sjukgymnaster, med ryggskola, dvs fem lektioner där man undervisar i hur ryggen fungerar, hur man förebygger ryggont samt vad man kan göra om man får ont i ryggen. Vidare arbetar undertecknad som läkare tre timmar i veckan, 40 veckor/år

med rådgivning och information samt med den administrativa biten. Arbetet ingår i ordinarie arbetstid. För de mera kamerala uppgifterna finns en sekreterare anställd som arbetar tio veckotimmar utanför ordinarie arbetet med bokningsarbete, skrivarbete och statistik. Från föreningslivet finns anställda tre testledare som arbetar två åt gången en kväll i veckan. Dessa är anställda på timanställning. En undersköterska och en sjuksköterska, vars uppgift är att ta EKG och blodtryck, är också timanställda.

Kostnad

Kostnadsaspekten för friskvårdsmottagningen är svår att göra, då bla någon debitering av provtagning inte sker. Vidare finns läkarens och laboratorieassistentens arbetstid ej budgeterad på friskvårdsmottagningen. Till 82-09-01 har vi av 120 000 kronor hittills använt bara 16 000 kronor, vilket ger en ungefärlig kostnad av ca 65 kronor/besök. För den enskilde tar vi ut en kostnad på 15 kronor för en konditionstest och 60+30 kr för en sk friskvårdsundersökning.

Friskvårdsundersökning

En friskvårdsundersökning ad modum Hudiksvall består av dels en provtagningsdel, där vi tar SR, Hb och för män över 40 år gamma-GT. Dessutom kontroll av längd och vikt samt blodtryck och EKG. Omfattningen på provtagningen är gemensam på länets friskvårdsmottagningar, fränsett att vi ur eget intresse studerar gamma-GT värdena på män för att eventuellt hitta dold alkoholism. Att vi gör detta har bestämts i kommunens lokala friskvårdsgrupp. Bokning och redovisning av aktiviteter sker enligt en friskvårdsjournal, figur 1. Besöksprofilen på mottagningen skiljer sig avsevärt från sk motionspolikliniker typ Hemlingby (Gävle), Högbo (Sandviken) och Bolleberget (Bollnäs), tabell 2. Anledningen till detta är troligen att "vanliga människor" med övervikt osv känner sig mer benägna att gå till en hälsocentral för att kontrollera eventuella motionshinder än till en motionscentral. Vi använder oss av kontroller tre och tolv månader efter det första besöket

för att stödja och hjälpa personerna som söker oss.

Lokala friskvårdsmottagningar

Relativt snart framkom att friskvårdsmottagningens resurser var alltför begränsade för att kunna ge något resultat i kommunen. Då vi arbetar bara 40 veckor/år och kan ta ca tio nybesök per vecka innebär det att vi skulle behöva hålla på i 50-60 år för att kunna ta hand om kommunens alla invånare. Vi började därför i lokala friskvårdsgruppen att skissa på ett förändrat omhändertagande av kommunens invånare. Hösten 1982 har vi startat tre nya lokala friskvårdsområden (FVO) som är belägna dels i en hälsocentral i Iggesund, dels vid stadens badhus och på en mellanstadieskola i kommunen. Meningen med dessa friskvårdsmottagningar är att varje område själv skall försöka sköta den "basala testningen" och urvalet av personer med fysiska hinder för motion eller andra hälsoproblem. Det går till så att man via kommunen ställer upp med motionsledare och testledare. Verksamheten bekostas helt av kommunen med bidrag till tex gymnastikföreningen som står för motionsledare och testledare. Man belastar därför ej sjukvårdens budget.

Förenklad friskvårdsundersökning

En friskvårdsundersökning går till så att varje person får fylla i ett enkelt frågeformulär där vi försöker att få svar på väsentliga medicinska problem via ja- och nejfrågor. Om vi får ett ja i vårt frågeformulär vid tex frågan, får du rethosta eller pip i bröstet vid ansträngning, så skall personen i fråga remitteras till hälsocentralens friskvårdsmottagning. Får vi bara nej i väsentliga frågor kan det lokala friskvårdsområdet ta hand om personen i fråga. Hälsokontrollen innefattar mätning av blodtryck (utbildning av motions- och testledare sker kontinuerligt i blodtryckstagning), längd och vikt och beräkning av överviktsprocent. För beräkning av överviktsprocent har vi förenklat det hela så att vi för män har längd minus 100 = normalvikt och för kvinnor längd minus 105 = normalvikt.

Överviktsprocent får vi fram genom formeln:

$$\frac{\text{övertikt}}{\text{aktuell vikt} - \text{normal vikt}} \times 100 = \text{övertiktprocent}$$

Här har vi bestämt att överviktsprocent på mellan 0-15 procent kallas kosmetisk övervikt, mellan 15-25 procent lätt övervikt, 25-50 procent är måttlig övervikt och över 50 procent är kraftig övervikt. Därigenom får vi vissa enkla grupper som vi kan dela in personerna i. Överviktsprocent på mer än 50 procent bör föranleda remiss till Hudiksvalls friskvårdsmottagning. Hjärt-

Figur 1.
Friskvårdsjournal för bokning.

FRISKVÅRDSMOTTAGNINGEN		Kontakttidpunkt Sign Tel bost/arb		Bokningsföretagningar	
Hälsocentralen Kålhagsgatan 20 824 00 Hudiksvall 0650/189 30 vx Onsdagar 18-21 tv Önskade undersökningar/provtagningar		Bokad År mån dag klockan		Besökt HC tidigare Ja ☐ Nej ☐ Besökt FV-mott. tidigare Ja ☐ Nej ☐ När Konditionstest enbart ☐ Stora FVU ☐ Tagit EKG förut	
Vikt Längd Hb 120-160 SR 1-30		Åtgärder Hänvisas till: Personnummer		Rökavvänjningspsyk ☐ Namn Sjukgymnast ☐ Adress Dietist ☐ Yrkesgrupp Motionsledare ☐	
Leverprover normalt EKG normalt ☐ ej normalt ☐		Motionsråd Gå ☐ Snabbpromenad ☐ Jogga ☐ Cykla ☐ Simma ☐ Åka skidor ☐ Hur ofta ggr/vecka Hur länge min/gång Önskvärd max puls Önskvärd vikt nedgång hg/vecka kg/mån Remiss till distr.läkare pga		Testvärde: Mycket lågt ☐ Lågt ☐ Normalt ☐ Högt ☐ Mycket högt ☐ Synpunkter (Ifylles före återbesöket) Hur har det gått? Vad har gått bra? Vad har gått dåligt?	

Tabell 2
Statistik för 9 veckor 1982.

Åldersfördelning

Antal	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
100 st	2	4	27	28	21	18
				67		

Konditionsprofil

Antal	Låg	Något låg	Ordinär	Hög	Mycket hög
121 st	14	30	27	11	18
	44			29	

lungkapaciteten mäts på vanlig testcykel. Här mäter vi enligt Åströms tabell, låg för åldern, något låg, normal, hög och mycket hög hjärt-, lungkapacitet.

Vi använder oss av en förenklad friskvårdsjournal, figur 2. På baksidan, figur 3, finns en motionsdagbok. Meningen med detta är att man dels skall komma ifrån att ta prover, vilket många söker sig till friskvården för att göra, dels får man ett förenklat omhändertagande lokalt på stadsdels- eller kommunalscentral. Meningen är att man från de lokala friskvårdsområdena skall kunna remittera direkt till tex rökavvänjare, dietist, distriktssköterska eller distriktsläkare eller till friskvårdsmottagningen. Allt som luktar sjukvård skall remitteras till distriktsläkare. Meningen är alltså att dessa motionsledare och testledare, dels skall vara bosatta på respektive område, dels känna befolkningen väl. De bör då kunna bidra med kontinuitet och närhet till befolkningen samt ge stöd i enkla motionsfrågor. De bör ej jämföras med U-ländernas "medicmän" utan enbart vara motionsmän/kvinnor.

Friskvårdskonsulent

För att verksamheten skall kunna fungera i kommunens alla förvaltningar

har vi från lokala friskvårdsgruppen äskat om en friskvårdskonsulent, som skall bekostas till hälften av landstinget och till hälften av kommunens tre stora förvaltningar, nämligen sociala centralnämnden, skolstyrelsen och fritidsnämnden. Friskvårdskonsulenten skulle i så fall kunna sitta på hälsocentralen och därifrån sköta verksamheten.

Uppgifter för friskvårdskonsulent

Vi hoppas att vi genom en friskvårdskonsulent skall kunna ta bättre hand om tex pensionärer som vi önskar skall få en vettig verksamhet med promenader i lämplig terräng, föreläsning om kost och motion, träning av ryggar tillsammans med sjukgymnast osv. Vi hoppas också att en utbildning för förskolans lärare kan starta snart. Där kan en friskvårdskonsulent spela en viktig roll för att ta initiativ till hur verksamheten skall läggas upp lokalt.

Framtidsperspektiv

Friskvården i Hudiksvall ser vi som ett intressant alternativ och som viktig för framtiden. Även i den nya hälso- och sjukvårdslagen poängteras att hälso- och sjukvård är jämställbara med varandra och att i hälsovård ingår bla friskvård, egenvård och vanlig hälsovård tex barnavård och mödravård. Vi

Figur 2.
Friskvårdsjournal vid mottagningen.

FRISKVÅRDSJOURNAL							
Datum		FVO		Testledare			
Födelsenr.		Namn		Adress			Tel.
Längd	Vikt	Övervikt	0–10%	10–20%	20–30%	30–40%	> 50%
		♂ längd -100= ♀ längd -105=					
Testvärde	Mycket lågt	Lågt	Normalt	Högt	Mycket högt	BT	
Motionsråd		Hur ofta		Hur länge		Motionsform	
Remiss till			Kontroll inom		Avrådd motionera		
			mån.				

EXERCEDIA HJUDEN VÅG AB

Figur 3.
Motionsdagbok vid friskvårdsmottagningen.

[illegible]

som arbetar med friskvård tror att det är "lönsamt att satsa på detta". Ur kommunens och landstingets synpunkt kan man väl knappast få någon ekonomisk täckning för gjorda insatser inom de närmaste åren. Vi tror dock att ett ökat hälsomedvetande i den uppväxande generationen kan leda till att den nuvarande föräldragenerationen får en utbildning så att säga underifrån. Vi tror också att vissa hälsorisker i framtiden undviks i den generation som växer upp, med en förbättrad utbildning i hälsa och hälsorisker. Hur man skall kunna mäta och bedöma en sådan förbättring är för närvarande oklart och det är osäkert om det ens är möjligt praktiskt. Som forskningsobjekt kan man tänka sig att de nya allmänmedicinska institutionerna engageras i detta arbete. Friskvård bör vara en av grundstenarna i den framtida hälso- och sjukvården, och friskvården bör vara en naturlig del i människans livsstil. Friskvården bör, ja skall vara frivillig.

Fallgropar

Som slutord kan sägas att alla nya verksamheter som byggs upp har sina fallgropar och att vi i Hudiksvall naturligtvis har fallit i några av dessa. *Fallgrop nummer ett är att man försöker medicalisera friskvården.* Det innebär att man försöker göra medicinska undersökningar som ej har ett medicinskt värde. Visserligen kan det diskuteras om det är mera medicinskt befogat att tex mäta insulin- och blodsockerhal-

ten hos 100 arbetslösa verkstadsarbetare som sker vid olika medicinska institutioner, i vetenskapens namn i avsikt att publiceras i en erkänd vetenskaplig tidskrift, jämfört med att på en friskvårdsmottagning ta gamma-GT hos 100 friska män över 40 år för att upptäcka dold alkoholism hos 7 personer. *Fallgrop nummer två* är att man nu i uppbyggnadsskedet av en ny verksamhet *kräver bevis för att det är ekonomiskt lönsamt* när detta bevis kan komma tidigast om 10–20 år.

Integration

Friskvården bör vara integrerad och möta förståelse inom först och främst primärvårdsorganisationen (hälso-centralen/vårdcentralen), men även inom den slutna sjukvården. Friskvården bör ha en djup förankring i de kommunala förvaltningarna så att man betänker friskvårdens roll inom varje nytt projekt. Det kan gälla ett nytt bostadsområde eller en ny skola med gymnastiklokaler. Vidare bör man kunna diskutera nyttan av och användning av tex en ishall i relation till vad fem nya motionslingor med elljusspår och lämpligt underlag kostar. Friskvården bör ha en förankring inom föreningslivet i kommunen så att samarbete kan ske tex vintertid mellan olika skidsektioner som bör kunna erbjuda lämpliga turer inom kommunens olika skidspår. På sommaren kan man tänka sig tex cykeltur tillsammans med cykelklubb. Under höst och vår kan badminton, handboll och lik-

nande aktiviteter vara lämpliga. Här gäller det dock att kommunen har lämpliga gymnastiklokaler för detta. Friskvården bör också ha en positiv resonans bland befolkningen.

Allt detta nya tar tid och sker inte över en dag eller ett år. Frågan är dock hur länge våra politiker vill och vågar vänta på resultat.

Författarpresentation:

Håkan Ünnegård är distriktsläkare vid Hudiksvalls hälsocentral och medicinskt ansvarig för friskvården i kommunen.*

*Postadress: Hälsocentralen, Box 609,
824 01 Hudiksvall, tel 0650-189 30



Tobaksarbetet inom Gävleborgs läns landsting

GUNNAR HYLLIENMARK

Tobakskommittén har i sitt betänkande satt upp klara mål för arbetet med tobak. Den har också argumenterat för att ett sådant arbete måste ske på flera fält samtidigt för att bli effektivt. I Gävleborgs läns landsting försöker man genomföra ett mångsidigt arbete mot tobaken. Man vill förebygga tobaksdebut, förändra tobaksvanorna och börja skapa ett samhälle där tobaken har föga utrymme.

Nyckelord: Rökning, prevention, Gävleborg.

Den statliga tobakskommittén lämnade sitt betänkande 1981 [1]. Den föreslår följande mål för tobaksarbetet:

Så få som möjligt ska börja använda tobak.

Så många som möjligt ska sluta använda tobak.

Förståelse för vikten av minskat tobaksbruk skapas.

Uppfattningen att det normala är att tobak ej används skapas.

Tobakskonsumtionen minskas så

- att senast år 1990 högst 30 procent av den vuxna befolkningen använder tobak vanemässigt
- att senast år 2000 högst 15 procent av den vuxna befolkningen använder tobak vanemässigt

För landstingets del har vi föreslagit samma mål [2].

För att nå dessa mål krävs ett allsidigt, sakligt och konstruktivt åtgärdsprogram. Programmet bör grundas på hälsopolitiska överväganden.

Programmet kan av praktiska skäl delas upp i tre delar

- att förebygga tobaksdebut
- att förändra tobaksvanor
- att skapa ett samhälle inrättat för ett mindre tobaksbruk.

Inget av de här delprogrammen kan fungera bra utan stöd av de andra de-

larna. Därför måste man arbeta med alla tre delarna samtidigt. Man ska inte vänta sig snabba eller omvälvande resultat. Det finns inga enkla åtgärder som ger hållbara resultat. Det krävs ett mångsidigt och långvarigt vardagsarbete för att nå målen.

Vi har som utgångspunkt skaffat oss kunskap om hurdant dagsläget är inom landstingsområdet och en del om vad invånarna tycker [3]. Rökvanorna ligger med något undantag kring riksgenomsnittet. Invånarna påstår att det är viktigt att inte röka, att arbetsmiljöerna bör vara rökfria, att man ska ha förbud mot rökning inom sjukhus och skolor och att man bör ha mera upplysning inom skola och arbetsliv. Många rökare har planer på att sluta och en del tror att det skulle vara lättare om de fick andra med sig.

För att förebygga tobaksdebut stöder vi skolornas drogundervisning och medverkar även i den. Vi har utbildat skolsköterskor och haft temadagar för lärare. Vi predikar inom barnavården om barnens rätt till en rökfri uppväxt.

För att förändra tobaksvanorna har vi som centralpunkter två psyko-logledda rökavvänjningsmottagningar. Kring dem har vi nu börjat få fram rökavvänjning vid distriktsläkarmottagningar, friskvårdsmottagningar och företagshälsovård. Vi har haft en rad fortbildningar för ledning och anställda inom hälso- och sjukvård för att göra dem medvetna om tobaksfrågans betydelse. Vi har också utbildat direkt i tobaksupplysning och rökavvänjningsmetodik. Vi tror att vi på så sätt fått bättre rådgivning vid MVC och BVC, vid preventivmedels-, blodtrycks- och diabetesmottagningar. Och vi är helt övertygade om att åtminstone primärvården tar upp rökningen med sina patienter.

För att hjälpa till med att inrätta samhället för ett mindre tobaksbruk har vi försökt utvidga de rökfria delarna av sjukvårdens lokaler [4]. Vi har tagit upp rökreglerna med skyddsombud och skyddskommittéer. Vi har haft en hel del information om motiven för restriktionerna i fråga om rökning. Vi har också försökt finna lösningar som kan accepteras av rökarna, och i bästa fall till och med uppskattas av dem.

Vi har strävat efter att vara allsidiga,

sakliga och konstruktiva, även om vi inte alltid har lyckats med det. Även om resultaten redan kan märkas, så inser vi att det mesta fortfarande ligger framför oss.

Referenser

1. Tobakskommittén. Minskat tobaksbruk. Stockholm: Socialdepartementet, 1981. (SOU 1981:18.)
2. Hyllienmark G, Sundman L. Arbeta mot tobak i Gävleborgs län. Färdriktning, mål och medel. Gävle: Landstingets kansli, 1982 (Stencil.)
3. Lindmark B, Sundman L, Persson S. Länsenkäten. Vanor och attityder till kost, motion, alkohol och tobak i Gävleborgs län. Gävle: Landstingets kansli, 1981. (Stencil.)
4. Lindmark B. Rökförbud på Bollnäs sjukhus. Sjukvårdspersonalens rökvanor och attityder till rökförbud inom offentliga lokaler. Gävle: Landstingets kansli, 1982. (Stencil.)

Författarpresentation:

Gunnar Hyllienmark är psykolog vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen och förestår rökavvänjningsmottagningen i Gävle.*

*Postadress: Hälsocentralen, N Slottsgatan 5, 803 53 Gävle.

Först av allt fyra steg som kan göra Din patient rökfri:

1. Välj patienter som är motiverade att sluta röka – patienter med en rökkningsrelaterad sjukdom, riskpatienter eller de som spontant ber om hjälp.

2. Ge patienten Ditt personliga råd, samtidigt som Du överlämnar broschyren "Att börja ett rökfritt liv".

3. Skriv ut Nicorette mot eventuella abstinensbesvär. Om Du bara skriver ut ett paket Nicorette, bör patienten kontaktas efter en vecka, eftersom Nicorette annars kan ta slut.

4. Följ upp patienten och kontrollera att användningen av Nicorette trappas ned.

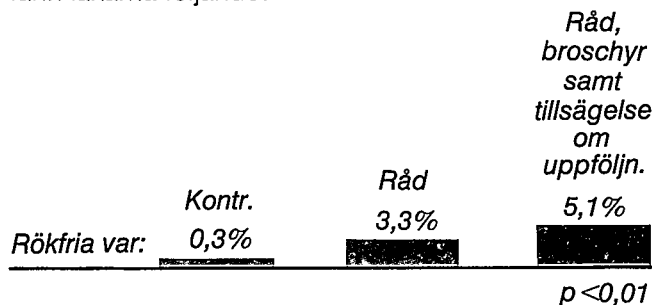


FÖLJ UPP NICORETTE®

Resultat vid rökavvänjning.

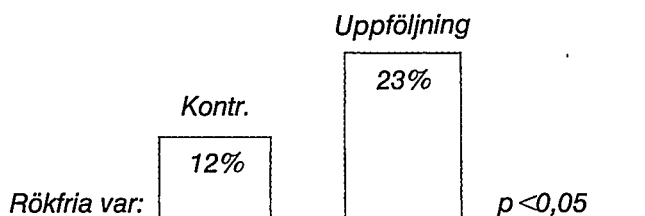
Nedanstående studier visar var för sig betydelsen av olika komponenter i terapin, framför allt den betydelse behandlingsuppföljning har när man som läkare initierat ett rökstopp.

