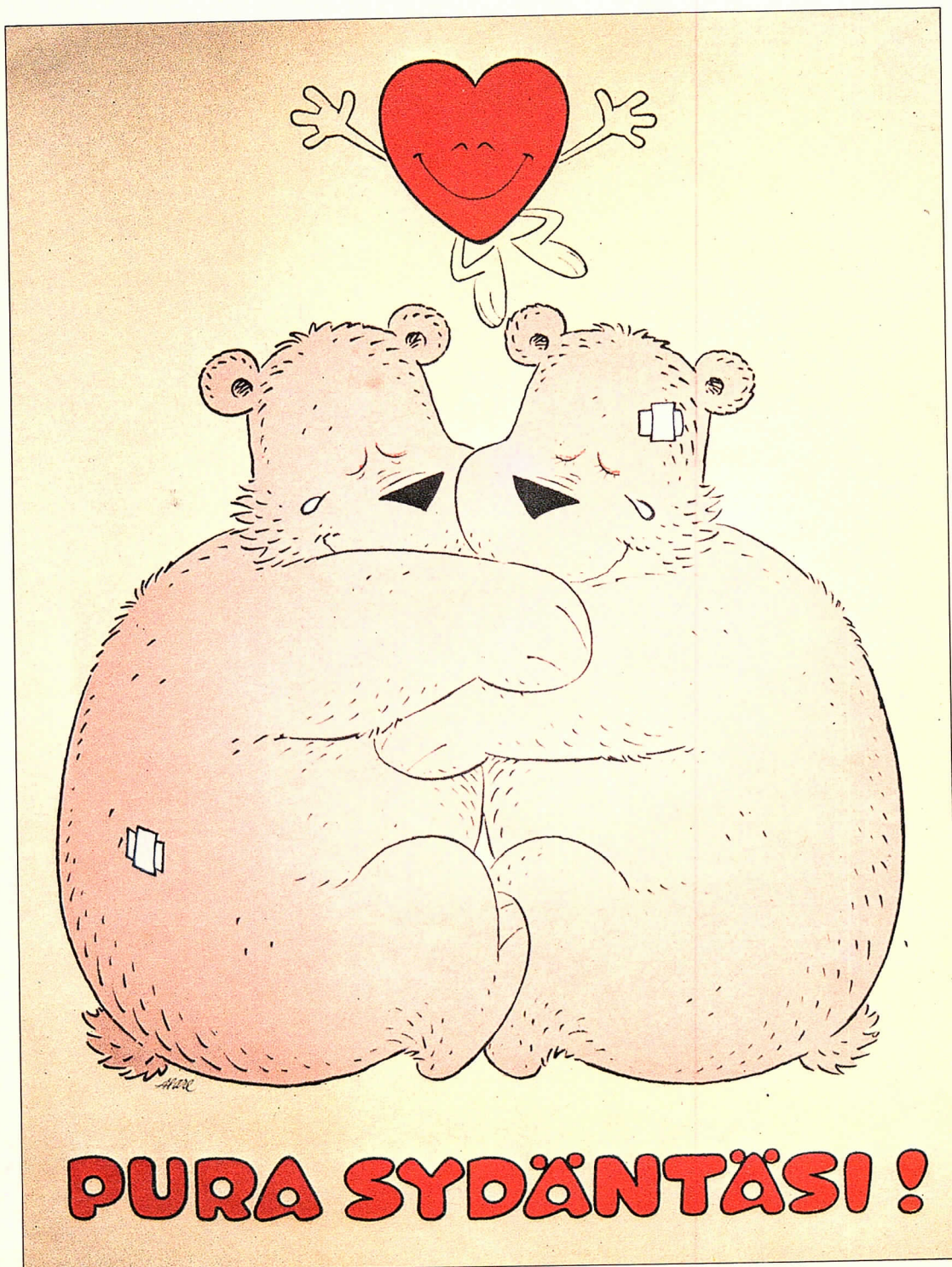


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Infektioner
i primärvård

3
1983

Folkhälsoarbete
i Finland

Felden®

piroxicam

En enda kapsel (20 mg)



ger effekt hela dygnet
för flertalet patienter.

Felden®

Piroxicam Kapslar 10 mg och 20 mg.

Indikationer. Reumatoid artrit, osteoartrös och Mb Bechterew.

Kontraindikationer. Patienter med tidigare visad överkänslighet mot acetylsalicylsyra eller andra icke-steroida antiinflammatoriska preparat. Tillstånd med ökad blödningsbenägenhet.

Försiktighet. Ulcus ventriculi eller duodeni i anamnes.n. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör FELDEN inte ges till barn.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [G] i FASS. Antiflogistika med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare del av dräktighet, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värkärlbetet och fördröja förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under sista månaden av graviditet endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlösning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas. Uppgift saknas om huruvida piroxicam passerar över i modersmjölk.

Biverkningar.

Gastrointestinala: Dyspepsi, diarré. Fall av blödnings- eller perforering har rapporterats.

Allergiska: Exantem och urtikaria har rapporterats. Liksom med andra antiflogistika kan Stevens-Johnson's syndrom förekomma i sällsynta fall.

Dermatologiska: Erytema multiforme och ljusöverkänslighetsreaktioner har rapporterats.

Centralnervösa: Huvudvärk, yrsel och trötthet har rapporterats.

Hematologiska: Hämning av trombocytaggregationen med ökad blödningsbenägenhet.

Trombocytopeni och trombocytopeni purpura har rapporterats. Minskad hemoglobinhalt och hematokrit utan tecken på gastrointestinal blodförlust har rapporterats.

Övriga: Ödem har rapporterats. Enstaka fall av förhöjda transaminaser finns beskrivna utan att ikterus eller andra leverfunktionsrubbnings påvisats. Piroxicam kan medföra reversibel stegring av restkväve utan att serumkreatininstegring eller andra tecken på njurpåverkan noterats.

Dosering.

Normaldosering 20 mg per dygn.

Absorptionen av piroxicam påverkas ej av samtidigt intag av antacida och/eller föda.

Interaktion. Eftersom FELDEN i likhet med andra antiinflammatorika är högradigt bundet till plasmaalbumin och har liten distributionsvolym finns teoretiska möjligheter för så kallade displacement-interaktioner med andra starkt albuminbundna substanser såsom perorala antikoagulantia. Då plasmakoncentrationen är låg förefaller risken för displacement-interaktion vara liten och har ej heller bekräftats i kliniska studier.

Observera. Patienter med ulcus i anamnesen bör kontrolleras kontinuerligt. Piroxicam hämmar trombocytaggregationen, därför bör uppmärksamhet iakttas vid dosering till patienter med ökad blödningsbenägenhet.

Förpackningar.

Kapslar 10 mg (vita, märkta Felden 10 8CB): 20 st, 100 st.

Kapslar 20 mg (vita, märkta Felden 20 8CA): 20 st, 100 st.

Felden®

piroxicam



24 timmars
effekt med
1 kapsel/dygn.

Ledare:
Preventionens förutsättningar. 92

Föreningsnytt:
Forsknings- och utvecklingsarbete
vid vårdcentraler.
*Gunnel Boström, Bo Haglund,
Leif Svanström* 93

Kurser och konferenser:
SFAM:s höstmöte 1983. 94

Riksstämman 1983. 96

Svenska bidrag till Tammerfors-
kongressen. 97

Konferens angående system-
vetenskap inom hälso- och
sjukvården. 97

Internationellt:
Primärvård och folkhälsoarbete
i Finland.
*Bo Haglund, Laila Linnergren,
Leif Svanström* 98

Allmänläkarutbildning i Finland.
Bo Haglund 104

**Symposium: Handläggning av övre luftvägs-
infektioner i Primärvården:**
Allmänmedicinska aspekter.
Birgitta Hovelius 105

Distriktssköterskans synpunkter.
Ann-Kristin Jansson 107

Sjuksköterskans arbete på
vårdcentral.
Ingrid Svenstam 108

Akut purulent mediaotit-synpunkter
på diagnostik och antibiotika-
behandling.
Karin Prellner 109

Infektionsläkarens synpunkter.
Folke Nordbring 110

Prevention i Primärvård:
Förebyggande arbete i sjukvården.
*Unda Lönnkvist,
Johan Hallqvist* 111

Debatt:
Sjukhusens öppenvård minskar när
primärvården byggs ut.
*Markus Kallioinen,
Per Olsson* 116

Ett försök att ta HSL på allvar.
Finn Diderichsen 118

Hjärt- och kärlsjukdomar i allmän-
läkarvård.
Anders Överby 120

Rökavvänjning vid vårdcentral.
*Bo-Göran Dammström,
Gudrun Johansson,
Karl-Gunnar Rundgren,
Ruth Widgren* 122

Omslagsbild:

"Nordkarelen nallar", en av de affischer som användes i Nordkarelenprojektet.
(Foto: Johan Hallqvist)

Preventionens förutsättningar

100 000

Erfarenheterna av förebyggande arbete i Skaraborgs län visar att sådant lönar sig. Falköpings-projektet, som inriktar sig mot olycksfallsprevention, är det mest slående exemplet. Efter en systematisk registrering av alla olycksfall under några år påbörjades en intervention 1980. I Falköping inträffar 113 olycksfall per 1 000 invånare och år. Om motsvarande frekvens gäller för hela Skaraborgs län skulle cirka 27 000 olycksfall inträffa och föranleda akutbesök under ett år. Varje olycksfall betingar en samhällskostnad mellan 10 000–200 000 kr. Vid utvärderingen av den förebyggande verksamheten i Falköpings-projektet har påvisats att olycksfallsfrekvensen reducerats med omkring 20 procent. Samhällsvinsterna är således redan på landstingsnivå många miljoner.

Syftet med Falköpings-exemplet är att lyfta fram några punkter i den nya hälso- och sjukvårdslagen som måste konkretiseras i fler landstingsområden om lagen inte skall bli bara ett vackert luftslott. Framgångarna med förebyggande arbete i Skaraborgs län bygger framför allt på att man där tillskapat en *organisation* inom primärvårdens ram som arbetar förebyggande. På varje vårdcentral finns hälsoavdelningar med specialutbildade distriktssköterskor, undersköterskor och fritidsledare som enbart arbetar förebyggande. Vidare finns också på varje vårdcentral samhällsvetare. Den viktigaste uppgiften för personalen på hälsoavdelningarna är att bygga upp fungerande samverkan mellan primärvården och övriga kommunala organ och frivilliga organisationer (community involvent). Sådan samverkan har varit nyckeln till framgångarna i Falköpings-projektet.

Speciellt avdelad personal för förebyggande arbete tycks vara enda vägen att nå snabb framgång. Det finns inga internationella exempel som visar på motsatsen och svenska erfarenheter från framför allt Skaraborg men även Stockholm pekar på detta.

Specialutbildad personal för förebyggande arbete ställer krav på *utbildning av ett helt nytt slag*. I Skaraborg har en sådan hälsoutbildning arbetats fram under 1970-talet vid hälsovårdsenheten. Detta belyser en annan viktig förutsättning för att den nya hälso- och sjukvårdslagen skall kunna realiseras, nämligen att stora insatser måste göras framför allt inom efterutbildningsområdet vad gäller kunskap och strategi i förebyggande arbete.

En tredje viktig punkt för förverkligandet av hälso- och sjukvårdslagen är att skapa nya *ekonomiska förutsättningar* för landstingen vad gäller driften av hälso- och sjukvården. Ekonomi och organisation utgör två hörnstenar i förändringar av vårt samhälle. Nya ersättningsregler från stat till landsting för hälso- och sjukvård utgör därför en tredje viktig förutsättning. För närvarande bygger ersättningsnormen på prestationer, dvs ersättningar per patientbesök. En sådan ersättningsnorm ger varken möjlighet till utvecklande av kvalitet av omhändertagande av sjuka patienter eller förutsättningar för förändring mot mer förebyggande arbete i primärvård. För att råda bot på detta förs för närvarande en diskussion mellan staten och landstingen om nya schablonersättningar. För att en verklig förändring av hälso- och sjukvårdens inriktning skall kunna ske krävs att *schablonersättningarna öronmärkes* vad gäller specifikt förebyggande arbete. Med detta menas att ersättningar fryser inne för landstingen om inte konkreta resultat på förebyggande verksamhet redovisas. Att en sådan styrning är möjlig visar *exemplet från Finland*. Folkhälsolagen från 1972 gav primärvården samma förutsättningar i Finland som vår nya lag 1983. Under den gångna tioårsperioden har en hård styrning skett av medel till primärkommunerna och resultatet ser vi idag i en mycket väl fungerande primärvård och hälsovård.

BO HAGLUND

Förenings
nytt

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 hinna med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

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

Nummer	Manusstopp	Planerad utgivningsvecka
3	28/ 2-83	" 15
4	27/ 5-83	" 34
5	1/ 9-83	" 42
6	14/10-83	" 48
1 1984	25/11-83	" 2

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.

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,
172 83 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00
(Jane Östman).

Annonser:
MJ Annon্সförmiddling
Ahlströmergatan 18, nb 11247 Stockholm,
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:
200 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till postgiro 37 54 40-5 till AllmänMedicin. Ange att avgiften avser prenumeration.
Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1983.

ISSN 0349-4772

Nu har Scandinavian Journal of Primary Health Care kommit ut!

Vår nordiska primärvårdstidskrift har utkommit med sitt första nummer. Vi hoppas så många som möjligt prenumererar! För provexemplar och prenumeration kan anmälan göras till Almqvist & Wiksell International, Box 45150, 104 30 Stockholm.

Prenumerationspris för medlemmar i Svensk Förening för Allmänmedicin är 175 kr + moms och för institutioner, bibliotek och icke medlemmar 275 kr + moms.



Redaktionen: Överst tv huvudredaktör Paul Backer, Danmark, Olafur Mixa, Island, Paul Pedersen, Danmark. Nedre raden från vänster Bo Haglund, Sverige, Mårten Qvist, Finland, Bent Guttorm Bentzen, Norge. (Foto Bo Haglund)

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.

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 fyllnadsbetalning på 100 kronor till postgiro 37 54 40-5. Ange *fyllnadsbetalning* på talongen.

För medlemmar i SFAM ingår som tidigare tidskriften i medlemsavgiften.

FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSARBETE

Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige

GUNNEL BOSTRÖM · BO 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 Karolinska institutet, Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Delresultat från inventeringen har redovisats i nummer 1 av AllmänMedicin.

I denna artikel redovisas svarsfrekvensen, andelen vårdcentraler med forsknings- och utvecklingsaktiviteter och antal projekt i olika landstingsområden. Svar har inkommit från 87 procent av landets 624 vårdcentraler utanför Stockholmsområdet. Vid 30 procent av de vårdcentraler som svarat på enkäten pågår FOU-arbete.

Malmöhus län toppar listan då det gäller andel vårdcentraler med projekt, här har hela 52 procent av de som svarat på enkäten pågående FOU-arbete.

I Gotlands län, Malmö kommun samt Hallands län pågår inget FOU-arbete enligt denna inventering.

Nyckelord: Forsknings- och utvecklingsarbete, primärvård, enkätundersökning.

Introduktion

Svensk förening för allmänmedicin genomförde under hösten 1982 i samarbete med Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, en inventering av pågående FOU-arbete inom primärvården i Sverige.

En första preliminär redovisning av FOU-arbete inom primärvården i Sverige har redovisats tidigare (1). Inventeringen som utfördes i Stockholms län våren 1982 har även redovisats tidigare (2, 3). Inventeringen i Stockholm visade att det pågår FOU-arbete vid 27 av 88 vårdcentraler. Totalt pågår i Stockholms län 142 projekt. Mer än hälften av dessa projekt bedrivs vid 7 av vårdcentralerna, nämligen Dalen, Hallunda, Kronan, Matteus, Sollentuna, Storvreten och Tumba. Inventeringen av FOU-arbete inom primärvården i Sverige är nu avslutad och här ska vi ge en översiktlig bild av forskningsaktiviteter i Svensk primärvård.

Material och metod

I oktober 1982 utsändes en enkät till samtliga vårdcentraler utom Stockholmsregionen (totalt 624 vårdcentraler och läkarstationer). Vi har genom enkäten tagit reda på om projekt pågår vid de olika vårdcentralerna. Om projekt pågår har vi bett ansvarig på vårdcentralen beskriva vilka projekten är, ge en sammanfattning av dessa och ange projektansvarig.

Resultat

Enkät svar har inkommit från 87 procent av vårdcentralerna (tabell I). De vårdcentraler som inte svarat på enkäten är 84 st (13 procent). Vi vet inte om FOU-arbete pågår vid vårdcentraler som ingår i bortfallet. Under våren planeras en bortfallstudie. I denna redovisning antar vi dock att bortfallet dvs de 84 vårdcentraler som inte svarat på enkäten inte har något FOU-arbete. Av de vårdcentraler som svarat på enkäten hade 30 procent ett eller flera FOU-projekt. Detta innebär att vid 161 vårdcentraler i Sverige utom i Stockholms län, pågår ett eller flera forsknings- eller utvecklingsprojekt.

Spridningen av andelen vårdcentraler med FOU-projekt är stor mellan de olika länen från 52 procent till 0 procent. I fem av länen pågår vid mer än 40 procent av vårdcentralerna FOU-projekt nämligen Malmöhus län, Gävleborgs län, Örebro län, Skaraborgs län och Södermanlands län. I Gotlands län och Malmö kommun pågår inga FOU-projekt.

Totalt bedrivs 378 st projekt inom primärvården i Sverige utom Stockholms län. I sex av länen bedrivs hälften av projekten, dessa län är Malmöhus län (38 projekt), Norrbottens län (32), Gävleborgs län (30), Värmlands län (30), Skaraborgs län (20) och Örebro län (27).

Inom primärvården i Sverige har genom dessa inventeringar totalt 520 projekt rapporterats (inklusive Stockholms län).

Diskussion

Resultaten av inventeringen visar att FOU-arbete är vanligt förekommande i många län. Intrycket av att en stor aktivitet föreligger runt om i Sverige kvarstår från preliminärredovisningen (1). Spridningen mellan olika län är dock stor och vid 6 av de 25 länen (inklusive Malmö kommun och Göte-

SFAM:s höstmöte 1983

SFAM:s vetenskapliga höstmöte förläggs 29-30 september 1983 till Ystad saltsjöbad och arrangeras av centrum för samhällsmedicin, Dalby. Studiebesök på centrum för samhällsmedicin och vårdcentralen i Dalby 1 oktober.

borgs kommun) bedrivs 50 procent av FOU-projekten.

En rapport om FOU-arbete i Sverige utom Stockholms län planeras vara färdig senast till hösten.

Vid den fördjupade bearbetningen och presentationen räknar vi med ett samarbete med enheter på landstingsnivå och institutioner på regionnivå. Presentationen av FOU-arbete i Gävleborg är ett exempel (4). Vi återkommer med bla presentationer av FOU-arbete i de mellansvenska landstingen i samarbete med institutionen för allmänmedicin i Uppsala och för Örebro län genom samarbete med institutionen för Socialmedicin i Örebro. Där har en arbetsgrupp tillsatts som bearbetar inventeringen. Vi är självklart glada för ytterligare kontakter från andra landstingsområden.

Litteraturreferenser

1. Boström G, Haglund B, Svanström L. Forsknings- och utvecklingsarbete vid vårdcentraler i Sverige. AllmänMedicin 1983;4:5-6.

2. Boström G, Haglund B, Svanström L. Forsknings- och utvecklingsarbete i pri-

Kostnader: Konferensavgiften är 200 kronor för SFAM-medlemmar och 300 kronor för icke medlemmar. Logi i enkelrum på Ystad saltsjöbad 290 kronor. Logi i dubbelrum på Ystad saltsjöbad 210 kronor per person. Logi på vandrarhemmet, Ystad saltsjöbad 70 kronor per bädd och 30 kronor för frukost. I konferensavgiften ingår samtliga måltider.

Anmälan: Senaste anmälningssdag är 1 juli. Vid anmälan efter detta datum tillkommer en kostnad på 50 kronor. Anmälningsblankett bifogas.

märvård inom Stockholms län - en redovisning av en enkätundersökning. SFAM-nytt 1982;3:127-31.

3. Boström G, Haglund B, Svanström L. Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård i Stockholms län. Sundbyberg: Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 1982 (Brun serie nr 2).

4. Ribacke M. Forskning och utvecklingsarbete i primärvården i Gävleborgs läns landsting. AllmänMedicin 1983;4:12-3.

Författarpresentation

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

Bo Haglund, distriktsläkare vid hälsovårdsenheten, Nordvästra sjukvårdsområdet, 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.

Tabell 1: Län i Sverige utom Stockholms län, fördelade efter antal vårdcentraler, andel inkomna svar, andel vårdcentraler med projekt och antal projekt.

Län	Antal vårdcentraler	Andel inkomna svar	Andel vårdcentraler med projekt	Antal projekt
Totalt	624	87%	30%	378
Malmöhus län	34	97	52	38
Gävleborgs län	33	88	48	30
Örebro län	21	86	44	27
Skaraborgs län	25	84	43	29
Södermanlands län	17	94	43	16
Älvsborgs län	41	93	37	22
Norrbottnens län	30	87	35	32
Kopparbergs län	25	84	33	8
Västerbottens län	32	84	33	18
Värmlands län	28	93	31	30
Göteborg o Bohus län	29	97	32	12
Västernorrlands län	34	88	30	18
Östergötlands län	24	83	25	6
Uppsala län	19	68	23	8
Blekinge län	14	93	23	6
Kronobergs län	18	100	22	16
Jämsköpings län	25	72	22	6
Jämtlands län	31	87	22	7
Göteborgs kommun	34	82	21	22
Västmanlands län	20	65	23	14
Kalmar län	28	89	16	5
Kristianstads län	32	84	11	8
Hallands län	17	88	-	-
Gotlands län	5	80	-	-
Malmö kommun	7	86	-	-

PROGRAM

Torsdag 29/9

12.00-13.00

Lunch

13.00-13.45

Plenum med välkomsthälsning och information

14.00-15.30

Gruppdiskussioner (10 grupper)

15.30-16.00

Kaffe

16.00-17.30

Gruppdiskussioner (10 grupper)

17.30-18.15

Plenum med presentation av gruppdiskussionerna.

Följande ämnen kommer att behandlas i gruppdiskussionerna. Varje deltagare har möjlighet att delta i två grupper.

1. Grundutbildning i allmänmedicin. Bengt Scherstén, Mogens Hey.

2. Fortsatt vidareutbildning i allmänmedicin. Lars Lindholm.

3. Diabetes typ II - insulinbristöverskott? Per-Olof Bitzén, Madeleine Svensson.

4. Hypertoni hos äldre. Lars Lindholm, Hans Liedholm.

5. Alkohol - narkotika. Åke Nordén, Åke Isacsson, Nilsåke Ingvarsson.

6. Nedre urinvägsinfektioner. Birgitta Hovelius, Lars Nygaard-Pedersen, Bjarne Wathne.

7. Äldreforskning. Ove Dehlin, Gillis Samuelsson.

8. Bruk och missbruk av läkemedel i primärvården. Arne Melander, Bengt Järhult.

9. Det kroniskt sjuka barnet. Lena Westbom, Ragnhild Kornfält.

10. Balintgrupper. Kerstin Kaij, Elisabeth Jaenson.

11. Hälsoförmåga. Inge Dahn, Bror Månsson.

12. Fiber i kosten. Barbro Hagander, Nils-Georg Asp.

13. Sociala nätverk. Per Nyberg, Kerstin Swahn.

14. Hälsofostran. Birthe Vang.

15. Produktion och konsumtion av primärvård. Göran Ejlerstson, Thor Lithman, Leopold Recht.

19.00

Middag

Fredag 30/9

08.30-10.00

Symposium 1

Primärvårdens hälsoansvar.

Bengt Scherstén, Anders Niklasson.

08.30-10.00

Symposium 2

Primärvårdens reumatologi. Leopold Recht, Marie-Louise Remnéus.

10.00-10.30

Kaffe

10.30-12.00

Fria föredrag

12.00-13.00

Lunch

SYMPOSIER

13.00-14.30

Fria föredrag

14.30-15.00

Kaffe

15.00-16.30

Symposium 3

Kvalitet i primärvården.

Mogens Hey.

15.00-16.30

Symposium 4

Antibiotika - bruk och missbruk.

Birgitta Hovelius, Rolf Rosenberg.

Lördag 1/10

Studiebesök

09.00-12.00

Studiebesök på centrum för samhälls-
medicin och vårdcentralen i Dalby.

Informella diskussioner om forskning
och utbildning i allmänmedicin samt
demonstration av forskningsmetoder
och utrustning.

Forskningslaboratoriet:

Insulinbestämning, kontinuerlig blod-
glukosbestämning, C-peptidbestäm-
ning, HbA1c, insulinpump, ABC-80,
högtrycksvätskekromatografi.

Bakteriologisk diagnostik:

Sediment, chlamydiadiagnostik, Strep-
tocult, Oricult.

Datateknik som hjälpmedel:

Journalregistrering, användning av da-
taterminal, litteratursökning, databok-
ning.

Mottagning:

Öronmikroskop, ögonmikroskop,
"EKG-käpphästar", distal tryckmät-
ning med doppler, bedömning av auto-
nom neuropati, mottagningspersona-
lens arbetsuppgifter.

12.00

Lunch på Dalby gästgivaregård.

Fria föredrag

Deltagarna inbjuds att delta med fria
föredrag (10 minuter jämte 10 minu-
ters diskussion). Abstrakt av symposier
och fria föredrag publiceras vid mötet i
offset.

Texten till abstrakt skrivs på maskin
med fyra cm marginal och enkelt rad-
avstånd på högst en A4-sida och bör in-
nehålla följande uppgifter:

1. Föredragets titel med stora bokstä-
ver.
2. Författare med föredragshållarens
namn först.
3. Föredragshållarens arbetsplats.
4. Inledning; material - metoder; re-
sultat; diskussion - konklusion.

Huvudansvariga

Birgitta Hovelius, Vårdcentralen,
Dalby,

Bengt Scherstén, Centrum för sam-
hällsmedicin, Dalby,

Karin Svenninger, Centrum för sam-
hällsmedicin, Dalby, sekreterare.