I England studerade 28 allmänpraktiserande läkare effekten av att ge ett råd om att sluta röka jämfört med effekten av att ge ett råd, en broschyr samt tillsägelse om att patientens rökvanor skulle följas upp. 1137 patienter ingick i studien och efter ett år fann läkarna följande:



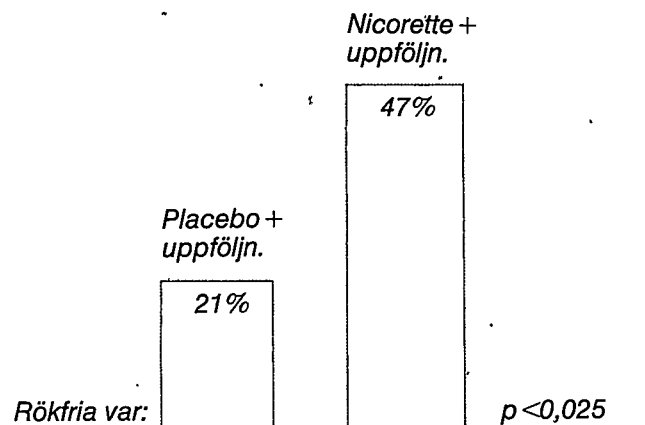
Ref: Russel et al: *BMJ*, 1979, 2, 231–235.

I Kanada studerade 4 allmänpraktiserande läkare effekten av tre uppföljningsbesök hos läkaren jämfört med en grupp som enbart gavs rådet att sluta röka. 211 patienter ingick i studien och efter sex månader fann läkarna följande:



Ref: Wilson et al: *CMA Journal*, 1982, 126, 127–129.

Vid en rökavvänjningsklinik i England genomfördes en placebokontrollerad studie av Nicorette som komplement till gruppterapi. 116 patienter ingick i studien och efter ett år fann läkarna följande:



Ref: Jarvis et al: *BMJ*, 1982, 285, 537–540.



Med uppföljning av terapin kan man förvänta sig tiotals procent bättre resultat än om man bara skickar iväg patienterna utan återbesök. Uppföljningen behöver inte bli tidskrävande, utan de sista kontakterna kan bestå av telefonsamtal eller ett för-tryckt brev från Dig, där patienten får fylla i hur det går. Uppföljningen kan också delegeras till Din sjuksköterska eller annan kunnig sjukvårdspersonal. Vill Du ha praktiska råd beträffande rökavvänjning med Nicorette, ring Leo, 042-10 40 00.

DINA PATIENTER.

Nicorette®

Tuggummin 2 mg och 4 mg

Medel vid rökavvänjning

Deklaration. 1 tuggummi 2 mg innehåller: Nicotin. resin. respond. nicotin. 2 mg, sorbitol. 189,8 mg, constit. et aroma q.s.

1 tuggummi 4 mg innehåller: Nicotin. resin. respond. nicotin. 4 mg, sorbitol. 179,3 mg, color (kinolingult), constit. et aroma q.s.

Egenskaper: NICORETTE är ett medel vid rökavvänjning vars aktiva substans, nikotin, administreras i form av ett tuggummi. Vid tuggning sker en långsam frisättning av nikotin, som absorberas i munhålan. Tuggummit fungerar som en slow-release beredning varför man inte får de höga och snabba blodkoncentrationstoppar av nikotin som erhålles vid rökning. Maximal blodkoncentration uppnås först efter 30 minuters tuggning och är då jämförbar med koncentrationen 20–30 minuter efter rökning av en medelstark cigarett.

Nikotintillförsel med NICORETTE sker på ett mindre riskfyllt sätt än vid rökning, eftersom tobaksrökens innehåll av bla tjära, kolmonoxid och irriterande gaser eliminerar.

Försök till rökavvänjning försvåras ofta av olika slags abstinensbesvär, vilka huvudsakligen beror på bortfall av nikotin i tobaksröken. Med NICORETTE lindras dessa besvär. Rökaren kan därigenom under inledningsfasen koncentrera sina krafter på att bryta de psykologiska och sociala faktorerna i rökvanan.

Indikationer. Profylax mot abstinensbesvär i samband med rökavvänjning.

Kontraindikationer. Försiktighet skall iakttagas vid grava hjärt-kärlsjukdomar.

Graviditet och amning. Kategori C i Fass. Se speciellt avsnitt märkt [2]. Nikotin passerar över till fostret. Den sänkning av födelsevikten som observerats hos barn till rökande mödrar kan med stöd av djurexperimentella data förklaras av

den tillförda kolmonoxiden. Det kan dock inte uteslutas att nikotin bidrar till effekten, varför all nikotintillförsel bör undvikas under graviditet. Nikotin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.

Biverkningar. Irritation i munhåla och matstrupe, ömhet i käkled, hicka, flatulens och epigastralgi kan förekomma. Epigastralgi kan ofta motverkas genom samtidig tillförsel av antacida. Dessa biverkningar kan i viss utsträckning reduceras genom att patienten instrueras hur NICORETTE skall tuggas. (Se Övrigt i Fass.) Ökad frekvens av munsår kan förekomma. Sådana munsår kan uppkomma även om man enbart slutar röka, varför deras samband med nikotinbehandlingen är oklar.

Dosering.

Individuell dosering rekommenderas. Behandlingen bör dock alltid inledas med NICORETTE 2 mg. Denna styrka är tillräcklig för de flesta rökare, men vid behov kan dosen ökas till 4 mg. Dosen upprepas vid rökbegär. I de flesta fall är en begynnelsesdos på högst 8–12 tuggummin per dag tillräcklig. Somliga behöver dock endast några enstaka tuggummin. Några veckors behandling är oftast tillräcklig, men i vissa fall kan upp till 3 månaders intag erfordras. Längre behandlingstid än 3 månader anses för närvarande inte indicerat.

Vid utsättandet av behandlingen bör dosen reduceras successivt.

Observera. Medlet är endast indicerat vid rökavvänjning, dvs i samband med totalt rökstopp. Det är därför angeläget att patienten har stark motivation att sluta röka och att andra åtgärder för att underlätta rökavvänjningen som tex samtalsterapi sätts in samtidigt. Då medlet innebär risk för tillvänjning, bör förskrivning följas upp med regelbundna kontroller.

NICORETTE bör förvaras utom räckhåll för barn.

Vid nedsväljning av NICORETTE utlöses nikotin långsamt och ofullständigt, varför förgiftningsfaran är liten. Preparatet är inte rabattberättigat.

Övrigt. Bipacksedel med råd och anvisningar till patienten medföljer förpackningen. Följande bör dock särskilt påpekas: På grund av sitt nikotin-innehåll har NICORETTE en ovanlig smak.

NICORETTE skall tuggas långsamt 10–15 gånger varefter tuggummit får vila innan man fortsätter tugga. Tuggar man för snabbt kan man i början bli irriterad i halsen, få hicka eller känna illamående. Efter några dagar lär man sig anpassa tuggastigheten. NICORETTE skall tuggas i 30 minuter för att avge allt nikotin. Nikotineffekterna inträder först efter några minuter, varför samma snabba tillfredsställelse som vid rökning ej skall förväntas.

Förpackningar. Tuggummin 2 mg (ofärgade): 105 st (tryckförpackning). Tuggummin 4 mg (guldfärgade): 105 st (tryckförpackning).



AB Leo, Helsingborg

Dödligheten i ett historiskt och nationellt perspektiv, en inledning

BO HAGLUND

Artikeln utgör en bearbetning av inledningsanförandet till symposiet om dödlighetsregister vid Svensk förening för allmänmedicins höstmöte i Hudiksvall den 1 oktober 1982.

Dödlighetens förändringar redovisas i ett historiskt, ett nationellt och ett socioekonomiskt perspektiv. Den sjunkande medellivslängden för både medelålders män och kvinnor från 1960-talet utgör incitament för nya ansatser både vad gäller sökandet efter orsaker och förebyggande aktiviteter. Primärvården kommer att ha betydelsefulla uppgifter i detta arbete.

Nyckelord: Mortalitet, historiska förändringar, nationella skillnader, socioekonomiska förändringar, översikt.

Bakgrund

Under senare delen av 1970-talet har en intensifierad diskussion förts om att förändra planeringsprocessen för hälso- och sjukvården från en resursorienterad till en mål- och behovsorienterad planering (1). Dessa diskussioner har

befästs genom den nya hälso- och sjukvårdslagen som träder i kraft den 1 januari 1983. I den här lagen finns för första gången en hälso- och sjukvårdspolitisk målsättning formulerad. I den andra paragrafen står det att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vid en sådan målformulering för hälso- och sjukvården krävs att planering och uppföljning av verksamheten baseras på uppgifter om dels befolkningens hälsotillstånd och dels vårdens tillgänglighet och kvalitet (2).

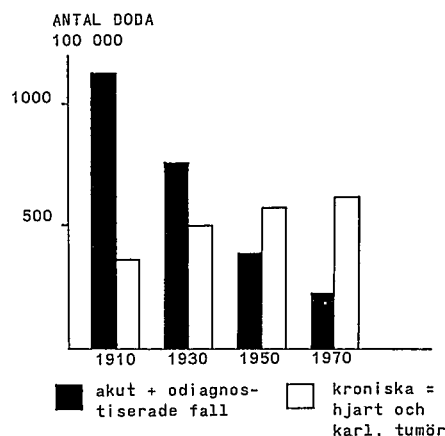
Kartläggning vid behovsorienterad planering

När hälsopolitiska mål ställs upp på landstingsnivå eller primärvårdsnivå är det relevant att analysera vilka hälsopolitiska medel som leder till uppsatta mål. I ett läge där samhällsekonomin lägger restriktioner på verksamheten blir det allt viktigare att försöka väga olika insatser mot varandra för att bedöma vilka åtgärder som ger störst effekt med avseende på hälsomål som tex minskad dödlighet, förbättrad hälsa och välbefinnande osv. En sådan målinriktad planering blir ett instrument med vilket man i princip kan göra avvägningar och prioriteringar mellan tex förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser såväl som mellan primär och sekundär vård, mellan olika specialiteter och mellan olika primärvårdsområden. Ett prioriteringskriterium är sjukdomar som leder till för tidig död.

Dödlighetens historiska förändring

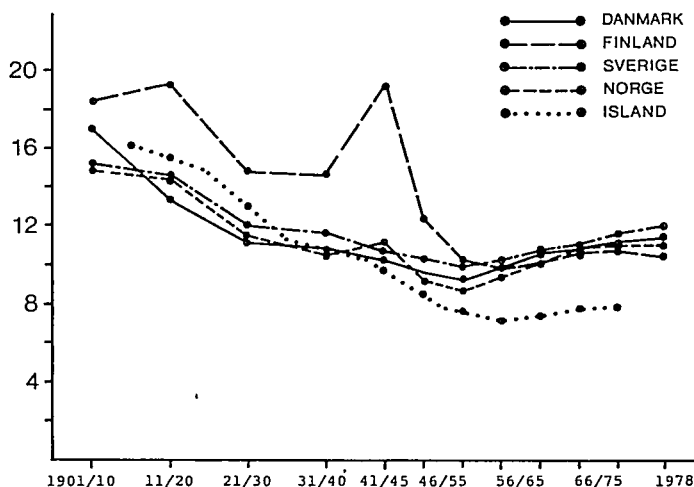
I ett historiskt perspektiv har dödligheten genomgått dramatiska förändringar i Sverige under den senaste 100-årsperioden. Om vi ser på det hela schematiserat under 1900-talet har en förändring ägt rum från död i akuta, huvudsakligen infektionssjukdomar till död i kroniska sjukdomar med en dominans för hjärt- och kärlsjukdomar samt tumörer (figur 1).

Allmänna dödstalen under 1900-talet har varierat mellan de nordiska länderna. För män har en nedgång ägt rum under hela 1900-talet men sedan början av 60-talet har både i Danmark, Norge och Sverige en uppgång i dödligheten ägt rum (figur 2). Bilden är inte



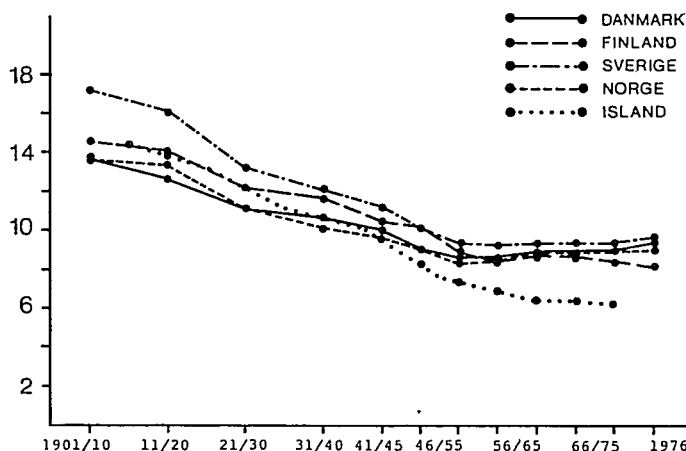
Figur 1

Dödligheten i olika akuta och kroniska (inkl övriga) sjukdomar i Sverige för perioden 1910–1970 per 100 000 av standardpopulation för män. Ref. efter liv och hälsa (3).



Figur 2

De allmänna dödstalen för män åren 1901/10–1978 (per 1 000 män) (7)



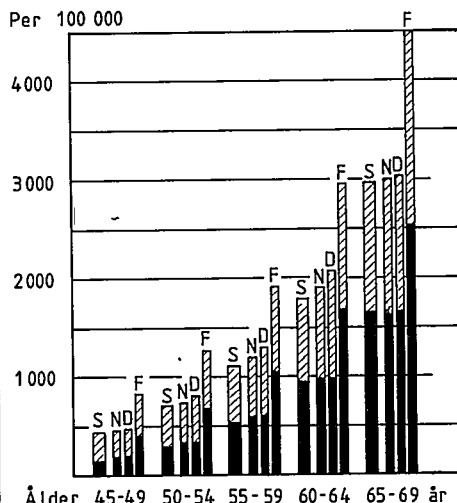
Figur 3

De allmänna dödstalen för kvinnor åren 1901/10–1978 (per 1 000 kvinnor) (7)

på motsvarande sätt entydig för Finland. En uppgång av de allmänna dödstalen har också påbörjats för kvinnorna i Norden men uppgången ligger 10 år senare från mitten av 70-talet (figur 3).

Åldersfördelad dödlighet i Norden

Om man ser till dödlighetsutvecklingen i olika åldersgrupper mellan de nordiska länderna för tidsperioden 1974–1978 har Finland fortfarande en kraftig överdödlighet både totalt och i hjärt- och kärlsjukdomar (figur 4).



Figur 4
Dödlighetsjämförelser i de nordiska länderna 1974–1978.

(Källa: Ann-Marie Bolander, SCB)

▨ Samtliga dödsorsaker utom CVD

■ Kardiovaskulära sjukdomar

En kortare medellivslängd i de nordiska länderna för män och kvinnor utgör en historiskt sett helt ny situation. Sannolikt är det för första gången medellivslängden minskar hos något folk. Den förändrade dödlighetsutvecklingen med en allt kortare medellivslängd för medelålders män och kvinnor har medfört att allt större insatser gjorts för att försöka klargöra orsaksmönstret bakom den förändrade dödligheten. Vid Nordiska hälsovårdshögskolan anordnades ett symposium i ämnet i början av juni 1982 med titeln "Different aspects of mortality analysis".

De nordiska länderna har använt lite olika ansatser i dödsorsaksanalyserna. I Danmark har man framför allt inriktat sig på dödlighet i olika socioekonomiska grupper och skillnader i dödlighet mellan olika yrken (4).

I Norge har man genomfört studier av dödligheten under en längre tidsperiod, från 1946–1980 (5). Man har försökt belysa geografiska skillnader och i analysen av orsaksmönstret mellan geografiska områden använt sig av strukturella skillnader. När man i dessa analyser hållit yrkesstrukturen konstant fann man att en 20-procentig skillnad kvarstod i dödlighetsmönstret, som då bland annat kan tillskrivas beteendefaktorer som rökvanor, alkoholkonsumtion etc.

Den finska överdödligheten

I Finland har man konstaterat att det sedan många år finns stora regionala skillnader i dödlighet (fig 5, 6). Det här undersöktes systematiskt i Finland redan på 1940-talet. Man fann då en kraftig överdödlighet i de nordöstra delarna av Finland som sedan stått kvar fram till i dag (6). Det är framför allt den kraftiga överdödligheten i dessa regioner som betingar skillnader mellan de nordiska länderna.

Den viktigaste förklaringsgrunden till skillnader i dödlighet mellan östra och västra Finland förklaras av skillnad i levnadsstandard och därtill hörande komponenter (7). I en studie av Notkola (8) framhålls att dagens höga dödlighet i östra Finland kan beskrivas som resultatet av en process på individnivå som ser ut på följande sätt: att vara född till fattigdom och dåliga bostäder i början av 1900-talet resulterar i ett svagt hälsotillstånd på 1930-talet, fortsätter på 1950-talet i svaga ekonomiska och sociala förhållanden och leder slutligen till en för tidig död. Notkola ser den höga dödligheten i östra Finland som ett sista uttryck för landsbygdsproletariatets svåra situation.

En annan bidragande förklaring an-

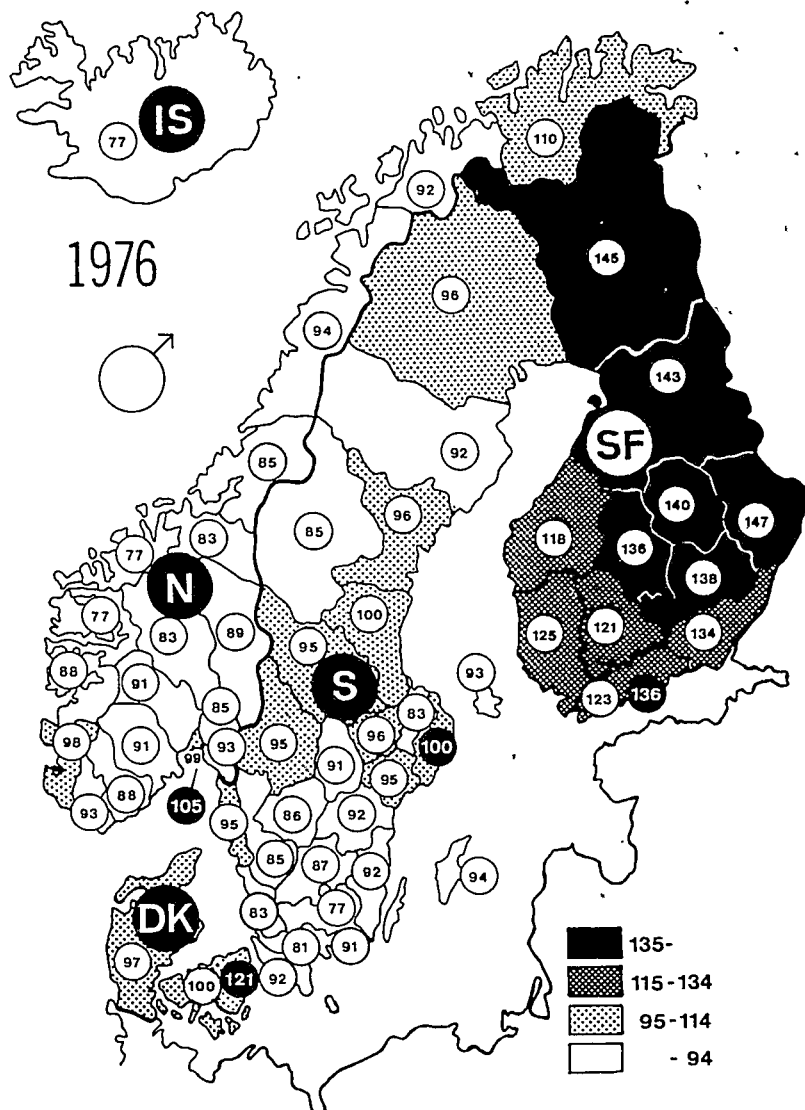
ses vara de finska männens tidigare rökvanor. Man hade tex i Finland världens högsta cigarettkonsumtion på 1920-talet och låg mycket högre än andra nordiska länder ända fram till omkring 1940. Också öl och starksprit konsumeras i betydande mängder i Finland. Finländarna dricker mera starksprit än sina nordiska grannar. Det är vanligt att dricka sällan men däremot stora mängder per gång. I Finland dör också dubbelt så många individer i alkoholförgiftning som i den övriga Norden sammanlagt.

Skillnader i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper har förutom i Finland studerats i liten utsträckning i de nordiska länderna.

I England har man studerat detta sedan många år tillbaka (figur 7). Skillnaderna i dödligheten mellan grupperna och därmed också i olika yrken har ökat alltmera under den senaste 50-årsperioden.

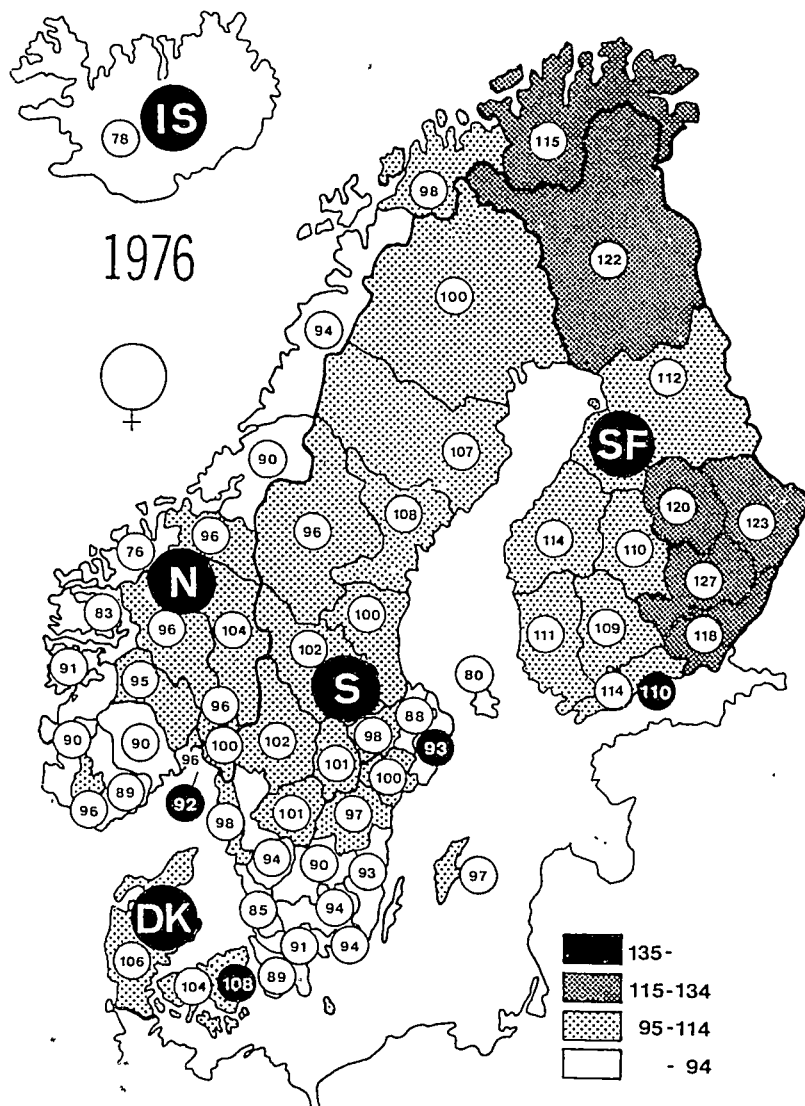
Metodutveckling

En betydande metodutveckling för att följa dödligheten både över tid och i olika regioner har ägt rum under de sista åren. SPRI har i olika samarbetsprojekt givit väsentliga bidrag, delvis som



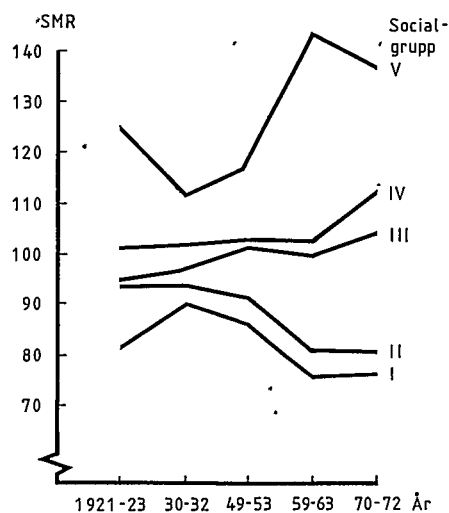
Figur 5

Männens standardiserade dödlighet som index i de nordiska länderna länsvis år 1976. (De nordiska länderna = 100). Huvudstäderna är markerade med svart svart cirkel. Källa: Hälsovård 1979. Finlands officiella statistik X1:75. Från hälsotillståndet i Norden. (Referens 7)



Figur 6

Kvinnornas standardiserade dödlighet som index i de nordiska länderna länsvis år 1976. (De nordiska länderna = 100.) Huvudstäderna är markerade med svart cirkel. Källa: Hälsovård 1979. Finland officiella statistik X1:75. Från hälso-tillståndet i Norden. (Referens 7)



Figur 7

Standardiserad dödlighet (SMR) 15-64 år, England and Wales, 1921-1972, socialgrupp I-V.

(Källa: Registrar General, London 1972) (9).

en följd av de krav som ställts från primärvården om att få fortlöpande lokala registeruppgifter (10). I de följande inläggen skall vi försöka spegla framför allt metodologiska problem och tillförlitlighetsfrågor när vi går ner i geografiska analyser på så små enheter

som primärvårdsområden (11-13). I översikten har jag framför allt hållit mig på nationell eller regional nivå. Men med primärvårdens nya ansvar för förebyggande verksamhet blir det allt viktigare att se hur vi kan använda oss av dödlighetsregister i en behovsplanerad verksamhet på lokal nivå.

Referenser:

1. Haglund B, Svanström L: Mot en behovsorienterad planering i hälso- och sjukvården. SFAM-nytt 1982;3:136-138.
2. Diderichsen F: Ohälsa i Norrbotten. Underlag för hälsopolitisk planering. Bilaga till Norrbottens läns landsting; Hälso- och sjukvård inför 1990-talet (HS BD 90). Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet, forskningsenheten i Luleå 1982.
3. Carlsson G, Arvidsson O, Bygren L-O, Werkö L: Liv och hälsa. Stockholm Liber förlag 1979.
4. Andersson O: The Danish Model of Census-Linked Mortality Studies and the Future Plans. Köpenhamn. Danmark Statistik, Sejøgade 11, 2100 Köpenhamn Ø. Stencil 1982.
5. Borgan J-K: Analysis of Cohort Mortality. Mortality Trends in Norway 1946-1980. Paper presented at Nordic demographic symposium Kungälv. Stencil 1982.

Kristofersen LB: Dokumentasjonsnotat i Yrke og Dødelighet. Om koblingen av dødematerialet 1970-1973 med folketellingene 1960 og 1970. Oslo. Interne notater Statistisk Sentralbyrå 1982.

Fegersten L: Heterogenity in mortality by County in Norway - the Contribution of Variation in Life Style and Occupation. Oslo. Paper presented at Nordic demographic symposium Kungälv. Stencil 19 juni 1982.

6. Notkola V: Regional Differences in Mortality from the Diseases of the Circulatory system in Finland in the 1930's a Preliminary Report. Helsingfors. Paper presented at Nordic demographic symposium Kungälv. Stencil 1982.

7. Jakobsson G, Järvinen H, Bäckman G: Hälso-tillståndet i Norden. Åbo. Meddelande från ekonomisk- statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo akademi. Socialpolitiska institutionens serie A:156. 1981.

8. Notkola V: Alueelliset Kuolleisuuserot Suomessa 1950-1975. Helsingfors. Helsingin Yliopiston Sosiologian laitoksen tutkimuksia No 218. 1980.

9. Standardiserad dödlighet England & Wales. Register General, Decennial Suppl. HMSO, London 1972.

10. Haglund B, Svanström L: Dödsorsaker inom ett kommunområde - om behovet av lokala studier inom primärvården. Socialmedicinsk tidskrift 1981;58:264-268.

11. Rosén M: Analyschema för regional dödlighet - problem och möjligheter. SFAM-nytt 1982; 3:29-32.

12. Höglund D: Lokalisering av hälso-problem med mortalitetsstatistik. SFAM-nytt 1982; 3:35-38.

13. Jakobsson S, Sundman L: Från register via dödsbevis till journal. SFAM-nytt 1982; 3:33-34.

Författarpresentation:

Bo Haglund*, distriktsläkare vid Hälsovårdsenheten, Nordvästra förvaltningsområdet Stockholms läns landsting.

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, 17283 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00

Frågeschema vid lokal dödsorsaksanalys – ett hjälpmedel för primärvården

MÅNS ROSÉN

Det finns en hel del metodproblem när det gäller att tolka sjuklighetsdata på små geografiska områden. Distriktsläkare med intresse för att analysera hälso-tillståndet i sitt upptagningsområde behöver därför stöd och praktisk vägledning för att analysera sådana data. I denna artikel redogör Måns Rosén, Spri, både för problemen vid regionala analyser och för möjligheterna att hantera problemen. Det senare sker med hjälp av ett frågeschema, som kan uppfattas som en systematisk checklista. Frågeschemat illustreras med ett praktiskt exempel från Gävle kommun.

1. Bakgrund

Hälsö- och sjukvården har nu ett lagstadgat ansvar för hela befolkningens hälsa och inte enbart för dem som söker vård. Möjligheterna för landstingen att leva upp till detta befolkningsansvar kommer i stor utsträckning att bero på primärvårdens förmåga att ta ett ansvar för befolkningen i sitt upptagningsområde. En förutsättning för ett framgångsrikt arbete är då att man har kunskap om befolkningen, dess levnadsförhållanden och dess hälsotillstånd.

Kunskap om lokala hälsoproblem och befolkningens levnadsförhållanden kan bli vara ett viktigt underlag i det förebyggande arbetet och för att anpassa verksamheten efter lokala förutsättningar och behov. I Skaraborg har man tex sammanställt denna typ av data i sk "kommunböcker" (1).

En god tillförlitlighet i de data som presenteras är naturligtvis en grundförutsättning för att de skall vara användbara. I största möjliga utsträckning vill man också undvika att det förekommer falska uppgifter om en översjuklighet eller överdödlighet i ett visst område. I projektet "Hälsoproblem i ett landsting" (2, 3) försöker vi också

utveckla metoder och arbetssätt som på ett tillförlitligt sätt kan kartlägga den lokala befolkningens hälsoproblem.

En av delstudierna inom projektet behandlar dödsorsaksstatistiken. För att underlätta en systematisk analys av lokala dödsorsaksdata har vi utvecklat ett fråge- eller analyschema som kan användas av dem som arbetar på samhällsmedicinska enheter eller av distriktsläkare som vill kartlägga hälsotillståndet i sitt upptagningsområde. Eftersom många problem vid regionala analyser är gemensamma oberoende av vilken statistik man använder, så kan frågeschemat i princip tillämpas även för andra registerdata.

I denna artikel diskuterar jag kortfattat en del av de problem som är speciella för regionala epidemiologiska studier för att sedan presentera frågeschemat med ett praktiskt exempel. En mer utförlig redovisning av problem och de teoretiska utgångspunkter som ligger bakom valet av fråge- eller analyschema kommer att presenteras i en Spri-rapport (4).

2. Problem med regional dödsorsaksstatistik

Det finns en del metodproblem som är speciellt viktiga att ta hänsyn till i en regional dödlighetsanalys. En del av dessa problem diskuteras på andra ställen (4, 5, 6) och jag gör därför bara några sammanfattande kommentarer.

Vid regionala epidemiologiska studier finns det bla problem med:

- få observationer,
- många jämförelser, det sk masssignifikansproblemet,
- standardisering av data,
- gruppbaseade eller aggregerade data,
- administrativa-geografiska områden,
- befolkningsomflyttningar,
- lokala diagnoskriterier.

Delar vi upp ett datamaterial på tex män och kvinnor, mindre geografiska områden och mer sällsynta dödsorsaker så får vi få observerade dödsfall för många av grupperna. En avvikelse mellan två områden kan då mer bero på slumpmässiga variationer än på verkliga skillnader i dödlighet. Statistiksignifikanstestning är endast ett sätt att kontrollera för problem med få observationer, dvs stora slumpfel. Ett annat problem, det sk masssignifikans-

problemet, uppkommer om vi gör ett stort antal statistiska signifikansanalyser. Detta kan inträffa om vi analyserar många dödsorsaker för ett flertal kommuner.

Ett tredje problem gäller standardisering av data. Oftast är det fråga om standardisering för ålder, men det är principiellt möjligt att standardisera för vilken variabel (tex yrke, civilstånd) som helst, men metodproblemen ökar då också.

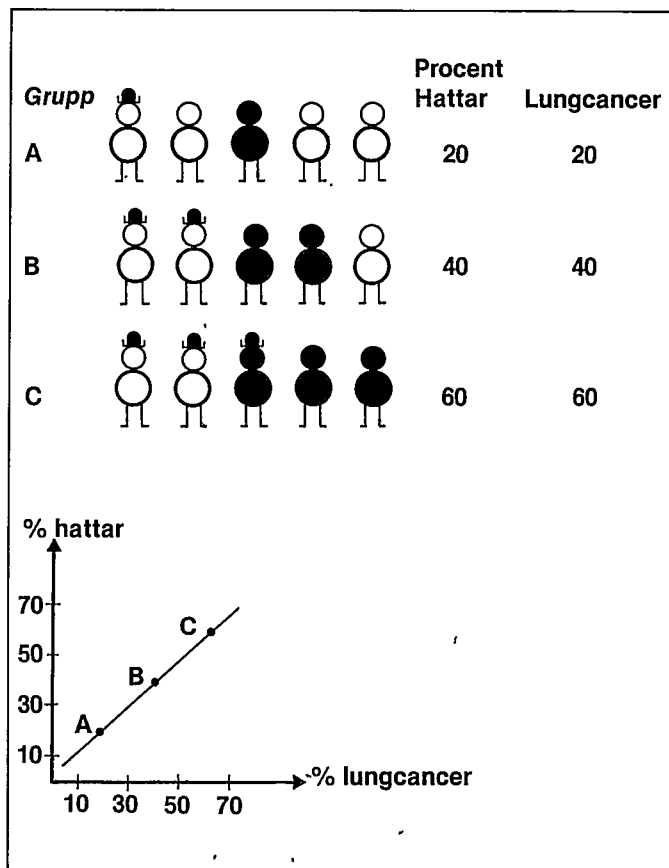
Problemet med att använda data på grupp-nivå, tex kommuner, när man vill studera individers förhållanden, utvecklades av Robinson (7) år 1950 och kan illustreras med nedanstående exempel:

Vi tänker oss tre olika grupper, grupp A, B och C. De kan vara län, kommuner, yrkesgrupper etc. Grupp A består av fem individer, varav en bär hatt och en har lungcancer. Detta innebär att en av fem, dvs 20 procent bär hatt och 20 procent har lungcancer i grupp A. I grupp B bär två individer hattar och två har lungcancer. Totalt i grupp B är det alltså 40 procent som bär hatt och 40 procent som har lungcancer. Enligt figur 1 ser vi också att 60 procent bär hatt och att 60 procent har lungcancer i grupp C. Gör vi nu en enkel sambandsanalys får vi en 100-procentig korrelation på grupp-nivå mellan andelen som bär hattar och har lungcancer. Studerar vi varje individ för sig visar figur 1 att det oftast inte är samma individer som bär hattar och som har lungcancer.

Ett problem med regionala studier är att resultat oftast redovisas efter vedertagna administrativa gränser, tex län och kommuner. Primärvårdsområden överensstämmer inte alltid med kommungränserna och speciella bearbetningar måste därför göras. Samtidigt måste man vara medveten om att tolkningen av dödsorsaksdata försvåras om materialet delas upp på mindre enheter än kommuner.

Uppmärksamhet på ett område med hög eller låg dödlighet vill vi gärna hitta faktorer i samhället som kan förklara avvikelse. Men, det är inte säkert att människor som dör i området också har bott där under en längre tid av sitt liv. Detta problem gör det svårare att se vilka faktorer i samhället som skulle kunna tänkas förklara en observerad över- eller underdödlighet.

Lokala diagnosförhållanden kan slutligen försvåra regionala analyser.



Figur 1.
Problem med gruppbase data.

En rapporterad under- eller överdödlighet kan i många fall bero på att man lokalt i området tillämpar andra diagnoskriterier än vad som är gängse i andra delar av landet. Höglund och Floderus-Myrhed tar upp ett flertal exempel på hur praxis vid bestämning av underliggande dödsorsak eller specialinriktning vid olika sjukhus kan styra valet av dödsorsak (5).

3. När kan vi lita på analyschema?

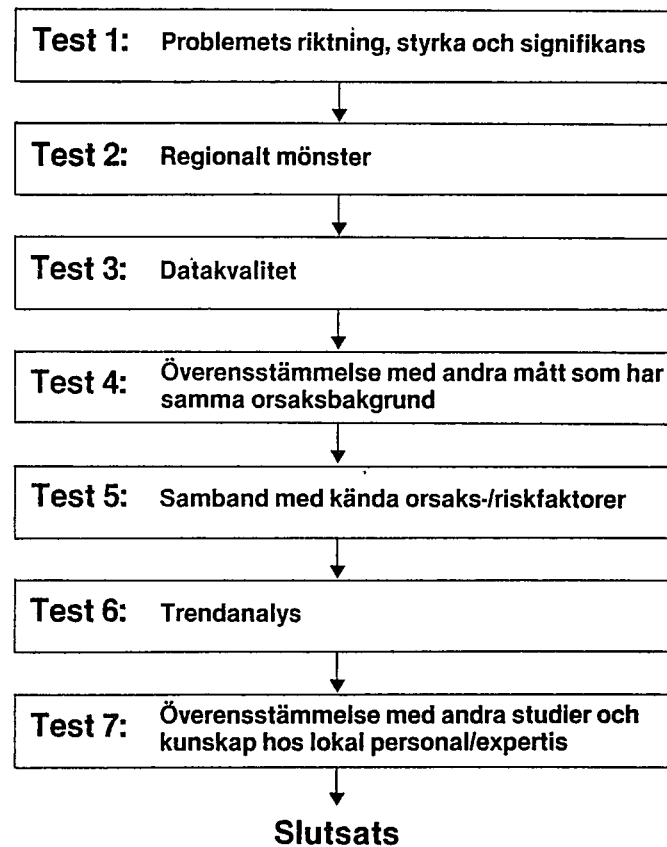
Frågeschemat syftar till att med rimlig sannolikhet identifiera områden med hög respektive låg dödlighet i olika sjukdomar. Vidare bör schemat kunna ge uppslag till vilka tänkbara faktorer som kan ha orsakat den höga eller låga dödligheten. Ett tredje syfte är att skapa förståelse för metod- och tolkningsproblem som är förknippade med analys av regional dödlighet.

Fråge- eller analyschema kan i många avseenden ses som en screeningmetod, där det gäller att ställa "diagnossäkerheten" i relation till de resurser som krävs för att genomföra analysen. Data skall därför vara relativt lätt tillgängliga och analyserna skall kunna utföras med begränsad tidsinsats.