I organisationskommittén:

Mats Elmér, S:t Lars vårdcentral, Lund
Mogens Hey, Stadshuset, Eslöv,
Lars Lindholm, Vårdcentralen, Dalby,

Bror Månsson, Vårdcentralen,

Bjärred,

Anders Niklasson, Vårdcentralen,
Bjärred.

Anmälan till SFAM:s höstmöte samt
abstrakt insändes senast 1 juli 1983
till Birgitta Hovelius, Vårdcentralen,
24010 Dalby, tel. 046-209200.

Anmälan till SFAM:s höstmöte

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Hemadress: _____

Postadress: _____

Tel hem: _____ / _____ Tel arbetsplats: _____ / _____

SFAM-medlem ☐ ja ☐ nej

Torsdagen 29/9

Lunch ☐ ja Middag ☐ ja Logi ☐ ja

Fredagen 30/9

Lunch ☐ ja Logi ☐ ja

Prioritera logialternativen med 1-4:

Ystad Saltsjöbad - enkelrum med frukost 290 kr/dygn _____

Ystad Saltsjöbad - dubbelrum med frukost 210 kr/person/dygn _____

Vandrarhemmet 70 kr/bädd + 30 kr för frukost _____

Hotell Tornväktaren i Ystad 95 kr/bädd + 30 kr för frukost _____

Önskar dela rum med _____

Lördagen 1/10

Studiebesök i Dalby ☐ Ja ☐ Nej

Bussresa från Ystad till Dalby ☐ ☐

Lunch Dalby gästgivaregård ☐ ☐

PRIORITERINGAR

Gruppdiskussion 29/9. Varje deltagare har möjlighet att delta i två
grupper. Ange fyra alternativ med prioritering 1-4

1. Grundutbildning i allmänmedicin _____
2. Fortsatt vidareutbildning i allmänmedicin _____
3. Diabetes typ II - insulinbristöverskott? _____
4. Hypertoni hos äldre _____
5. Alkohol - narkotika _____
6. Nedre urinvägsinfektioner _____
7. Äldreforskning _____
8. Bruk och missbruk av läkemedel i primärvården _____
9. Det kroniskt sjuka barnet _____
10. Balintgrupper _____
11. Hälsolägesbedömning _____
12. Fiber i kosten _____
13. Sociala nätverk _____
14. Hälsofostran _____
15. Produktion och konsumtion av primärvård _____

Symposierna 30/9. Prioritera förmiddags- och eftermiddagssymposierna
med respektive symposienummer.

Symposium 1) Primärvårdens hälsoansvar eller

2) Primärvårdens reumatologi _____

Symposium 3) Kvalitet i primärvården eller

4) Antibiotika - bruk och missbruk _____

Anmälan och abstrakt insändes senast 1 juli 1983 till
Birgitta Hovelius, Vårdcentralen, 24010 Dalby, tel 046-209200.

Riksstämman 1983

Det är nu dags att börja planera höstens riksstämma, som hålls den 30 november till 2 december i Stockholmsmässans lokaler i Älvsjö.

För er som önskar anmäla föredrag/poster finns blanketter för rekvisition hos undertecknad.

Vi räknar med att få lika stort utrymme som föregående år för fria föredrag under riksstämmeveckan. Intresset för att utnyttja postern som kommunikationsform har varit stigande vid riksstämmorna. Postern har

flera fördelar, framför allt om man endast vill redovisa en liten detalj inom stort medicinskt område, respektive endast önskar diskutera ett problem med en mycket liten målgrupp. Samtidigt finns fördelar att i posterform redovisa material som innehåller mycket siffermaterial och som man endast svårt kan tillägna sig under en mycket kort föredragssession. Om det inkommer flera anmälningar till posters, planeras en postersession under de fria föredragen, varvid cirka fem minuter anslås till varje poster.

Anmälningar av föredrag/posters måste vara undertecknad tillhanda senast den 31 augusti 1983. Observera att sammanfattningar som då inlämnas måste vara färdigbearbetade och skriv-

na på den blankett som kan rekvideras. Abstrakten publiceras i sammanfattningsboken.

SFAM:s styrelse har föreslagit följande symposier till årets riksstämma:

1. Kropp, själ och samhälle (moderator, Gösta Tibblin).
2. Akuta svalginfektioner (moderator, Birgitta Hovelius).
3. Analgetica i primärvården (moderator, Arne Melander).

Slutförhandlingar om vilka symposier som kommer att få vara med förs i delegationen för läkarsällskapets riksstämma under april månad.

Birgitta Hovelius

Vårdcentralen, 240 10 Dalby
Tel 046-209200

Mot hemorrojder!

Scheriproct N[®]

Prednisolon caproas, cinchocain hydrochlorid, clemizol undecylen.

Scheriproct N

Förvaras ej över + 25°

FÖRVARAS OÄTKOMLIGT FÖR BARN.

Påskriften får ej avlägsnas, utplånas eller eljest gör

Sv. reg. nr.: 7653

Representant i Sverige: SCHERING NORDISKA AB
SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN Tyskland

För vidare information se FASS.



SCHERING NORDISKA AB, Box 152, 131 06 NACKA, Tel. 08/716 28 90

Svenska bidrag till Tammerfors-kongressen

Totalt har 28 bidrag inlämnats från Sverige. 22 har godkänts som föredrag. Dessa presenteras nedan. Vi hoppas kunna följa upp bidragen med bla artiklar i AllmänMedicin.

Halsinfektion i öppen vård

Hans Johansson, Anders Bylock, Elisabeth Danielsson, Peter Larsson, Lena Lind, Björn Lindelöv, Agneta Rosengren, Atle Wohrm.

Konferens angående

systemvetenskap inom hälso- och sjukvården

i München 16-20 juli 1984

Sommaren 1984 anordnas i München en konferens över temat systemvetenskap inom hälso- och sjukvården. Konferensens syfte är att föra samman vetenskapliga resultat från hela världen inom de många olika discipliner som har till mål att främja utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystem. Tidigare konferenser över samma tema har hållits i Paris, 1976, och i Montreal 1980.

Konferensen organiseras under följande tre huvudrubriker:

- stora problemområden inom hälso- och sjukvården, såsom högt blodtryck och kardio-vaskulära sjukdomar, psykisk hälsa, mödra- och barnhälsovård etc,
- systemansatser avseende kritiska problem vid utformning och drift av hälso- och sjukvårdssystem, tex planering av hälso- och sjukvårdssressur, personalplanering, finansiering, lokalisering, informationssystem etc,
- systemvetenskaplig metodutveckling avseende bla modellutveckling, resultatmätning och utvärdering, teknologivärdering m.m.

Sammandrag av föredrag (abstract) som önskas presenteras under konferensen skall sändas in före 15 april 1983.

Upplysningar om konferensen samt anmälningsformulär kan erhållas genom Mårten Lagergren, Nordiska hälsovårdshögskolan, Medicinargatan, 41346 Göteborg, tfn 031/853000, alt Socialstyrelsen, FAP 2, 10630 Stockholm, tfn 08/140600, eller direkt från konferensens sekretariat:

Third International Conference on Systems Science in Health Care 1984
MEDIS institut der GSF - München
Ingolfstädter Landstrasse 1
D-8042 Neuherberg
F.R. Germany

Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Bakteriologiska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, Sverige.

Bakteriologisk verifiering av halsinfektioner i öppen vård

Lena Lind, Anders Bylock, Elisabeth Danielsson, Hans Johansson, Peter Larsson, Björn Lindelöv, Agneta Rosengren, Atle Wohrm.

Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna och Bakteriologiska laboratoriet, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, Sverige.

Behandling av luftvägsinfektioner med penicillin respektive erytromycin

Siv Olsson, Per-Olof Bitzén, Poul Christensen, Birgitta Hovelius.

Vårdcentralen, Dalby, och Institutionen för medicinsk mikrobiologi, Lasarettet, Lund, Sverige.

Urinvägsinfektioner (UVI) i primärvården

Behandling med nalidixinsyra respektive pivmecillinam i tre och sju dagar.

Lars Nygaard-Pedersen, Birgitta Hovelius, Per-Anders Mårdh, Ove Möller, Bjarne Wathne.

Vårdcentralerna i Helsingborg (Stattena) och Dalby samt Bakteriologiska laboratoriet vid lasarettet i Helsingborg och Lund, Sverige.

Dataregistrering av förekomst av diabetes i en kommun i södra Sverige

Thor Lithman, Bengt Scherstén, Gustav Tallroth.

Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Vårdcentralen, Fack, 24010 Dalby, Sverige.

Yngre hypertoniker i Olofström

Sociala förhållanden, tecken på leverpåverkan och riskfaktorer samt behandlingsproblematik.

Anders Romelsjö, Bengt Järhult, Kalus Wix Nielsen, Bertil Gustav Jansson, Alf Henriksson, Matti Ilmavirta, Tommy Lindeqvist, Johan Rignell, Terjo Vuorema.

Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, Sverige.

Motionsvanor, fysisk ansträngning och vikt - samvariationer och socioekonomiska skillnader i ett svenskt landsbygdslän

Resultat från Hälsoprofil Skaraborg 1977.

Bo Haglund, Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg, Sverige.

Prognos för kvinnor med kardiovaskulär sjukdom

Calle Bengtsson, Leif Lapidus, Olof Lindqvist, Vilhjalmur Rafnsson, Johann A Sigurdsson.

Medicinska kliniken II, Sahlgrenska sjukhuset, 41345 Göteborg, Sverige.

Sociala nätverk och vårdkonsumtion

Per Nyberg, Enheten för forskning inom primärvården, Lunds universitet, Dalby, Sverige.

Studie av socialt nätverk på högstadiet

Atle Wohrm, Sven-Olof Elmén, Bo Englund, Leif Erlandsson och Jan Fridén.

Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Nygårdsskolan, Göteborg, Sverige.

Information om egenvård - behövs det?

Lotta Tillander och Atle Wohrm.

Vårdcentralen Änggården, Annedalsklinikerna, Göteborg, Sverige.

* Telefonrådgivning på vårdcentral

Leopold Recht, Thor Lithman, Anna-Maj Nilsson, Maj-Lis Palmén.

Vårdcentralen i Skurup.

* Patient/läkarkontinuitet

Mätning och värdering.

Göran Ejlerstson, Sven Berg.

Enheten för forskning inom primärvård, Lunds universitet, Dalby, Sverige.

Primärvårdspersonalens attityder till ny hälsopolitik

Åke Isacson, Sven-Ingmar Andersson, Malin Rehnström.

Lunds universitet, Centrum för samhällsmedicin, Vårdcentralen, 24010 Dalby.

* Sjukvårdskonsumtion i storstad

Enkätstudie i Enskede och Skarpnäcks församlingar i Stockholm.

Mall Kriisa, Dalens vårdcentral, 12287 Enskede, Sverige.

Att använda hälsodagbok - en metod väl lämpad för primärvården

Erfarenheter från en undersökning av patienter med nack- och ryggbesvär.

Britt-Gerd Malmberg, Helen Hansagi, Britta Pettersson, Bodil Qvist.

Vårdcentralen Kronan, Sturegatan 4, 17283 Sundbyberg, Sverige.

Familjens roll inom åldrings- och hemsjukvården

Gillis Samuelsson, Mary-Ann Bengtsson.

Lunds universitet, Enheten för forskning inom primärvården, Vårdcentralen, 24010 Dalby, Sverige.

* Boende på servicehus. Vårdtyngd och resursanvändning

Mats Ribacke.

Utevlingsenheten för primärvård, Höfors, Sverige.

* Åldersdemenssymptom i en avgränsad population

En metod att studera förekomsten av ålderssymptom och deras påverkan på vårdform och vårdtyngd hos äldre inom primärvården och vid institutionsvård.

Michael Franzén och Ove Dehlin.

Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet, Lund, Sverige.

* Att undvika institutionsvård hos äldre patienter

En jämförelse mellan patienter i sjukhemsvård, hemsjukvård, boende på servicehus för äldre och boende i det egna hemmet med trygghetstelefon.

Ove Dehlin, Åke Rundgren, Sven-Mårten Samuelsson, Brita Wallengren.

Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet, 24010 Dalby, Sverige.

Handledarutbildning i allmänmedicin

Erfarenheter av en storstadsmodell.

Anna-Karin Furhoff, Birgitta Borg, Eva Olsson.

Sollentuna vårdcentral, Box 164, 19123 Sollentuna, Sverige.

Erfarenheter av decentraliserad undervisning i allmänmedicin under grundutbildningen

Kandidathandledning hos distriktsläkare.

Dan Norlin, Vårdcentralen, Örnköldsvik, Sverige.

Primärvård och folkhälsoarbete i Finland

BO HAGLUND · LAILA LINNERGREN · LEIF SVANSTRÖM

I ett internationellt perspektiv har Finland liksom övriga nordiska länder en jämförelsevis god folkhälsa. Det finns dock en överdödlighet hos män i arbetsför ålder i Finland. Detta är en av anledningarna till ett mycket målmedvetet folkhälsoarbete som nu bedrivs för att komma till rätta med flera av de problem som kan ligga bakom överdödligheten.

Den finska hälso- och sjukvårdens organisation skiljer sig i många avseenden från den svenska. Primärkommunerna har ansvaret för hälso- och sjukvården. En målmedveten och kraftig omstrukturering av hälso- och sjukvården har ägt rum under 70-talet, från ett starkt sjukhusorienterat system till en primärvårdsorienterad hälso- och sjukvård.

Tyngdpunkten i målsättningen för den finska hälso- och sjukvården ligger för närvarande på preventiv vård med avsikt att förbättra befolkningens hälsotillstånd. Hälsoupplysningen liksom företagshälsovård i Finland är väl inarbetad i det dagliga arbetet vid vårdcentralerna. Den är också en lagstadgad skyldighet och förekommer därför vid alla centraler. Genom denna konstruktion har cirka 90 procent av yrkesverksamma i dag företagshälsovård.

I och med att vi i Sverige har fått en ny hälso- och sjukvårdslag liknar situationen mycket den som förelåg i Finland 1972. Genom den ekonomiska styrningen under 1970-talet av medel till primärvård och förebyggande arbete har man i Finland lagt grunden till en rättvis geografisk fördelning av hälso- och sjukvård. Samtidigt har man genom uppbyggnaden av ett nät av vårdcentraler skapat en ur läkarsynpunkt god miljö som medfört hög besättning av tjänster och därvid också gett möjligheter till förebyggande arbete.

Erfarenheterna från Finland visar på praktiska vägar till förverkligandet av vår nya hälso- och sjukvårdslag.

Nyckelord: Primärvård. Prevention. Finland. Översikt.

Erfarenheterna som redovisas i den här artikeln bygger på intervjuer och faktainsamling i samband med två studieresor till Finland. Den ena finns sammanfattad i rapporten Primärvård i Finland (1) och den andra i Folkhälsoarbete i Finland (2).

Översikt över Finlands hälso- och sjukvårdssystem

I det finska hälso- och sjukvårdssystemet läggs tonvikten på folkhälsoarbetets utveckling, de förebyggande aspekterna och hälsocentralernas roll i primärvården.

Hälso- och sjukvårdens mål och principer

Hälso- och sjukvård är sedan länge en självklar rättighet för alla i Finland. Det ses också som naturligt att samhället sörjer för de tjänster som behövs och finns tillgängliga. Mer än 90 procent av de samlade sjukvårdsresurserna är offentliga utgifter i Finland.

Den förebyggande inriktningen har en lång tradition. Hygien, bekämpning av smittsamma sjukdomar och organisation av primärsjukvården har varit viktiga frågor från sekelskiftet och framåt. Efter andra världskriget byggdes mödra- och barnavårdshälsovården upp i Finland och från 1950-talet prioriterades utbyggnaden av ett sjukhusnät. Under en 25-årsperiod genomfördes detta sjukhusprogram som innebär att Finland nu har ca 20 sjukhusdistrikt med moderna centralsjukhus över hela landet.

År 1972 drogs helt nya riktlinjer upp. Då antogs en särskilt folkhälsolag som innebar början till en kraftig omstrukturering av hälso- och sjukvården. I praktiken har lagen inneburit en förändring från ett starkt sjukhusorienterat hälso- och sjukvårdssystem till en primärvårdsorienterad hälso- och sjukvård. Hälsocentraler och primärvård har allt sedan 1972 fått stor uppmärksamhet och betydande resurser. Tyngd-

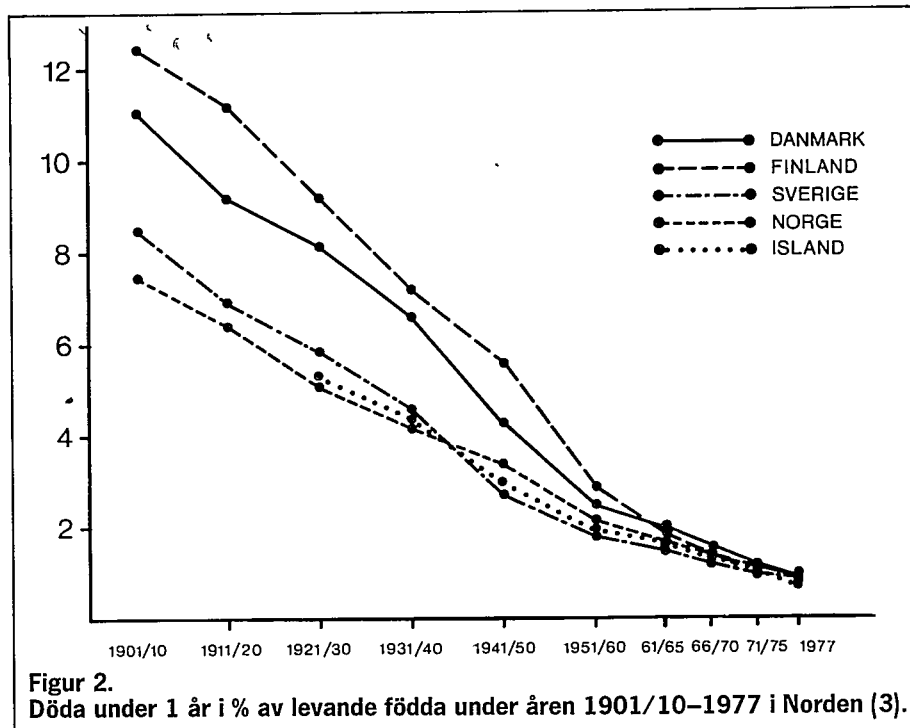
Figur 1
Några bakgrundsfakta

	Finland	Sverige
Antal invånare (1980)	4,8 milj	8,3 milj
Prognos 2000	4,9 milj	8,4 milj
Andelen äldre befolkning % 65 år och äldre (1980)	12,2 %	16,4 %
Prognos 2000	14,0 %	16,2 %
Förväntad medellivslängd vid födelsen (1979)		
Män	68,9	72,4
Kvinnor	77,2	78,5
Befolkning (1979)		
i tätort	60 %	80 %
glesbygd	40 %	20 %
Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) (1978)	7 %	9 %
Antal yrkesverksamma läkare (1979)	8500	16650
Antal läkare/1.000 invånare	1,79	2,00
Antal läkarbesök i öppen vård totalt (1980), varav privatläkare	13,5 milj	25,5 milj
sjukhusens öppenvårdsmottagningar	3,0	3,0
vårdcentraler, företagshälsovård, skolhälsovård mm	3,0	11,0
	7,5	11,5

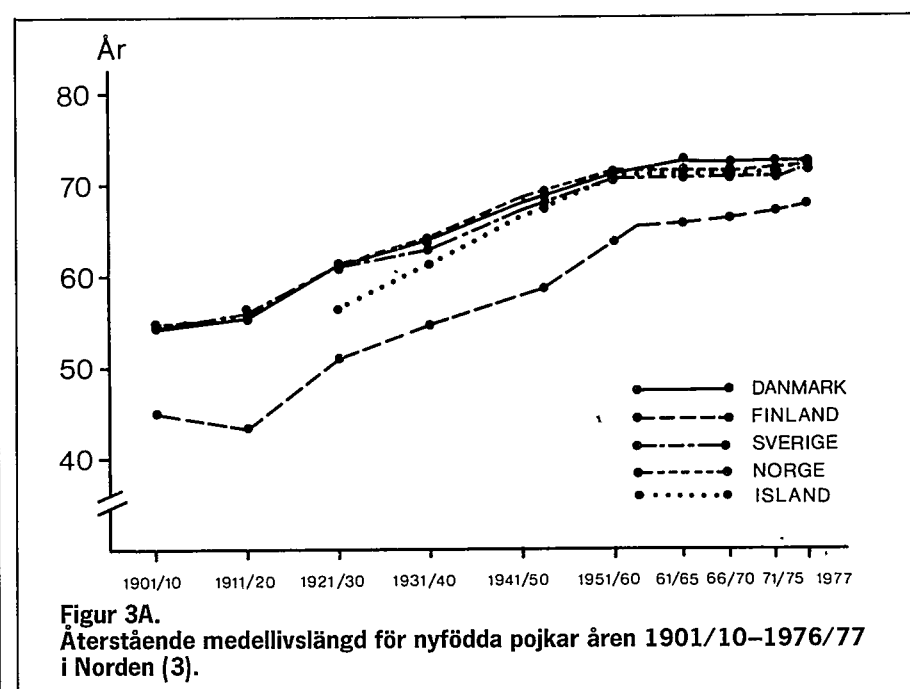
punkten när det gäller målsättningar för den finska hälso- och sjukvården ligger för närvarande på preventiv vård med avsikt att förbättra befolkningens hälsotillstånd och därmed också reducera sjukvårdsbehovet (4, 5).

Hälsotillståndet i Finland

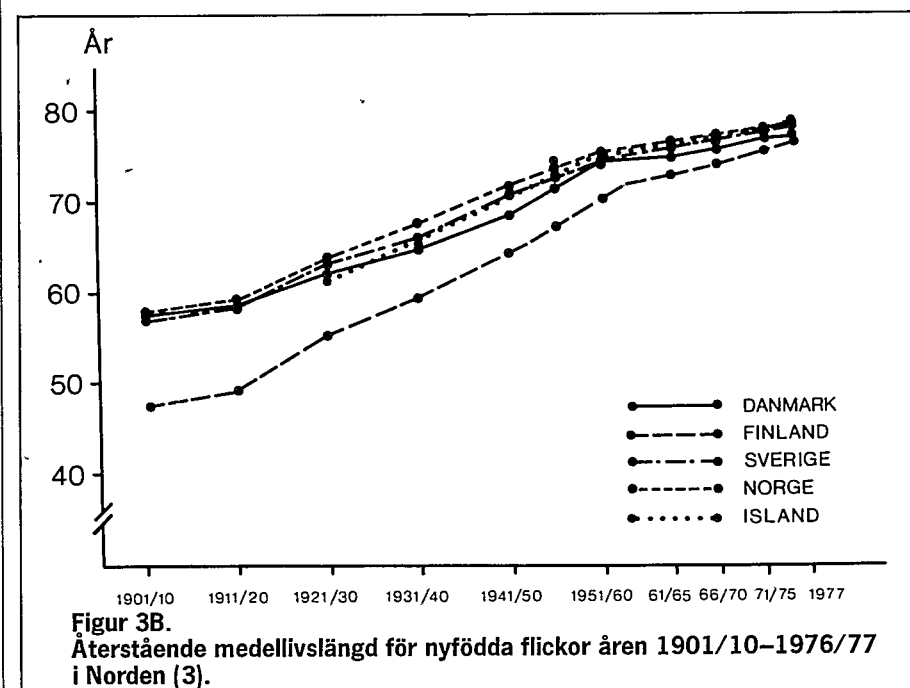
WHO har angett spädbarnsdödlighet, det allmänna dödstalet samt medellivslängden som de tillförlitligaste, men också mest allmänt tillgängliga indikatorerna på ett lands hälsotillstånd. Spädbarnsdödligheten sjönk i Finland redan under 1930-talet men har minskat särskilt under de senaste 30 åren. (Figur 2). För närvarande är spädbarnsdödligheten i Finland en av de lägst i världen.



Figur 2. Döda under 1 år i % av levande födda under åren 1901/10–1977 i Norden (3).



Figur 3A. Återstående medellivslängd för nyfödda pojkar åren 1901/10–1976/77 i Norden (3).



Figur 3B. Återstående medellivslängd för nyfödda flickor åren 1901/10–1976/77 i Norden (3).

barnsdödligheten i Finland bland de lägsta i världen och de tidigare stora skillnaderna både inom landet och i förhållandet till övriga nordiska länder har nu nästan helt försvunnit. Detta är bl a en följd av att mödra- och barnhälsovården liksom de sociala förhållandena förbättrats.

En annan viktig indikator som avspeglar hälsotillståndet är *medellivslängden*. (Figur 3A o 3B). Även om stora förbättringar har skett under 1900-talet är medellivslängden fortfarande flera år lägre än exempelvis för Sverige både för män och kvinnor. Särskilt stor är skillnaden när det gäller männen. Här återspeglas ett av Finlands stora hälsoproblem, nämligen att dödligheten för vuxna män är den högsta i Europa. En stor del av överdödligheten i dessa åldrar anses ha samband med sjukdomar som är relaterade till rökning. Finland har exempelvis Europas högsta dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar för män i åldern 45–54 år, mer än dubbelt så hög dödlighet som Sverige (3). Även när det gäller dödligheten i lungcancer hör Finland till de länder som ligger högst i Europa.

En förklaring anses vara de finska männens tidigare rökvanor. Exempelvis hade 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 i stora mängder per gång. I Finland dör dubbelt så många individer i alkoholförgiftning som i den övriga Norden sammanlagt. Sjukdomar som tyder på kronisk alkoholism förekommer emellertid i Finland ungefär i samma utsträckning som i övriga nordiska länder.

Hälso- och sjukvårdens planering och organisation

I Finland har kommunerna det primära ansvaret för hälso- och sjukvården. Folkhälsolagen som är en sk ramlag anger kommunernas allmänna skyldighet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt lagen åligger det kommunerna följande skyldighet inom ramen för folkhälsoarbetet: mödra- och barnhälsovård, hälsofostran och hälsoinformation, familjeplanering, hälsoundersökningar, sjukvård för kommunens invånare, sjuktransporter, tandvård och skolhälsovård. För att utföra dessa uppgifter skall kommunerna enligt lagen grunda en sk hälsovårdscentral. Begreppet hälsovårdscentral i Finland avser inte enbart själva vårdcentralen utan är ett administrativt begrepp för den organisation som ger service åt befolkningen inom sitt område.