Generellt finns det inga enkla eller entydiga regler för när ett "verkligt" samband anses föreligga. En sådan bedömning är alltid till slut subjektiv, men den kan bygga på mer eller mindre sannolika bevis. I "Smoking and Health" (8) föreslår man att en bedömning om samband föreligger mellan två variabler skall bygga på följande fem kriterier:

- **Sambandets konsistens** innebär att olika resultat pekar åt samma håll, trots att studierna har olika uppläggning.
- **Sambandets styrka** avser storleken i sambandet som kan mätas med tex den relativa risken. Ju större risk desto mer övertygande är sambandet.
- **Sambandets specificitet** mäter i vilken utsträckning en viss exponering förutbestämmer en viss sjukdom. Detta kriterium kan vara svårt att tillämpa eftersom sjukdomar ofta har flera orsaker. Ett indicium på att ett orsakssamband existerar är det sk "dos-respons"-förhållandet, dvs att ju mer dosen ökar (tex antal cigaretter per dag) desto större är risken att drabbas av sjukdom (tex lungcancer).
- **Tidsföljden i sambandet.** Har ökningen av en riskfaktor i ett område resulterat i en ökning av sjukdomsfrekvensen i motsvarande område?
- **Tilltron i sambandet.** Överensstämmer det funna sambandet med vad vi kan förvänta mot bakgrund av den existerande medicinska kunskapen? Detta kriterium kan emellertid inte vara något krav, eftersom ett observerat samband kan vara ett nytt och tidigare odokumenterat resultat.

Dessa fem kriterier kan uppfattas som en vägledning i analysarbetet. Frågan är bara hur säkra vi vill vara innan vi drar en slutsats eller fattar ett beslut. I sammanhanget kan det vara viktigt att påpeka att även uppskjutna beslut får konsekvenser för befolkningen.



Figur 2
Fråge-/analyschema för regional dödlighet.

Jag tänker här inte gå in på alla teoretiska utgångspunkter som legat bakom valet av analyschema (4), men en viktig grundtanke är att jämföra flera källor och att dela upp materialet i olika grupper. På detta sätt får vi bli bättre kontroll över fyra vanliga problem vid regionala jämförelser, nämligen problemen med få observationer, masssignifikans, standardisering och gruppbase data. En del andra tester i frågeschemat underlättar möjligheterna att kontrollera för problem med tex lokala diagnosförhållanden.

4. Frågeschema för lokal dödsorsaksanalys – fallet Gävle

Analyschema har indelats i sju övergripande tester (se figur 2) och inom varje test skall ett antal frågor besvaras. Efter det att samtliga test genomförats bör det finnas betydligt bättre möjligheter att bedöma tillförlitligheten i en redovisad över- eller underdödlighet. Det enklaste sättet att visa tillvägagångssättet är att redovisa ett praktiskt exempel. I detta fall har jag valt alkoholdödligheten i Gävle kommun under perioden 1969–1978.

Test 1: Problemets riktning, styrka och signifikans

I detta test utgår vi från ett alkoholindex, som består av alla dödsfall där alkoholpsykos, alkoholism, levercirros vid alkoholism eller förgiftning genom alkohol nämns antingen som underliggande eller bidragande dödsorsak. Detta alkoholindex har åldersstandardiserats inom olika åldersintervall för

män respektive kvinnor. Dessa uppgifter liksom antal dödsfall och signifikansnivå (p-värde) framgår av figur 3.

Resultaten av detta första test är entydiga. Alkoholindexet antyder klart att alkoholdödligheten i Gävle ligger ca 40 procent över länsgenomsnittet. Resultaten är starkt statistiskt signifikanta och visar entydigt en kraftig överdödlighet i samtliga studerade åldersintervall. Även kvinnorna visar en kraftig förhöjning, men det är endast 22 kvinnliga mot 145 manliga dödsfall under tioårsperioden. Vi kan alltså säga att riktningen, styrkan och signifikansen i de studerade grupperna entydigt antyder att alkoholdödligheten är högre i Gävle kommun än i länet.

I detta skede finns ingen anledning att tro att antalet observationer, signifikanstestet eller det valda standardiseringsförfarandet kan snedvrider resultaten.

Test 2: Regionalt mönster

Kartan över alkoholdödligheten för män i Gävleborgs län under perioden 1969–1978 (figur 4) visar höga värden för Gävle och Hudiksvall samt låga för Ovanåker och Sandviken. Siffrorna för Gävle, Hudiksvall och Ovanåker verkar sannolika mot bakgrund av att Gävle och Hudiksvall är tätorter medan Ovanåker är en glesbygdskommun med stark religiös förankring. Däremot är Sandvikens låga dödlighet något förvånande. Vår kunskap om alkoholproblemets omfattning i tätorter styrker emellertid uppgifterna om Gävle.

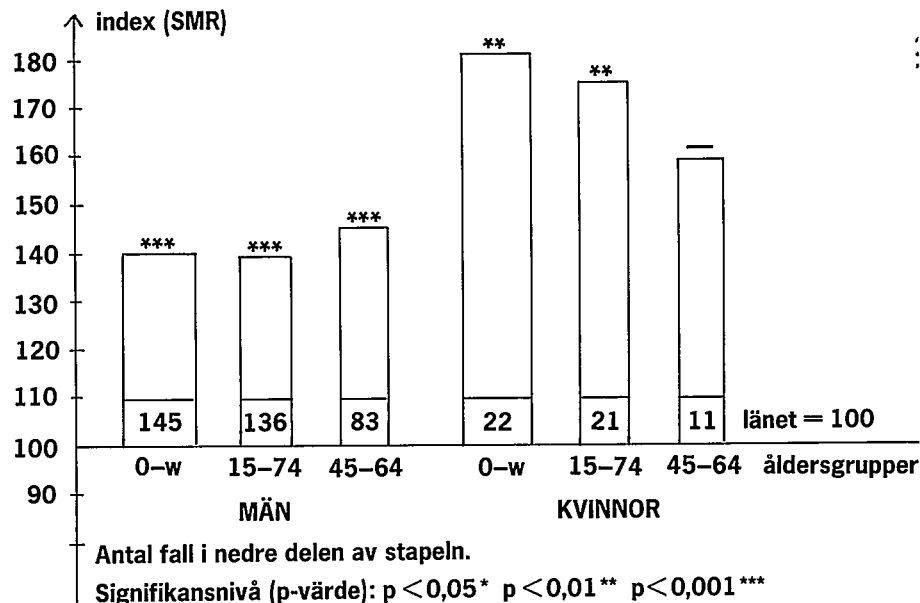
Test 2: Datakvalitet

Alkoholdödligheten underskattas antagligen bl.a. på grund av att en del läkare undviker att sätta en alkoholdiagnos av hänsyn till de anhöriga. Detta bör inte inverka på den regionala jämförelsen om vi kan antaga att denna underskattning är slumpmässigt fördelad i olika geografiska områden.

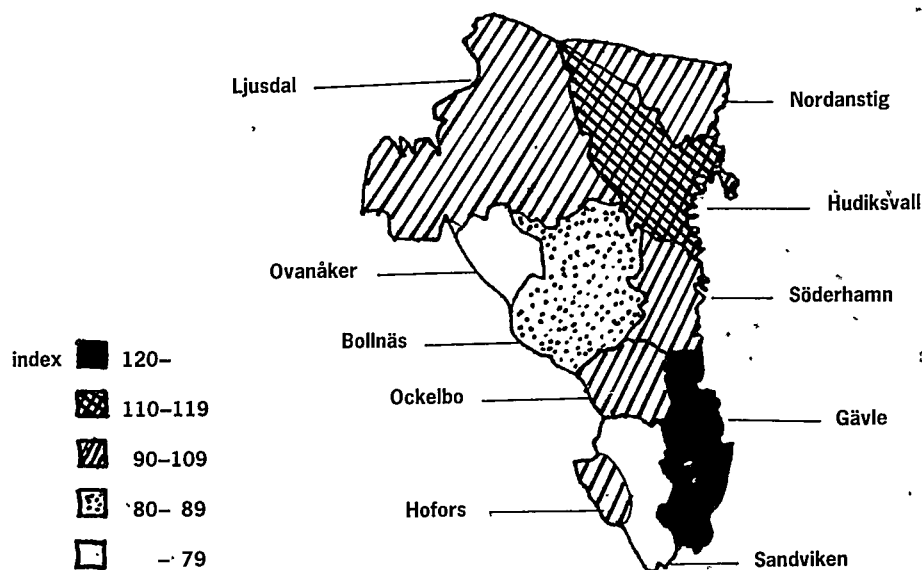
De diagnoser som används i alkoholindexet bör trots en viss underskattning ha relativt god tillförlitlighet. Denna slutsats bygger på det faktum att obduktionsfrekvenserna oftast är mycket höga i dessa dödsorsaker.

Obduktionsfrekvenserna för alkoholindexet under perioden 1969–1978 låg för män på 84 procent i Gävle jämfört med 75 procent i länet. Möjligtvis kan detta innebära att man funnit några fler fall med alkoholdiagnoser i Gävle jämfört med länet, men det kan inte i någon nämnvärd omfattning förändra resultaten.

Resultaten från dödsorsaksstatistiken kan också påverkas av ett specialintresse från läkare som arbetar i området. Enligt uppgifter från landstinget har det inte funnits ett sådant special-



Figur 3. Index för alkoholdödlighet 1969–1978 i Gävle kommun. Åldersstandardiserat med länet som standard. SMR.



Figur 4. Dödlighet i alkoholindex 1969–1978 i Gävleborgs län. Åldersstandardiserat. Länet = 100. SMR.

intresse för alkoholproblem bland läkarna i Gävle som skulle kunna förklara de funna skillnaderna (9).

Denna grova analys av datakvaliteten kullkastar inte slutsatsen att alkoholdödligheten varit större i Gävle än i länet under 1970-talet. En närmare analys av datakvaliteten enligt den modell som skisseras i artikeln av Jakobsson och Sundman (6) ger naturligtvis ett betydligt bättre underlag för att bedöma frågan.

Test 4: Överensstämmelse med andra mått som har samma orsaks- bakgrund

Det är ett väl känt faktum att magsår, levercirros och skador genom yttre våld och förgiftning i många fall kan bero på hög alkoholkonsumtion.

Dödligheten i dessa dödsorsaker är också mycket högre i Gävle jämfört med länet (se tabell 1).

Tabell 1

Dödligheten i Gävle kommun 1969–1978 för några alkoholrelaterade sjukdomar. Män, 0–w år, åldersstandardiserade värden. SMR.

Dödsorsak	Åldersstand (länet = 100)	Antal dödsfall
Magsår m m	137**	67
Levercirros	149***	70
Skador genom yttre våld och förgiftning	106	482

Signifikansnivå: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Dessa resultat tyder inte heller på att läkarna i Gävle tillämpar några speciella principer vid diagnossättningen som skulle kunnat förklara den höga alkoholdödligheten i Gävle. En låg dödlighet i dessa delvis alkoholrelaterade sjukdomar skulle annars ha kunnat bero på att man i Gävle i större utsträckning satt mer renodlade alkohol-

Studerar man landstingsförbundets bearbetningar av socialstyrelsens patientstatistik från 1977 ser man att Gävle uppvisar fler utskrivna per 1 000 invånare än de flesta andra kommuner i länet i diagnoser som levercirros, magsår och skador. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Även om utskrivningsstatistiken i många fall kan förklaras av en god tillgång på vårdresurser så stödjer resultatet hypotesen om en hög alkoholdödlighet i Gävle.

Det finns dessutom möjligheter att studera alkoholdiagnoser enligt utskrivningsstatistik och patientinventeringar från slutet psykiatrisk vård. Ur cancerregistret är det vidare möjligt att studera alkohorelaterade cancerformer som tex oesophaguscancer. Sådana resultat skulle i en noggrannare analys kunna stödja eller förkasta misstanken om en överdödlighet i alkoholsjukdomar i Gävle under 1970-talet.

Test 5: Samband med kända orsaks-/riskfaktorer

Enligt vissa studier är den totala alkoholkonsumtionen en ganska god mätare på alkoholproblemets omfattning i befolkningen. Systembolagets alkoholförsäljning bör tex kunna användas för att få en ungefärlig uppskattning av alkoholkonsumtionen i olika delar av landet. Landstinget i Gävleborg har också studerat alkoholförsäljningen i olika delar av länet under perioden 1977-1980 (10). Eftersom en del av länets kommuner saknar systembutik och då utköp av alkohol kan ske av andra än kommuninvånare, så har utredaren fört samman Ockelbo, Gävle och Sandviken till ett område. Dessa tre kommuner har en total alkoholförsäljning i 100 procent ren alkohol på 6,1 liter per invånare över 15 år och år. Dessa värden ligger 10 procent över länsgenomsnittet.

I en utförligare analys kan det vara intressant att även studera hur fördelningen i kommunen är för andra variabler som kan tänkas belysa alkoholproblemets omfattning, tex andelen socialhjälpstagare, nykterhetsvårdsfall, skilda, arbetslösa och omhändertagna barn.

Test 6: Trendanalys

Det är möjligt att studera hur både alkoholdödligheten och alkoholförsäljningen förändrats i Gävle kommun under 1970-talet, men sådana uppgifter har inte varit tillgängliga i denna analys. En ökning eller minskning av alkoholförsäljningen som motsvarats av en liknande ökning eller minskning av alkoholdödligheten i Gävle hade varit ett starkt stöd för att ett samband föreligger. Troligtvis hade vi sett en ökning eftersom alkoholdödligheten i hela Gävleborgs län ökat under 1970-talet.

Test 7: Överensstämmelse med andra studier och kunskap hos lokal personal/expertis

Gävleborgs läns landsting genomförde 1981 en enkät, där man frågade om befolkningens vanor och attityder till kost, motion, alkohol och tobak (11). Resultaten när det gäller vanor och attityder till alkohol antyder att Gävle kommun har betydligt mer alkoholproblem än övriga delar av länet. 92 procent av männen i Gävle använder alkohol i någon form mot 84 procent i resten av länet. Inställningen till alkohol speglades bla av frågan "Hur viktigt är det att inte använda alkohol?" 51 procent av gävleborna ansåg det vara "mycket viktigt eller viktigt" att inte använda alkohol mot 63 procent i länet i övrigt.

Studien (11) styrker alltså antagandet att alkoholproblemets omfattning är större i Gävle än i resten av länet.

5. Slutsatser

Denna analys kring alkoholdödligheten i Gävle visar entydigt att alkoholdödligheten och antagligen också alkoholproblemen är av betydligt större omfattning i Gävle än i andra delar av länet. Den systematiska genomgången i det skisserade frågeschemat, har också minskat riskerna för att sambandet inte är "verkligt". Frågeschemat hanterar också en hel del av de problem som är specifika för regionala dödsorsaksanalyser.

Fråge- eller analys-schemat skall uppfattas som en screeningmetod, som med rimlig sannolikhet identifierar verkliga hälsoproblem. Vill man ha ett ännu säkrare underlag för att bedöma regionala hälsodata finns det alternativa angreppssätt. En intressant väg är de journalstudier som presenteras av Jakobsson och Sundman (6) i en annan artikel i detta nummer.

Genom att ta upp Gävle som ett praktikfall kommer jag in på ytterligare ett problem, nämligen att det finns flera primärvårdsområden i Gävle kommun. Skillnaderna i hälsotillstånd varierar säkert avsevärt mellan olika bostadsområden i Gävle och ett enskilt primärvårdsområde är inte alltid beaktat av hur situationen är i hela kommunen. I många fall överensstämmer dock kommungränserna med motsvarande primärvårdsområde. Problemet kan delvis lösas eftersom det är möjligt att bryta ner dödsorsaksdata på församlingsnivå.

Förutsättningen för att analyser av regionala sjukdomsdata skall bli ett kontinuerligt återkommande inslag i hälso- och sjukvården är ett väl fungerande samarbete mellan olika delar av landstingens verksamhet. Primärvården bör tex kunna ställa krav på att de samhällsmedicinska funktioner som byggs upp i landstingen skall stödja dem med statistiska bearbetningar och

råd i epidemiologiska metodfrågor. Jag tror däremot att det är angeläget att primärvården aktivt engagerar sig i själva analysarbetet. Inte minst mot bakgrund av all den kunskap som hälso- och sjukvårdspersonalen har om sitt upptagningsområde.

Litteraturreferenser:

1. Haglund B, Isacson S-O (red): Kom-mundiagnostik. En utgångspunkt för offensivt hälsoarbete. Erfarenheter från tvärsnittsundersökningen hälsoprofil Skaraborg 1977. Spri rapport nr 84, 1982.
2. Hälsoproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag. Spri rapport nr 14, 1979.
3. Hanning M, Nyström L, Rosén M: Hur mår Du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige - undersökningar och levnadsförhållanden (ULF) som ett underlag i planering. Spri rapport nr 82, 1982.
4. Dödsorsaksstatistik - ett underlag för planering, Spri rapport nr 122, 1983.
5. Floderus-Myrhed B, Höglund D: Epidemiologisk bevakning: I. Fallgropar vid analys av dödlighet i mindre geografiska områden, Statens Miljömedicinska laboratorium, Rapport 2, 1981.
6. Jakobsson S, Sundman L: Misstänkt överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom - validering av dödsbevis. AllmänMedicin 1983; 4:33-34.
7. Robinson WS: Ecological correlations and behaviour of individuals. Am Soc Rev, 15: 351-357, 1950.
8. Smoking and health: a report of the Surgeon General. Washington D.C: Department of Health, Education and Welfare DHEW publication 79-50066.
9. Jakobsson S: Personligt meddelande, 1982.
10. Sundman L: Systembolagets alkoholförsäljning i Gävleborgs län 1977-1980, Rapport från hälso- och sjukvårdsavdelningen, Gävleborgs läns landsting, 1982.
11. Lindmark B, Pehrsson S, Sundman L: "Länsenkäten". Vanor och attityder till kost, motion, alkohol och tobak. Rapport från hälso- och sjukvårdsavdelningen, Gävleborgs läns landsting, 1982.

Abstracts

Guidelines for analyzing mortality data - for small areas - a tool for primary health care

In analyzing regional mortality data we have to take into consideration problems with few cases, ecological fallacies, migration, local diagnostic procedures etc. Therefore, general practitioners need support and guidelines in analyzing mortality data for their own area. Måns Rosén, Spri (the Swedish Planning and Rationalization Institute for Health and Social Services) suggests in this article some guidelines for coping with these problems. These guidelines should merely be regarded as a screening device. In some cases the health sector could initiate actions, but in others further epidemiological studies have to be executed.

Keywords: Mortality, deathregisters, methods.

Författarpresentation:

Måns Rosen är utredare på Spri och ansvarig för projektet "Hälsoproblem i ett landsting".*

*Postadress: Spri, Box 27310, 102 54 Stockholm
Tel 08-63 05 60

Misstänkt överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – validering av dödsbevis

SÖREN JAKOBSSON · LARS SUNDMAN

Pågående studier av den svenska dödsorsaksstatistiken visar att den rapporterade dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, IHD, bland män i Gävleborgs län är högre än förväntat. Inom länet har den högsta standardiserade dödlighetskvoten, SMR, registrerats i Hofors kommun. För att belysa tillförlitligheten i dessa observationer har validiteten hos de dödsbevis som ligger till grund för IHD-statistiken från Hofors kommun studerats. Dödsbevisets uppgifter har jämförts med information från journaler från öppen och slutenvård samt med rapporter från obduktion.

Man fann att det 98-procentiga konfidensintervallet för andelen tillförlitliga dödsbevis var 87–100 procent.

Resultatet är förenligt med antagandet att för män i Hofors beror den registrerade överdödligheten i IHD inte på felaktiga uppgifter i dödsbevisen.

Introduktion

Epidemiologiska studier har visat att incidens och mortalitet ischemisk hjärtsjukdom, IHD, bland män varierar geografiskt (5, 9).

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, Spri, studerar för närvarande i samarbete med Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet den regionala dödligheten i Sverige 1969–1978 (6). I den studien jämförs den observerade regionala dödligheten med en förväntad dödlighet som beträffande län beräknats från det svenska genomsnittet. För kommuner har den förväntade dödligheten beräknats från länets genomsnitt. Man har funnit att den observerade IHD-dödligheten för män i åldrarna 15–74 år i Gävleborgs län var högre än förväntat. Den internstandardiserade dödlighetskvoten SMR för länet var 109. Inom länet observerades att SMR för Hofors kommun var 113 ($P \leq 0,014$) för åldersgruppen 45–64 år i kommunen var SMR 129 ($P \leq 0,011$) (tabell I).



Hälsöversköterska Sören Jakobsson.
(Foto Håkan Unnegård)

tad dödlighet som beträffande län beräknats från det svenska genomsnittet. För kommuner har den förväntade dödligheten beräknats från länets genomsnitt. Man har funnit att den observerade IHD-dödligheten för män i åldrarna 15–74 år i Gävleborgs län var högre än förväntat. Den internstandardiserade dödlighetskvoten SMR för länet var 109. Inom länet observerades att SMR för Hofors kommun var 113 ($P \leq 0,014$) för åldersgruppen 45–64 år i kommunen var SMR 129 ($P \leq 0,011$) (tabell I).

Tabell 1

Män i Hofors kommun, som enligt dödsorsaksstatistiken avlidit på grund av ischemisk hjärtsjukdom

Ålder	Antal		SMR
	Obs.	Förv.	
15–44	2	2,5	80
45–64	98	76	129
65–74	133	124	107
15–74	233	202	115

Den svenska dödsorsaksstatistiken grundas på de uppgifter som lämnas genom dödsbevis. Flera studier har visat att tillförlitligheten hos den kliniska diagnosen varierar. Därmed varierar också tillförlitligheten hos dödsbevisets uppgifter om underliggande dödsorsak (1, 2, 3, 7). De Faire och medarbetare (3) har funnit att när IHD anges som underliggande dödsorsak föreligger mycket god överensstämmelse med den diagnos som kan ställas av erfarna kliniker vid genomgång av journaler, obduktionsprotokoll, polisrapporter m.m.

Denna rapport gäller en preliminär granskning av tillförlitligheten hos dödsbevisdiagnosen IHD i Hofors kommun och resultatets konsekvens för slutsatsen att överdödlighet föreligger.

Material och metod

Materialet består av de 233 män i åldrarna 15–74 år, bosatta i Hofors kommun, som under åren 1969–1978 rapporterats döda med IHD som underliggande dödsorsak (tabell I). Ur materialet gjordes slumpmässigt ett urval av 51 män. För dessa insamlades dödsbevis samt journaler från sjukhus och primärvård, dessutom uppgifter om obduktion. Handlingarna granskades mot bakgrunden av på förhand beslutade kriterier. Sannolikheten för att hjärtinfarkt och "sudden death" orsakade av IHD förelåg, angavs enligt en femgradig poängskala. På samma sätt registrerades obduktionsfynd och förekomsten av möjlig annan sjukdom som orsak till dödsfallet. Ett exempel på poängskalan redovisas i tabell II. I de

Tabell II

Kriterier för infarktdiagnos. Beträffande Ekg och enzymer gällde vanliga kliniska normer.

	Poäng
Ingen infarkt	0
Anamnes	1–2
Anamnes + Ekg	3–4
Anamnes + Ekg + Enzymer	5

fall rättsmedicinsk obduktion resulterat i infarktdiagnos ansågs denna säker.

Statistisk metod: konfidensintervallet för andelen "tillförlitliga" dödsbevis (P) har beräknats med antagandet att

samplingfördelningen för P är approximativt normalfördelad. Korrektion för finit population har utförts (4, 8).

Resultat

Stickprovet överensstämmer väl med materialet beträffande åldersfördelning och fördelning av år för insjuknandet. De uppgifter som dödsbeviset grundats på framgår av tabell III. Jour-

Tabell III
Grund för dödsbevis

	Antal	%
Sjukhus obd.	18	35
R.med. obd.	15	29
Undersökt på sjukhus		
Ej obd.	15	29
Besiktning	2	4
Attest från utlandet	1	2
Totalt	51	100

nalhandlingar etc har varit tillgängliga för granskning utom för en person som dog utomlands. Enligt det utländska dödsbeviset var diagnosen hjärtinfarkt med cardiogen chock. Den uppgiften har accepterats som tillförlitlig. Obduktionsresultat förelåg i 64 procent av fallen. 15 personer, motsvarande 29 procent av stickprovet, har anträffats döda och sju hade drabbats av plötslig död i hemmet. Man fann vid jämförelse mellan dödsbevisets uppgifter och resultaten av journalgranskningen att 44 fall kunde bedömas "säkert" ha dött av IHD (tabell IV). Fyra personer har be-

Tabell IV
Dödsbevisets tillförlitlighet enligt jmf med "referens"

	Antal	%
Säker	44	86
Sannolik	4	8
Tveksam	2	4
Ej	1	2

dömts dött av "sannolik IHD" tre av dessa hade samtidigt svår alkoholism. Två av de tre hade anträffats döda i hemmet. Två av alkoholisterna obducerades med fynd som stöder IHD-diagnosen. Den tredje obducerades ej. Han hade känd IHD med bla patologiskt EKG. Det fjärde "sannolika fallet" gäller en person som tidigare haft cerebro-vasculär lesion och som nu insjuknat med bröstsmärta och därefter avlidit inom 15 minuter. De "säkra" och "sannolika" fallen har förts samman till en gemensam IHD-grupp. Antalet personer i stickprovet som enligt denna bedömning har avlidit av IHD är därmed 48. Det mest sannolika värdet, P, för andelen tillförlitliga dödsbevis är därmed 95 procent. Den nedre gränsen för det 98-procentiga konfidensintervallet för P är 87,1 procent vilket motsvarar 203 fall.

Diskussion

Den nedre gränsen för konfidensintervallet motsvarar 203 fall. Det förväntade antalet dödsfall på grund av IHD i kommunen var lägre, 202 fall (tabell I). Det är därför sannolikt att den observerade skillnaden mellan det observerade och förväntade antalet fall, och därmed SMR-talet, inte beror på felaktig uppgift om IHD som underliggande dödsorsak. Till denna slutsats kommer man om man accepterar de förutsättningar som gäller för denna studie. Men även om bedömningen av journalmaterial etc har utförts med stöd av givna kriterier så är den subjektiv och därmed osäker. Osäkerheten leder till att varierande antal personer i stickprovet kan bedömas ha tillförlitlig IHD-diagnos i dödsbeviset. I denna studie ansågs fyra fall vara "sannolik" IHD. Om bara ett enda av dessa felbedömts vid journalgranskningen så finner man att andelen "tillförlitliga" IHD-diagnoser i dödsbevisen är 92 procent. Den nedre gränsen för det 98-procentiga konfidensintervallet finner man då vara 84,2 vilket motsvarar 196 "tillförlitliga fall". Eftersom det förväntade antalet dödsfall på grund av IHD i kommunen var 202 så kan det i det läget inte uteslutas att skillnaden mellan det observerade och förväntade antalet fall betingas av felaktig uppgift i dödsbeviset. En motsvarande beräkning där det 95-procentiga konfidensintervallet accepteras leder till samma slutsats. Om stickprovet ökas minskar konfidensintervallets vidd. Därmed ökar toleransen för fel bedömning för enstaka fall.

Slutsats

Resultatet av denna studie talar för att den skillnad som man kunnat iaktta mellan det observerade och det förväntade antalet fall av död i ischemisk hjärtsjukdom i Hofors inte förklaras av brister i dödsbevisets validitet. Eftersom det studerade stickprovet är litet och journalgranskningen subjektiv bör man bedöma resultatet med försiktighet.

Litteratur

1. Britton M: Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scand* 1974; 196: 203-210.
2. Clinical diagnostics. Experiences from 383 autopsied cases. *Acta Med Scand* 1974; 196: 211-219.
3. de Faire U, Friberg L, Lorich U, Lundman T: A validation of cause-of-death certification in 1156 deaths. *Acta Med Scand* 1976; 200: 223-228.
4. Gustavsson L, Hållberg B, Walls S: Epidemiologi. Grundläggande principer och metoder. Umeå: Umeå universitet kompendium 1981.
5. Keys A (ed): Coronary Heart disease in seven countries. New York: The American Heart Ass Inc 1970.
6. Nyström L, Rosén M: Projektet hälsoproblem i ett landsting: Pers medd 1982.
7. Ståhl R, Ljungberg S, Moell H, Rydén A, Rigner Å: Synpunkter på dödsbevisens validitet. Stockholm: Rapport till socialstyrelsen 1978.

8. Vejde O: Hur man räknar statistik. Stockholm: Natur och Kultur 1965.

9. WHO international collaborative study on myocardial infarction community registers. Köpenhamn: WHO Regional Office For Europe 1977.

Abstract

Suspected excess mortality caused by Ischaemic Heart Disease – validation of Cause-of-death certifications.

Sören Jakobsson · Lars Sundman

Ongoing analyses of the Swedish National cause-of-death statistics show that the annual number of deaths caused by ischaemic heart disease, IHD, in the Swedish county of Gävleborg significantly exceeds an expected number calculated from the Swedish average. Within the county the highest standard mortality ratio of male IHD has been reported from the municipality of Hofors.

In order to elucidate the validity of these observations those cause-of-death certificates from Hofors which determined IHD as the underlying cause of death were validated by comparison with information from outpatient medical records, hospital records and autopsy protocols.

The 98-per cent confidence interval of the proportion of accurate cause-of-death certificates were 87-100 per cent.

This result is in concordance with the hypothesis that the report on excess IHD mortality in Hofors is not caused by erroneous cause-of-death certificates.

Keywords: Mortality, deathregisters, methods, Coronary heart diseases, validity.

Författarpresentation

Sören Jakobsson och Lars Sundman är båda hälsovårdsöverläkare vid Gävleborgs läns landsting.

Postadress: Landstingets kansli, 801 18 Gävle.

Lokalisering av hälsoproblem med mortalitetsstatistik

DAG HÖGLUND

Föreliggande arbete visar att det med hjälp av mortalitetsstatistiken varit möjligt att lokalisera hälsoproblem på kommunal nivå. Exemplet visar att det inom Älvsborgs län finns en hög dödlighet främst i två typer av kommuner: dels i glesbygdskommuner och dels i länets största tätort. Det har också varit möjligt att evaluera gjorda insatser inom hälso- och sjukvården. En konsekvent satsning på omhändertagande av hypertoniker har således troligen lett till minskad dödlighet före 65 års ålder i ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovasculära sjukdomar.

Inledning

Användning av mortalitetsstatistik som instrument för lokalisering av hälsoproblem förutsätter god kännedom om statistikens uppbyggnad och om de felkällor som finns och dessas storleksordning, typ och lokalisering.

Grunden för statistiken är självfallet diagnostiken. Britton (1) kunde vid 383 konsekutiva dödsfall vid Serafimerlasarettets medicinklinik 1970–71 visa att diagnosen före obduktion var felaktig i 30 procent av fallen. Den största delen av dessa fel var av mindre betydelse men i 7,5 procent hamnade den slutliga diagnosen i ett annat diagnoskapitel. Så visade sig tex den kliniskt satta diagnosen hjärnblödning vid obduktion vara en hjärntumör.

Vid utfärdandet av dödsbevis uppstår också problem. I en kvalitetskontroll av dödsbevis vid Statistiska Centralbyrån (2) framkom att ca 10 procent av dödsbevisen var så oklart skrivna att någon meningsfull kodning av underliggande dödsorsak inte var möjlig.

Benägenheten att på dödsattester fylla i även allvarliga tillstånd som bidragande dödsorsak är dålig. I ett tyskt material kunde Schicketanz (3) såle-

des visa att diabetes nämndes i ca hälften av fallen och hypertoni en gång av åtta i de fall där dessa tillstånd fanns vid dödstillfället.

Vid behandlingen av dödsbevisen på Statistiska Centralbyrån uppstår också felaktigheter. En bedömning (2) visade att i ca 8 procent av fallen blev den ur medicinsk synpunkt rimligaste underliggande dödsorsaken ej så kodad.

Vid studiet av mortalitetsstatistik på lokal nivå måste också hänsyn tas till lokala felkällor. Till sådana hör tex praxis vid utfärdandet av dödsbevis och specialinriktning hos olika kliniker (4).

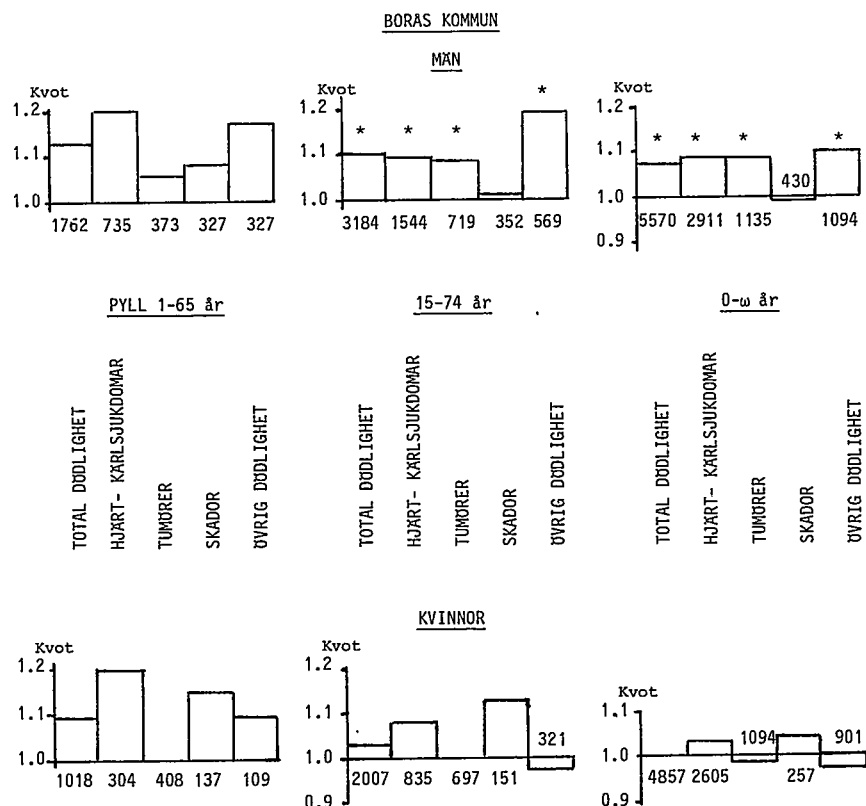
Man kan fråga sig med hänsyn till det ovan sagda om statistiken alls är användbar. Med god kunskap om felkällorna kan dock statistiken utnyttjas för studiet av breda orsaksgrupper tex maligna tumörer och för studiet av vissa mer specifika diagnoser. Till dessa senare hör ischemisk hjärtsjukdom hos yngre individer, vanligt förekom-

mande maligna tumörer med hög mortalitet tex lungcancer och de flesta skadediagnoser tex motorfordonsolyckor.

Material och metoder

Materialet har framtagits av SPRI och består av det observerade antalet döda i varje kön i varje kommun i Älvsborgs län ackumulerat för tidsperioden 1969–78. I mindre kommuner är materialet indelat i 17 dödsorsaker i större i 29. Materialet är indelat i fyra åldersgrupper (15–44, 45–64, 65–74 och 0–14 år). Förväntat antal döda har framräknats med länets siffror som norm. En kvot har bildats mellan observerat och förväntat antal. Skillnaden observerat – förväntat har signifikantestats.

Förlorade levnadsår (PYLL = potential years of life lost) upp till 65 och 75 års ålder för varje kommun, kön och diagnos har framtagits. Materialet finns för två tidsperioder 1969–73 och 1974–78. Åldersstandardisering har skett med länet som bas. En kvot har



Figur 1.

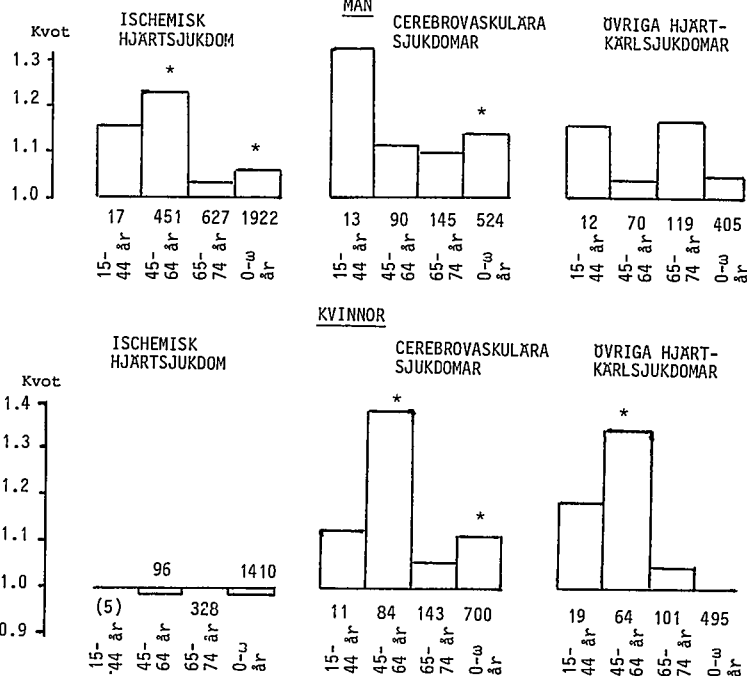
Kvot: Observerat antal döda 1969–1978

Förväntat antal döda med länet som norm 1969–1978

Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.