Många av kommunerna i Finland är emellertid för små för att själva ge underlag för den service som behövs. Därför stadgas också i lagen att kom-



Hälsovårdsmöte i Nordkarelen. (Foto Johan Hallqvist)

munerna kan gå samman och bilda kommunalförbund som sörjer för folkhälsoarbetet. Eftersom flertalet av Finlands 460 kommuner har mindre än 10 000 invånare har bildandet av kommunalförbund varit en av de första uppgifterna sedan den nya folkhälsolagen trädde i kraft 1972. Idag finns 215 *administrativa enheter sk hälsocentraler*. Hälften av dessa består av enskilda kommuner och resten av flera kommuner gemensamt i ett kommunalförbund. Förutom kommunalförbund för hälso- och vårdcentraler finns också kommunalförbund för hälsocentraler, kommunalförbund för central-sjukhus, allmänna sjukhus, tuberkulos-sanatorier och "sinnessjukhus". Ett problem i Finland är att dessa kommunalförbunds gränser mera sällan sammanfaller.

Hälso- och sjukvårdens planering och utbyggnad sker i samspel mellan kommunen och staten för såväl central som länsnivå. Den centrala förvaltningens roll är i huvuddrag att styra inriktningen efter de mål som bl.a. angivits i folkhälsolagen, nämligen "att överföra tyngnpunkten av hälsovårdspolitik till hälsovården och den öppna sjukvården genom att skapa förvaltningsmässiga och ekonomiska förutsättningar för det kommunala primära vårdsystemets snabba och planerliga utvecklande". Ett annat viktigt mål är också den regionala utjämningen. Centralförvaltningens möjligheter att utöva styrningen är främst genom att godkänna inrättande av läkartjänster och sjukhusbyggnad m.m., samt genom att *delta i finansieringen av "godkänd" verksamhet*. Detta innebär att verksamheten sker enligt de 5-årsplaner för folkhälsoarbetet som årligen fastställs. Om planerna godkänns får kommunerna procentuellt statsstöd både för sina godkända investerings- och driftskostnader, i medeltal för ca 50 procent av kostnaderna. Det statliga stödet graderas till kommunerna enligt deras "bärkraft" och varierar för närvarande mellan 39 procent för de rikaste kommunerna och 70 procent för landets fattigaste kommuner. Planeringssystemet som också är en

följd av folkhälsolagen kan sägas vara en tillämpning av programbudgetprinciperna. För de viktigaste åtgärderna anges definitiva mål och kvoter och verksamhetsplanerna och budgeterna utarbetas sedan enligt dem. 5-årsplanerna revideras årligen och separata planer utarbetas för primärhälsovården och sjukhusen. Dessa koordineras och godkänns på länsnivå. Medicinalstyrelsen utarbetar årligen en riksomfattande plan som fastställs av statsrådet.

Innan planen fastställs har social- och hälsovårdsministeriet nära kontakt med finansministeriet eftersom planen har stor nationalekonomisk betydelse. Alla de enskilda regionala planerna fastställs därefter inom ramen för den riksomfattande planen. Länsstyrelsen fastställer numera de regionala planerna efter riktlinjer från centralförvaltningen.

Hittills har man inte gått in för detaljerade programbudgeter med tanke på svårigheterna att genomföra sådana. Medicinalstyrelsen har istället stött sig på expertpaneler, publicerade vårdprogram och andra mindre formella underlag. Ett antal arbetsgrupper som specialiserat sig på problemorienterade planer hjälper för närvarande Medicinalstyrelsen. Dessa grupper studerar cancer, sockersjuka, hjärt- och kärlsjukdomar, barns mentala hälsa samt geriatrik. Ett konkret resultat av den riksomfattande planeringen är att förhållandet mellan primärvård och sjukhusverksamhet ändrats kraftigt under 80-talet.

Ett annat viktigt mål har varit att åstadkomma en *regional jämlikhet*. Också i detta avseende har planeringssystemet visat sig vara ändamålsenligt. I synnerhet har det varit möjligt att förbättra sjukvården i avlägsna belägna trakter. För närvarande är primärvårdens problem större i landets städer än på landsbygden, eftersom de kommunala hälsovårdstjänsterna i städerna ännu inte motsvarar befolkningens behov. Det är också intressant att notera att man inte anser sig ha några problem att besätta läkartjänsterna vid hälsocentralerna i någon del av landet.

Sjukförsäkringssystemet

Hela Finlands befolkning omfattas av sjukförsäkringen. Arbetsinkomstförsäkringen ersätter för personer i ålder 16-64 år den inkomstförlust som förorsakas av sjukdom med en skattefri dagpenning som är cirka 45 procent av den reella eller beräknade inkomsten. Dagpenningen är dock relativt liten, minst 20 mark och högst 38 mark per dygn, karenstiden är åtta dagar och dagpenningen utbetalas för högst 300 dagar.

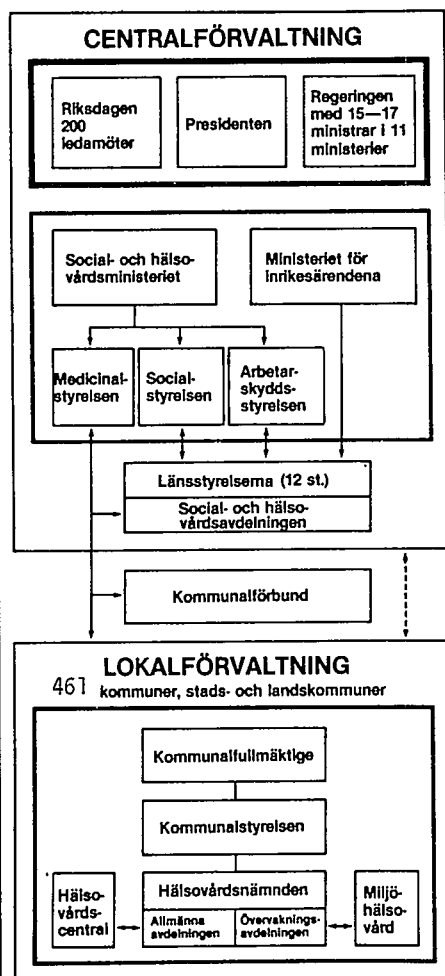
Sjukförsäkringen ersätter vidare 60 procent av läkararvoden till ett bestämt maximibelopp som särskilt fastställts. Undersökningen och vårdkostnaden ersätts till 75 procent för den del som överskrider självriskandelen, lika så till ett fastställt maximibelopp. Medicinen ersätts med 50 procent för den del som överskrider självriskandelen. Många kroniskt sjuka har rätt till helt avgiftsfria mediciner. Folkpensionsanstalten som är direkt underställd riksdagen sköter sjukförsäkringen. Folkpensionsanstalten svarar också för andra uppgifter inom socialförsäkringen och den har sin egen distriktsförvaltning med ett nät av lokalkontor. Socialförsäkringssystemet finansieras via arbetsgivare och arbetstagare. Arbetstagarna betalar 1.50 penny per kommunalskatteöre och arbetsgivaren 2 procent av utbetalade löners slutsumma. Beloppet tas ut i samband med kommunalbeskattningen. I Finland tillämpas sjukförsäkringen endast inom den privata sektorns öppna sjukvård. Kommunernas primärvårdstjänster och sjukvård ersätts direkt med skattepengar och till en liten del med direkta avgifter som uppbärs från patienterna.

Förebyggande vård som vaccinering, mödra- och barnavård, behandling av smittosamma sjukdomar etc. är avgiftsfria. Röntgen- och laborietjänster samt rehabiliteringstjänst vid hälsocentralerna är från och med år 1976 avgiftsfria. Läkarbesöken blev också avgiftsfria från och med år 1981. Hälsocentralernas klienter betalar (1981-01-01) beroende på åtgärder 15-100 mark för besök i tandvård, 21 mark per dygn vid hälsocentralernas sjukhus och 7,5 mark för sjuktransporter.

Central och lokal förvaltning

Figur 4 visar förvaltningens olika nivåer. Regeringen är ansvarig för riksdagen. Flera ministerier har två ministrar som tex social- och hälsovårdsministeriet. Under ministerierna finns de centrala ämbetsverken. Hälso- och sjukvårdsfrågorna har koncentrerats till social- och hälsovårdsministeriet, som under sig har medicinalstyrelsen, socialstyrelsen och arbetarskyddsstyrelsen.

Den centrala förvaltningsnivån är relativt liten, vilket bl.a. framgår av att endast 15 personer har hand om hälso- och sjukvårdsärenden vid ministeriet



Figur 4.
Hälsovårdsförvaltning (2).

och medicinalstyrelsens totala personal består av endast 200 anställda. För distriktsförvaltningarna är landet uppdelat i tolv län. Länsstyrelsen, som leds av en landshövding, representerar statsmakten i länet.

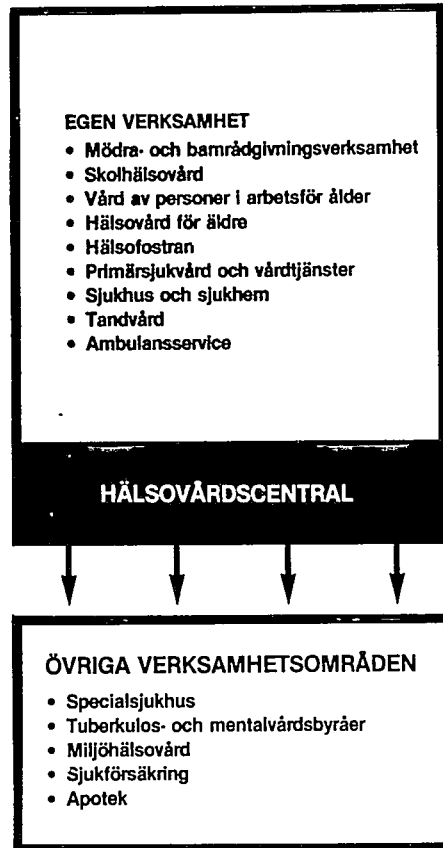
Medicinalstyrelsen leds av en generaldirektör som är läkare och ämbetsverket har fem avdelningar och en separat byrå. Följande fem avdelningar finns inom medicinalstyrelsen:

Administration
Hälsovård
Folkhälsofrågor
Sjukhus
Planering

Vidare finns en särskild apoteksbyrå.

Finlands 464 kommuner styrs av kommunalfullmäktige, valda genom allmänna proportionella val, och av kommunalstyrelsen, som fullmäktige utser. Karakteristiskt för Finland är att det finns ett stort antal små kommuner. 1978 fanns det 26 kommuner med mindre än 1000 invånare och 52 kommuner med mindre än 2000 invånare. Däremot fanns det endast fem kommuner med mer än 100 000 invånare. De större kommunerna har en hälsovårdsnämnd som är underställd kommunalfullmäktige. De små kommunerna bildar kommunalförbund för olika frågor. Hälsovårdsnämnden har en allmän avdelning för primärsjukvård, lokalsjukhus osv samt en avdelning för miljöhälsovård.

I figur 5 redovisas de lokala myndigheternas uppgifter inom hälsovården.



Figur 5.
Hälsovårdscentralernas verksamhetsområde och deras anknytning till andra sjukvårdsområden (2).

Alla distriktssjukhus med specialistläkare, universitetet, centralsjukhusen medräknade samt ungefär hälften av landets 215 enheter för primärsjukvård upprätthålls numera av kommunalförbund.

Undervisningsministeriet svarar för hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning. Läkarutbildningen ges vid fem statliga universitet och år 1978 intogs cirka 600 studerande. Yrkesutbildningsstyrelsen svarar för utbildningen av sjuksköterskor och annan personal. Primärvårdens utveckling är givetvis beroende av tillgången på utbildad personal. Sjuksköterskeutbildningen har inte varit något problem. Under 1970-talet startade medicinsk utbildning vid tre nya universitet och antalet medicinstuderande tredubblades, från cirka 200 per år 1960 till 600

per år i dag. Följden är att antalet läkare nästan fördubblats under 1970-talet. I Finland anser man sig inte ha någon egentlig brist på utbildad personal för hälso- och sjukvård.

Primärvården och hälsovårdscentralerna

Under 1950- och 1960-talen var som tidigare nämnts hälsopolitikens viktigaste mål att utveckla sjukhusväsendet. Orsaken till detta var bl a att landets sjukhus var föråldrade och att vårdplatsernas antal var otillräckligt. Det fanns också ett stort antal personer med skador och handikapp som orsakats under de båda krigen. Den allmänna opinionen förutsatte att de senaste medicinska rönen borde tillämpas så långt som möjligt. Sjukhusväsendets kraftiga utveckling bromsade dock delvis primärvårdens utveckling. I början av 1970-talet var situationen den, att cirka 90 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna gick till den specialistinriktade sjukvården, medan primärvårdens kostnader uppgick till endast 10 procent av de totala kostnaderna. Under 70-talet ökade också kostnaderna kraftigt, ungefär dubbelt så snabbt som landets nationalprodukt. Samtidigt kunde inga nämnvärda framsteg noteras när det gällde medelålders och den äldre befolkningens hälsotillstånd. En annan negativ utvecklingstrend var att den regionala ojämlikheten ökade. Vidare hade primärvården med tiden blivit tämligen osammanhängande. Den grundade sig på flera olika lagar och hade inte alls beräknats för att motsvara befolkningens behov. Inte heller sjukförsäkringen visade sig leda till att bristerna rättades till.

Detta är något om bakgrunden till att riksdagen år 1972 enhälligt beslutade om den nya folkhälsovetenskapen. Avsikten var att med bibehållande av den kommunala självstyrelsen skapa ett system som täckte hela befolkningen och erbjöd hälso- och sjukvården utan kostnad för den enskilde, så fullständigt och rättvist fördelat som möjligt och med en så integrerad service som möjligt. Det fanns också en strävan att få en närhet mellan befolkningen och



Kvinnor deltar mest. (Foto Johan Hallqvist)

hälsovårdscentralerna och ett aktivt deltagande från den berörda befolkningen. Ett befolkningsunderlag på 10 000 personer bestämdes som minimum för en hälsovårdscentral men speciellt i glesbygden betjänar centralerna betydligt mindre befolkningsgrupper. Hälften av landets hälsovårdscentraler drivs fn i samverkan mellan en eller flera kommuner i form av kommunalförbund.

För hälsovårdscentralens förvaltning svarar en hälsovårdsnämnd som är utsedd av en eller flera kommuner. Hälsovårdsnämnden anställer personalen, utarbetar och verkställer planer samt verkar samtidigt som ett organ genom vilket kommunens invånare kan påverka och delta i verksamheten. De flesta hälsocentraler har minst fyra läkare och tre läkare anses vara ett absolut minimum på grund av jourverksamheten. Den övriga personalen uppgår till något mer än tio anställda per läkare. Hälsovårdscentralen har i allmänhet ett eget litet laboratorium och röntgenapparat för sin mottagnings/sjukhusverksamhet.

Hälsocentralerna i Finland är likasom hemsjukvården ålagda att ge första hjälp även nattetid. Läkarna får 100 procents lönetillägg jämte ett par capita-belopp på 20 mk vid tjänst mellan klockan 18.00 och 08.00. Inkomstmöjligheterna för läkare vid hälsocentralerna anses vara betydligt bättre än för sjukhusläkare. Hälsocentralernas jourssystem är dock ännu svagt utbyggt. Det förekommer exempelvis att en primärvårdsläkare kan ha jour för en befolkning på mellan 80 000 och 90 000 personer. Detta innebär i praktiken att sjukhusens akutmottagningar får ta en hel del av jourfallen. I Finland ingår hembesök inte alls i primärvårdsläkarnas normala arbetsuppgifter. Hembesök görs dock i stor utsträckning av annan personal.

De finska hälsovårdscentralerna har även vårdplatser för observation, lindriga sjukdomsfall och långtidssjukvård. När folkhälsolagen trädde i kraft 1972 överfördes den största delen av lokalsjukhusens sjukplatser till hälsovårdscentralerna. Sedan dess har man också börjat föra över vårdplatser från sjukavdelningarna vid de kommunala ålderdomshemmen, vilket gör att hälsovårdscentralerna numera har cirka 17 000 vårdplatser totalt.

Under hela 70-talet har en omfördelning skett av vårdplatser från sjukhusen till hälsovårdscentralerna.

Enligt planerna ska det ske en successiv utbyggnad av vårdplatserna vid hälsovårdscentralerna så att dessa svarar för 30 procent av samtliga akutsängar och 30 procent av alla långvårdsbäddar. Gjorda beräkningar pekar på att primärvårdens "akutsängar" blivit cirka 60 procent billigare än de tidigare akutvårdplatserna vid sjukhus. De lokala sjukhusplatserna vid hälsocentralerna drivs i allmänhet av allmänläkarna. De finska allmänläkar-



Frukt- och grönsaksdisken – ett resultat av Nordkarelen-projektet. (Foto Johan Hallqvist)

na sköter enligt medicinalstyrelsen allt från sjukhusvård till folkhälsoarbete.

Folkhälsolagen föreskriver som tidigare nämnts en omfattande mängd service vid hälsovårdscentralerna, bl a mödra- och barnhälsovård, hälsoupplýsning, sjukvård m.m. Mödra- och barnhälsovården finns utbyggd över hela landet och i princip på "barnvagnsavstånd" från alla som behöver den. Kvinnorna besöker hälsovårdscentralen i genomsnitt 16 gånger under sin graviditet och efter förlossningen. År 1978 undersöktes 95 procent av mödrarna före den fjärde graviditetsmånaden. I Finland ansvarar i första hand hälsovården för mödra- och barnhälsovården. Normalt görs endast några läkarundersökningar, 2-4 förutom då läkarhjälp särskilt behövs. Över 99 procent av förlossningarna sker på sjukhus. Finlands låga spädbarnsdödighet torde till stor del bero på den effektiva mödra- och barnhälsovården.

I hälsovårdscentralernas verksamhet läggs också stor vikt vid hälsoupplýsning i allmänhet men speciellt åt särskilda målgrupper. För närvarande är det aktuellt med informationsinsatser för äldre, samt särskilda kontroller för cancer, tbc, blodtryck m.m.

Hälsovårdscentralen ansvarar också för skol- och studerandehälsovård. Särskild uppmärksamhet har den senaste tiden fästs på tandvård för barn och ungdom som nu ges gratis tandvård ända till 17-årsåldern.

Hälsovårdscentralerna medverkar också i företagshälsovården, speciella samarbetsavtal kan slutas mellan företag och vårdcentralerna. Som allmänna riktlinjer för sådana avtal i Finland har angivits att de i första hand ska slutas med det företag som har det största behovet av företagshälsovård och att arbetet främst ska inriktas mot hälsokontroller och andra förebyggande insatser. I slutet av 70-talet fanns cirka 2 500 sådana avtal mellan hälsovårdscentralerna och arbetsgivarna och

med dessa avtal täcktes cirka 220 000 arbetare av en inom centralerna organiserad företagshälsovård. Vanligtvis svarar de större företagen själva för sin företagshälsovård, medan hälsovårdscentralerna framför allt betjänar mindre företag, med 10-15 anställda. Ekonomiskt betalar företagen i medel till hälsocentralerna i kommunerna. Nittio procent av alla anställda i Finland beräknas omfattas av någon form av företagshälsovård.

Hälsovårdscentralerna har sällan specialistläkare utom i de allra största städerna. Generellt är hälsovårdscentralerna sämre utbyggda i de större städerna där man huvudsakligen litar till privatläkarna för primärvårdsservicen. Hälsovårdscentralernas verksamhet har ökat snabbt under de senaste 6-7 åren. Cirka 75 procent av primärvårdens kontakter sker via hälsovårdscentralerna. För de övriga subventionerar sjukförsäkringen besök hos privatläkare medan sjukhusens öppenvårdsmottagningar, som i princip har remisstväng, svarar för en mycket ringa del av besöken.

Privatläkarvården i Finland sköts nästan uteslutande av sjukhusläkarna, som framför allt i städerna ofta sköter en liten privatmottagning utom sin arbetstid. Endast 5 procent av läkarkåren utgörs av heltidsarbetande privatpraktiker och dessa är i flertalet fall äldre eller pensionerade läkare.

Hälsovårdscentralernas läkare erhåller lön för 36 veckotimmar. För övertid utbetalas ersättning särskilt för varje patientbesök.

I Finland har sjuksköterskorna ofta traditionellt anförtrodd uppgifter som i många andra länder anses vara läkarnas. Sjuksköterskorna vid hälsovårdscentralerna svarar för exempelvis uppföljningen av patienter med högt blodtryck och diabetes samt i vissa fall även för den första kontakten med patienter som uppsöker hälsovårdscentralen. Det är vidare sköterskor – och

inte läkare – som svarar för den offentliga primärvårdens hembesök.

Antalet befattningar har vid hälsovårdscentralerna fyrdubblats under 70-talet medan sjukhusen i stort sett "legat still". Som en allmän princip i Finland har angivits att den öppna vården måste vara ordnad på ett tillfredsställande sätt innan nya sjukhusinvesteringar kan godkännas. Enda undantaget från denna princip är en utbyggnad av långvården när den utgör enda alternativt vårdmöjligheten.

Hälsovårdscentralerna har under de senaste åren också fått ett allt större ansvar för undervisningen. Det sker genom ett samarbete mellan lokala högskolor och andra undervisningsenheter och hälsocentralerna i kommunerna.

Kopplad till hälsocentralerna finns, som påpekats, också övervakningscentraler. Övervakningscentralerna har framför allt omgivningshygieniska uppgifter med ett vidgat miljöansvar. I Finland finns en gemensam kommunal huvudman för alla förebyggande aktiviteter inom kommunen, vilket medför påtagliga rationaliseringsvinster. Detta gäller inte minst då man inom primärvårdsverksamheten har det dubbla ansvaret både för företagshälsovård och miljömedicinsk verksamhet. Ett praktiskt exempel är de skador som felaktig spånskivtillverkning medfört i Finland med utsöndring bla av formaldehyd, vilket gett upphov till exempelvis "dagissjukan". Denna yttrar sig framför allt i påverkan på slemhinnor i ögon, munhåla och svalg. I ett praktiskt samarbete mellan övervakningscentralen och hälsovårdscentraler har man utvecklat metoder för undersökning av formaldehydkoncentrationer i hus mm.

Sammanfattning och diskussion

I ett internationellt perspektiv har Finland liksom övriga nordiska länder en jämförelsevis god folkhälsa. Det finns dock en överdödlighet hos män i arbetsför ålder i Finland. Detta är en av anledningarna till ett mycket målmedvetet folkhälsoarbete som nu bedrivs för att komma till rätta med flera av de problem som kan ligga bakom överdödligheten. Nordkarelen-projektet med syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdomarna samt den stora satsningen under 1970-talet på en utbyggnad av primärvården med betoning av förebyggande verksamhet tillhör de intressantaste insatserna i Finland.

Den finska hälso- och sjukvårdens organisation skiljer sig i många avseenden från den svenska. Primärkommunerna har ansvaret för hälso- och sjukvården. Enligt folkhälsolagen åligger det kommunerna att bilda sk hälsovårdscentraler för att tillgodose behoven av bla primärvård. Begreppet hälsovårdscentral i Finland avser inte bara vårdcentralen. Det är också en administrativ beteckning för den organisation som ska ge service åt befolkningen i sitt område.

Diskussionen om en gemensam huvudman för sjuk- och hälsovård, liksom socialvård, förs även i Sverige. I Skaraborgs län har detta fått påtagliga praktiska konsekvenser, där ansvaret för sjuk- och hälsovård år 1980 till stora delar förts över till primärkommunal nivå. Samtidigt har landstingsnivån rationaliserats och bla har den tidigare sjukvårdsstyrelsen avskaffats. Skaraborgs län har i många avseenden varit ett föregångslän för hälso- och sjukvårdsutveckling. I fler andra landsting pågår nu en utveckling likt den i Skaraborgs län. Av detta skäl är det viktigt att studera utvecklingen i Finland.

I Finland har man också sedan början av 70-talet en folkhälsovetenskap av ramlagstyp. I princip åläggs primärkommunen ett totalansvar för befolkningens hälsa på ungefär samma sätt som nu ålagts de svenska landstingen genom den nya hälso- och sjukvårdslagen från 1983. Grundprincipen för primärvårdens ansvarsområde är densamma som i Sverige även om man också har utbyggt ansvar för bla skolhälsovården och företagshälsovården. Detta gäller särskilt ansvaret för företagshälsovården där man genom 70-talets lagstiftning ålagt företagen obligatoriskt att ordna företagshälsovården och kommunerna att stå till tjänst med sådan.

En målmedveten och kraftig omstrukturering av hälso- och sjukvården har ägt rum under 70-talet, från ett starkt sjukhusorienterat system till en primärvårdsorienterad hälso- och sjukvård. Förändringen har kunnat ske genom att ekonomiska medel tilldelats primärkommunerna i den mån de byggt ut hälsovårdscentraler och prioriterat förebyggande arbete.

Ett nät av vårdcentraler har därför byggts ut över hela landet. Vid vårdcentralerna finns också vårdplatser för observation, lindriga sjukdomsfall mm. Man anser sig inte längre ha några problem att bemanna vårdcentralerna i glesbygden med läkare. Detta sammanhänger delvis med den stora satsningen på läkarutbildningen som innebär att läkarkåren fördubblats under 70-talet. Antalet befattningar för hälso- och sjukvårdspersonal vid vårdcentralerna fyrdubblades under 70-talet medan sjukhusvårdens befattningar i stort sett låg still. Läkarna vid vårdcentralerna är i allmänhet bättre betalda än sjukhusläkarna.

Till skillnad från Sverige sker få besök i den öppna vård vid sjukhusens mottagningar. Tyngdpunkten ligger helt i primärvården. I de större städerna svarar privatläkarna för en betydande del av besöken i den öppna vård. Läkibesöken vid hälsovårdscentralerna är sedan 1981 avgiftsfria. Hälsocentralerna är uteslutande bemannade med allmänläkare. Specialister finns vid sjukhusen och som privatpraktiker. Heltidsarbetande privatläkare förekommer nästan inte alls i Finland. Där är

det sjukhusläkarna (specialisterna) som svarar för privatläkarvården som fritidspraktik.