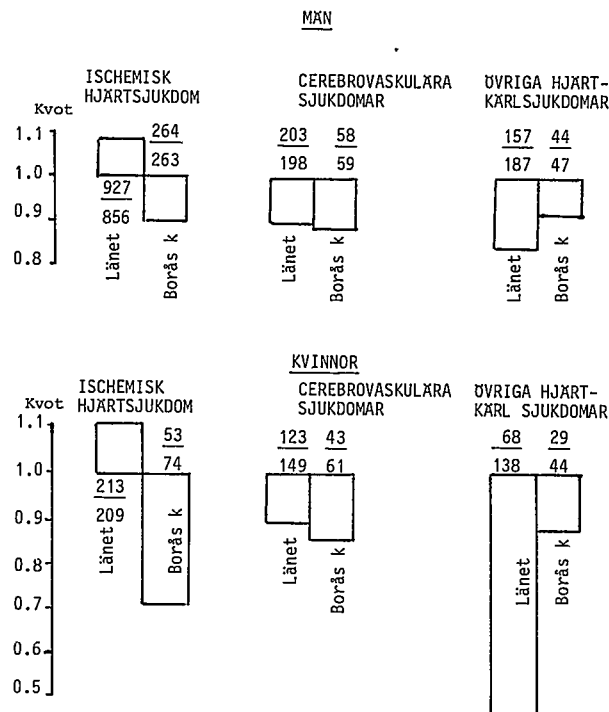
*Skillnaden observerat-förväntat är signifikant. $p < 0,05$

BORAS KOMMUN
HJÄRT- KÄRLSJKDOMAR

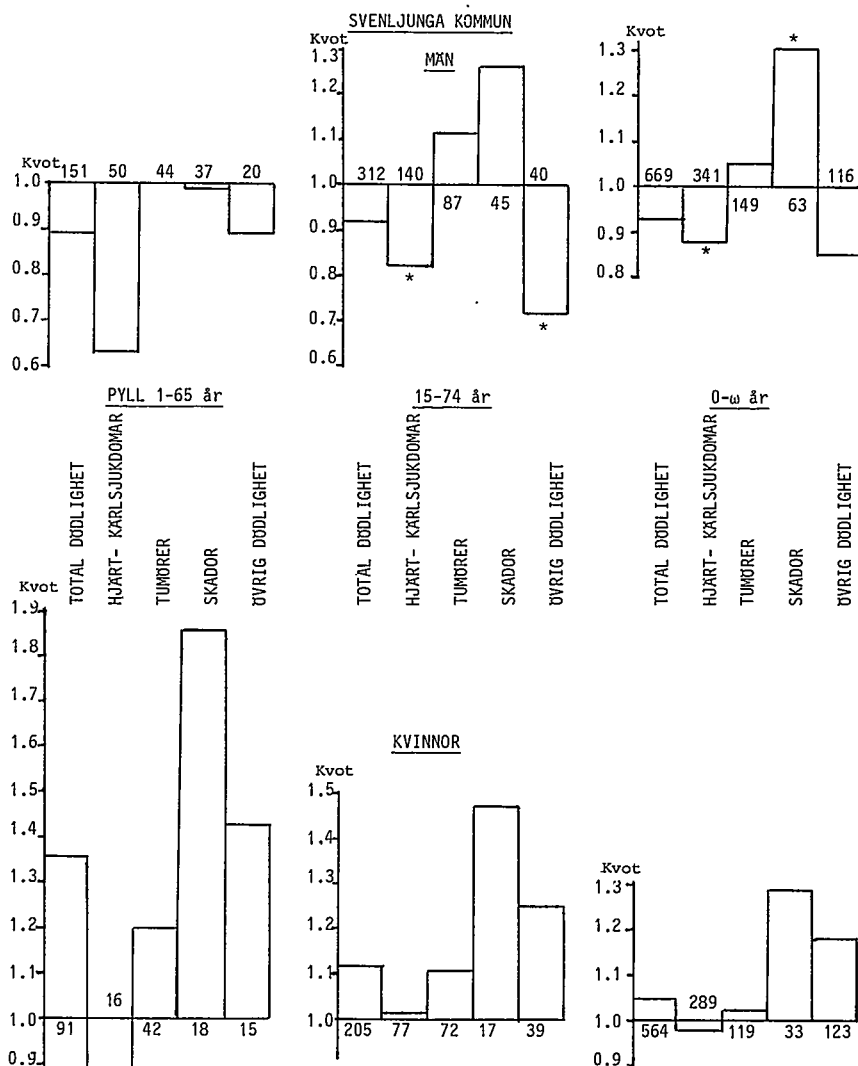


Figur 2.
Kvot: **Observerat antal döda 1969–1978**
Förväntat antal döda med länet som norm 1969–1978
Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.
*Skillnaden är signifikant på 95-procentnivå.

BORAS KOMMUN
HJÄRT- KÄRLSJKDOMAR



Figur 3.
Kvot: **Förlorade levnadsår (PYLL) 1-65 1974–1978**
Förlorade levnadsår (PYLL) 1-65 1969–1973
Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.



Figur 4.
Kvot: **Observerat antal döda 1969–1978**
Förväntat antal döda med länet som norm 1969–1978.
Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.
*Skillnaden observerat-förväntat är signifikant. $p < 0,05$

bildats mellan respektive kommun och länets förlorade levnadsår.

Som översiktlig presentation har valts PYLL till 65 år, dödlighet 15-74 år och 0-ω år i hjärt- och kärlsjukdomar, tumörer, skador, övrig dödlighet och total dödlighet.

Vid Statens Miljömedicinska Laboratorium har ett material framtagits bestående av antalet observerade och förväntade fall i vardera könet i varje kommun och församling i 147 dödsorsaker för varje år 1970-77. Åldersstandardisering har skett med riket som bas.

Resultat

Om man som en översiktlig värdering studerar antalet kvoter större än 1,0 har länets största kommun, Borås, de flesta sådana kvoter.

Av 30 kvoter är 23 större än 1,0 (fig 1). Om kommunen indelas i tre ungefär likstora delar bestående av de två innerstadsförsamlingarna och resten av kommunen, finner man att denna högre dödlighet framför allt är koncentrerad till innerstadsförsamlingarna och bland dessa främst Caroli församling (tabell I).

En ytterligare indelning av dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar ger vid handen att denna är särskilt hög i ischemisk hjärtsjukdom för män i åldern 45-64 år (figur 2). Hos kvinnor finns en motsvarande topp för cerebrovaskulära sjukdomar i samma åldersgrupp medan däremot dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom inte är påfallande hög. För kvinnor finns också en hög dödlighet i övriga hjärt- och kärlsjukdomar i åldersgruppen 45-64 år.

Total dödlighet i olika delar av Borås kommun

Del av kommun	Män		Kvinnor	
	Obs	Förv	Obs	Förv
Caroli	1 532	1 325	1 342	1 289
Gustav Adolf	1 417	1 402	1 290	1 412
Övriga kommuner	1 505	1 708	1 240	1 279

Tabell I

Observerat: ackumulerat antal döda 0–w år 1970–77.

Förväntat: ackumulerat antal döda 0–w år 1970–77 med riket som norm.

Studeras utvecklingen av dödligheten i åldrarna före 65 års ålder (figur 3) har denna minskat särskilt för kvinnor i ischemisk hjärtsjukdom under den senare tidsperioden (1974–78). Dödligheten i cerebrovaskulära sjukdomar ha också minskat något mer i kommunen än i länet som helhet medan dödligheten i övriga hjärt- och kärlsjukdomar inte har minskat lika kraftigt i länet som helhet. Särskilt markerat är detta för kvinnor.

I Svenljunga kommun ses en markerat hög dödlighet i skador genom yttre våld och förgiftning (figur 4). Särskilt uttalad är denna högre dödlighet för kvinnor under 65 års ålder och för äldre män. Vid studier av vilka diagnoser som orsakat dessa toppar framkommer en markerad överdödlighet i självmord – ovisshet om uppsåt. För män 0–w år antalet observerade fall 28 mot förväntat 15,0 och för kvinnor 12 observerade mot förväntat 5,0.

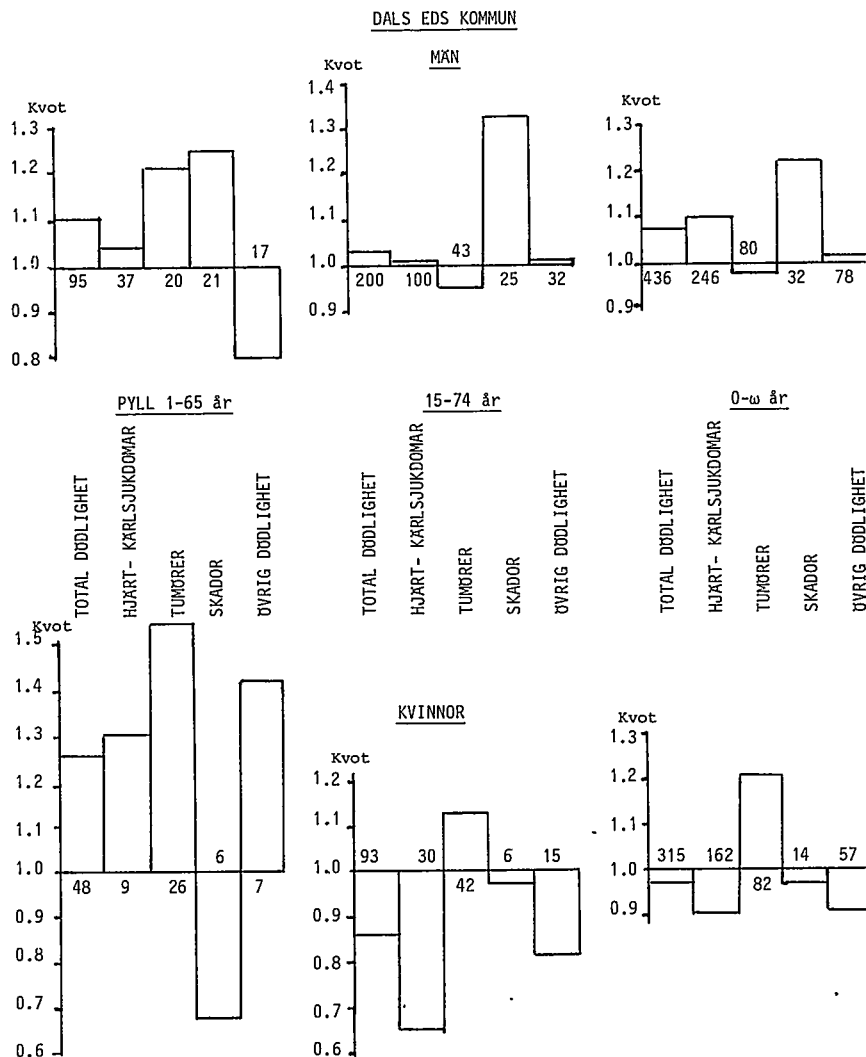
Kvinnor från Dals Eds kommun har en hög dödlighet i tumörer (figur 5). Orsaken till detta är en hög dödlighet i mammarcancer där det observerade antalet fall 0–w år är 21 mot förväntat 10,8.

I Åmåls kommun är dödlighet i skador genom yttre våld och förgiftning för kvinnor i den äldsta åldersgruppen anmärkningsvärt hög (figur 6). Vid närmare analys visar det sig detta bero på en hög dödlighet som följd av collumfrakturer (figur 7).

Diskussion

Att länets största stad, Borås skulle ha länets högsta dödlighet var väntat. Trots sin jämförelsevis måttliga storlek med 105 000 invånare i hela kommunen återfinns ett storstadsmönster med hög dödlighet i de flesta orsaker, ålders- och könsggrupper. Ett undantag utgörs av motorfordonsolyckor. Även detta är ett välkänt fenomen nämligen att motorfordonsolyckor med dödlig utgång är relativt sett flest i glesbygd.

Vid Borås lasarett sker sedan ett 10-tal år ett mycket aktivt omhändertagande av hypertoner. En möjlig effekt av denna verksamhet vore att komplikationerna till hypertoni borde minska framför allt hos yngre individer. Som framgår av figur 4 har antalet förlorade levnadsår före 65 års ålder



Figur 5.

Kvot: Observerat antal döda 1969–1978

Förväntat antal döda med länet som norm 1969–1978

Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.

* Skillnaden observerat–förväntat är signifikant. $p < 0,05$

minskat för ischemisk hjärtsjukdom både för män och kvinnor. Denna minskning är markant i förhållande till länet som helhet där antalet förlorade år ökat något. För cerebrovaskulära sjukdomar har de förlorade levnadsåren minskat något mer i kommunen än i länet. Vid en jämförelse med övriga kommuner framkommer att Borås kommun är den enda kommun i länet där antalet förlorade levnadsår före 65 års ålder minskat mer än länet för både män och kvinnor i både ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulära sjukdomar. Antalet förlorade levnadsår i övriga hjärt- och kärlsjukdomar har minskat i mindre omfattning i kommunen än i länet som helhet. Orsaken till detta är ej känt. Sålunda har någon ändring i diagnospraxis så vitt känt inte skett under denna period.

Död som följd av collumfraktur synes bland kvinnor inte vara koncentrerad till större tätorter. Stor försiktighet vid tolkning av resultaten bör dock iakttagas. Den påfallande koncentrationen till Åmål (figur 7) kan således åtminstone delvis vara en artefakt.

Detta kan vara en följd av sättet att skriva dödsbevis i kombination med praxis vid kodning av underliggande dödsorsaker. Denna praxis innebär att collumfraktur ofta kodas som underliggande dödsorsak trots att den ibland på dödsbevisen skrivits som bidragande dödsorsak.

Referenser:

1. Britton M: Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 196:203–210, 1974.
2. Höglund D: Kvalitetskontroll av dödsbeviset. PM Statistiska Centralbyrån, 1982.
3. Schicketanz K-H: Statistische Analyse von Totenbescheinigungen besonderer Berücksichtigung Geriatrische Gesichtspunkte. Z Geront 5:381–389, 1972.
4. Flodérus-Myrhed B, Höglund D: Epidemiologisk bevakning. I. Fallgröpar vid analys av dödlighet i mindre geografiska områden. Statens Miljömedicinska Laboratorium, Rapport 2, 1981.
5. Bolander A-M: Nordic suicide statistics. In: Suicide and attempted suicide (eds Waldenström J, Larson T, Ljungstedt N), Nordiska Bokhandeln förlag. Stockholm, 1972.

Abstract

Localizing of health problems with mortality statistics

Dag Höglund

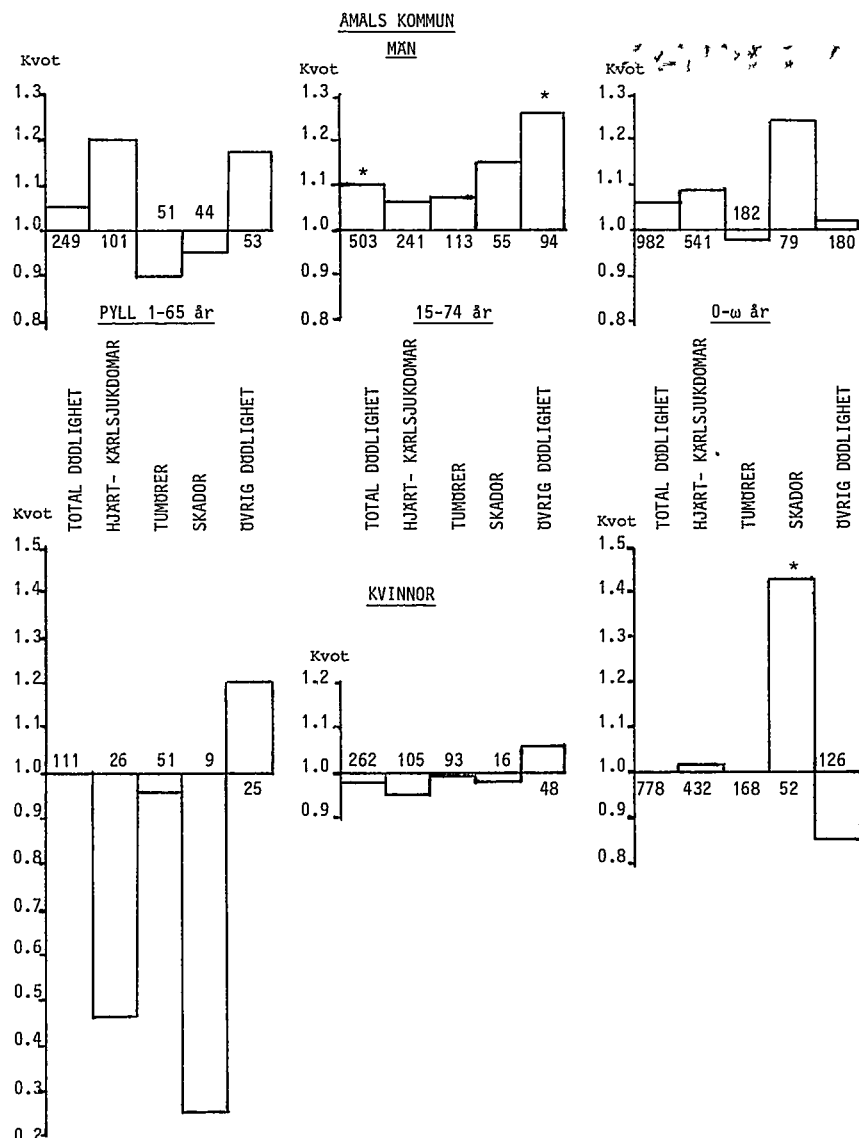
The present study shows that, with the help of mortality statistics, health problems may be pin-pointed on the municipal level. Examples show that in Älvsborg County the mortality is high mainly in two types of municipalities: the thinly populated municipalities and the largest city. Inputs in the field of health- and sick-care have also been evaluated. A well-planned programme for the care of hypertensive patients may thus be the reason for a decrease in the mortality rate before age 65 for ischemic heart diseases and cardiovascular diseases.

Keywords: Mortality, Register studies, methods, Älvsborg.

Författarpresentation:

Dag Höglund*, länsläkare.

*Postadress: Centralförvaltningen, Älvsborgs läns landsting, 462 00 Vänersborg.



Figur 6.

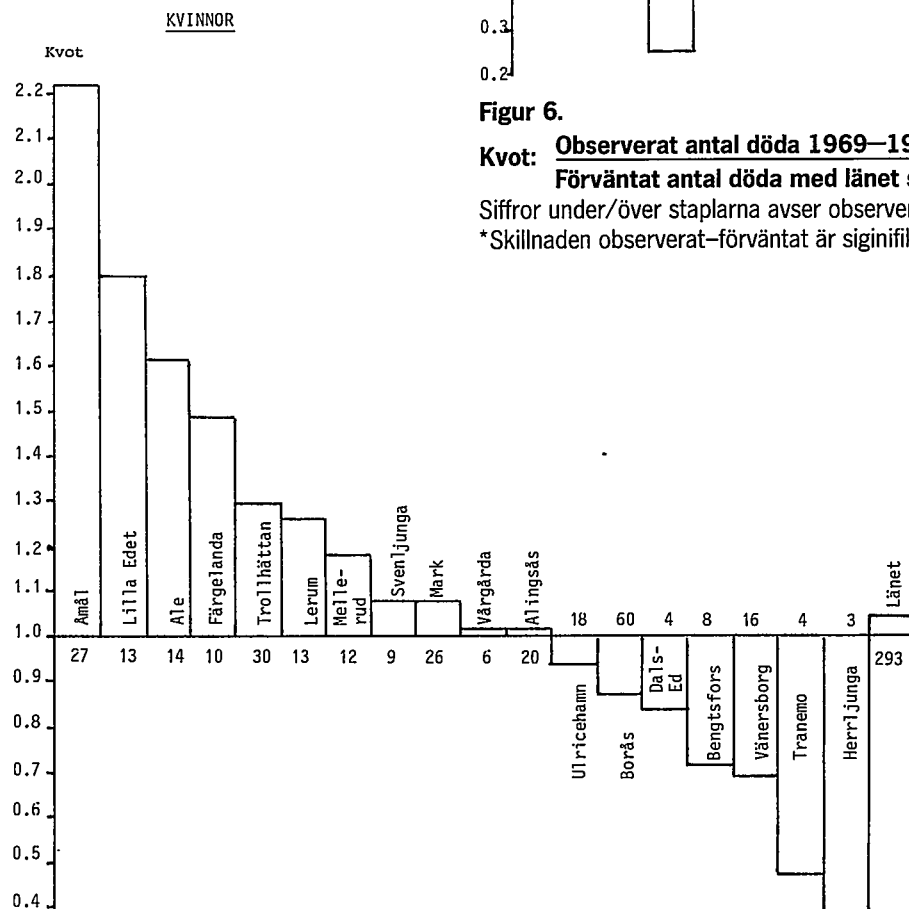
Kvot: Observerat antal döda 1969-1978

Förväntat antal döda med länet som norm 1969-1978

Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.

*Skillnaden observerat-förväntat är signifikant. $p < 0,05$

LARBENSFRaktur SOM UNDERLIGGANDE DÖDSORSAK



Figur 7.

Kvot: Observerat antal döda 1970-1977

Förväntat antal döda med riket som norm 1970-1977

Siffror under/över staplarna avser observerade antalet fall.

*Skillnaden observerat-förväntat är signifikant. $p < 0,05$

Panelen fick diskutera följande frågeställningar:

- 1) Vad är det som är tillförlitligt i dödsorsaksregistren? Vilka sjukdomsgrupper kan vi lita på? Finns det några andra kriterier på tillförlitlighet?
- 2) Hur skall dödsorsaksstatistiken förbättras nere på lokal nivå?
- 3) Hur skall distriktsläkaren ute på vårdcentralen få tag på material som är praktiskt användbart för hans område? Hur skall distriktsläkaren "gräva där han står"?
- 4) Vad kostar det att få fram material från dödsorsaksregistret?

Lennart Nyström: Påpekade att en betydande svårighet i diskussionen omkring tillförlitligheten är migrationen av befolkningen. Det är därför nödvändigt att göra analyser utgående från olika tidsperspektiv.