Man lägger i Finland större vikt vid hälsovårdsinsatser och förebyggande verksamhet jämfört med Sverige. Detta återspeglas också i att man benämner vårdcentralerna hälsovårdscentraler och personalen hälsovårdspersonal. Hälsoupplysningen i Finland är väl inarbetad i det dagliga arbetet vid vårdcentralerna. Den är också en lagstadgad skyldighet och förekommer därför vid alla centraler. Vi har därför mycket att lära om förebyggande arbete i primärvård från Finland.

I och med att vi i Sverige har fått en ny hälso- och sjukvårdslag liknar situationen mycket den som förelåg i Finland 1972. Genom den ekonomiska styrningen under 1970-talet av medel till primärvård och förebyggande arbete har man i Finland lagt grunden till en rättvis geografisk fördelning av hälso- och sjukvården. Samtidigt har man genom uppbyggnaden av ett nät av vårdcentraler skapat en ur läkarsynpunkt god miljö som medfört hög besättning av tjänster och därvid också givit möjligheter till förebyggande arbete (6). Erfarenheterna från Finland visar på praktiska vägar till förverkligande av vår nya hälso- och sjukvårdslag.

Referenslista

1. Haglund B: Primärvård i Finland. Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg. (Röd rapportserie nr 1) 1982.
2. Bergstedt T, Harriman S, Linnergren L, o.a: Folkhälsoarbete i Finland. Länskommittén för hälsoupplysning i Stockholms län. Skriftserie nr 12, 1982.
3. Jakobsson G, Järvinen M, Bäckman G: Hälso- och sjukvård i Norden. Socialpolitiska institutionen Ser. A:156. Åbo 1981.
4. Nissinen A, Tuomilehto J, Jyrki E, et al: Implementation of a hypertension Control Program in the Country of North Karelia, Finland. Public Health Reports 1981;96: 503-513.
5. Puska P, Tuomilehto J, Salonen J, et al: Community control of Cardiovascular diseases. The North Karelia Project. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen 1981.
6. Otterstad HK. Utbyggnad av distrikthelsetjenesten. Hvorfor har Finland lyktes? Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr 2 Oslo 1982.

Författarpresentation:

Bo Haglund, distriktsläkare och biträdande hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.*

Laila Linnergren, civilekonom och chef för hälsoavdelningen inom hälso- och sjukvårdsnämndens centrala förvaltning i Stockholms läns landsting.

Leif Svanström, professor i socialmedicin och hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg.

Allmänläkarutbildning i Finland

BO HAGLUND

I artikeln ges en översiktlig beskrivning av allmänmedicinutbildningen i Finland.

Nyckelord: Allmänmedicinutbildning i Finland.

Allmänläkarutbildningen i Finland reformerades 1978. Som en följd av reformen inrättades en professur i allmänmedicin. Oleg Gorbatoev erhöll våren 1981 en professur i allmänmedicin i Helsingfors. Gorbatoev hade dessförinnan sedan 1967 arbetat som stadshygieniker i Helsingfors. Han är dessutom ordförande i Sektionen för Allmän Medicin i Finland liksom ordförande i Finländska Läkarförbundet.

Allmänmedicinska institutionen som startade samtidigt med att professuren inrättades i Helsingfors har framför allt hand om vidare- och efterutbildning av allmänläkare. För närvarande examinerar man cirka 50 allmänläkare om året. Man bedömer dock inte detta som tillräckligt och för att öka antalet allmänläkare funderar man på att införa blocksystem av svensk modell.

Sedan 1978 bedriver man dock huvudsakligen vidareutbildningskurser vid institutionen, mellan tio och tolv sådana kurser genomförs per år. Programmet i efterutbildningskurserna styrs av efterfrågan från allmänläkarkåren. Sedan mars 1982 har professor i allmänmedicin, Pertti Kekki ansvarat för efterutbildningskurserna. I samband med detta fick också kurserna en fastare universitetsanknytning.

Den nu fyraåriga allmänmedicinutbildningen i Finland enligt sk huvudregel, börjar med en ettårig specialutbildning för tjänst vid hälsovårdscentral. Viktigt är då att tjänsten utformas så att man kommer i kontakt med folkhälsoarbetets centrala områden.

Efter detta följer två års tjänst i följande specialiteter: minst sex månader i samma specialitet av intern medicin, kirurgi, kvinnosjukdomar och förlossningar, barnsjukdomar, psykiatri och geriatrik. Sex månader av denna tjänstgöring kan ersättas med minst en månadersperioder i vilken som helst fritt valbar klinisk specialitet.

Därefter följer ett års tjänstgöring i folkhälsoarbete i något av delområdena folkhälsoarbetets förvaltning, öppen sjukvård, geriatrik, hälsovård av barn och ungdomar, mödravård, företags- och hälsovård eller omgivningshygien.

Förutom ovan nämnda tjänstgöringar tillkommer 60 timmar teoretisk utbildning, huvudsakligen i form av kurser. Dessa kurser motsvaras närmast av våra NLV-kurser. Kursverksamheten skall under de närmaste åren utökas till 220 timmar. Till detta kommer dessutom en 20 timmar lång teoretisk administrativ utbildning.

Efter genomgången tjänstgöringstid samt kurser, utsätts man för examination som är skriftlig. Examinationen går till så att fyra tentatorer i allmänmedicin ställer var sina tre frågor. Dessutom finns sex tentatorer från slutenvårdsspecialitet som ställer var sin fråga. Från slutenvården finns ämnena medicin, kirurgi, pediatrik, gynekologi och geriatrik representerade.

För att få sin specialistexamen godkänd, krävs att minst hälften av uppgifterna är rätt besvarade.

Referenser

1. AGA-rapporten. Specialistutbildning i allmänmedicin. NLV Stockholm 1980.

Författarpresentation

Bo Haglund, distriktsläkare vid Hälsovårdsenheten, vårdcentralen Krokan, 17283 Sundbyberg.

Mälardalsföreläsning

Mälardalens distriktsläkarklubb i samarbete med Sandoz AB inbjuder härmed primärvårdskollegorna till den första Mälardalsföreläsningen.

Titel

Forskning inom primärvården ur internationellt och svenskt perspektiv.

Föreläsare

John Fry, GP England samt professorerna Bengt Schersten och Gösta Tibblin.

Tid

83-04-28 kl 14-18.

Plats

Vårdskolans aula vid Centrallasarettet i Västerås.

Högtidsföreläsning

Distriktsläkare Gustav Haglund, som promoveras till medicine hedersdoktor den 27 maj, kommer att hålla en föreläsning i föreläsningssalen på vård-

centralen i Dalby fredagen den 3 juni kl 16. Titeln på föreläsningen blir "Att mäta och värdera - primärvårdens kvalitetsproblem".



Gustav Haglund som kursledare vid Allmänmedicin-kurs. (Foto: Bo Haglund)

AB 5060

Allmänmedicinska aspekter

BIRGITTA HOVELIUS

Under Dalbydagarna i oktober 1982 hölls ett symposium om luftvägsinfektioner i vilket representanter från primärvården och specialister medverkade. Deltagarna i panelen sammanfattar här sina synpunkter.

Nyckelord: Övre luftvägsinfektioner, diagnostik, behandling, allmänläkare, distriktssköterska, akut otit, Dalby.

Luftvägsinfektioner utgör kvantitativt sett en stor sjukdomsgrupp, framför allt hos barn men också hos människor i yrkesverksam ålder. Dessa sjukdomar har stor samhällsekonomisk betydelse. Nästan hälften av totala antalet sjukskrivningstillfällen beror på sjukdomar i andningsorganen, dvs i flertalet fall luftvägsinfektioner. En femtedel av alla barn som vårdas på sjukhus gör det för luftvägsinfektion. Likaså är luftvägsinfektion vanlig orsak till sjukhusvård hos äldre.

Flertalet människor med luftvägsinfektioner eller förkylningar söker inte läkare. Primärt etiologiskt agens utgörs i de flesta fall av virus. I en amerikansk undersökning påvisades virusetiologi i cirka 90 procent av övre luftvägsinfektioner i en population (6). I hög grad torde patienter i hemmet själva vårda den primära luftvägsinfektionen orsakad av virus. Denna har ofta komplicerats av en bakteriell superinfektion när patienten söker läkare. I en undersökning vid vårdcentralen i Dalby behandlades cirka 60 procent av patienterna med luftvägsinfektioner med antibiotika och bedömes således ha en bakteriell infektion (1).

Antalet patienter som söker för luftvägsinfektioner har successivt ökat under de senaste 10 åren. Detta är säkerligen ett uttryck för att man söker även för lindrigare infektioner. Det finns dock vissa belägg för en reell ökning av risken att insjukna i infektioner. I Dalby sjukvårdsdistrikt förefaller det som om risken att insjukna i otit ökat under en 7-årsperiod. För barn

under 4 år har risken fördubblats under denna period (4).

Det finns undersökningar som talar för att daghemsbarn drabbas av fler infektioner än hemmabarn och barn i familjedaghem. Daghemsbarn har rapporterats ha dubbelt så många sjukdomstillfällen som hemmabarn i samma ålder. Hos daghemsbarn upp till 2 års ålder har kraftigare infektionssymptom som varat under längre tid än hemmabarnens redovisats (8).

Epidemier med grupp A streptokocker kan förekomma bland barn på daghem. Sådana epidemier leder till en ökad sjuklighet bland barnen. Streptokocker kan också spridas till anhöriga och personal (2). Det kan också noteras att barn i förskoleåldern inte sällan får okarakteristiska symptom vid streptokockinfektion med purulent snuva och inte tonsillit (3).

Bland vuxna med luftvägsinfektioner är kvinnor överrepresenterade inte bara då det gäller sjukskrivningar utan också då det gäller besök på vårdcentral. Detta förklaras möjligen av att kvinnor söker läkare i högre utsträckning än män. Sannolikt förekommer också en ökad sjuklighet i infektioner bland kvinnor beroende på barn-till-

vuxen-smitta i hemmet och på arbetsplatser.

Önskvärt vore att genom förebyggande åtgärder (vaccination) höja framför allt barns immunitet mot infektioner och/eller förhindra smittspridning. Pågående studier av luftvägsinfektioner bland daghemsbarn och pneumokockvaccinationsprojektet, i vilka undersökningar vårdcentraler i Lunds sjukvårdsdistrikt medverkar, är exempel på forskning efter dessa riktlinjer (7).

Var 3:e patient söker för luftvägsinfektioner

Handläggning av övre luftvägsinfektioner upptar en stor del av en distriktsläkares vardag. Vid vårdcentralen i Dalby söker cirka var tredje patient på grund av luftvägsinfektion (tabell 1). Patienter med luftvägsinfektioner utnyttjar framför allt akut- och jourverksamheten vid en vårdcentral. Under vinterhalvåret utgörs 90–95 procent av jourfallen av patienter med luftvägsinfektioner. Antalet jourfall varierar således under året, men variationerna kan också bli stora från år till år, exempelvis sammanhängande med influensaepidemier.

Den höga andelen patienter med luftvägsinfektioner medför således svårigheter att på en vårdcentral bedriva sjukvården på ett sådant sätt, att sjukdomstillstånd med högre vårdtyngd kan omhändertagas på ett adekvat sätt. Även om dessa förhållandevis banala luftvägsinfektioner kräver undersökning och behandling, leder de till en begränsning av resurser för vård av kroniska sjukdomstillstånd och hemsjukvård. Den omfattande jourverksamheten medförde också en ökad diskontinuitet i sjukvården. Det kan således diskuteras om patienter med luftvägsinfektioner skall uppmanas till egenvård i högre utsträckning. Likaså om handläggning av vissa luftvägsinfektioner kan delegeras till distriktssköterska eller mottagnings-sjuksköterska.

Diagnostik – antibiotikabehandling

Vid behandling av luftvägsinfektioner ställs läkare inför frågan om antibiotika skall ordinerar eller ej. Det framhålls ibland att det föreligger en "okynnes och slentrianmässig antibiotika-

Tabell 1.
Förekomst av olika luftvägsinfektioner hos patienter som 1980 sökte vid vårdcentralen i Dalby – fördelning på olika åldersgrupper.

	Totala antalet besök med resp diagnos	Antalet besök i respektive åldersgrupp	<14	15–44	>45
"ÖLI"	2058	995	882	243	
Otitis media acuta	1084	939	117	28	
Tonsillitis acuta	784	407	357	20	
Bronchitis acuta	528	202	204	122	
Sinuitis acuta	414	17	342	55	
Övrigt*	1621	740	582	299	
Summa	6489	3238	2484	767	
Procent av totala antalet besök	31	64	30	10	

* "Övrigt" inkluderar bla otosalingitis bronchopneumonia, hosta.

förskrivning" till patienter med virusinfektioner (5). Flertalet allmänläkare har förmodligen svårt att känna vid detta påstående, då deras ambitioner är att utifrån anamnestiska och kliniska bedömningar antibiotikabehandla enbart patienter med bakteriella infektioner.

Det är allmänt vedertaget att patienter med akut mediaotit och akut tonsillit skall behandlas med penicillin. Det är däremot svårare att ge enkla regler för hur patienter med rhinit, nasofaryngit, faryngit och sinuit skall behandlas. Vid dessa diagnoser är det särskilt svårt att skilja mellan virusinfektion och bakteriell infektion och ofta föreligger dessutom en virusinfektion med bakteriell superinfektion. Odling kan ge viss vägledning men framför allt då det gäller barn är det inte ovanligt att antalet bärare av luftvägsspatogena bakterier är stort, varför odlingssvaret kan vara svårtolkat. Om patienten skall få antibiotika eller ej får således i regel avgöras vid den kliniska bedömningen. En frikostig förskrivning av penicillin kan försvaras av att denna medicin är billig och utan allvarliga biverkningar. En enstaka insparad sjukdag är tillräcklig för att göra behandlingen lönsam förutom att patientens obehag förkortas, i de fall penicillin har effekt. Det finns heller ingen undersökning som stöder uppfattningen att penicillin försämrar patientens immunitet.

Infektioner med grupp A streptokocker spelar en särskild roll då dessa infektioner kan leda till immunologiska komplikationer. En undersökning vid vårdcentralen i Dalby visade att var fjärde patient med streptokockinfektion ej antibiotikabehandlades vid akutbesöket (3). Detta förhållande kan tolkas som en underförskrivning av antibiotika, då patienter med streptokockinfektion i princip bör penicillinbehandlas för att förkorta sjukdomsförloppet och för att förhindra komplikationer och smittspridning.

En stor förbrukning av antibiotika, särskilt bredspektrumantibiotika, leder emellertid till allvarliga ekologiska störningar. Man har ännu inte isolerat streptokocker eller pneumokocker resistenta mot penicillin i Sverige. Däremot förekommer hos dessa bakteriearter resistens mot tetracykliner och erytromycin. Därtill förekommer penicillinresistenta (betalaktamasproducerande) stammar av *Haemophilus influenzae* och *Branhamella catarrhalis* i ökande omfattning. Det förefaller således vara angeläget att försöka minska användningen av antibiotika, särskilt bredspektrumantibiotika, vid behandling av övre luftvägsinfektioner.

Diagnostiken av luftvägsinfektioner kan troligen skärpas genom bättre tillgänglighet och kontinuitet hos sjuksköterska eller läkare i primärvården. Detta gäller tex vid öronvärk då det bör vara möjligt att avstå från antibiotikabehandling i en del fall med "röd

trumhinna", om patienten kan erbjudas ny undersökning vid kvarstående eller tilltagande symptom. Med hjälp av tekniska hjälpmedel som otomikroskop kan diagnostiken av akut mediaotit förbättras.

Ultraljudsundersökning av sinus är möjligen av värde för diagnostiken av behandlingskrävande akut sinuit, ett tillstånd som troligen överdiagnostiseras i öppen vård.

Antibiotikaförskrivningen kan sannolikt också minskas genom en förbättrad streptokockdiagnostik, tex genom ökad service från bakteriologiskt laboratorium eller med hjälp av dipslidedeteknik (Streptokult®).

Penicillin bör vara förstahandsmedel vid bakteriella luftvägsinfektioner, då de ekologiska biverkningarna är betydligt mindre av penicillin än av bredspektrumantibiotika. Det finns också vissa belägg för att behandlingstiden kan förkortas vid bakteriella luftvägsinfektioner åtminstone vad gäller okomplicerad akut mediaotit.

Referenser

1. Arhammer M, Christensen P, Hovelius B, Mårdh P-A, Olsson S, Rosenberg R: Luft-

vägsinfektioner i öppen vård - en undersökning vid vårdcentralen i Dalby. Läkartidningen 1978; 75: 1492-1496.

2. Belfrage-Sanzén I, Bygren P, Christensen P, Holm S, Hovelius B, Schalén C: Förekomst av betahemolytiska streptokocker och handläggning av epidemier på daghem. Läkartidningen 1980; 77: 1929-1933.

3. Bygren P, Christensen P, Hovelius B, Mårdh P-A, Olsson S, Sjöholm AG: Luftvägsinfektioner med grupp A-streptokocker och akut glomerulonefrit. Läkartidningen 1979; 76: 112-117.

4. Ejlertsson G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Metoder för registrering och analys med tillämpning i ett primärvårdsdistrikt. Akademisk avhandling, Lund, 1981.

5. Kamme C: Penicillintryck bör minskas vid övre luftvägsinfektioner. Läkartidningen 1982; 79: 2697.

6. Monto AS, Ullman BM: Acute respiratory illness in an american community. The Tecumseh study: Jama 1974; 227: 164-169.

7. Prellner K, Christensen P, Hovelius B, Rosén C: Vaccination av daghemsbarn med Pneumovax®. Läkarsällskapets riksstämma (abstrakt), 1982.

8. Socialdepartementet: Hälso- och hälsovård för barn i daghem. Rapport från familjestödsutredningen 1978; DsS: 15.

Fredag 6 maj DISTRIKTLÄKARFÖRENINGENS FÖRENINGSMÖTE

Hallstabergets Sport- och konferenshotell, Sollefteå

Att mäta primärvård - problem och möjligheter

Moderatorer: Ulla Söderström, Sture Lorentzon.

10.00	Inledning	Dlf, kommun, landsting
10.30	Att mäta primärvård - teori	Måns Rosén
11.00	Diskussion	
11.10	Paus	
11.20	Att mäta primärvård - praktik	Göran Westman
11.45	Diskussion	
12.00	Lunch, Landstinget Västernorrland bjuder	
13.30	Primärvården som databas	Britt-Gerd Malmberg
13.40	Befolkningsekät i Skövde	Gunvor Lyngstam
13.50	Att styra resurser efter behovet	Finn Diederichsen
14.00	Diskussion	
14.10	7 års öppenvårdsbesök	Gösta Brydolf
14.20	Utvärdering av hypertoni-dispensär	Lennart Råstam
14.30	Hälsobetyg - ett mått på hälsa	Erik Trell
14.40	Diskussion	
15.00	Posters med föredragshållarna, kaffe	
15.45	Anförande av hälso- och sjukvårdsminister	Gertrud Sigurdson
16.00	Debatt: Vad är min organisations syn på mätproblemet?	
	Christer Gunnarsson	Moderator
	Stig Andersson	Landstinget Västernorrland
	Håkan Fält	Landstingsförbundet
	Ulf Nicolausson	Socialstyrelsen
	Måns Rosén	SPRI
	Göran Sjönell	SFAM
	Per Swartling	Svenska Distr läkarfören.
17.15	Avslutning	P G Swartling

4805861

Distriktssköterskans synpunkter

ANN-KRISTIN JANSSON

Utifrån mina erfarenheter som distriktssköterska i Södra Sandby skall jag ge några synpunkter på övre luftvägsinfektioner. I distriktet finns 3 600 invånare, därav 550 barn mellan 0 och 7 år. Eftersom det tidigare inte funnits någon distriktsläkarmottagning i Södra Sandby har många människor i första hand vänt sig till distriktssköterskemottagningen då det gällt luftvägsinfektioner. Patienter som ringt vårdcentralen i Dalby har också blivit rekommenderade att söka upp distriktssköterskan för ställningstagande till ev. läkarbesök.

Vårdcentralen i Södra Sandby öppnades i september 1982. Eftersom vi arbetar i vårdlag kommer patienterna även i fortsättningen att i första hand möta distriktssköterskan per telefon eller på mottagningen.

Förekomsten av luftvägsinfektioner i distriktet får distriktssköterskan naturligt en uppfattning om genom kontakt med befolkningen i telefon, på hembesök, vid daghemsbesök, vid samtal med hemsamariter, dagmam-mor m.fl.

När det gäller banala luftvägsinfektioner är det i de flesta fall ett social-mediskt problem. Samhällsutvecklingen har fört med sig att det i många fall är socialt besvärligare när barnen blir sjuka. Tillsyn och omvårdnad av det lindrigt sjuka barnet innebär i många fall praktiska problem för föräldrarna.

Spädbarn

Allmäntillståndet hos ett spädbarn är svårt att bedöma per telefon. Bäst är att se barnet för att få en bild av allmäntillståndet och föräldrarnas kompetens att vårda barnet. Efter detta kan vi ge individuella råd samt bedöma om läkare bör rådfrågas. Föräldrar till spädbarn med lindriga förkylningar vänder sig ofta till distriktssköterskan. I de flesta fall orsakar snuvan matningssvårigheter och sömnproblem. Här ger vi enkla råd om rengöring av näsan, matningsteknik och sovställning. Barn som "piper" vid andning skickas till läkare. Svårare att bedöma är barn som "rosslar". I en del fall rör det sig om en lindrig form av laryngomalaci som vid förkylning låter mycket mer och oroar föräldrarna. Här är det

Tabell I.

Symptom och handläggning av 91 patienter med luftvägsinfektioner vilka kontaktat distriktssköterska (D = enbart distriktssköterska, L = distriktssköterska och läkare)

Åldersgrupp	Symptom						Summa
	Halsont		Förkylning/hosta		Öronbesvär		
	D	L	D	L	D	L	
Spädbarn	0	0	3	2	0	1	6
Förskole-skolbarn	24	4	6	10	3	8	55
Vuxna	9	2	5	10	3	1	30
Summa	33	6	14	22	6	10	91

en stor fördel att känna barnet förut. Vid minsta osäkerhet kontaktas läkare. Öroninflammationer misstänks på anamnesen. I höst har vi haft en mycket långdragen "hosta" som varat mellan 4 och 5 veckor. Även kikhosta förekommer. Vid handläggning av kikhosta finns speciella anvisningar och råd utgivna av socialstyrelsen.

Förskole- och skolbarn

Vanligen rör det sig om snuva, halsont och hosta. I denna åldersgrupp är det ofta ett socialt problem. Speciellt mammor till barn på daghem kommer tidigt vid ovanstående symptom. Framför allt undrar man om barnen har streptokocker. Förskolebarn har inte alltid tonsillit vid streptokockinfektion. Barnen har ibland impetigo eller andra utslag, vilket gör att man kan misstänka sådan infektion. Kunskaper om det "epidemiologiska läget" på daghem och i grannfamiljer underlättar handläggningen. Vid hosta undrar många över hostmediciner. Regelbunden kontakt med daghemspersonal och föräldrar i denna åldersgrupp är av stor vikt. Råd angående hygien och omvårdnad samt regler när barnen får vara på daghemmet vid olika symptom är av stort värde.

Vuxna

Vuxna som söker distriktssköterskan vid luftvägsinfektioner är oftast kvinnor. Vanligt förekommande är att daghemspersonal kommer efter en dags halsont. Andra vuxna som kommer är ofta föräldrar som smittats av sina barn.

Eftersom en stor del av luftvägsinfektionerna är banala kan distriktssköterskan ge individuella råd om vård och behandling. Tillsammans med patienten tar hon ställning till om och när läkare bör konsulteras. I en del fall kan vi ta bakterieodling i avvaktan på ev behandling. Distriktssköterskan kan också informera vid föräldraträffar på daghem.

I tabell I redovisas symptom hos de patienter med luftvägsinfektioner som kontaktade mig under en månad samt i vilken utsträckning infektionerna handlades av distriktssköterska respektive läkare. Antalet patienter var 91. Största gruppen utgjordes av förskole- och skolbarn. Bland vuxna var det mest kvinnor som sökte.

Distriktssköterskan kunde på egen hand handlägga drygt hälften av fallen. Patienter med halsont handlades i flertalet fall av distriktssköterskan. En del av dessa hade tonsillit och fick recept på penicillin av läkaren via distriktssköterskan.

1205862

Sjuksköterskans arbete på vårdcentral

INGRID SVENSTAM

Sjuksköterskans uppgifter på vårdcentralen – vad gäller akuta luftvägsinfektioner – har kommit att inskränka sig till att per telefon bedöma patientens vårdbehov. Under vinterhalvåret utgörs minst 50 procent av sjuksköterskans telefonrådgivning av samtal med patienter med akuta luftvägsinfektioner som önskar råd eller tid för läkarbesök.

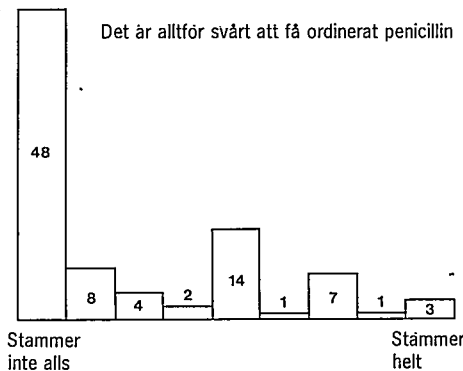
Som patientmottagare per telefon har sjuksköterskan att fatta självständiga beslut om patienten skall erhålla sjukvård eller om egenvård är tillräckligt. Behövliga kunskaper för denna ansvarsfulla uppgift får sjuksköterskan skaffa sig genom egen erfarenhet och träning (3). Telefonrådgivning är föga omnämnd i tillgänglig litteratur rörande omhändertagande av luftvägsinfektioner. Kartläggning och utvärdering av sådan telefonrådgivning har utförts i begränsad omfattning (1–3).