Sören Jakobsson: Påpekade att det inte är säkert att dödsorsaksstatistiken alltid är så tillförlitlig att den kan läggas till grund för planering av hälso- och sjukvård. Uppgifter om totaldödlighet, skadediagnoser samt tumörer är tillförlitliga, framför allt för yngre åldersgrupper. Mortaliteten i hjärt- och kärlsjukdomar är oftast överskattad. Problemet med bristande validitet hos dödsbeviset är särskilt påtagligt för de äldre åldersgrupperna.

Sören Jakobsson påpekade också att för att förbättra dödsorsaksstatistiken är det viktigt med en återföring av resultat till dem som utfärdar dödsorsaksbevisen. Allvarligt i det här sammanhanget är att obduktionsfrekvensen för närvarande minskar. Sören Jakobsson påpekade också att nya dödsbevisrutiner måste arbetas fram. Dessa behöver förenklas och dessutom behöver man arbeta fram handböcker i hur man på bästa sätt fyller i dödsbevis och även beskriver handläggningsrutiner för övrigt.

Dag Höglund: Strök också under att handläggningsrutinerna för utfärdande av dödsbevis måste förenklas. Bland annat skulle man kunna genomföra nya blanketter med kryssmarkeringar i rutor som beskriver tillståndet vid dödstillfället.

För att kunna använda data på enskilda vårdcentraler är abonnemang på dödsbevisen i kopior av stort värde.

Lennart Nyström tog också upp att kodningen skulle kunna förbättras. Vidare skulle tillförlitligheten kunna studeras genom samkörning med andra register, tex obduktionsregistret. Vidare behövs flera metodstudier för att bedöma tillförlitligheten.

I diskussionen av "gräv där du står"-problematiken påpekade Sören Jakobsson att alla distriktsläkare kanske inte skall göra så omfattande studier som genomförts i Gävleborgs län. Speciella myndigheter som SPRI och Socialstyrelsen skulle gemensamt kunna ge tillgång till data för enskilda kommuner över bestämda tidsperioder. Det är dock mycket viktigt att de enskilda distriktsläkarna utvecklar sin nyfikenhet genom fördjupade metodstudier och jämförelser med dödsbevis för att se vad som egentligen händer i det egna upptagningsområdet. Frågan: "Är det sant"? är alltid mycket viktig att ställa.

Paneldeltagarna liksom flera i auditoriet framhöll att i arbetet omkring dödsorsaksregistret är det mycket viktigt att utveckla en kompetens på länsnivå som kan medverka som stöd i lokalt utvecklingsarbete som drivs av den enskilde distriktsläkaren. Samhällsmedicinska enheter eller hälsovårdsenheter är ett måste för att utveckla sjukvården mot en en behovsorienterad planering såsom skisserats i planerna för den framtida primärvården. På universitetsnivå krävs också att planerna på samhällsmedicinska storinstitutioner förverkligas i de olika regionerna.

Bo Haglund

Samhällsmedicin i Jugoslavien. Exemplet Podvelez

BO HAGLUND · ARIF SMAJKIC · LEIF SVANSTRÖM

Ett framgångsrikt förebyggande arbete kräver aktivt deltagande av befolkningen i lokalsamhället. Självförvaltningsprincipen som genomsyrar det jugoslaviska samhället ger speciella möjligheter för befolkningen i lokalsamhället att delta i planeringen av hälso- och sjukvården. Ett byutvecklingsprojekt redovisas som belyser detta. Vi har mycket att lära av Jugoslavien i det fortsatta arbetet med att utveckla svensk primärvård.



Podvelez, en bergsby i Jugoslavien.

(Foto: Bo Haglund)

Bakgrund

Artikeln baseras på erfarenheter från ett studiebesök vid en vårdcentral i Podvelez, en by strax utanför Mostar i republiken Bosnien-Herzegovina i Jugoslavien. Studiebesöket ingick som en del i programmet i det femte svensk-jugoslaviska symposiet i socialmedicin maj 1982 i Sarajevo/Mostar. Temat vid symposiet var "Primary Health Care in the Family". En utförlig reserapport finns för intresserade (1).

I Jugoslavien finns traditioner med samhällsmedicinska experiment sedan slutet av 40-talet (2). Dessa har innefattat aktivt deltagande av lokalsamhällets invånare (Community participation) såväl som professionella resurspersoner.

Lärare och studenter vid medicinska fakulteten i Sarajevo har organiserat och genomfört flera frivilliga hälso- och socialprojekt ute på landsbygden under den senaste 20-årsperioden. Dessa projekt har genomförts tillsammans med lokala självförvaltningsrörelser.

Självförvaltningsprincipen

För att förstå hur vardagslivet gestaltar sig och vilka livsvillkor som råder i Jugoslavien, måste man försöka skaffa sig inblick i hur själva samhällssystemet är uppbyggt. 1950 infördes självförvaltningssystemet som är något unikt för Jugoslavien. Systemet för-

stärktes genom en författningsreform 1974.

Självförvaltning innebär att de som arbetar i företag har ett direkt inflytande på både näringslivet, samhällets servicesektor och de politiska församlingarna. Vid alla självförvaltande arbetsorganisationer, dvs alla företag med mer än fem anställda, finns en basorganisation där de anställda utser delegater som skall företräda dem i ärenden som beslutas i basorganisationen (3, 4). Delegaterna väljs för speciella uppdrag, de kan återkallas, de har informationsplikt gentemot basorganisationen, och de har en begränsad mandatperiod. Förutom sitt politiska uppdrag sköter delegaterna sitt vanliga arbete.

Basorganisationerna bildas efter tre principer:

- 1) *Produktionsprincipen*, tex basorganisationen för förenat arbete dvs alla som arbetar inom ett företag eller en avdelning inom ett företag och som kan fungera som självständig ekonomisk enhet, och föreningar av enskilda jordbruksarbetare eller hantverkare.
- 2) *Geografisk eller territoriell princip*, tex kommunalar, dvs alla som bor inom ett visst bostadsområde.
- 3) *Sociopolitisk princip*, tex sociopolitiska organisationer, dvs medlemmarna i kommunistpartiet, socialistalliansen, fackföreningar etc.

Från dessa organisationer utses delegater som skall utgöra kommunens tre kamrar (församlingen). Ovanför kommunen finns republikernas organ, vilkas delegater utses i direkta och indirekta val. Den federala församlingen, slutligen, består av två kamrar: den federala kammaren, som utgörs av direktvalda delegater för basorganisationerna, och republikernas och provinsernas kammare, som utgörs av indirekt valda delegater för republik och provinsförsamlingarna.

En viktig nyhet i samband med konstitutionsförändringen 1974 var att sk intresseenheter inom samhällets servicesektorer bildades. Fem områden blev obligatoriska, nämligen sjuk- och hälsovård, utbildning, barnomsorg, socialvård och kultur. Intresseenheter finansieras av de självförvaltande företagen och består av delegater från olika intressegrupper. Delegater kommer alltså dels från företag och dels från personal inom olika områden, tex läkare, sjuksköterskor, och dels från dem som mottar de offentliga tjänsterna, tex patienter (5, 6).

Byutvecklingsprojekt

Sedan 1958 har tre större projekt fullföljts i Bosnien-Herzegovina, varav projektet i Podvelez utgör det andra i ordningen. Invånarantalet i de områden som projektet inkluderar är mellan 1.000–6.000. Liknande projekt pågår

också i upptagningsområden för några vårdcentraler i stadsmiljö i och runt Sarajevo (1).

Syftet med projekten har varit

- att öka takten i samhällsförändringen i landsbygdsområden genom engagemang från befolkningen i lokalsamhället;
- att utveckla landsbygdsbefolkningens eget hälsoskydd (egenvård);
- att använda samhällsarbete i landsbygdsområden som bas för praktisk undervisning för medicine studenter;
- att humanisera den medicinska professionen.

Projekten har i genomsnitt pågått mellan 5 och 10 år.

Studenter och lärare vid medicinska fakulteten i Sarajevo har deltagit i genomförandet av projekten, bla ämnesföreträdare för Socialmedicin, Hygien, Epidemiologi, Pediatrik, Internmedicin, Infektion, Dermatologi, Mikrobiologi, Parasitologi och Neuropsykiatri. Eftersom projekten har varit av samhällsförändrande karaktär har även representanter från andra discipliner deltagit, såsom studenter från agronomisk utbildning och veterinärmedicin.

Mycket viktiga vid genomförandet av projektet har också varit representanter för den lokala befolkningen, tex lantarbetare, husmödrar etc. Vidare har representanter för lokala ekonomiska organisationer samt lärare deltagit. Representanter för massmedia, tidningar, radio och TV, både lokalt och regionalt har också varit viktiga samarbetspartners vid genomförandet av projektet.

Genomförande av projekten

Projekten har framför allt inriktats mot prioriterade behov och efterfrågan hos befolkningen som kan medföra en snabb förbättring av hälsa och sociala förhållanden. Viktiga ingredienser har varit saneringsprogram av omgivningen, behandling av vissa sjukdomar, hälsoutbildning, förbättring och förändring av teknologi och kultur och även bidrag till förändring av strukturen i samhället som kan ge en bättre ekonomisk bas. Förbättringarna har i allmänhet skett på frivillig basis. De har också ägt rum med minimala finansiella bidrag för att påbörja programmet. Ett viktigt led i projekten har varit att de skall utgöra demonstrationsexempel för liknande aktiviteter i andra byar (2).

Metoder för projektens genomförande
Det frivilliga arbetet i projekten har framför allt utförts under veckoslut och semesterperioder. Metoder som specifikt har använts i arbetet har varit:

- massinformation och popularisering av projekten genom att använda sig av olika kommunikationsmetoder, för att få data som ger en

beskrivning av relevanta variabler för beskrivning av hälsoläge och socioekonomiska förhållanden i byarna.

- hälsoundersökning av befolkningen och genomförande av andra hälsoskyddsaktiviteter; hembesök av sköterska, socialhjälp, undersökning av omgivningen etc.
- instruktionsanläggningar för befolkningens behov såsom skolkök, olika gemensamma kommunala projekt för exempelvis vattenförsörjning etc.

Genomförandefaser

Fas 1.

- som tagit ungefär ett år, har bestått av pilotundersökningar och insamlande av basala data inför projektets genomförande.

Fas 2.

- består av massundersökningar av befolkningen och har i allmänhet tagit cirka ett år.

Fas 3.

- innehåller framför allt konstruktion av "demonstrationsobjekt" och massaktiviteter i syfte att engagera hela landsbygdsbefolkningen i programmet för i första hand sanering och prevention av specifika sjukdomar genom exempelvis vaccinering, fluoridering och liknande. Denna fas har i allmänhet tagit ca två år.

Fas 4.

- genomförande av större sociala projekt som exempelvis uppbyggnad av hälsostationer, skolor, postkontor, kulturhus, vägar, elektrifiering osv. Även denna fas har i allmänhet pågått under en tvåårsperiod.

Fas 5.

- utvärderingsfasen, dvs en upprepning av insamlande av de data och variabler som utfördes under den första fasen, har utgjort den sista delen av projektet. Denna har i allmänhet tagit ungefär lika lång tid som fas 1.

Exemplet Podvelez

Beskrivningen så här långt kan sägas vara generell och har i princip genomförts vid samtliga experimentstationer.

Utvecklingsprojektet vid lokalsamhället Podvelez startade 1970. Området ligger vid foten av berget Velez och består av sju små byar mellan 8 och 25 km från staden Mostar. Området innehåller cirka 403 hushåll med cirka 3400 invånare. Byn har karakteriserats av boskapsuppfödning och traditionell handel med mycket dåliga levnadsförhållanden. Boytan var vid projektets början 3-5 m²/person. Låg grad av yrkesverksamhet liksom låg läskunnighet och låg inkomst kännetecknade området. Vidare fanns en hög emigrationsgrad och en mycket dålig hälsosituation som dominerades av infektionssjukdomar, parasitsjukdomar och undernäring.

I området finns ungefärligen 700 000 får och 14 000 hästar och kor.

Konfessionella tillståndet varierar i de olika områdena men majoriteten är muslimer.

Resultat

I tabell 1 sammanfattas utvecklingen av några socioekonomiska och hälsoparametrar genom jämförelse för år 1970, 1976 och 1981.

Praktisk verksamhet i Podvelez i dag

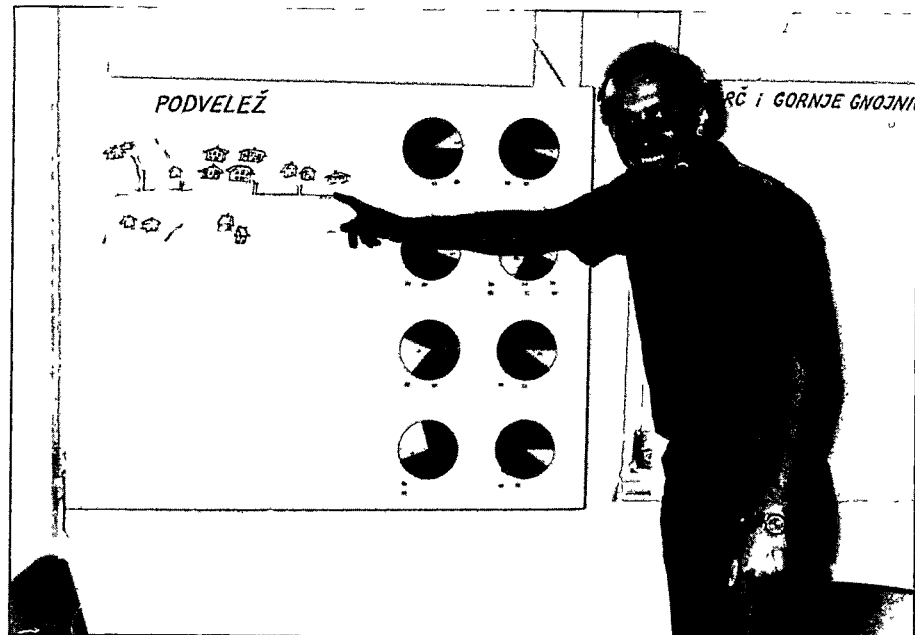
Fem personer arbetar inom hälso- och sjukvårdsservice i byarna. Dessa utgörs av en allmänläkare, som kommer till byn tre dagar i veckan. En distriktssköterska, en barnmorska, en tandläkare samt en assistent till tandläkaren.

Distriktssköterskan hade förutom arbete på huvudstationen också små lokaler i ytterligare 3-4 av byarna, dit hon reste i samband med hembesök. Under de dagar som läkaren besökte byn assisterade hon denna, men för övrigt utgjordes huvudarbetstiden av hembesök. De första två timmarna varje dag mellan 07.00-09.00 utnyttjades på hälsostationen för administration och en del omläggningar.



En stor del av befolkningen livnär sig på fårskötsel.

(Foto: Bo Haglund)



Lärare och studenter från medicinska fakulteten i Sarajevo har deltagit i flera samhälls-
medicinska utvecklingsexperiment. (Foto: Bo Haglund)

Tabell 1

Samhällsmedicinska parametrar i byutvecklingsprojektet i Podvelez vid starten av projektet 1970, första utvärderingen 1976 och uppföljning 1981.

(Table 1. Evaluation of some community health parameters of the Podvelez project. Comparison of years 1970, 1976 and 1981.)

Parametrar (parameters)	1970	1976	1981
Emigrationsgrad (Emigration rate)	6–9%	1,1%	0,1%
Anställda, yrkesverksamma, antal och procent (Employed, number and percent)	127 (5%)	312 (10%)	580 (18%)
Årsinkomst US\$ (Annual income)	157	600	920
Elektrifieringsgrad (Amount of electrification)	–	90%	100%
Asfaltsvägar (Asphalt roads)	–	60%	80%
Hälsostation (m ² -yta) (Out-patient clinic, in square meters)	10	120	120
Utnyttjandegrad av hälsoskydds- service (Use of health protection service)	15%	100%	100%
Antal anställda inom hälsoservice (Number of health personnel)	–	3	5
Täckningsgrad av vaccinering och andra former av specifik hälso- skyddsverksamhet (Percentage of subjects vaccinated and given other forms of specific protection)	30%	75%	85%
Satsning per individ i demonstrations- konstruktioner (av huvudparten av befolkningen) uttryckt i US\$ (Input per individual in model project (of the majority of population) expressed in US\$)	–	150	170
Avfallshantering och vattenförsörjning tillgodosedd (Supply with water and hygiene facilities)	–	70%	70%

Barnmorskan kom resande från Mostar till de hem där gravida mödrar fanns. 90 procent av barnen föddes med hjälp av antingen barnmorska eller läkare. Hälften av födslarna skedde på sjukhus i Mostar.

Även tandläkaren och dennes assistent reste till byarna i Mostar.

Under projektets gång har spädbarnsdödligheten i Podvelez minskat från 95–100 ner till 29%. Genomsnittligt ligger i dag spädbarnsdödligheten på 32% i republiken Bosnien-Hercegovina.

Anledningen till denna dramatiska nedgång av spädbarnsdödligheten är

för det första en kraftigt förbättrad utbildningsnivå hos befolkningen. Speciellt har stora insatser genomförts på hälsoutbildningssidan gentemot de unga mödrarna. Under samma tidsperiod har för det andra också ett familjeplaneringsprojekt genomförts. Kvinnor kan i dag "föda de barn de vill ha". P-piller som preventivmedel används mellan 50–70%. 100–150 kvinnor är gravida vid en och samma tidpunkt i byarna. En relativt stor andel av kvinnorna har män som arbetar som gästarbetare i andra länder och detta har underlättat genomförandet av familjeplaneringsprogrammet, genom en uppluckring av tidigare kulturella mönster. Det är huvudsakligen distriktssköterskan som skriver ut p-piller.

En tredje viktig faktor som nedbringt spädbarnsdödligheten är att de socioekonomiska förhållandena förändrats kraftigt under tioårsperioden. Byn har som påvisats blivit "rik". Man har därigenom också fått förutsättningar för förändrad vattenförsörjning och sanitära förhållanden etc.

En fjärde faktor som bidragit till förbättringen är de vaccinationskampanjer som genomförts. Inom parentes kan här sägas att vaccinationskampanjerna också utnyttjats för att skapa kontakter och genomföra hälsoutbildning.

Den femte viktiga orsaken till nedgången av spädbarnsdödligheten är byggande av vägar till byarna. Riskgraviditeter kan numera nå förlossningsavdelningen i Mostar på en halvtimme. Motsvarande färd tog tidigare en dag.

Exempel på självstyrelseprincipen i hälso- och sjukvården utgående från byarna i Podvelez:

För att få en ökad förståelse för vad självstyrelseprincipen innebär bad vi representanterna för projektet ge exempel på aktiviteter som växt fram inom ramen för detta.

Det första exemplet utgjordes av vattenförsörjning till hälsostationen som var dålig. Detta medförde att man byggde ny vattenförsörjningsanläggning efter diskussion i "församlingen". En annan fråga som drivits från byarna är att få en heltidsanställd doktor. Detta har dock ej gått igenom, främst av ekonomiska skäl. Det finns ungefärligen 24 likadana byar och prioriteringsdiskussioner har förts i "församlingen" i Mostar, dvs i princip på regionnivå.

På frågan om man inte skulle kunna lösa det hela genom frivilliga bidrag från befolkningen, svarade man att man för närvarande inte hade råd med detta. Man hade i diskussionen i stället prioriterat en utbyggnad av sjukhuset i Mostar som kräver 3 procents "självbidrag". Det måste här påpekas att sjukhusstandarden i Mostar fortfarande är väldigt låg med extremt lågt antal sängplatser och med en rad olika kliniker spridda över hela staden. Man håller därför på att bygga ett centralsjuk-

hus för regionen i Mostar, vilket fordrar stora ekonomiska ansträngningar av befolkningen. Dessutom har primärvården fått stora resurser jämfört med tidigare.

Det kan också sägas att även om en by skulle ha råd att anställa en läkare genom ytterligare frivilliga bidrag från befolkningen, sker fördelningen av läkare genom beslut inom regionen.