En förändring av sjuksköterskans roll till mera aktivt omvårdnadsarbete synes önskvärt. Antalet patienter som söker med luftvägsinfektioner har ökat under senare år och det är angeläget att man tar hand om dessa patienter på rätt vårdnivå, dvs är det tillräckligt med egenvård, räcker det med en bedömning av sjuksköterska eller skall patienten till distriktsläkare eller sjukhus. Redan nu undersöks och bedöms många barn med luftvägsinfektioner och barnsjukdomar av distriktsköterskan utan att läarkonsultation görs. Flertalet fall av scarlatina och en del fall av tonsillit antibiotikabehandlas av distriktsköterskan efter telefonkontakt med läkare.

Sjuksköterskans handläggning av luftvägsinfektioner

I en pågående undersökning vid vårdcentralen i Dalby studeras om handläggningen av akuta luftvägsinfektioner vid en vårdcentral kan effektiviseras och förbättras genom att vissa uppgifter överförs från distriktsläkaren till mottagningsköterskan eller distriktsköterskan.

Patienter med luftvägsinfektioner som hänvisats till vårdcentralen har under varannan vecka under sex veckor i första hand fått träffa en sjuksköterska som tagit upp anamnes och undersökt patienten. I varje enskilt fall har patienten också undersökts av läkare. Under varannan vecka har patienterna endast undersökts av jourhavande läkare. Diagnoserna hos de



Figur 1.
Antal patienter med luftvägsinfektioner som på en skala markerat i vilken grad påståendet "Det är alltför svårt att få ordinerat penicillin" stämmer.

patienter som ingått i undersökningen framgår av tabell 1. En utvärdering har gjorts av i vilken mån sjuksköterskans respektive läkarens värdering av symptom, status och behandling skiljer sig åt. Någon väsentlig sådan skillnad har därvid inte kunnat observeras med undantag av några fall där sjuksköterskan haft svårt att skilja mellan extern otit och mediaotit.

Tabell 1.
Diagnos hos patienter med luftvägsinfektioner som deltagit i undersökningen och omhändertagits av läkare resp sjuksköterska/läkare

Diagnos	Antal patienter		Summa
	Läkare	Sjuksköterska/läkare	
Öli/pharyngit	31	24	55
Tonsillit	38	12	50
Sinuit	12	10	22
Otit	12	8	20
Övrigt*	23	19	42
Antal patienter	116	73	189

*Otosalpingit, konjunktivit, extern otit, laryngit m fl.

Tabell 2.
Antibiotikabehandling vid akutbesöket av patienter med öli/pharyngit vid handläggning av läkare resp sjuksköterska/läkare

	Antal patienter	
	Läkare	Sjuksköterska/läkare
Antibiotika-behandlade	17 (+2)*	5 (+1)*
Ej antibiotika-behandlade	14	20

* () anger patienter som erhållit antibiotika senare i sjukdomsförloppet.

Patienter med diagnoserna tonsillit, sinuit och otit fick nästan utan undantag antibiotikabehandling. Dock var antibiotikaförskrivningen till patienter undersökta av både sjuksköterska och läkare lägre än motsvarande förskrivning till patienter, vilka enbart träffat läkare. Detta gällde framför allt vid diagnosen öli/pharyngit (tabell 2), där skillnaden i antibiotikaförskrivning är signifikant lägre bland patienter som träffat sjuksköterska ($p < 0.05$). Då denna skillnad diskuterats med läkarna på vårdcentralen har framförts att sjuksköterskan svarat för kontinuiteten under sin vecka och att det av detta skäl varit lättare att avstå från behandling. Patienten har lätt kunnat ta kontakt med sjuksköterskan vid kvarstående eller tilltagande symptom. Läkarna har också framfört att man kanske är restriktivare med antibiotikabehandling då man har en kandidat eller sjuksköterska med vid undersökningen.

Patienterna fick ett frågeformulär med frågor om hur de upplevde vårdcentralens service, som tillgänglighet och väntetid då de sökte vid vårdcentralen. Likaså fick patienterna ange hur de uppfattade den undersökning som utförts vid besöket. Patienterna under sjuksköterska- respektive läkarvecka hade samma uppfattning om vårdcentralens service och den undersökning som utförts. Av patienterna menade 82 procent att vårdcentralens service var mycket bra, bra eller ordinar, medan 18 procent tyckte att servicen var dålig eller mycket dålig. Samtliga patienter uppfattade undersökningen som mycket bra, bra eller ordinar.

Patienten fick också ta ställning till en rad påståenden angående luftvägsinfektioner och deras behandling. Ett sådant exempel ges i figur 1. Flertalet patienter menade att påståendet "Det är alltför svårt att få ordinerat penicillin" inte är riktigt. De patienter som inte erhållit antibiotikabehandling skiljde sig inte i sin uppfattning från patienter som blivit ordinerade antibiotikabehandling.

Vilka patienter kan tas om hand av sjuksköterska i ökad omfattning?
Det är vår uppfattning att patienter med halsbesvär kan tas om hand av sjuksköterska i större utsträckning, och att hon kan ta ställning till eventuell antibiotikabehandling eller od-

Akut purulent mediaotit – synpunkter på diagnostik och antibiotikabehandling

KARIN PRELLNER

För diagnos akut purulent mediaotit bör klassisk anamnes med förkylning, feber, öronvärk, lockkänsla och eventuell flytning föreligga, samt otoskopi visa fynd av röd, oftast buktande, trumhinna med dålig rörlighet och/eller pus i hörselgången.

Att bedöma ett trumhinnestatus rätt kan vara svårt; så kan tex trumhinnan hos ett barn bli blodfylld och kraftigt röd enbart pga att barnet skriker. Diagnostiken underlättas av Siegels trätt med lupp, vilken förstör synfältet 1 1/2 gång samt möjliggör test på trumhinnans rörlighet.

Med hjälp av otomikroskop kan diagnostiken ytterligare förbättras. Otomikroskop är dock dyra och finns vanligen inte att tillgå på vårdcentraler.

Den otoskopiska diagnostiken bör alltid drivas så långt det är möjligt och sannolikhetsdiagnosen av akut otit bör endast accepteras i absoluta undantagsfall. Använder man symptomkombinationen otalgi och feber som kriterium på akut otit hos småbarn och behandlar härefter kommer cirka 30 procent att överbehandlas, medan 12–17 procent som otoskopiskt har otit men saknar feber ej får någon behandling (1).

Om allmänna symptom hos patienten ej överensstämmer med otit eller om misstanke på komplikation förelig-

ger skall trumhinnorna obörligt kunna inspekteras och bedömas innan otitdiagnosen ställs. Även vid misstänkt terapivikt är otoskopisk diagnostik ett krav.

Som antibiotikum vid akut mediaotit är pc-V rutinpreparat. Doseringen är 25 mg/kg kroppsvikt och doseringstillfälle, 2 ggr/dygn. En behandlingstid av 5 dagar anses tillfyllest vid okomplicerad enstaka episod av akut otit (2).

Vid känd eller förmodad pc-allergi användes erythromycin-preparat. Då en utpräglad resistensutveckling mot erythromycin ägt rum för Grupp A streptokocker och pneumokocker i länder med utbrett bruk av detta antibiotikum bör detta medel ej vara förstahandsalternativ vid akut otit, även om smaken allmänt anses mycket bättre än den på V-penicillinerna.

Vid terapivikt med pc-V står antibiotikavalet i första hand mellan amoxi/pivampicillin-preparaten eller erythromycin beroende på vilket patogent agens man misstänker. Trimetoprim-sulfa och cefaclor är andra preparat som i vissa fall kan användas vid barnotiter. Odling skall alltid föregå insättande av dessa antibiotika och behandlingen skötas av otolog.

Att helt avstå från antibiotikabehandling vid otit som föreslagits i viss litteratur är endast acceptabelt om man har patienterna under noggrann

och kontinuerlig uppsikt och är förbehållet otologiskt kunnig läkare.

Referenser

1. Ingvarsson, Leif: Acute otalgia in children – findings and diagnosis. Acta Paediatr Scand 1982; 71: 705.
2. Ingvarsson, Leif, Lundgren, Kaj: Penicillin treatment of acute otitis media in children. A study of the duration of treatment. Acta Otolaryngologica (Stockholm), 1982; 94: 283.

ling. Varningssignaler om peritonsillit och epiglottit måste uppmärksammas. Patienter med öronbesvär, sinuitsymptom eller bronkialsymptom bör hänvisas direkt till läkare. Den stora gruppen patienter med öli, utan påtagliga lokalsymptom från öron, bihålor eller lungor, bör i högre utsträckning kunna bedömas av sjuksköterska, innan antibiotikabehandling påbörjas. Det är en fördel att ha tillgång till Streptocult, så att streptokockinfektion kan uteslutas med en viss säkerhet.

Det förefaller rimligt att då sjuksköterskan är kompetent att per telefon bedöma patienter med luftvägsinfektioner, hon även bör kunna arbeta mera aktivt med omhändertagandet av dessa patienter på vårdcentralen.

Någon specialutbildad infektions-sjuksköterska i stil med diabetes- eller

hypertonisjuksköterskan är sannolikt inte motiverat. Att handlägga vissa patienter med övre luftvägsinfektioner borde kunna ingå i mottagningssköterskans arbete. Mottagningssköterskan har nästan utan undantag haft kontakt med patienten per telefon redan före dennes besök på vårdcentralen, och hon har därvid gjort en preliminär bedömning av patientens vårdbehov. Sjuksköterskan kan på vårdcentralen komplettera anamnesen, undersöka patienten och ta ställning till diagnos, behandling och kontroll, i vissa fall på egen hand. Vi menar att det är viktigt att man försöker värdera fördelar och nackdelar av att sjuksköterskan engageras mer i omhändertagandet av patienter med luftvägsinfektioner. I en planerad undersökning kommer mottagningssköterskan att på

egen hand handlägga provtagning och behandling av patienter med svalginfektioner. Resultatet av detta omhändertagande kommer att utvärderas.

För att distriktssköterskan och mottagningssköterskan skall kunna omhänderta vissa patienter med övre luftvägsinfektioner i ett utvidgat omvårdnadsarbete krävs teoretisk och praktisk utbildning.

Referenser

1. Korpela M, Sjölin M, Swartling PG: Tierpprojektet – studie av telefonrådgivning vid Tierps hälsocentral 1980. Stencil.
2. Marklund B: Symptom, råd, åtgärd. Es-selte studium, Stockholm 1981.
3. Recht L: Telefonrådgivning på vårdcentral. Dalbydagarna 1982 (Abstrakt).

250 5864

Infektionsläkarens synpunkter

FOLKE NORDBRING

De övre luftvägsinfektionerna utgör en mycket tung del av allmänläkarens infektionsarbete. Registret är stort från urakut influensa med en "knockad" patient och från ful tonsillit till mera vanlig förkylning, som ofta kallas banal men som inte uppfattas så av patienten eller patientens familj.

I handläggningen av dessa åkommor uppstår en rad grannliga problem av praktisk natur som kräver omdöme och erfarenhet för sin lösning. Det gäller inte endast vårdfrågor av typen: klarar patienten vätsketillförsel, bör sängläge ordinerar, behövs antibiotika, måste patienten till sjukhus, utan ävenledes mera triviala spörsmål som drabbar varje familj med akuta infektioner: är åkommor smittsam för de andra familjemedlemmarna, hur länge skall patienten sjukskrivas, hur länge skall eleven vara borta från skolan, kan barnet lämnas på daghemmet, måste den planerade semesterresan avbeställas osv. Problem av den här arten kan få en mera framskjutande plats än egentliga behandlingsproblemen.

Få tillstånd lämpar sig bättre för hembesök än akuta infektioner. Det är en obarmhärtig inställning att kräva att den febriga och eländiga patienten i sitt frusna och snoriga tillstånd skall dra på sig sina kläder och med hjälp av anhöriga ta sig till vårdcentralen och tillbringa väntetiden där tillsammans med andra patienter, som i sin tur kan smittas. Det är förvånansvärt att man hävdar att undersökningsresurserna skulle vara otillräckliga vid hembesök. Läkarna har för sin uppgift att hjälpa patienten med den akuta infektionen allt vad han behöver med sig: stetoskopet, ficklampan, otooftalmoskopet, blodtrycksmanschetten, reflexhammaren, förutom kunnandet och läkarblicken. Om odling krävs kan det också göras lika bra i hemmet som på vårdcentralen. Det är en orimlig perfektionism att påstå att hemundersökningen inte skulle vara bra nog. Primärvårdsläkaren har i hembesöket en chans att se den infekterade patienten i den miljö den sjuke lever i. Fortsatt telefonkontakt eller annan kontakt kan vara en viktig del av konsultationen. Det är ett avundsvärt privilegium att få arbeta i sådan närkontakt, och primärläkarna bör envetet slå vakt om denna tillgång.

Den svåra uppgiften för allmänläkaren är att under den korta tid som står till förfogande – i patientens hem eller på vårdcentralen – försöka klassificera infektionen etiologiskt. Virusinfektion eller inte är frågan. Frågeställningen är viktig framför allt med hänsyn till följdfrågan: antibiotika eller inte. Det vore enklast att ge antibiotika till alla under hänvisning till att den infekterade möjligen kan tänkas ha streptokocker, men det skulle vara mycket olyckligt och kanske ödesdigert ur miljösynpunkt och skulle dessutom innebära ett avsteg från fundamentala läkarregler: medicin skall endast ges till den som behöver den.

En viss primär indelning av luftvägsinfektionerna är ut behandlingssynpunkt nödvändig. Klassifikationen måste i första hand bygga på iakttagelser vid den kliniska undersökningen. Någon fullständig diagnostik är inte möjlig i primärsituationen (och heller inte nödvändig). Det är fråga om en skattning på högsta kunskapsnivå, utgående från kliniskt kunnande och omdöme. Det är en svår och krävande uppgift, men oerhört väsentlig. Näsvälgodlingar är bra som stöd i handlandet, men hjälper inte vid konsultation då beslut om behandling skall fattas.

Tonsillit med svullna tonsiller och gråaktig beläggning eller proppar skall behandlas med fenoximetylpenicillin (penicillin V). Man kan få kraftigt stöd för sin streptokocksmisstanke om streptokockstigmata påträffas (skarlatiniformt utslag, smultrontunga, petekier i gومتaket och i axiller och ljumskar, fjällning, munvinkelsår, sår i näsöppningar, paronykier, impetigo).

Influensaliknande sjukdom med hög feber, ont i muskler, faryngobronkit med svidande hosta och bronksmärta bakom sternum leder tankarna i första hand till just influensaliknande sjukdom och inget annat, speciellt om sådan sjukdom går i trakten, vilket allmänläkarna och distriktssköterskorna känner bättre till än några andra.

Förkylningssjukdomar placerar sig mitt emellan de två ytterligheterna tonsillit och influensa. Därför är denna grupp svårast att bedöma. Även här kan fenomen som bakom-näsan-ont, snuva, heshet, hosta vara vägledande. Många misstag kan inte undvikas,

många onödiga behandlingar måste inträffa. Men detta är i den primära evalueringssituationen fullt acceptabelt, missstagen är helt naturliga och betyder ingenting. Vad som är viktigt är att viss sovrning skett.

Sekundär bakteriell infektion kan ha inträffat om patienten inte är klart bättre efter 4–5 dagar utan kanske sämre med purulent nässektret och gulgröna upphostningar. Patienten mår inte bra. Det är nu det är dags att ge antibiotika, och att vid denna tidpunkt inte tillföra antibiotika kan kallas lika felaktigt som att ge antibiotika när de första tecknen på virusinfektion är akuta och påtagliga.

Smalspektrigt fenoximetylpenicillin är en enorm tillgång i primärvården. Man kan räkna med 80–90 procents effekt. Störningar av tarmfloras ekologiska är praktiskt taget obefintliga. Fenoximetylpenicillinets plats som nr 1 är helt självklar. När denna behandling sviktar finns likvärdiga reserver: ampicilliner, cefaklor, erytromycin. De båda sista är bra alternativ för den som är överkänslig för penicillin.

Författarpresentation:

Docent Birgitta Hovelius* är distriktsläkare vid vårdcentralen i Dalby.

Leg sjuksköterska Ann-Kristin Jansson är distriktssköterska vid vårdcentralen i S Sandby.

Professor Folke Nordbring är överläkare vid infektionskliniken, lasarettet i Lund.

Med dr Karin Prellner är avdelningsläkare vid öronkliniken, lasarettet i Lund.

Leg sjuksköterska Ingrid Svenstam är anställd vid avdelningen för primärvårdsforskning, vårdcentralen i Dalby.

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Förebyggande arbete i sjukvården

Rapport från Socialmedicinska föreningens höstmöte 1982

UNDA LÖNNKVIST · JOHAN HALLQVIST

Det socialmedicinska ämnesområdet har expanderat och utvecklats mycket snabbt sista tiden och svensk socialmedicinsk förening har under 1982 inlett ett program för att aktivera diskussionen om dess teoretiska innehåll och metodik. Ett vårmöte hölls i Örebro med 2 dagars vetenskapligt program kring dessa frågor. Det blev en stor framgång med många deltagare.

Även på höstmötet den 2 september var uppslutningen god med ett hundratal deltagare. Mötet var organiserat av Institutionen för Socialmedicin vid Karolinska Institutet och förlagt till Kronans vårdcentral i Sundbyberg. Huvudtemat var prevention, som utgör en av hörnstenarna i socialmedicin men även i primärvårdens arbete. Avsikten var att diskutera preventionens historiska innebörd, dess vetenskapsteoretiska innehåll och den nuvarande inriktningen med samhällets engagemang i den förebyggande processen.

Dagen bjöd på många intressanta föredrag och seminarier med opponentinlägg och efterföljande livliga diskussioner. Dessa finns i sin helhet återgivna i Socialmedicinsk tidskrift nr 1 1983 och här nedan följer ett kortare referat.

Nyckelord: Prevention, primärvård, historik, hälsopolitik, hälsovård, olycksfall, organiska lösningsmedel, ryggsjukdomar, alkohol, samhällsarbete.

Hälsans ideologi och praktik

Inledningsvis talade Karl-Gunnar Eriksson från socialmedicinska avdelningen vid regionsjukhuset i Örebro om hälsans ideologi och praktik. Framställningen begränsades till att omfatta den förebyggande verksamheten. WHO delar upp hälsobegreppet i två delar. Den positiva delen talar om fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och den negativa delen definierar hälsa som frånvaro av sjukdom och svaghet. Genom specialister nas djupa men smala kunskaper har vi fått allt mer preciserade sjukdomsdiagnoser, men hälsa är inte bara motsatsen till sjukdom. Hälsa handlar också om ett välbefinnande, dvs människors subjektiva upplevelser av sin kropp och av sitt liv i stort. Som exempel på detta gavs några svar som vård sökande på Örebro vårdcentral givit på en öppen fråga om vad hälsa var för dem: "Känna mig pigg och orka ta itu med saker, ha arbetslust". "Kunna springa en mil under 40 minuter och att må så bra att man klarar av en motgång eller ett problem". "En solig sommar dag cykla ut till en äng, sjö eller skog. Att njuta av blommorna, höra fåglarna och känna vinden. Att ta fram fiolen, spela en låt i en glänta för en jänta". 91 procent av de tillfrågade ansåg att hälsan är viktigare än allt annat. Personerna fick även rangordna vilka faktorer de ansåg inverka mest på hälsan och de satte arbetsmiljö, motion, boendemiljö och kost främst.

Karl-Gunnar Eriksson menade att bakom våra bilder av verkligheten finns en rad antaganden och förutsättningar som vi egentligen aldrig ifrågasätter, tex de filosofiska fråsmålen om livets mening, vad kunskap är och verklighetens sanna natur. Inom hälsopolitikens område kan vi skrapa på ytan och försöka klargöra de dolda och ofta uttalade föreställningar, värderingar och antaganden som tillsammans utgör basen för en ideologi.

Inom hälsofrågan kan tre typer av synsätt eller sk paradigm särskiljas: Det biomedicinska paradigmat, hälso-paradigmat och miljöparadigmat.

Karl-Gunnar skisserade grundprinciperna för de olika synsätten. Det biomedicinska paradigmat jämför prevention med att minska förtida dödsfall. Betydelsen av fackmännens insatser väger tungt. Hälsa ses som avsaknad av sjukdom och man har inriktat verksamheten på förebyggande insatser inom mödra- och barnhälsovården, vaccinationer samt uppspårning och behandling av förhöjt blodtryck med goda resultat som följd. Tillgången på förebyggande service till befolkningen varierar emellertid och räckvidden av sjukvårdens förebyggande insatser kan ifrågasättas, så även medicaliseringen av det mänskliga livet. Att påverka riskfaktorer medför att både individens eget ansvarstagande och strukturella åtgärder behövs.

Hälsoparadigmat kom som en reaktion mot det biomedicinska snäva synsättet, och betonar emotionella, psykiska, sociala och andliga aspekter förutom det fysiska. Ohälsans yttringar tolkas som rubbningar i helheten i motsats till den biomedicinska apparatmodellen. Den enskildes ansvar och möjligheter betonas starkt, vilket lätt leder till en moralism där offret får skuld för sin olycka. Detta återuppväckta intresse för helheten (holism) är en grundprincip i primärvården och också i det psykosociala paradigmat. Med det förnyade intresset för psykosomatiken har beteendemedicinska upptäckter följt, vilka har lett till nya intressanta behandlingsmöjligheter. Man kan sammanfatta hälsoparadigmat i nedanstående punkter:

1. Hälsa definieras positivt i termer av välbefinnande.
2. Individens ansvar för hälsan betonas.
3. Hälsoupplýsningen har en central roll och kunskapsupplýsningen från fackmän till lekmän främjas.
4. Arbetet på att kontrollera sociala och miljömässiga faktorer av betydelse för hälsan förordas av stora grupper inom den holistiska hälso-rörelsen.
5. Behandlingsmetoder med låg teknologi eller "naturliga" läkemedel främjas. Avspänningens, kostens, motionens och drogfrihetens hälsobringande kraft utnyttjas i första hand.

Det tredje synsättet, miljöparadigmat, fastslår miljöns betydelse som

hälsofrämjande faktor. Elimineringen av hälsorisker i såväl arbetsmiljön som den övriga omgivningen är den centrala uppgiften. Särskilt fysiska och kemiska miljörisker bekämpas. Dessa risker är mätbara och man har gott om "objektiva data". Hälsovårdsnämnderna, arbetarskyddet och ett flertal statliga organ arbetar för att eliminera eller begränsa hälsoriskerna i miljön. Problem uppstår emellertid på grund av intressekonflikter mellan olika maktgrupper och mellan maktlösa och makthavare. Ekonomiska hinder har stoppat hälsopolitiskt viktiga åtgärder.

Hälsoarbetet är både en politisk och etisk fråga. Miljön och livsstilen är av särskilt stor betydelse ur preventiv synpunkt. Hur blir hälsans praktik när folkhälsokravet står i konflikt med individens privata "fria vilja"? Betoningen av individens ansvar att förändra sin livsstil kommer troligen att öka skillnaden i hälsa mellan rika och fattiga, men kan även medföra en opinion för strukturella förändringar. Vi behöver sträva både efter en social rättvisa och marknadsrättvisa. Dessa rättvisemodeller leder fram till en strategi för hälsovänligt samhälle, vars grundprinciper är:

1. Hälsoövervakning.
2. Individuella och kollektiva åtgärdsprogram för preventiv hälsovård.
3. Uppföljning och successiv förändring av åtgärdsprogrammen i samarbete mellan berörda fackmän och lekmän.

En förbättrad professionell hälsovård för riskidentifikation är nödvändig.

Karl-Gunnar Eriksson avslutade med att storleken på glappet mellan hälsans ideologi och praktik är en fråga om hur samhällets inneboende maktförhållanden ser ut bland fackmän, politiker, övriga beslutsfattare och befolkningen i stort.

Preventionens historia

Finn Dideriksen och Urban Janlert, som båda arbetar som distriktsläkare vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå, talade om preventionens historia. Preventionen som eget ämne har funnits i 200–300 år och har hela tiden haft två grenar: Expositionsprevention, som i dag omfattar bl.a. omgivningshygien, yrkesmedicin och socialmedicin samt dispositionsprevention, som länge var den allenarådande inriktningen inom medicinen.

Bland lärofäderna i expositionsprevention nämndes den engelske handlararen John Graunt som 1662 publicerade en skrift, där han var den förste som visade att dödligheten i städerna var mycket högre än på landet och att dödligheten var ganska jämn år från år, förutom perioder av ökad dödlighet på grund av epidemier.

Några år senare skrev William Petty att hälsa och uppfostran är en lika viktig del av en nations tillgångar och

makt som dess befolkning, handel och tillverkningsindustrin.

Johan Peter Frank i Österrike argumenterade på slutet av 1700-talet effektivt för att en regering skulle stärkas av att befolkningens hälsa förbättrades. Medlet skulle vara att kombinera statens makt med läkarnas kunskap och finns beskrivet i monumentalverket "System einer vollstendigen medicinischen Polizei", som är en systematisk genomgång av då kända preventiva metoder. Dessa teorier omsattes praktiskt av advokaten Chadwick, som var sekreterare i fattigvårdsutredningen i England 1832, och som avgav sin berömda rapport "The sanitary conditions of the working population of Great Britain" 1842. Han var övertygad om att folkets hälsotillstånd i första hand berodde på sanitära förhållanden och inrättade därför en statlig hälsovårdskommission, som kunde tvinga fram sanitära förbättringar. Kommissionens regler tillät inte några läkare att vara med och därmed underströks skiljelinjen mellan preventiv och kurativ medicin.

USA:s motsvarighet till Chadwick var läraren Lemuel Shattuck, som på 1850-talet avslöjade stora brister i hälsotillståndet och organiserade hälsovårdsnämnder med inspektörer och tekniker, införde mat- och läkemedelskontroll, hälsoundervisning och rutinmässiga förebyggande hälsokontroller hos läkare.

I Sverige skötte provinsialläkaren det förebyggande och hälsovårdande uppgifterna under 1600- och 1700-talet. Hans arbete hade ett stort inslag av expositionsprevention och på 1800-talets början föreslogs att huvudparten av hans tid skulle användas åt hälsovårdande verksamhet, vilket dock avsågs av regeringen. I 1874 års hälsovårdsstadga blev hälsovården en primärkommunal angelägenhet, medan landstingen var huvudmän för sjukvården och grunden lades för en skarp skillnad mellan hälso- och sjukvård.