I praktiken går behandlingen av ärendena till så att byinvånarna tar upp olika problemställningar, som sedan de 10 delegaterna från Podvez-området för vidare till "församlingen" på nästa nivå i Mostar, där beslut fattas. Denna "församling" innehåller ca 200-300 delegater. Dessa delegater träffas i församlingsmöten två gånger i månaden för att föra en kontinuerlig diskussion om olika problemställningar.

Sammanfattning

Samhällsutvecklingsprojekt som exemplet Podvez visat att det i många länder, oavsett utvecklingsgrad, finns en stor skillnad i hälsovårdsutveckling mellan landsbygd och stad. Med syfte att förbättra levnadsbetingelserna i byar och då omfattande både hälsoläge och vårdmöjligheter är det nödvändigt att engagera hela befolkningen för att åstadkomma förändring. Deltagande av medicinestudenter i sådant samhällsmedicinskt arbete, är en kontinuerlig aktivitet under studietiden som har praktiska utbildningsvärden förutom den etiskt ideologiska skolning som sådant arbete innefattar.

Resultaten från Podvez-projektet visar att samhällsförändringar som byggnad av väg medfört flera arbetstillfällen, införande av elektricitet har också gett mera lokala arbetstillfällen som framför allt reducerat emigrationen från byarna på ett dramatiskt sätt. Genom byutvecklingsprojektet har hela urbaniseringsprocessen stoppats upp under en tioårsperiod.

Nästa del av projektet i Podvez omfattar ett försök att skapa en central vattenförsörjning. Man har också för avsikt att ytterligare förbättra avloppssituationen med lokala reservoarer.

Referenser

1. Allgulander E, Haglund B, Janlert U, Linder B, Lindgren Å, Viterius B, Svanström L: Femte svensk-jugoslaviska dagarna i socialmedicin. Sarajevo-Mostar maj 1982. Stockholm, Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, vårdcentralen Kronan 1982 (röd rapportserie nr 6).
2. Tomic B, Nikolic A, Tomasevic V: A community conquers health problems. Int. J. Health Educ 1977; XX/suppl. 2.
3. Hedvall KM: Participation i företag. En jämförelse mellan ett jugoslaviskt och ett svenskt tobaksföretag. Stockholm, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet 1981.
4. Parmele DE, Henderson HG, Cohen MS: Medicine under Socialism. Some observations on Yugoslavia and China. Soc Sci Med 1982; 16: 1389-1396.

5. Pávall K, Jugoslavien, Borås, Brevskolan 1976.

6. "Facts about Yugoslavia", Belgrade, Federal secretary for information, 1979.

Abstract

Community Medicine in Yugoslavia, The Example of Podvez.

BO HAGLUND, ARIF SMAJKIC, LEIF SVANSTRÖM

This is a description of a community development experiment in the village of Podvez, near Mostar, in the Republic of Bosnia-Herzegovina in Yugoslavia. The article is based on the result of 10 years work of community development and experiences gained from a study-visit during the Fifth Yugoslav-Swedish Meeting on Social Medicine in May 1982. Community development projects have been carried out since the end of the 1940s in Yugoslavia, and community participation through the self-management organizations on the local level has been a leading principle.

The teaching staff and the students of the Medical Faculty of Sarajevo University have organized and conducted many voluntary health and social projects in the rural areas. The project goals are to promote social and health services in the rural areas by involving the rural population (self-management), by using the rural communities as the basis for practical teaching of the students and thereby humanising the medical profession and finally, by educating the people to take self-protection measures (self help).

The average duration of the projects has been about five to ten years. The methods used have included mass-information and popularisation of the projects through co-operation with journalists; collection of data concerning the relevant parameters of the health, social and economic conditions by the use of questionnaires; further health examinations of the population; description of environmental health risks and development of model projects for the rural areas, such as school kitchens, etc. During the project period, infant mortality in Podvez has decreased from 100‰ to 29‰. The emigration rate from the villages has dropped from 10% in 1970 to 0,1% in 1981. The number of persons employed in their place of residence has increased more than threefold during the project period

and the economic resources have increased fourfold.

The results of the community development project in Podvez show that community projects, such as electrification and road construction, have created local employment opportunities and thus dramatically reduced emigration from the villages. Through community participation the process of urbanization has been arrested over a period of ten years. In the same period the health status of the population also has greatly improved through self-help measures (health by the people). The participation of medical students in such campaigns and ongoing activities has practical, educational and ethical aspects.

Keywords: community participation, community medicine, prevention, health education, social medicine rural area, education, primary health care, epidemiology, intervention, Yugoslavia.

Författarpresentation

Bo Haglund*, distriktsläkare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Arif Smajkic, professor, Institute of Social Medicine, Medical Faculty, University of Sarajevo, Rep. of Bosnia-Herzegovina, Yugoslavia

Leif Svanström, professor, Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

*Podstadress: Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, 172 83 Sundbyberg.



Arif Smajkic, professor i socialmedicin, arbetar även som distriktsläkare i Podvez.

(Foto: Bo Haglund)

Utvecklingsarbete i allmänmedicin

STURE LORENTZON

I artikeln diskuteras förutsättning och möjligheter till utvecklingsarbete i allmänmedicin. Författaren menar att en personlig vilja att utvecklas är grundförutsättningen för förändringsarbete. Vårdcentralens utvecklingsmöjligheter utgör summan av medlemmarnas olika potentialer. Fungerande informationskanaler mellan olika personalgrupper på vårdcentralen är en annan viktig förutsättning för utvecklingsarbete.

Slutligen poängteras att det kommer att bli nödvändigt för varje landstingsområde att ta fram en primärvårdsplan. Inom ramen för denna skall primärvårdsutvecklingen preciseras vad avser mål och medel.

Nyckelord: Forskning och utvecklingsarbete, primärvård, debatt, primärvårdsplan.

Utveckling är ett kravfyllt ord men också ett uppfordrande ord.

Man måste så att säga smaka på ordet och känna om det ligger väl i munnen, innan man kan ta det till sig.

I arbetet som distriktsläkare är arbetets mångfald och krav på omfattande kunskaper inom ett brett område, så pass krävande i sig, att ytterligare krav som utveckling, kan kännas som en extra pålaga.

Det finns dessutom en utveckling, som pågår hela tiden, framför allt som följd av centrala beslut beträffande primärvårdens framtid, som gör att man ibland önskar att kunna få falla till ro för en tid, för att få vardagsarbetet att fungera.

Inte nu, sedan, nästa år, när vi fått mer personal, fler läkare, blir då de ursäkter vi kastar fram.

Innerst inne känner vi dock att vi inte kan ställa oss vid sidan av utvecklingen, att vi inte kan låta bli att ta personlig del i denna.

Definition

Vad skall vi då lägga i begreppet utveckling? Det handlar ju både om utveckling utifrån centrala politiska beslut: Primärvården skall utvecklas och slutenvården åtminstone temporärt stå tillbaka, men också om utveckling utifrån primärvårdens lokala funktion.

Skall vi försöka oss på en definition?

"Utveckling i allmänmedicin avser dels att utveckla en vårdform, dels innehåll i densamma, med målet att förbättra människans levnadsvanor och därmed hälsa och detta till en rimlig och förhoppningsvis sjunkande kostnad."

Det finns säkert tio andra definitioner som är lika bra men någon måste man ha.

Låt oss vända på den traditionella utvecklingsmodellen, som brukar ha centrala förändringsbeslut i toppen och sedan kräva successiv utveckling i nedåtgående led.

Låt oss börja med vad vi kallar den personliga utvecklingen.

Den personliga utvecklingen

Den personliga utvecklingen kräver först och främst en vilja att utvecklas. Det måste kännas riktigt, stimulerande, oundvikligt, och dessa känslor måste överväga det arbete, den tyngd och det ansvar, som detta innebär.

Den personliga utvecklingen kräver dessutom fantasi, glädje, altruism och frihet från prestige.

Finns dessa förutsättningar kan utvecklingen starta. För att utvecklingen skall bli målmedveten och inte dränka en massa annat på sin väg, måste en viss överblick, disciplin och sinne för proportioner till.

Några exempel: Engagemang i familj och samhälle är utvecklande. Hobbies som grundar sig på aktivitet är utvecklande. Resor, fortbildning och drömmar är utvecklande.

Att ständigt syssla med allt annat än arbete är inte utvecklande. Att ständigt befinna sig på kurser är inte utvecklande.

Det måste få finnas tid till att smälta och integrera det nya.

Känslan av att vara utvecklad till fullo inställer sig gärna efter tio till femton år i yrket. Känslan är farlig och förödande både för en själv och omgivningen.

Insikten att dagligt arbete är lika med daglig utveckling är sannolikt mest givande.

Ringarna på vattnet blir då ständigt genererade och vackert koncentriskt.

Kollegor och övrig vårdpersonal vågar då ifrågasätta det gamla, vågar föreslå förändringar och vågar ta egna initiativ. Känslan av att du representerar en kraftkälla, för det är vad din lust till utveckling innebär, gör att kraftfältet kommer att vibrera av dynamik.

Din personliga lust till utveckling är dock inte liktydig med att det är du som bestämmer eller leder utvecklingen. På en vårdcentral är utvecklingen en demokratisk process, men utan ditt engagemang fungerar den inte.

Vårdcentralens utveckling

Vårdcentralens utvecklingsmöjligheter blir summan av medlemmarnas olika potentialer.

Den stora svårigheten i dag är att hitta ett system med en ledningsgrupp, som förmår hålla delarna samlade och samtidigt se till att delarna utvecklas parallellt och i harmoni med varandra.

Informationskravet är mycket stort om processen skall fungera och det är framför allt denna svårighet som gör att vårdcentraler bör ha en begränsad storlek.

Förändringar i rutiner berör aldrig bara de grupper man tror, de berör alla i primärvårdsområdet.

Det finns inget större fel man kan begå än att informera för få grupper. De oinformerade känner sig förbigångna, nedvärderade eller uteslutna ur gemenskapen och det tar lång tid att reparera skadan.

Eftersom information inte kan bli personlig i alla fall, måste informationsansvariga utses för alla personalgrupper. Informationsansvaret innebär då ett ansvar att både ta och ge information.

I ett primärvårdsområde (i allmänhet lika med kommun) blir de grupper, som skall ha informationsansvaret: Distriktsköterskor, mottagningsköterskor, sjukhemspersonal, hemsjukvårdspersonal och läkare. Informationsansvaret gäller sedan alla underställda i vårdkedjan.

Ledningsgruppen har en annan mycket viktig funktion: Att tillse att utvecklingsarbetet är så anpassat till mängd och tid att det är möjligt att genomföra.

Man kan tex inte samtidigt införa ett nytt vårdplaneringssystem, lägga om journalarkivet och utveckla nya lab-

rutiner för ett flertal sjukdomstillstånd.

Det kan kännas naturligt i ett visst skede att ha flera utvecklingsprojekt på gång, men resultatet kan bli stress med omvända effekter, trötthet visavi förändringsarbete och ibland negativ attityd till förändringar.

Utvecklingens positiva effekter måste också på något sätt dokumenteras, inte nödvändigtvis skriftligt men någon form av återkoppling måste ske, så att utvecklingen därefter känns följdriktig. Detta dessutom av två andra skäl. Det finns alltid enskilda eller grupper som är tveksamma till utvecklingen. Skall deras tveksamhet eller negativa attityd förändras, måste de ha något som övertygar dem. Dessutom är inte all utveckling positiv till sina konsekvenser. Förslagen kan te sig tilltalande men konsekvenserna bli negativa. Det är då viktigt att inte vara presstigefylld.

Vad kan man då utveckla på en vårdcentral?

Förslagen är som var och en förstår legio, låt mig peka på några områden.

1. Vårdcentralens arbetsformer

Dels såsom dessa fungerar internt, dels externt.

Är närhet, kontinuitet tex relevanta begrepp för vår vårdcentral?

2. Vårdcentralens arbete

Uppfyller vi kravet på helhetsbedömning, medicinsk god kvalitet och säkerhet?

3. Vårdcentralen i sig

Fastän vårdcentralerna i dag ofta är nya, moderna och väl utrustade, gör utvecklingen att funktionskrav och behov av nya utrymmen ofta inte kan tillgodoses. För våra blivande distriktsläkarkolleger under utbildning finns ofta egentligen inte plats.

Nytänkande, omflyttningar och beredskap att dela på sin stol, är då oundgängligen nödvändigt eftersom nybyggnation i stort sett är en utopi.

Det utvecklingsarbete, som hittills skett inom allmänmedicinen, har huvudsakligen koncentrerats till våra sk utvecklingsvårdcentraler.

Dokumentation över detta arbete har förmedlats av SFAM och registrering via enkäter har skett av institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Utvecklingsarbeten inom Stockholms län redovisades i SFAM-nytt 4/5 1982 och nyligen har en enkät gällande resten av riket varit ute för besvarande.

För de av oss, som fortfarande arbetar i en vakanspräglad geografi och måste avvisa friskvård, hälsovård, som har långa väntetider och kämpar med ständigt överdimensionerat dagsprogram av ren sjukvårdande karaktär, ter sig onekligen alla de rapporterade utvecklingsarbetena som andra hinner bedriva, frustrerande.

Vi skall då komma ihåg att dessa utvecklingsvårdcentraler har speciella personalbesättningar, speciella ekonomiska anslag och ofta stöd av någon socialmedicinsk institution i sitt arbete.

Dessutom bör naturligtvis inte alla vårdcentraler göra identiska utvecklingsarbeten.

Många av dessa arbeten bör ju ge resultat, som är direkt överförbara till oss andra, men kan å andra sidan också bilda incitament till egna undersökningar.

Påtagligt är att i dessa utvecklingsarbeten ligger tyngdpunkten i samhällsmedicinska mer än i kliniska frågeställningar hittills.

Detta ter sig naturligt i nuvarande utvecklingsskede av allmänmedicinen, men kommer sannolikt att följas av proportionellt mer kliniskt betonade undersökningar i framtiden.

I primärvårdens organisationsmodell i nästan alla i dag existerande primärvårdsplaner är PVO-begreppet den egentliga enheten.

PVO = kommun och rymmer därinom befintliga vårdcentraler, lokala sjukhem och hemsjukvård.

Om utvecklingsarbetet inom vårdcentralen varit informationsproblem till stor del, så är det inte mindre inom PVO-området.

Ledningsgruppen, d vs distriktsöverläkaren eller motsvarande som PVO-chef och PVO-föreståndare får då samma funktion som ledningsgruppen inom vårdcentralen.

De viktigaste utvecklingsarbetena blir nu att se till att kommunernas och landstingens utvecklingsplaner hakar i varandra. På många håll är inte detta fallet.

Man måste veta vad kommunens planer, tex äldreomsorgen, går ut på, för att hemsjukvård, sjukhemsvård och vård på servicehus skall fungera.

Det psykiatriska öppenvårdsteamet måste också integreras fullt ut.

Alla måste ha känslan av att det är samma utveckling som man deltar i, inte en massa olika utvecklingar.

Ett stort ansvar har sedan PVO-cheferna att sinsemellan och under chefsläkaren för öppenvården eller motsvarande, samordna utvecklingen så att länet i sin helhet går mot en primärvårdsutveckling.

Denna skall ju i sig skapas av en primärvårdsplan, framtagna förhoppningsvis med hjälp av distriktsläkare och i ständig dialog med slutenvården.

Slutenvårdens ibland negativa hållning är nästan alltid följden av okunskap och utveckling kräver då ånyo information.

Råkar man sedan ha sin verksamhet i ett landsting där den politiska ledningen delar centrala myndigheters uppfattning om vikten av en snabbt utvecklad primärvård bör utvecklingsdrömmen kunna bli en realitet.

Författarpresentation

Sture Lorentzon*, distriktsöverläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, 343 00 Älmhult.
Tel. 0476- 135 50.

Hur skall man kritiskt läsa artiklar?

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP
COMMISSIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

I fyra tidigare artiklar i serien om att skriva och publicera vetenskapliga artiklar har utgångspunkten varit författarens (1-4) I den här artikeln tar vi en motsatt utgångspunkt – läsarens. "The critical reading guide" är hämtad från SFAMs systerorganisation i Holland (Nederlands Huisartsen Genootschap Commissie Wetenschappelijk Onderzoek) där den användes i efterutbildningskurser i forskningsmetoder inom primärvården (5).

Nyckelord: Forskningspresentation.

Critical Reading exercise Reading guide

General instruction

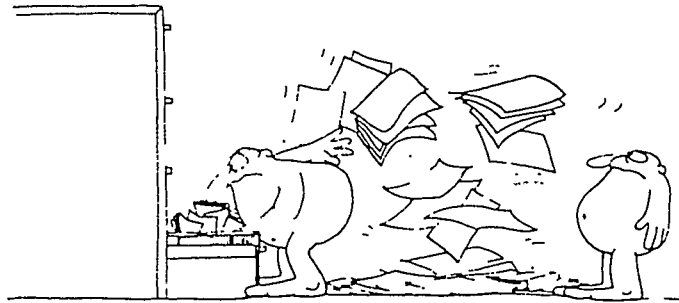
- Read the paper one time superficially as a whole.
- Become aware of your general impression. Are there any negative feelings about the subject, style, presentation or conclusions? Have you noticed difficulties in concentrating on the subject?
- If you think it is worthwhile, read the paper once again systematically using the following guidelines

1. Research question

- a. What is the general problem?
- b. How is the concrete research-question formulated?
- c. Are the important terms defined?
- d. How is the research-question operationalized? (Hypotheses?)
- e. What is the relevancy of the results for theory or practice.

2. Measuring instruments

In every investigation values of certain variables are measured. The techniques used are called measuring instruments (e.g. sphygmomanometer, but also



Från Laerum (Den forunderlige vitenskapen)

questionnaires, observation-models etc.).

- a. How *reliable* are the instruments used?
(How closely do repeated observations (by different people, at different times) of the same thing agree with each other).
- b. How *valid* are the instruments used?
(Do we measure what we want to measure?)

3. Statistical analysis

- a. Which techniques of analysis are used?
- b. How did the sampling take place?
At random?
- c. Do the samples allow generalisation towards a larger population than the one investigated?

4. Relation between **the type of research** and the **research question** or **research design**.
(Distinction can be made between: descriptive/epidemiological, explanatory/analytical or hypothesis testing.)

- a. Does the type of investigation fit with the research-question?
- b. Does the type of investigation fit with the design?

5. What **conclusions** can be drawn from the results?

- a. Do the conclusions give an answer to the questions?
- b. Are they applied to the right population?

6. How is the **reporting** of the researchprocess?

- a. Is there a selective loss of subjects?
- b. How are the data collected? How are they processed?
- c. Are methodological, organisational or technical/operational decisions mentioned?

Referenser

1. Haglund B: Vad är en vetenskaplig artikel? SFAM-nytt 1982; 3:84-85.
2. Haglund B: Den vetenskapliga artikelns innehåll. Något om hur man skriver introduktionen samt material och metodavsnitt. SFAM-nytt 1982; 3:115-116.
3. Haglund B: Hur skall resultatet och diskussion presenteras? SFAM-nytt 1982; 3:184-185.
4. Läkarsällskapets etiska kommitté: Rätten till författarskap av vetenskapliga arbeten – orsak till interkollegiala konflikter? SFAM-nytt 1982; 3:216-217.
5. Haglund B, Svanström L: European General Practice Research Workshop-EGPRW, Haag, Nederländerna, 16-18 april 1982. Konferensrapport. Stockholm, Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin. Röd rapportserie 5, 1982.

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 ALLMÄNMEDICIN – 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 vidda 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.

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller automatiskt tidskriften ALLMÄNMEDICIN.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

Selexidin[®]

pivmecillinam

Septis[®]

Hur man än vrider och vänder
på UVI-problemet—Selexidin!
—penicillinet vid urinvägsinfektioner

Vid förskrivning, se FASS

Lövens Läkemedel



Box 404 · 201 24 Malmö