Dispositionspreventionens utveckling kan indelas i tre faser:

1. Ympprogrammens tid. Vaccination blev lag i Sverige redan 1816, men fick större betydelse först efter andra världskriget.
2. Program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsrisker. På 1940-talet trodde många att det var en tidsfråga när alla sjukdomar skulle vara möjliga att bota under förutsättningen att man kom till läkaren i tid. Senare inriktade man sig på tidig diagnos genom hälsokontroller, framför allt för att kunna bota cancersjukdomar i symptomfritt stadium, tex cellprov för tidigupptäckt av livmoderhalscancer. Nästa steg blev blodtryck, hög kolesterolhalt, för att genom behandling av personer med riskfaktorer kunna minska sjukdomsrisken.
3. Hälsoupplysning är den medicinska preventionens senaste stadium

och växte fram under slutet av 1960-talet. Den betonar betydelsen av individens eget beteende för hälsan, tex rökning och alkoholkonsumtion. Hälsoupplysningen bygger på uppfattningen att en hälsosofarlig livsstil beror på dålig kunskap. Emellertid hänger livsstilen samman med många andra faktorer runt omkring, som den enskilda människan inte har någon makt att ändra på.

Bakom expositionspreventionens utveckling ser man tydligt ekonomiska drivkrafter, men det framgår mindre klart vad det gäller den medicinska preventionen. Beträffande mödra- och barnavårdsverksamheten och hälsokontroller ligger emellertid även omsorg om nationens ekonomiska välfärd till grund för arbetet. Medan medicinskt behandlande åtgärder sällan behöver någon argumentation för sitt berättigande, krävs det ofta beräkningar som visar på vinster av preventiv verksamhet. Expositionspreventionen har sin styrka i att den står under starkare politiskt inflytande än sjukvårdens dispositionsprevention, som byggts upp och styrs av professionella och kommersiella intressen. Medicinsk prevention använder samma teknik som medicinsk behandling och man ser inte den nödvändiga kopplingen till omgivande sociala förhållanden.

En förutsättning för att preventionen som ämne ska kunna utvecklas, är att den nuvarande åtskillnaden mellan expositions- och dispositionspreventionen bryts.

Förebyggande av lösningsmedelsskador

Efter de inledande föredragen följde en rad olika seminarier. En preventiv modell för att förebygga lösningsmedelsskador presenterades av Bo Haglund, biträdande hälsovårdsöverläkare vid Hälsovårdsenheten, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, och Bjärne Jansson, som är socionom och utredare vid Hälsovårdsenheten, kärnsjukhuset i Skövde.

I Skaraborgs län har ett åtgärdsprogram utarbetats i syfte att förebygga lösningsmedelsskador bland dess invånare. Programmet genomförs i två etapper.

Etapp 1 hade som målsättning att skapa en handlingsberedskap inom hälso- och sjukvårdsorganisationen för problemet, i syfte att få fram ett bättre omhändertagande av dessa patienter. Etapp 1 är till största delen redan genomförd och bestod av följande moment:

- Kartläggning av personer som arbetar i riskmiljö i länet.
- Vårdprogram för hälso- och sjukvården.
- Utbildning av läkare och sjuksköterskor.

Etapp 2 innehåller ett förebyggande program för Tibro kommun. Program-

met består av tre huvuddelar, nämligen:

- handlingsprogram för företagshälsovården.
- Åtgärder inom yrkesutbildningen.
- Uppförande av en demonstrationsanläggning.

Målgrupper är anställda som arbetar i riskmiljö vid de till företagshälsovården i Tibro anslutna företagen, lärare och elever inom arbetsmarknadsutbildningen och gymnasieskolans tekniska linje.

Syftet med projektet är att finna samverkansformer och utveckla den preventiva metodiken i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Handlingsprogrammet syftar till att mobilisera de anställda att vidta åtgärder som eliminerar risken för skador.

Opponenten *Viveka Urwitz*, som är lärare i socialt arbete, betonade vikten av att studera hur man hanterar konflikter vid socialt förändringsarbete. Hon saknade en analys av hur projektledningen skulle ha agerat i en konfliktsituation. Bjarne Jansson svarade att det hade förekommit konfliktsituationer. Projektledningen hade aktivt försökt hindra dessa, genom att tidigt förankra arbetet i centrala organ inom området. Man hade en samarbetskommitté där det ingick representanter från fackföreningar och arbetsgivare.

Lars H Gustavsson frågade om arbetet var gjort i ett ovan- eller underifrånperspektiv. Han betonade att de som drar nytta av förändringarna själva måste ta ansvar för organisationen. Risken med ett ovanifrånperspektiv är att vi tar udden av människornas egen aktivitet. *Viveka Urwitz* instämde genom att påpeka att man hela tiden måste fråga sig: För vem görs detta? Målet för ett preventivt arbete borde förutom tidigare upptäckter och behandling vara att öka beredskapen hos de industrianställda och de lokala fackföreningarna för kommande kemiska ämnen i arbetsmiljön.

Hälsovård i Vara

Anders Bolin, utredare vid Hälsovårdsenheten i Skaraborgs län, berättade om fem års erfarenheter från Vara i Skaraborg av att arbeta förebyggande inom primärvården.

1978 startade Hälsovårdsenheten projektet "Integrerad hälsovård" tillsammans med representanter för primärvård och kommun i Vara. Syftet var att utveckla primärvårdens förebyggande arbete samt samarbetsformer med organisationer ute i kommunen.

Projektet inriktades på:

- Särskilda hälsoupplysningsaktiviteter, som rådgivning och gruppverksamhet, avseende kost, motion, rökavvänjning, avspänning etc.
- Aktiviteter i samarbete med andra organisationer, som skolan/hälsoupplifstran, frivilliga organisationer/riktade aktiviteter mot olika

målgrupper, livsmedelshandlare/kundinformation.

- Utveckling av prevention inom ramen för primärvårdens dagliga verksamhet i form av bättre informationsrutiner, systematisering av material, utställningsverksamhet, utbildning och temadagar för primärvårdspersonal.

De hittillsvarande erfarenheterna har givit ett perspektiv både på de svårigheter och möjligheter som utvecklingsarbete av denna typ bjuder på. Projektet väckte snabbt gensvar hos allmänheten och organisationer i kommunen. Däremot har det krävts betydligt mera tid för att successivt integrera förebyggande aktiviteter i det dagliga primärvårdsarbetet. Vidare pekar erfarenheten på att följande förutsättningar är viktiga för ett gott resultat:

- God kunskap om befolkningens levnadsvillkor och hälsoproblem i kommunen.
- En positiv inställning bland primärvårdspersonalen att ta ett ansvar för befolkningens hälsa och inte enbart avgränsade patientgrupper.
- En positiv inställning bland primärvårdspersonalen att arbeta förebyggande.
- Praktiska möjligheter till förebyggande insatser i det dagliga arbetet.
- Förbättrade samarbetsrutiner inom primärvården.
- Utvecklat samarbete mellan primärvård och andra organisationer.
- Konkreta aktiviteter som väcker diskussion och intresse bland allmänheten.
- Utvärdering och kontinuerlig vidareutveckling av hälsoarbetet.

Opponenten, *Carl-Gunnar Eriksson*, uppehöll sig främst vid fyra mer specifika frågeställningar. Den första frågan handlade om vems ansvar det är som kommer till uttryck i det förebyggande arbetet. Han angav tre parter som gemensamt har ansvar för hälsofrågor: individen själv, det professionella systemet och samhället som helhet genom sina politiska strukturer/maktbefogenheter.

I den andra frågan behandlades organisationsmodeller; om man som i Vara skulle ha en separat organisation för hälsovården, eller om resurserna skulle integreras.

Den tredje frågeställningen belyste olika hinder som kan föreligga, då det gäller att utveckla förebyggande arbete inom primärvården.

Fjärde frågan berörde innehållet i de förebyggande åtgärderna inom primärvården.

Olycksfallsprevention

Vid Hälsovårdsenheten i Skaraborgs läns landsting pågår sedan den 1/1 1978 en systematisk kartläggning av olycksfall i Falköpings kommun. *Lot-har Schelp*, sociolog och forskarstude-

rande vid Karolinska institutet, är ansvarig för projektet.

Syftet är att med utgångspunkt från en epidemiologisk studie av samtliga olycksfall, som medfört besök vid sjukvårdsinrättning i ett geografiskt avgränsat område i en definierad population, pröva ett system för registrering och kartläggning av skador. Man vill studera i vilken utsträckning den erhållna kunskapen praktiskt kan tillämpas i ett lokalt avpassat åtgärdsprogram samt analysera effekterna av ett sådant program.

12 procent av samtliga barn i kommunen har under en ettårsperiod uppsökt sjukhus pga olycksfall. Barngruppen (0-14 år) svarar för 21 procent av samtliga olycksfall som registreras. Därav har 37,7 procent inträffat i hemmet, 1 procent i arbetet, 7,5 procent i trafiken och drygt hälften har klassificerats som annat olycksfall.

Personer som är 65 år och äldre svarar för 12 procent av samtliga olycksfall. Av äldre-olycksfallen har 45,6 procent inträffat i hemmet, 5 procent i arbetet, 9,7 procent i trafiken och 39,8 procent har klassificerats som annat olycksfall. Fallolyckorna dominerar bland äldre människor. Hemolyckorna är den vanligast förekommande kategorin av olycksfall. De drabbar främst barn och äldre som tillsammans svarar för ca hälften av dessa olycksfall. Olycksfall i hemmet har kartlagts i detalj via intervjuer och journalgenomgångar för att ge kännedom om omständigheterna kring olycksfallen. Materialet ligger till grund för ett åtgärdsprogram som påbörjades under 1980, där speciell vikt har lagts på prevention av olycksfall hos barn och äldre människor.

Syftet är dels att minska olycksfallsfrekvensen och att eliminera de allvarligaste olycksfallen, dvs de som leder till allvarliga personskador och dödsfall, dels att förankra verksamheten bland myndigheter, organisationer och föreningar samt att öka befolkningens kunskaper om olycksrisker och att skapa ett intresse för att arbeta med olycksfallsförebyggande åtgärder.

Stor vikt har lagts vid att bygga upp en fungerande organisation. För att få in den förebyggande aspekten i det dagliga arbetet på lokal nivå sker en samverkan med kommunala förvaltningar, frivilliga organisationer och föreningar. Prevention av olycksfall hos barn och äldre sker främst via personalgrupper, som i sitt praktiska och dagliga arbete kommer i kontakt med dessa målgrupper, dvs BVC, barnomsorgen, hemsamariter. Åtgärdsprogrammet omfattar huvudsakligen information, utbildning, tillsyn samt förändring av den fysiska miljön.

Opponenten, *Lars H Gustafsson*, tog upp tre viktiga problem i arbetet med olycksfallsprevention. För det första: I projektet registreras enbart olyckor som leder till att man söker sjukvård och vi har ingen kunskap om

de övriga tillbud som inträffar. För det andra undrade Lars Gustafsson om inte barn behöver erfarenhet av lindriga olyckor för att lära sig vad som är farligt, och slutligen frågade han om inte barn behöver göra saker även om de är farliga.

Lars Gustafsson ifrågasatte också om det verkligen är kunskap om riskerna som fattas. Kanske är det så att människor inte ser någon rimlig möjlighet att göra någonting åt riskerna och att prevention i så fall borde gå ut på att stödja dem i åtgärderna. Lothar Schelp svarade med att i 60 procent av barnolycksfallen förnekade föräldrarna kunskap om riskerna, och berättade avslutningsvis att preliminära resultat från Falköpingsförsöket visar en nedgång i olycksfallsfrekvensen med ca 30 procent.

Åtgärder mot arbetsolycksfall

Socionomen *Bjarne Jansson*, från Hälsovårdsenheten i Skövde återkom med ett seminarium om "Att förebygga arbetsolycksfall - åtgärdsprogram för industri och lantbruk".

Olycksfallen svarar för den största delen av samtliga arbetsskador och det är framför allt industriarbetare och lantbrukare som drabbas. Inom ramen för olycksfallsprojektet i Falköpings kommun har ett åtgärdsprogram utarbetats i syfte att förebygga arbetsolycksfall inom lantbruket och industrin.

Olycksfallsregistreringen tillhandahåller värdefulla uppgifter om tex olycksfallstyp, tidpunkt då olyckan inträffade, skadande produkt och skadans allvarlighetsgrad. De dominerande skadorna under 1978 var ögon-, kläm- och fallskador.

Med hjälp av den epidemiologiska kartläggningen har olika yrkesgrupper och olycksfallstyper prioriterats. Åtgärderna består av tre huvuddelar:

1. En riktad information om olycksfallens art och omfattning och förebyggande åtgärder till lantbrukare och industriarbetare.

2. Utbildning av skyddsombud, arbetsledare, skyddsingenjörer, regionala skyddskontaktmän om olycksfallspanorama, epidemiologi, olycksfallsteori och utredningsmetodik.

3. Organisation av olycksfallsgrupper på företagen och upprättande av handlingsprogram för det förebyggande arbetet.

Arbetet bedrivs enligt modellen epidemiologi, organisation, prevention och utvärdering.

Utvärdering av kurs för ryggsjuka

Socialläkaren *Jonas Åberg*, som under flera år utvärderat Rygginstitutets kurser i Sundsvall för ryggsjuka patienter, redogjorde i seminarieform för ett försök i Boden, där skogshälsan ordnat en serie 2-dagars "ryggkurser" för skogshuggare under 1979-80. Kurserna in-

nehöll bla praktiska övningar i autentisk miljö och med autentisk utrustning. Man avsåg att lära deltagarna en arbetsregim varigenom ryggsbesvär i görligaste mån kunde undvikas. En grundläggande hypotes var, att den som anser sig ha möjlighet att påverka ett smärttillstånd upplever smärta som mindre besvärande än en person som känner sig maktlös. Undervisningen i hur man hanterar sin rygg borde därför leda till kortare sjukdomsperioder i händelse av att besvär uppstår.

Skogsryggkursen utvärderades av en extern pedagogkonsult, som iakttog uppläggning och genomförande, dels genom jämförelse med en matchad kontrollgrupp. Både försöks- och kontrollgruppen fick svara på likalydande frågeformulär som dels skulle spegla attityder, dels beteenden före och efter kursen. Dessutom jämfördes sjukskrivningsgraden under året efter kursen för de två grupperna.

Inga skillnader i sjukskrivning kunde påvisas. En signifikant attitydskillnad förelåg såtillvida att försöksgruppen i större utsträckning ansåg sig veta hur man skulle handla för att undvika ryggsbesvär. Dessa personer tränade också ryggen mer än kontrollgruppen. Emellertid återstår det att göra troligt att dessa påvisade attityder medför en lägre grad av arbetshinder i händelse av ryggsbesvär. Jonas Åberg refererade till en undersökning av Pope 1980, som visar att den subjektiva upplevelsen påverkar den faktiska funktionsförmågan.

En helhetssyn på sjukdom och behandling innebär enligt Jonas Åberg att man respekterar icke-biologiska behandlingsmetoder i den mån de påverkar det sammatillstånd som föreligger av fysiska, psykiska och biologiska problem. En pedagogisk metod kan ha effekter som påverkar attityder och beteenden vid en senare sjukdom och därigenom gör sjukdomstillståndet lindrigare än det annars skulle blivit.

Opponenten, *Bertil Hansson*, diskuterade metodologiska aspekter och påpekade svårigheter att matcha kontrollpersoner med försökspersoner, främst pga att man ofta saknar ekonomiska resurser att använda det mest riktiga förfaringssättet. Han hävdade också att den statistiska signifikansen tenderar att tillmätas alltför stor betydelse av forskare. En studie kan visa en intressant trend, värd att uppmärksammas, även utan statistiskt signifikanta resultat.

Alkohol - primärprevention

Anders Romelsjö, som är distriktsläkare i Olofström, höll ett seminarium om prevention av alkoholproblem och diskuterade främst de primärpreventiva aspekterna, som spelar en betydande roll i dagens debatt om alkoholpolitiska program.

Som utgångspunkt för framställningen finns de tre komponenterna agens, värd och omgivning. Enligt en

av de senare WHO-publikationerna inom ämnet "Prevention av alkoholrelaterade problem" räknar man med tre huvudsakliga modeller:

1. Den bimodala modellen, enligt vilken högkonsumtion av alkohol hos alkoholisterna och andra är ett symptom på sjukdom eller annat tillstånd. Egenskaper hos värden står i förgrunden. Problemet är själva alkoholmissbruket och inte alkoholbruket. Modellen ger ingen förklaring till alkoholismens orsak och det finns således inget underlag för preventiva åtgärder. Uppfattningen att alkoholism är en sjukdom hade särskilt förr många anhängare, speciellt inom alkoholindustrin. Eventuellt kan detta ha samband med alkoholindustrins snabba expansion. Mellan 1960 och 1972 ökade konsumtionen av vin med 19 procent, av öl med 68 procent och av alkoholhaltiga drycker (uttryckt i 100 procent etanol) med 61 procent.

2. Den socio-kulturella modellen med integrerat drickande, där förhållanden i omgivningen betonas mer än värd och agens. Denna teori förespråkar att alkoholförtäring ska integreras i familjevanor och andra sociala sammanhang och motsätter sig restriktiva åtgärder som kan mystifiera alkoholen och därmed verka skadligt. Denna uppfattning har påverkat droginformationen i USA, Västtyskland och Frankrike och är vanlig även i Sverige. Den motsägs dock av statistiska och epidemiologiska uppgifter och Frankrike, som är dess modelland, har mycket stora alkoholproblem.

3. Ledermanns teori om konsumtionens lognormala distribution i populationer. Denna modell har, trots kritik i många avseenden, fått stor betydelse eftersom den av WHO blivit sanktionerad som handlingsföreskrivande teori för alkoholpolitik. Här är agens det centrala, men förhållanden hos värd och omgivning förnekas inte. Teorin presenterades 1956 av den franske demografen Sully Ledermann och kan ritas som en kurva, uppbyggd på de naturliga logaritmnerna för konsumtionens volym, där medelvärdet för konsumtionen i en homogen population helt definierar distributionen. Enligt modellen svarar en liten andel högkonsumenter för en stor del av den totala konsumtionen, vilket stämmer väl med uppgifter från vårt land.

I Sverige har genomsnittskonsumtionen fördubblats efter andra världskriget fram till 1976, varefter den minskat. Dödligheten i levercirros, som är den bästa parametern för alkoholskada, har också ökat kraftigt och flerdubblats hos män.

WHO-experternas viktigaste slutsats 1975, då Ledermanns teori på allvar lanserades som bas för prevention, blev denna: "Förändringar av den totala konsumtionen av alkoholhaltiga drycker har verkningar på hälsotillståndet hos befolkningen i varje samhälle." Kontrollen av alkoholens tillgänglighet blir en folkhälsofråga och

alkoholpolitik blir det centrala för prevention.

I Sverige har fyra åtgärder föreslagits i syfte att minska alkoholens tillgänglighet: information, registrering, prispolitik och ransonering. Inköpsregistrering avvisas från många håll då det gör intrång i den personliga integriteten. Prispolitik påverkar relativt sett mer omfattningen av andelen konsumenter och genomsnittskonsumtionen, medan ransonering är särskilt verksamt mot högkonsumenter. Sedan motboken slopades 1955 har man i Sverige främst satsat på prispolitik. Under de senaste 10 åren har emellertid realpriset för alkohol inte ökat och antalet arbetstimmar, som krävs för en liter brännvin, har minskat. Effekten av kraftiga prishöjningar kan belysas med Danmark som exempel. Där gjordes drastiska prishöjningar i slutet av första världskriget, varpå den genomsnittliga alkoholförsäljningen sjönk till 1/4 och antalet personer med diagnoser kronisk alkoholism och delirium tremens sjönk än mer. Socialpolitiska reformer har möjligen medfört att många högkonsumenter nu är mindre priskänsliga.

Allt fler svenskar kan tänka sig ransonering, enligt en pågående namninsamling. Det skulle minska tillgången på langarsprit och därigenom motverka langningen, vilken kanske ökat sedan motboken försvann.

Vad gäller informationsinsatser pågår en sjudande aktivitet på många håll. I Olofström samarbetar man i primärvården med kommunala organ och försöker engagera större föreningar i arbetet på ett drogpolitiskt program. Forskare i olika länder är emellertid skeptiska mot informationens effekter. Enligt chefen för alkoholpolitiska forskningsinstitutionen i Finland, har undersökningar på flera håll visat att alkoholupplysning knappast påverkar mottagarnas beteende och attityder.

Upplysningen driver emellertid fram debatten om alkoholproblem och om sätten att angripa dessa. Den påverkar politiken, som föder alkoholmotverkande lösningar. Konsumtionen hade kanske varit ännu större utan information. Vi bör alltså öka och förbättra upplysningen och bättre evaluera våra insatser.

Insatser riktade enbart mot alkoholen benämns ibland som specifika primärpreventiva åtgärder. Mer allmänna åtgärder för att skapa god hälsa och goda sociala förhållanden kallas generella primärpreventiva åtgärder. Effekten av dessa senare på alkoholvanor och överkonsumtion är oklar och svår att undersöka.

Den svenska alkoholpolitikens övergripande mål är att minska den totala alkoholkonsumtionen. En väg är att genom information påverka alkoholvanorna och en annan väg är att minska tillgängligheten genom olika restriktiva åtgärder, inklusive aktiv prispolitik, enligt SAMO-utredningen

(Regeringens samordningsorgan för alkoholfrågor). Anders Romelsjö anser att utredningen starkare borde betona effekten av ransonering och/eller en kraftfullare prispolitik än den föreslagna samt mer kritiskt värdera upplysningens möjligheter.

Han menade att bland dem som omhändertas enligt LOB eller döms för trafiknykterhetsbrott finns sannolikt många högkonsumenter och personer i tidig fas av alkoholberoende. Om anmälan av dessa till socialtjänsten leder till snabb och energisk utredning, eventuellt i samarbete med primärvården, trodde han att här finns viktiga insatser att göra.

Opponenten, Jan Halldin, förordade en uppdelning av preventionsbegreppet i primär, sekundär och tertiär prevention. I den sekundära preventionen på vårdcentraler, där man försöker upptäcka alkoholism på ett tidigt stadium, kan alkometern vara till stor hjälp. Han efterlyste en diskussion om motsättningarna inom svensk alkoholdebatt, bla mellan dem som förordar sociala åtgärder mot drickandet och de som stöder Bejerots modell att ingripa mot själva alkoholdrickandet. Vidare saknade Jan Halldin en diskussion om socialpolitik, speciellt om socialförsäkringssystemet. Beträffande sjukskrivning ansåg han att den borde vara retroaktiv och kopplad till krav på behandling samt nykterhet och han betonade riskerna med sjukpensionering. Inlägget avslutades med en fråga om vilka effekter den nya lagstiftningen kan få för alkoholpreventionen och effekten av de sk tillnyktringsenheterna.

I den efterföljande diskussionen påpekade Nils Bejerot att historiska pekade Nils Bejerot att historiska kunskaper visar att endast generella restriktiva åtgärder har haft effekt på alkoholkonsumtionen och att terapeutiska åtgärder inte ens haft någon marginell effekt. Detta bestreds av Anders Romelsjö, som hävdade att det finns vetenskapliga belägg för att frivillig behandling kan vara bättre än ingen behandling alls, vilket Hans Kristenssons undersökning från maj -82 bestyrker.

Enligt Nils Bejerot underhåller sjukvården alkoholproblem genom att man behandlar komplikationer av drickandet så att detta kan fortsätta. De viktigaste åtgärderna är att förstärka den sociala kontrollen och tidigt upprätta sociala spelregler, enligt N.B.

Socialläkaren Gunilla Landergrén från Göteborg ansåg att primärvården har ansvaret för den primära preventionen, medan sekundär prevention ska skötas inom psykiatri eller av socialläkare.

Tobaksfrågan och företagshälsovården

Företagshälsovården och tobaksfrågan belystes av Kristina Pellmer-Wramner, anställd som hälsoplanerare i Skaraborgs läns landsting, och Bengt Wramner, företagsläkare för Bygghäl-

san i Skaraborg. De definierar tobaksrökning som ett arbetsmiljöproblem pga följande förhållanden:

1. Ökad risk för arbetsolycksfall hos rökare
2. Ökad risk för yrkesallergier hos rökare
3. Genom att rökning orsakar ökad risk för omvandling av ämnen i arbetsmiljön till giftigare ämnen
4. Ökad exposition av ett visst ämne genom addition av detta ämne på arbetsplatsen och samma ämne bildat vid rökning
5. Ökad risk för viss sjukdom, vilken kan uppstå såväl genom viss arbetsexposition som genom att vara rökare
6. Synergistisk effekt av viss yrkesexposition hos dem som också är rökare
7. Tobaksröken som transportmedel för ämnen på arbetsplatsen
8. Den passiva rökningens problematik

För att undersöka inställningen till tobaksinformation och rökavvänjning i företagshälsovårdens regi hos förvärvsarbetande personer samt omfattning och art av passiv rökning, togs 70 personer ut genom slumpmässigt urval bland dem som under en viss tid genomgått hälsoundersökning vid Bygghälsan. De fick en enkät per post, som de fick besvara anonymt.

Studien visade att en stor majoritet av personer, anslutna till företagshälsovården inom byggbranschen, anser att företagshälsovården ska ge information om tobakens skadeverkningar och även erbjuda hjälp med rökavvänjning. Majoriteten av såväl rökare som icke-rökare föredrar helt rökfria rast- och måltidsutrymmen. Anmärkningsvärt många av dem som aldrig rökt eller är fd rökare upplever subjektiva obehag av att vistas i tobaksrök, såsom ögonirritation, huvudvärk, näs- och svalgbehag och hosta. Varje företagshälsovårdsenhet bör upprätta en anti-tobaksplan på grundval av bla analys av särskilda risker för rökare och hänsyn till effekter av passiv rökning.

Informationssystem om arbetsskador

Byrådirektör Elisabet Broberg, statistisk expert vid Arbetarskyddsstyrelsens ISA-avdelning, redogjorde för informationssystemet om arbetsskador och dess användningsmöjligheter inom preventivt arbete.

Sedan 1 januari 1979 är Arbetarskyddsstyrelsen huvudman för ISA, dvs informationssystemet om arbetsskador. Detta innehåller långtgående information om alla anmälda och utredda fall av arbetsolyckor, arbetssjukdomar och färdolyckor till och från arbetet.

Systemet bygger på information i alla sk "anmälan om arbetsskada" som lämnas in till försäkringskassorna i landet samt uppgifter om olika läkarutlåtanden om arbetsolyckor eller ar-

betssjukdomar inklusive försäkringskassornas promemorior i sådana ärenden.

Målsättningen med ISA är att öka kunskaperna om identifiering av risker i arbetsmiljön, utgöra underlag för utvärdering av arbetsskaderisker och att ge möjlighet till användning av de inrapporterade uppgifterna i praktiskt, förebyggande arbete i skyddskommittéer, företagshälsovård, yrkesinspektioner m.m.

I framställningen redogjordes för uppbyggnaden av register om arbetsolycksfall och misstänkta arbetssjukdomar, exempel på praktisk användning av utdata från ISA lämnades och svagheter i den nu lagrade informationen beskrevs.

Samhällsarbete

Den innehållsrika dagen på Kronan avslutades med en medryckande berättelse om "Prevention genom samhällsarbete" av Viveca Urwitz, lärare i socialt arbete vid Karolinska institutet. Hon delgav oss sina personliga erfarenheter från Ragunda kommun, där hon tillsammans med studenter från Socialhögskolan i Östersund engagerat sig i ett projekt med kvinnor i glesbygd. Med utgångspunkt från detta redogjorde hon för de grundläggande systemen i socialt förändringsarbete.

Genomgripande och långtgående samhällsprocesser; industrialisering, urbanisering och befolkningsomflyttningar ger upphov till nya samhälleliga strukturer, tex snabbt uppbyggda bostadsområden, dit människor från många olika länder med olika sociala eller kulturell bakgrund flyttar. Dessa för människorna skadliga eller dåliga strukturer innebär att deras liv påverkas av samhällsprocesserna och strukturens utformning. Dessa människor uppvisar de individuella, personliga problem som vi möter som socialarbetare eller läkare.

I det förebyggande arbetet kan två perspektiv urskiljas: det "socialadministrativa" perspektivet och "gräsrotsperspektivet". Det första innebär att staten griper in och kompenserar de brister som industrialismen genom urbanisering, omflyttning, isolering, atomisering och en bristande social kontroll eller normlöshet åstadkommit. Detta kan ske tex genom en bättre planering grundad på befolkningsundersökningar. Anpassningsproblemen försöker man förebygga genom att förändra den formella sociala kontrollen till att bli mer informell, exempelvis flytta socialvård och sjukvård ut i när-samhället.

"Gräsrotslinjen" tar sin utgångspunkt i att relationen mellan människor och samhället måste förändras för att man ska kunna förebygga sociala problem. Syftet är då att människor själva tillsammans granskar sina erfarenheter, formulerar dem och därefter själva tar del i förändringsprocessen. Projektet "Kvinnor i glesbygd" var ett lyckat försök att omsätta "gräsrots-



Sjukhusens öppenvård minskar när primärvården byggs ut

MARKUS KALLIOINEN · PER OLSSON

I samband med öppnandet av en ny vårdcentral i Sundsvalls centrum har gjorts en studie av vårdkonsumtionsförändringarna för befolkningen i upptagningsområdet. Studien omfattar akuta och planerade läkarbesök på Sundsvalls sjukhus, vårdcentralen och hos privatläkare månaderna februari och mars åren 1980–1982.

Det första årets siffror speglar situationen före öppnandet av vårdcentralen, som skedde 4 februari 1981. Resultatet visar en tydlig nedgång i antalet läkarbesök vid både akutmottagning och övriga mottagningar vid Sundsvalls sjukhus åren 1981 och 1982, samtidigt som besöken inom primärvården ökat markant. Den totala vårdkonsumtionen har

legat i huvudsak oförändrad under de tre åren, varför en verklig avlastning av sjukhusmottagningarna synes ha skett.

Nyckelord: Sjukvårdsutnyttjande. Samverkan primärvård-sjukhusvård.

Introduktion

Utgör primärvårdssatsningen en avlastning för sjukhusens mottagningar? Detta är en kärnfråga i debatten om primärvårdens utbyggnad.

Att en väl fungerande primärvård medför färre besök på sjukhusens mottagningar har visats genom geografiska jämförelser i ett landstingsområde (1) och genom jämförande studier före och efter en utbyggnad av primärvården (2, 3). Från Danderyds sjukhus ifrågasattes avlastningseffekten på mottagningen med utgångspunkt i besöksstatistik från åren 1970–1980 (4). Nyttan av att ha distriktsläkare, distriktssköterskor och annan primärvårdspersonal i glesbygden, långt från sjukhusen, har aldrig på allvar ifrågasatts, men däremot fortsätter diskussionen om hur förhållandena är och bör vara i större städer och över huvud taget på orter med sjukhus och specialistmottagningar. Med det som bakgrund beslutade man i samband med öppnandet av vårdcentralen Centrum i

perspektivet" i praktiskt arbete. Målsättningen var att mobilisera kvinnorna till att kritiskt granska sin situation, artikulera sina behov och eventuellt organisera sig för att uppnå förändring. Man samlade och systematiserade information om dessa villkor och behov. Att medvetandegöra och mobilisera gruppen var ett tålamodsprövande arbete. Även om man kan läsa i tio böcker om hur man förankrar ett projekt i befolkningen, kan man ändå aldrig veta exakt hur det ska göras i varje specifik situation.

Viveca Urwitz sammanfattade sitt inlägg med att tala om värlfärdssamhällets kris, där den totalomslutande teknokratiska vården inte hjälper. I stället ropar man på andra insatser. Förebyggande insatser inom hälso- och

sjukvården är ett sätt. Det gäller att vara på sin vakt så att dessa insatser inte blir lika teknokratiska och passiviserande. Exemplet ovan gavs för att visa att de experiment som pågått inom socialt arbete i över tio år, har lärt oss något om möjligheterna men också om fällorna i ett sådant arbete.

Författarpresentation

Unda Lönnkvist, vid tiden för mötet vikarierande distriktsläkare vid Institutionen för Socialmedicin, Karolinska institutet, Sundbyberg.

Johan Hallqvist*, FV-läkare i socialmedicin vid Institutionen för Socialmedicin, Karolinska institutet, Sundbyberg.

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Sundsvall att genomföra en vårdkonsumtionsundersökning med syfte att studera förändringarna i den öppna vården vid Sundsvalls sjukhus.

Vårdcentralen Centrum betjänar stadskärnan i Sundsvall med knappt 11.000 invånare. Från 1975 fram till öppnandet av den nya vårdcentralen i februari 1981 hade det rått en vakanssituation på samtliga distriktsläkartjänster i området, och patienterna hänvisades till sjukhusets mottagningar. Sundsvalls nya sjukhus stod klart 1975. I samband härmed skedde en synnerligen snabb tillväxt av antalet läkartjänster vid många kliniker. Under 1976–1981 upprätthölls och bemannades från medicinkliniken en separat, provisorisk mottagning för "distriktsläkarfall" av invärtesmedicinsk karaktär för centrumbefolkningen.

Samtidigt med öppnandet av vårdcentralen genomfördes en mindre distriktsförändring, varigenom cirka 3.000 personer överfördes från en närbelägen vårdcentral. Det slutliga upptagningsområdet omfattar således totalt knappt 14.000 personer.

Material och metod

Genom insamling av kvitton avseende läkarbesök i öppenvård under månaderna februari–mars åren 1980–1982 från sjukhusmottagningar, akutmottagning och distriktsläkarmottagningar har besöken i den offentliga sjukvården studerats. För privatpraktikerna har uppgifter inhämtats genom läkarsvårskvitton som ersatts av försäkringskassan. Patienterna har tillförts respektive vårdcentralens upptagningsområde efter uppgiven adress på kvittot. Någon uppdelning på sjukhusets olika mottagningar har inte skett annat än vad gäller akutmottagningen, vil-

ken redovisas separat. I siffrorna för sjukhusets akutmottagning ingår också jourcentralens besök, då receptionen för dessa båda sköts gemensamt. Materialinsamling och bearbetningar är gjorda manuellt.

Resultat

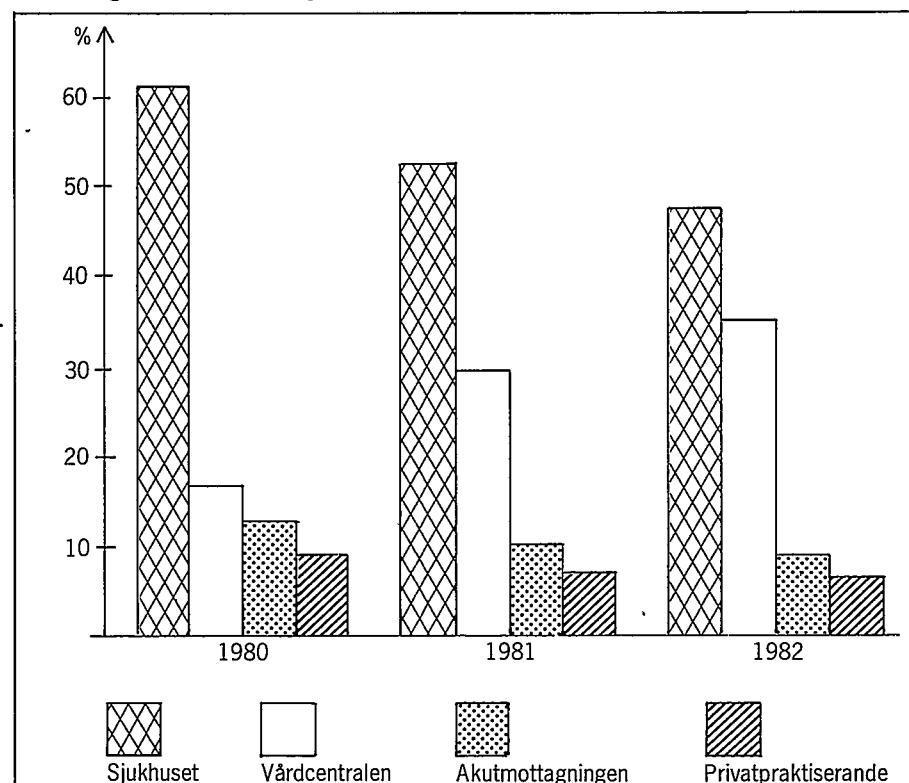
Efter tillkomsten av vårdcentralen Centrum har skett en markant minskning av antalet besök från dess upptagningsområde vid både akutmottagning och övriga mottagningar på sjukhuset (se figur). Mest uttalad är minskningen av akutbesöken, vilka reducerats med cirka 26 procent från 1980 till 1982, under det att reduktionen är något mindre, cirka 21 procent, beträffande besök på övriga mottagningar.

Andelen av besöken som sker på vårdcentralen har ökat i motsvarande utsträckning, medan besökstalet hos privatpraktikerna minskat. Totalt sett har öppnandet av vårdcentralen ej resulterat i ett ökat vårdutnyttjande, räknat i antal läkarbesök (se tabell). Från övriga distrikt inom Medelpads sjukvårdsförvaltning har samtidigt skett en genomsnittlig minskning på 7,5 procent vad gäller akutmottagningen och 6 procent vid övriga mottagningar.

Tabell

Totalt antal läkarbesök fördelat på vårdgivarkategori

	1980	1981	1982
Sjukhusmottagningar	3626	3350	2877
Akutmottagning	756	621	562
Vårdcentral	987	1892	2102
Privatläkare	561	469	414
Totalt	5930	6332	5953



Figur.
Procentuell fördelning av läkarbesöken 1980–1982.

Diskussion

Undersökningen visar att det i samband med utbyggnaden av primärvården i centrala Sundsvall skett en ökning av antalet distriktsläkarbesök och en motsvarande minskning av besöksantalet vid sjukhusmottagningarna. Denna omfördelning har ägt rum inom ett totalt sett oförändrat vårdutnyttjande. Tyvärr medger materialet ingen bedömning av vårdkonsumtionsförändringarna kliniskt.

Resultaten kan tolkas som ett stöd för de antaganden som legat till grund för primärvårdsutbyggnaden; en minskad benägenhet att söka specialistvård för sådana hälso- och sjukvårdsproblem som lika väl kan handläggas av allmänläkare. En reell avlastning av sjukhusmottagningarna synes ha skett. Hur stor del av denna som beror på de vårdökandes egna preferenser har ej kunnat studeras. Från några sjukhusmottagningar har en aktiv styrning till primärvården skett. Vid akutmottagningen har en striktare handläggning av sökande också medfört en utslussning av patienter till vårdcentralerna.

Fortfarande ett år efter vårdcentralens öppnande görs dock bara 35 procent av alla läkarbesök i primärvården. Tillsammans med privatläkarbesök och sjukvård inom företagshälsovården (som studerats i annat sammanhang för denna befolkning) kommer siffran upp i cirka 45 procent.

I en tidsbegränsad undersökning med något annan uppläggning kunde påvisas att 20–25 procent av besöken på öronkliniken var att rubricera som allmänläkarfall vid gemensam bedömning av allmänläkare och specialist. I Dalby-studien 1973–1974 fann man varierande siffror på andelen allmänläkarfall för de olika sjukhuskliniker; upp till 50 procent för invärtesmedicin, medan endast 12–15 procent för bla kirurgi och ortopedi (5). Det finns skäl att anta att en hel del "distriktsläkarfall" ännu tas om hand inom sjukhuset.

Slutsatsen av denna lilla undersökning är att en utbyggnad av primärvården ger en reell avlastning av sjukhusets öppenvård, både vad gäller akuta och planerade besök. Våra erfarenheter tyder emellertid också på att det fortfarande finns en stor del allmänläkarfall på sjukhusets mottagningar.

Litteraturförteckning

1. Bengmark B: Läkartidningen 1981; 78: 1979–1980.
2. Frick JO m fl: Läkartidningen 1976; 73: 1211–5.
3. Sjönell G: Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin i Sollentuna, 3/1981, 28–32.
4. Eklund AE: Läkartidningen 1981; 78: 1866–7.
5. Lithman T, Scherstén B: Nordisk Medicin 1976; 91: 285–7.

Författarpresentation

Markus Kallioinen*, distriktsläkare.

Per Olsson*, distriktsläkare.

*Vårdcentralen Centrum, Skönsbergsvägen 1, 852 50 Sundsvall.

Ett försök att ta HSL på allvar

FINN DIDERICHSEN

Norrbottnens läns landsting har utarbetat en hälso- och sjukvårdspolitisk principplan inför 90-talet (HSBD 90). Det är första gången som ett landsting i en principplan försöker konkretisera vilka konsekvenser som den nya hälso- och sjukvårdslagens krav om god hälsa, vård på lika villkor och behovsbaserad planering får i form av prioritering, mål och resursfördelning.

Nyckelord: Hälspolitik, planering, Norrbotten.

Kartläggning och prioritering

Planeringen sker i fem steg:

1. Grundläggande är en *kartläggning* av 1) brister i befolkningens hälsa och för det andra 2) brister vad gäller befolkningens möjligheter att på lika villkor få del av en ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Tillsammans med politiskt bestämda prioriteringskriterier kan en sådan kartläggning ligga till grund för formulering av övergripande hälsopolitiska *prioriteringar*. Norrbottens län har i sin principplan prioriterat följande områden.

I *Hjärt-kärlsjukdomar*, som står för 50 procent av alla dödsfall bland norrbottningar under 75 år. Dessutom är dödligheten bland medelålders män 30 procent högre än riksgenomsnittet och tendensen har varit ökande under 1970-talet.

II *Psykisk ohälsa*. Trots att andelen personer som säger sig ha nervösa besvär har minskat under 1970-talet, har antalet självmord i Norrbotten ökat markant och är i dag den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 20-40 år. I samma åldersintervall är psykisk ohälsa anledningen till hälften av alla vårddagar. Dessutom är andelen personer som vårdas under psykiatrisk diagnos över dubbelt så vanlig bland arbetare som bland högre tjänstemän.

III *Olycksfall*. Trots avsevärda framgångar med förebyggande arbete är olycksfall fortfarande den vanligaste

dödsorsaken bland barn och ungdom under 20 år. Dessutom är kunskapen om hur vi skall förebygga olycksfall god.

IV *Rörelseorganens sjukdomar* är den typ av sjukdomar som är vanligast när man frågar befolkningen själv. De är betydligt vanligare i Norrbotten än i övriga riket. De sociala klyftorna i fördelningen av denna typ av besvär tycks öka under 1970-talet. Dessutom förefaller sjukvårdens insatser för denna sjukdomsgrupp vara särskilt bristfälliga.

V *Omsorgerna om de äldre*. Norrbotten har i dag en relativt ung befolkning och därför kommer andelen äldre människor över 80 år att öka kraftigt under resten av detta sekel. Den relativa läkarbristen i Norrbotten tycks särskilt drabba äldres tillgång till vård och dessutom hindrar det bristande samarbetet mellan landsting och kommun en behövlig satsning på sjukvård i hemmet och minskat beroende av slutenvård.

Norrbottnensplanens prioriteringar bygger således på politiskt bestämda kriterier som dels rör olika sjukdomars konsekvenser i form av långvarigt lidande och handikapp samt för tidig död, dels ohälsans sociala och regionala fördelning, och dels brister i sjukvårdens sätt att tillgodose vårdbehoven.

Målformulering

2. Nästa steg i planeringsarbetet är en inventering av kända och effektiva förebyggande behandlande och rehabiliterande *åtgärder* som kan vidtas både inom och utanför hälso- och sjukvårdens direkta ansvarsområde. Våra kunskaper om effekten av olika hälso- och sjukvårdsinsatser är minst sagt mycket bristfällig. Det gör det också mycket svårt att formulera konkreta och realistiska *mål*. På vissa områden är kunskapen dock bättre och således har tex Trafiksäkerhetsutredningen formulerat ett mål om 30 procents minskning av trafikolycksfallen under 1980-talet.

Vems ansvar?

3. När man väl preciserat ett hälsopolitiskt handlingsprogram för varje av de prioriterade områdena blir nästa steg att precisera vilket *ansvar* landstinget och hälso- och sjukvården har och vilka insatser som åligger andra samhälls-

sektorer. Man får alltså i detta steg en katalog över prioriterade insatser som landstinget ansvarar för. Dessa kan lämpligen uppdelas i förebyggande, botande/lindrande samt rehabiliterande insatser. För varje av dessa verksamhetsområden preciseras arbetsformer, arbetsfördelning och kompetenskrav. Det gäller exempelvis i det förebyggande arbetet att precisera ett antal arbetsformer som kan omfatta kartläggning och analys av ohälsan och dess orsaker, medverkan i samhällsplanering, hälsoupplysning samt uppsökande verksamhet. För varje av dessa verksamheter krävs en viss arbetsfördelning mellan primärvård och länssjukvård och för varje av dessa områden ställs det vissa specifika kompetenskrav på personalen.

Behovsbaserad resursfördelning

4. När allt detta har preciserats kan man sammanfatta principplanens förslag i riktlinjer för *resursfördelning* mellan olika verksamheter, vårdnivåer och geografiska områden. Enligt HSL:s 7 § ska planeringen vara behovsbaserad. En behovsbaserad resursfördelning bygger i princip på tre steg:

a) En kartläggning av befolkningens *ohälsa* i olika perspektiv (hälsorisker, sjuklighet, funktionsnedsättning och handikapp).

b) En normering av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att nå uppställda mål i termer av förbättrad folkhälsa.

c) En transformering av dessa insatser till resurser som behövs för att möjliggöra de planerade insatserna.

Men då vår kunskap om effekterna av olika insatser är bristfällig blir en sådan konsekvent behovsbaserad resursfördelning en utopi. Att ändå försöka gör det mycket tydligt för oss vad det är vi *inte* vet ger oss därför ett viktigt underlag för att besluta vilka krav vi ska ställa på framtida hälsodata för planeringen. Norrbottensplanen ställer därför förslag om betydande insatser för att få en bättre utvärdering av hälso- och sjukvårdens effekter, men anser sig samtidigt med dagens kunskap kunna hävda att en ökad resursanvändning på förebyggande insatser har bättre effekt på folkhälsan än dagens resursfördelning.

För den relativa resursfördelningen mellan olika geografiska områden (pri-

märvårdsområden) kan en lösning vara att hoppa över normering av insatser (punkt b ovan), och direkt relatera resursfördelningen till fördelningen av vissa indikatorer på ohälsa. Man har sedan länge i sjukvårdsplaneringen använt ålder som en grov behovsindikator. Men på senare år har man i bland annat England och Norge tagit in mått av typ dödlighet och förtidspensionering för att styra resurserna till områden där de bäst behövs. Tabell 1 visar vilka konsekvenser använd-

Tabell 1.
Exempel på faktorer som kan styra resursfördelning mellan länets kommuner.

Kommun	a Ålder	b Ålder× dödlighet	c Ålder×(sjuk- frånvaro+för- tidspension)
Boden	104	101	105
Luleå	93	87	92
Kalix	106	104	100
Överkalix	115	120	127
Haparanda	105	117	107
Övertorneå	114	109	115
Gällivare	97	104	112
Jokkmokk	108	113	100
Kiruna	90	104	105
Pajala	113	129	128
Arjeplog	112	110	123
Arvidsjaur	112	109	93
Piteå	100	93	85
Älvsbyn	104	104	97
Länet	100	100	100

a Vågd åldersfördelning 1979. Personer över 64 har fått vikten 4,1, övriga vikten 1. Detta motsvarar sjukvårdskostnaderna per person 1976 i de två åldersintervallerna. Enligt Jönsson, IHE-meddelande 1980: 3.

b Vågd åldersfördelning multiplicerad med kön och åldersstandardiserat dödstal 15-74 år (1969-78).

c Vågd åldersfördelning multiplicerad med summan av index för sjuktal 1978-1980 och kön och åldersstandardiserad andel förtidspensionärer (1979).

ningen av denna typ av mått får för resursfördelningen till olika kommuner i Norrbottens län.

HSL i praktiken

5. Det sista men kanske allra viktigaste steget i en principplan av detta slag är hur planen skall få genomslagskraft i det praktiska arbetet. Det gäller i första hand att utveckla instrument med vilket förslagen om resursfördelning får genomslag i de femåriga ekonomiska planerna och i årsbudgeteterna för landstinget. Det är välkänt att det under 1970-talet har producerats en mångfald av principplaner där en satsning på primärvård har prioriterats. Ändå har primärvårdens relativa andel av sjukvårdens budget inte ökat under 1970-talet. Alltför lite tid har ägnats åt att belysa vilka hindren har varit för de politiska besluten genomslag i verkligheten. I Norrbottens-planen har man gjort den bedömningen att det inte räcker att principplanerna preciserar sjukvårdens kvantitet och struktur utan man måste även precisera verksamhetens innehåll utifrån en bedömning av dess effekter på befolkningens hälsa.

Arbetet med denna principplan har gett oss många värdefulla lärdomar: En behovsbaserad planering blir mycket fragmentarisk i första hand för att hälso- och sjukvårdens redovisning av sin egen verksamhet är utomordentligt bristfällig. I dag är en prioriterad förbättring hälsodata, diagnos/besöksorsaksregistreringen i öppen vård. Vi skulle dock vilja framhålla att sett ur en planeringssynvinkel är det mycket mera angeläget att precisera hur hälso- och sjukvårdens resurser används i dag, till vilka förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser går personalens tid, vilka patientgrupper nås och vilken effekt får det på patienternas och befolkningens hälsa. Att utveckla metoder för registrering av

resurser, åtgärder och effekt borde ha hög prioritet.

Det blir också, i ett planeringsarbete som detta, mycket tydligt att hälso- och sjukvårdslagens krav på helhetssyn kombinerad med en decentralisering av det hälsopolitiska ansvaret till landstingen är motsägelsefylld. Landstinget har mycket små möjligheter att påverka de grundläggande faktorerna i samhället som påverkar folkhälsan. Det är staten som har hand om arbetsmiljölagstiftning, arbetsmarknadspolitik, alkoholpolitik m.m. och det är kommunerna som har hand om boendemiljö, planering, miljöskydd och barnomsorg. Landstingen tvingas således med eller mot sin vilja in i ett individinriktat arbetssätt utan helhetssyn på ohälsan och dess orsaker. Motsvarande gäller lagstiftningens mål om vård på lika villkor. kartläggningar visar att tillgång till fast läkare vid behov är mycket vanligare bland den yrkesverksamma delen av befolkningen med tillgång till företagshälsovård än bland den icke yrkesverksamma delen av befolkningen, som ofta har större behov. Men den nya hälso- och sjukvårdslagen har lämnat företagshälsovård och annan privat sjukvård utanför landstingens möjlighet att styra.

Författarpresentation

Finn Diderichsen, distriktsläkare vid forskningsenheten i Luleå.*

*Postadress: Karolinska Institutet, Socialmedicinska institutionen, Forskningsenheten i Luleå, Storstigen 22, 951 38 Luleå.

Nästa nummer av AllmänMedicin

Basdatagruppens rapport medföljer som supplement.

Debatt om basdata i primärvård. Inlägg är välkomna före den 27 maj.

Hjärt- och kärlsjukdomar i allmänläkarvård

ANDERS ÖVERBY

I ett tidigare nummer av AllmänMedicin fanns en artikel om prevention av hjärt- och kärlsjukdomar. I detta nummer diskuteras mer ingående bla blodfetterubbnings, hjärtglykosider, salt och psykogena mekanismer för utveckling av högt blodtryck samt vilka krav och åtgärder en allmänläkare kan ställa vid profylax – behandling av cirkulationsorgansens sjukdomar.

Nyckelord: Hjärt- och kärlsjukdomar, debatt.

Inledning

Olika problem förknippade med handläggning av patienter med cirkulationsorganens sjukdomar togs upp i ett tidigare nummer av denna tidskrift (1). Avsikten med denna artikel är dels att belysa ytterligare områden inom allmänläkarvården där ett nytänkande kan vara motiverat, dels att litet mer utveckla de frågeställningar som tidigare togs upp. Kanske kan detta bilda underlag för mer debatt och en mer engagerad hållning från allmänläkarna inom området hjärt- och kärlsjukdomar. Vi måste våga ställa mer krav på om- och nytänkande gentemot medicinklinikerna som ju i stor utsträckning styr vårt handlande.

Hjärtglykosider

Digitalispreparat är värdefulla för behandling av hjärtinkompensation och förmaksflimmer. Det är väl känt att det inte är ett ofarligt läkemedel, det terapeutiska intervallet är snävt. En dubbelning av serumkoncentrationen kan räcka för att besvärande biverkningar skall uppträda. Dessutom kan patienten uppvisa biverkningar trots en normal digoxinkoncentration i serum. Incidensen av digitalisintoxikation har angetts till 9 procent vid singleterapi och till 24 procent vid samtidig tillförsel av diuretikum (2). Särskilt känsliga för digitalis är äldre människor eller människor med hypothyreos, lungsjukdomar mm (3).

Interaktionsproblemen är legio. Tex verapamil som ökar digoxinkoncentrationen avsevärt genom att hämma utsöndringen. Thiaziddiuretika ökar kaliumutsöndringen och därmed hjärtats känslighet för digoxin, det är inte säkert att samtidig kaliumtillförsel förhindrar detta på grund av att patienten även har en thiazidutlöst magnesiumbrist (4). Mindre känt är att bredspektrumantibiotika till en patient under behandling med digoxin kan medföra en fördubbling av digoxinkoncentrationen (5): hos en del patienter inaktiveras digoxin av tarmbakterier. Erytromycin eller tetracyklin kan då medföra en höjning av serumkoncentrationen av digoxin. Många andra interaktioner finns också.

På många håll i Sverige tillämpas okritiskt en kronisk behandling med digitalisglykosider. Det har på senare år publicerats flera studier som visar att man ofta kan sätta ut digitalispreparat hos många långtidsbehandlade. I Acta Medica Scandinavica redovisades från långvårdskliniken i Skellefteå hur man kunde sätta ut digoxin hos kompenserade patienter utan hastigt förmaksflimmer (6). Av 143 undersökta klarade sig 81 procent utan digoxin efter 2 månader. Av kanske litet större betydelse är en amerikansk dubbelblind crossover studie med digoxin och placebo (7). 30 patienter med kronisk hjärtinkompensation i kliniskt gott skick undersöktes. Ingen försämrades under 3 månaders placebo. Några smärre EKG-förändringar uppträdde efter digoxinutsättningen liksom små förändringar i hjärtindex men ingen klinisk försämring av hjärtinkompensationen uppträdde under 19 månaders uppföljning. Författarna konkluderar att långtidsbehandling med digoxin bara har liten effekt på hjärtfunktionen utan synlig klinisk betydelse på kompenserade patienter.

Det finns all anledning för allmänläkare och andra specialister att skärpa sina indikationer för digitalisterapi. Anamma inte okritiskt en pågående digitalisbehandling oavsett om den satts in av en allmänläkarmottagning eller medicinklinik. Jag har själv i många fall satt ut en kronisk digitalisterapi utan att patienterna blivit sämre. Tvärtom, man blir förvånad över hur många som tex får bättre aptit eller blir av med sina magbesvär.

Strama upp kriterierna för nyinsättning av digitalis: tex en patient med

hjärtinkompensation som inte svarat på diuretikum eller en patient med hastigt förmaksflimmer. Något allmänt hjärtvitamin är digitalisglykosiderna definitivt inte! Allmänläkarna kan exempelvis påverka den lokala läkemedelskommittén att ta upp detta i sina rekommendationer.

Det kan nämnas att i Västtyskland är problemet ännu större (3). Man har där 300 (!) specialiteter med hjärtglykosider och behandling med digitalis är 10 gånger vanligare än i Storbritannien.

Psyke och blodtryck

Ett gammalt talesätt är att blodtrycket stiger när man blir arg. För några år sedan visade en svensk grupp att akut bullerexposition gav en övergående blodtrycksstegring (8). Dessa forskare framförde hypotesen att upprepade blodtrycksstegringar utlösta av buller skulle kunna ge en strukturell ombyggnad i motståndskärlen och därmed permanent högt blodtryck. Från Statens Institut för Psykosocial Medicin har man påvisat att yrken med mycket skiftarbete och enformigt arbete uppvisar en ökad risk för hjärtinfarkt (9). Samma förhållande förelåg i yrken med mycket jäkt där man samtidigt hade en brist på inflytande eller utveckling i arbetet.

Sverker Jern i Göteborg har nyligen framlagt en avhandling om psykologiska och hemodynamiska faktorer i borderline hypertension (10). Han föreslår att borderline hypertension kan vara första fasen i utvecklingen av permanent hypertoni men risken för det senare uppskattas till 20 procent. Jern hävdar att påvisandet av hög irritationsnivå och förändrad psykoфизиologist svar (= stegring av blodtrycket vid stress) hos personer med gränsvärdestryck kan tala för förändrad autonom regulation av blodtrycket i det tidiga skedet av blodtryckssjukdomen. Så småningom uppträder sekundärt strukturella kärlförändringar (och därmed permanent högt blodtryck) och stressfaktorerna kommer i bakgrunden. Dessa teorier är inte alls bevisade men om de är riktiga har ju allmän- och företagsläkarna en viktig uppgift i vad det gäller att påverka arbets- och hemmiljö i populationen för att minska sjukligheten i högt blodtryckssjukdomen.

Hypothyreos

Några schweiziska forskare anser att asymptomatisk hypothyreos är en riskfaktor vid samtidig hjärt-kärlsjukdom, hyperlipämi eller diabetes mellitus (11). Dessa patienter saknar kliniska symptom på hypothyreos och har normala T3- och T4-värden. TSH är dock stegrat antingen basalt eller efter TRH-belastning. I epidemiologiska undersökningar har asymptomatisk hy-

pothyreos hittats i mellan 3–7,5 procent av de undersökta. Det kan därför finnas anledning att screena för (och enligt de schweiziska forskarna behandla) asymtomatisk hypothyreos i vissa riskgrupper. Nedsatt ämnesomsättning ger ju rubbningar i fettomsättningen.

Salt

I min tidigare artikel i AllmänMedicin berördes frågan om natriumjonens roll för hypertoniutveckling. Indicierna för att natrium spelar en väsentlig roll för utvecklingen av högt blodtryck ökar. Lancet, som har höga vetenskapliga krav på publicerade artiklar, har under 1982 innehållit 3 artiklar i natriumfrågan.

Graham MacGregor och medarbetare, på Blodtrycksenhetsen på Charing Cross Hospital i London, har genomfört en dubbel-blind crossoverstudie om måttlig natriumrestriktion vid essentiell hypertoni (12). Från början instruerades alla patienterna att inte salta på maten och att undvika saltrik kost vilken diet bibehölls under hela studien. Efter 2 veckor på enbart diet startade den randomiserade crossoverstudien med 1 månads behandling med natriumtabletter versus 1 månads behandling med placebo. Efter 2 veckor på natriumfattig kost sjönk både systoliskt och diastoliskt tryck vilket var mer uttalat i 4:e veckan. De brittiska forskarna anser att denna moderata natriumrestriktion sänker blodtrycket lika mycket som enbart behandling med betablockare eller diuretika gör. MacGregor anser att vid mild måttlig hypertoni bör natriumrestriktion vara första åtgärden. Man slipper då obehagliga metabola biverkningar av diuretika och betablockare.

Ett halvår senare publicerade Lancet en annan studie, från Australien, som också visar att undvikande av natrium sänker blodtrycket (13). Dessa forskare anser dessutom att den blodtryckssänkande effekten av kalori-restriktion beror på minskat intag av natrium. Som bieffekt i den australiensiska studien fick man en 2-stjärnigt signifikant humörstegring i gruppen behandlad med natriumrestriktion vilken också använde färre analgetika. Dessa senare uppgifter bör man dock ta med en nypa salt (!).

Graham MacGregor återkom ett halvår efter offentliggörandet av sin första studie med en ny undersökning som visar att extra intag av kalium sänker blodtrycket (14). Också detta en elegant dubbel-blind crossoverstudie. Natriumkonsumtionen bibehölls normal. Medelartärtrycket sjönk 4 procent (i natriumstudien 6 procent). Det är känt att intraarteriell infusion av kalium ger kärlvidgning. Denna typ av behandling skall ej användas vid allvarlig njursufficiens.

Det bör påpekas att MacGregors försök är utförda under mycket standardiserade mätförhållanden: samma

veckodag, samma tidpunkt på dagen, samma sköterska, samma undersökningsrum samt givetvis samma arm. Man utnyttjade halvautomatiska sfigmomanometrar baserade sig på ultraljud.

Vittnesmålen om att påverkan av kroppens intag av natrium och kalium kan positivt påverka högt blodtrycks-sjukdomen är nu så många att det finns anledning för allmänläkarna att ta upp denna terapi. Tala med Din dietist! En av fördelarna med denna behandlingsform är att patienten blir mer medveten om sin sjukdom och får ta mer ansvar för sin hälsa.

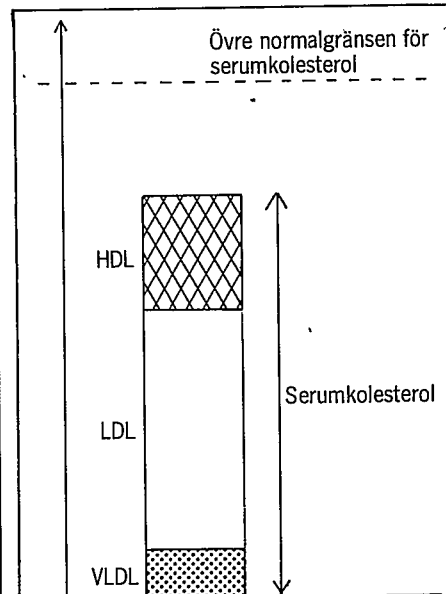
Effekten av natriumfattig kost har varit känd i 80 år, effekten av kaliumtillförsel i 50 år. Gamla sanningar blir nya.

Blodfetter

Alltfler undersökningar talar för att thiaziddiuretika och vissa betablockare oförmånligen påverkar blodfetterna (15). Från tyskt håll hävdas att om man ger ett thiaziddiuretikum och därmed sänker det diastoliska trycket med 5 mm så kan man samtidigt få en stegring av total kolesterol med 8 procent. Dessa effekter motverkar varandra och kan helt upphäva den förväntade reduktionen i sjuklighet och dödlighet i koronarsjukdom (15). Man påpekar att det är helt klart att överlevnadskurvor för behandlade hypertoniker är bättre än för obehandlade trots de ogynnsamma lipideffekterna. Detta beror på minskningen av tryckassocierade komplikationer såsom hjärnblödning, hjärtinsufficiens och dissekerande aneurysm. Det är oklart om det skett någon nedgång i frekvensen av koronar hjärtsjukdom (angina pectoris, hjärtinfarkt) som följd av hypertonibehandlingen vilket skulle kunna bero på lipideffekten.

Stephan Rössner från Karolinska sjukhuset hävdar att serumlipider skall analyseras hos hypertoni-patienter (16): Totalkolesterol består efter lipoproteinelfores huvudsakligen av VLDL-, LDL- samt HDL-fraktioner (se figur 1). Förhöjning av VLDL och LDL är kopplat till utveckling av atherosclerosis. HLD förefaller att skydda mot atherosclerosis. Stegtrat total kolesterol kan bero på högt VLDL, LDL eller HDL. Inom ramen för ett normalt total kolesterol kan man ha högt VLDL och lågt HDL och därmed ökad risk för kärlsjukdom.

Rössner och medarbetare har visat att de som utvecklade "stroke" under 55 års ålder hade signifikant sänkning av HDL-kolesterol. Liknande har observerats beträffande ischämisk hjärtsjukdom och HDL. Rössner påpekar att betablockerarna propranolol, sotalol, metoprolol och atenolol kan öka VLDL- och/eller minska HDL-kolesterol, Pindolol och oxprenolol tycks ha obetydlig effekt på lipiderna. Thiaziddiuretika ökar LDL- och minskar HDL-kolesterol.



Figur 1

Totala serumkolesterol kan huvudsakligen uppdelas i tre fraktioner. (Modifierat efter Rössner, referens 16).

Företrädare för Oslo-studien vid hypertoni uppger att triglycerider stegrades av oxprenolol och propranolol (17).

Från USA har rapporterats att beta-2-stimuleraren terbutalin, som används vid astma, ökar HDL-kolesterol (18). Stegningen är av samma storleksordning som HDL-ökningen i ett hjärtpreventivt behandlingsprogram. Men – terbutalin höjer också blodglukos och hjärtfrekvensen vilket kan motverka nyttan av HDL-ökningen. Samma forskare anser att HDL är kroppens "renhållningskarl" för kolesterol: det tar bort kolesterol från cellerna och för det till levern för utsöndring.

Idag är det på få ställen i Sverige man rutinmässigt gör analys av lipoproteiner.

Alltfler studier visar således att VLDL-, LDL- och HDL-kolesterol utgör riskfaktorer för respektive mot hjärt-kärlsjukdomar. De förändras också av vissa farmaka. Totalkolesterol kan vara normalt men ändå innehålla förändringar som utgör en riskfaktor. En av allmänläkarnas uppgifter är att ta reda på personer med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (högt blodtryck, tobaksmissbruk, sockersjuka, lipidrubbingar mm). Vi måste då kunna ställa krav på kemlab att man tar upp analys av lipoproteiner som rutin. Det finns i gengäld andra kemiska analyser som man kan avstå från.

Om en person har ett normalt total kolesterol men stegrad VLDL-fraktion bör detta sätta ökad press på oss att få ned hans höga blodtryck. Om däremot i stället HDL är ökat så kan man kanske inta en mer avvaktande hållning. Den moderne allmänläkaren bör ju helst åtgärda en sjukdom innan den kräver medikamentell behandling eller specialistvård.

Cancer och betablockare

Ingen har visat att de betablockare

som idag finns på marknaden kan öka risken för cancer. En brittisk klinisk farmakolog har påpekat att 2 betablockare har tagits bort från kliniska försök på grund av fara för carcinogena testresultat hos djur (19). Något samband visades dock ej. Samme forskare skriver att långvarig och intensiv betablockad kan ha effekt på spontant förekommande tumörer. Lymfocyterna deltar ju i det immunologiska försvaret och de innehåller betareceptorer. Ännu har dock ingen effekt visats av sådan betablockad.

Slutsatser

Avsikten med denna och föregående artikel är att bland allmänläkarna skapa en mer aktiv attityd i fråga om behandling av hjärt-kärlsjukdomar. Det är lätt att på slentrian fortsätta i av oss själva eller av medicinklinikerna invanda fotspår. Vi måste mer ifrågasätta dagens diagnostik och terapi och komma med krav på förändringar. Om vi skall vänta tills förändringen når oss "klinikvägen" kan det för många av våra patienter vara för sent. Det är vi som skall se till att de kan stiga på tåget innan det har gått.

Litteratur

1. Överby A: Prevention av hjärt-kärlsjukdomar - svårbedömt - motsägelsefullt! AllmänMedicin 1983;2: 81-83.
2. George CF: Interactions with digoxin: more problems. Br Med J 1982; 284: 291-292.
3. Schüren KP, Rietbrock N: Digitalisbehandlung in Deutschland. Deutsch Med Wochenschr 1982; 107: 1935-1938.
4. Swales JD: Magnesium deficiency and diuretics. Br Med J 1982; 285: 1377-1378.
5. Lindenbaum J, Rund DG, Butler VP, Tse-Eng D, Saha JR: Inactivation of digoxin by the gut flora: reversal by antibiotic therapy. N Engl J Med 1981; 305: 789-794.
6. Boman K, Allgulander S, Skoglund M: Is maintenance digoxin necessary in geriatric patients? Acta Med Scand 1981; 210: 493-495.
7. Fleg JL, Gottlieb SH, Lakatta EG: Is digoxin really important in treatment of compensated heart failure? Am J Med 1982; 73: 244-250.
8. Andrén L, Hansson L, Björkman M, Jonsson A, Borg KO: Buller och blodtryck. Finns i Hypertoni/78. Mölndal. Hässle läkemedel 1978; 225-229.
9. Alfredsson L, Theorell T: Psykosocial arbetsmiljö och hjärtinfarkt. Läkartidningen 1982; 79: 4658-4661.
10. Jern S: Psychological and hemodynamic factors in borderline hypertension. Acta Med Scand (Suppl) 1982: 662.
11. Staub JJ, Hauenstein M, Gräni R, Gensjäger E: Präklinische Hypothyreose. Deutsch Med Wochenschr 1982; 107: 1787-1790.
12. Mac Gregor G, Best FE, Cam JM, Markandu ND, Elder DM, Sagnella GA et al: Double-blind randomised crossover trial of moderate sodium restriction in essential hypertension. Lancet 1982; i: 351-355.
13. Beard TC, Gray WR, Cooke HM, Barge R: Randomised controlled trial of a no-added-sodium diet for mild hypertension. Lancet 1982; ii: 455-458.



130 5269

Rökavvänjning vid vårdcentral

BO-GÖRAN DAMMSTRÖM · GUDRUN JOHANSSON ·
KARL-GUNNAR RUNDGREN · RUTH WIDGREN

Allt fler vårdcentraler har börjat med rökavvänjningsbehandling. Resultaten har varit varierande. I artikeln redovisas resultat, samt diskuterar erfarenheter från rökavvänjningsarbete i grupp vid Jakobsbergs vårdcentral. Rökavvänjningsarbete måste ingå som ett naturligt inslag i all personals arbetsuppgifter inom primärvården. För detta krävs kunskap och erfarenhet. Att arbeta med rökavvänjning i grupp är ett stimulerande sätt att inhämta denna erfarenhet.

Nyckelord: Rökavvänjning, primärvård, debatt.

Bakgrund

Personal i primärvården träffar dagligen patienter med rökkningsassocierade sjukdomar. En diskussion av patientens rökvanor är då naturlig. I många fall är en sakligt motiverad uppmaning att sluta röka tillräcklig hjälp för patienten att fatta beslut om rökstopp. Vissa patienter återkommer med behov av enklare hjälp, och några patienter önskar mer regelbunden hjälp i samband med rökstoppet. För att tillmötesgå önskemål från denna sistnämnda patientgrupp har vi vid Ja-

kobsbergs vårdcentral sedan våren 1982 bedrivit rökavvänjning i grupp. Förberedelsearbetet startade hösten 1981 sedan en av vårdcentralens läkare deltagit i kurs om rökavvänjning, anordnad av riksförbundet mot cancer. Erfarenheter från denna kurs förmedlades till vårdcentralens personal, och resulterade i att två läkare och två mottagningsköterskor började planera för rökavvänjning i grupp.

Uppläggning av rökavvänjningsgrupper

De patienter som vid diskussion om rökstopp visade intresse för gruppbehandling, samt de som spontant kontaktade vårdcentralen med förfrågan om hjälp med rökstopp, registrerades hos sjuksköterskorna. Före första gruppsammanskomsten kallades dessa till enskild intervju hos någon av sjuksköterskorna. Vid intervjun gjordes en enkel medicinsk bedömning, en kartläggning av rökvanorna samt gavs information om vår rökavvänjningsgrupp. Ett krav för deltagande var rökstopp från och med första sammankomsten. Gruppträffarna var förlagda mellan kl 15.00 och 16.00. Första veckan träffades vi dagligen, andra veckan tre gånger, tredje veckan två gånger samt fjärde veckan en gång. Vi har där efter haft uppföljningsträffar med cirka en månads mellanrum samt cirka sex månader efter rökstoppet. Vid varje träff har vi noterat vikt samt blodtryck. Vid den första gruppsammanskomsten samt vid uppföljningsträffarna har vi deltagit alla fyra. Vid övriga träffar har vi turats om parvis som gruppleadare. Vid den första samman-

14. MacGregor G, Markandu ND, Smith SJ, Banks RA, Sagnella GA: Moderate potassium supplementation in essential hypertension. Lancet 1982; ii: 567-570.

15. Stumpe KO, Krück F: Beta-adrenerge Rezeptorenblocker oder Diuretika zur langzeittherapie der arteriellen Hypertension? Deutsch Med Wochenschr 1982; 107: 363-365.

16. Rössner S: Serum lipoproteins and ischemic vascular disease: on the interpretation of serum lipid versus serum lipoprotein concentration. J Cardiovasc Pharmacol 1982; 4 (suppl 2): 201-205.

17. Leren P, Eide I, Foss OP, Helgeland A, Hjermann I, Holme I et al: Antihypertonika

und Blutlipide - die Oslo-Studie. Wiener Med Wochenschr 1982; Sonderheft: 10-13.

18. Hooper PL, Woo W, Visconti L, Pathak D: Terbutaline raises high-density-lipoprotein-cholesterol levels. N Engl J Med 1981; 305: 1455-1457.

19. Dollery CT: Does it matter how blood pressure is reduced? Clinical Science 1981; 61: 413-420.

Författarpresentation

Anders Överby, distriktsläkare*.

*Postadress: Läkarestationen, 67041 Koppom. Tel 0571/100 06.

komsten har vi informerat om de problem som kan uppkomma vid rökstopp, och vad man kan göra för att lindra dessa. Vid en av träffarna andra veckan har vi informerat om rökningens medicinska aspekter. Vi har också haft ett inslag med kulturhistoriska aspekter på rökning och nikotinbruk. Den största delen av tiden har dock ägnats åt gruppmedlemmarnas egna erfarenheter och problem i samband med rökstoppet.

50 procent rökfria efter sex månader
Vi har under våren 1982 genomfört två rökavvänjningsgrupper med uppföljningsträffar under hösten 1982. Resultatet framgår av tabell I. Sammanfatt-

Tabell I.
Resultat av rökavvänjningsarbete i grupp vid Jakobsbergs vårdcentral våren 1982.

	Grupp 1	Grupp 2
Anmälningar	17	18
Intervjuade	14	13
Deltagit i rökavvänjningsgrupp	11	13
Rökfria efter sex månader	5	7

ningsvis är således 12 av sammanlagt 24 patienter rökfria efter sex månader.

Viktökning trots motion

Vid intervjuerna framkom olika motiv till varför patienterna önskade sluta röka. Man kan dock dela in dessa i tre huvudgrupper: luftvägsbesvär, cirkulationsbesvär samt socialt tryck. Vissa patienter har enligt vår erfarenhet besvär i samband med rökstoppet som krävt lindring med läkemedel under viss tid. Det har rört sig om dyspepsi, ortostatiska reaktioner samt övergående besvär med oro och sömnsvårigheter. I ett par fall även övergående depressionstendens. Ett stort samtalsämne vid våra träffar har varit deltagarnas problem med vikten. Trots utökad motion samt kostförändringar har de flesta ökat några kilo i vikt. Det största problemet för oss har varit att avsluta grupperna. Deltagarna tycks känna en stor trygghet i vetskapen om en ny gruppsammankomst längre fram. Vi har rekommenderat gruppdeltagarna att träffas på egen hand.

Engagemang betydelsefullt

Resultatet av rökavvänjningsarbetet med 50 procent av deltagarna rökfria efter sex månader är bättre än vad vi förväntat, och står sig bra i jämförelse med tex resultat från Tumba och Sol-lentuna (1-3). En av orsakerna till detta tror vi är sjuksköterskornas engagemang, med telefonkontakt med de som uppgett problem vid gruppsammankomsterna. Vi har även funnits till hands mellan träffarna, vilket har utnyttjats av några patienter. Vår erfarenhet är att kravet på gruppledarna ej är särskilt betungande. Gruppmedlem-

marnas egna erfarenheter och problem i samband med rökstoppet är naturliga samtalsämnen. Vi har försökt se till att alla gruppmedlemmar fått komma till tals, samt försökt framhålla de positiva aspekterna på rökstoppet. Dessa har annars en tendens att drunkna i deltagarnas problem.

Rökavvänjningsgrupper fyller flera funktioner

Ovhed har i en artikel i SFAM-nytt rik-tat kritik mot speciella rökavvänjningsmottagningar (4). Vi är helt eniga med Ovhd om att all personal bör arbeta med rökavvänjning som ett naturligt inslag i sin dagliga verksamhet. Men vi anser för den skull inte att rökavvänjningsarbete i andra former saknar berättigande. Med rökavvänjningsgrupper lägger vi förvisso ner åtskilliga timmar på ett fåtal patienter. Dessa timmar ger oss dock värdefull kunskap som vi i vårt dagliga arbete kan förmedla till andra rökande patienter. Kunskap som vi knappast kun-nat tillägna oss på annat sätt under samma tid. Det finns vidare en grupp patienter som inte klarar rökstopp utan mer omfattande hjälp. En hjälp

som vi inom primärvården kan och an-ser oss bör ge.

Referenser

1. Lindqvist R, Bergmark Y, Olars A: Rökavvänjning inom primärvården. Vigör 4/1982; 12-15.
2. Lindqvist R: Rökavvänjning i praktiken. SFAM-nytt 1982; 3:177-170.
3. De Loes M: Hälsoupplysning med vårdlag som bas. SFAM-nytt 1982; 3:171-176.
4. Ovhd I: Rökavvänjning - en mäsja för troende eller ett vardagsjobb för alla? SFAM-nytt 1982; 3:212-213.

Författarpresentation

Bo-Göran Dammström är distrikts-läkare vid vårdcentralen Kallhäll.

Gudrun Johansson är mottagnings-sköterska vid Jakobsbergs vårdcen-tral.

Karl-Gunnar Rundgren är distrikts-läkare vid vårdcentralen Kvarnen.

Rut Widgren är mottagnings-sköterska vid vårdcentralen Kvarnen.

Samtliga var tidigare verksamma vid Jakobsbergs vårdcentral.

*Postadress: Vårdcentralen Kallhäll, Kopparvägen 2 B, 17572 Järfälla.

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

MEDICINSKA KURORTER

- Modern sjukvård i gammal och trivsamt miljö.
- Aktivisering, rehabilitering av rörelsehindrade, konvalescenter och många andra sjukdomsgrupper.
- Goda behandlingsresurser under ledning av läkare och kompetent sjukvårdspersonal.
- Vegetarisk kost och diet efter ordination och önskemål.
- Stimulerande samvaro i traditionsrik miljö – anpassad till nutida krav på komfort och trivsel.
- Vårdbidrag genom landstingen – kontakta kurorten!
- Kurs- och konferensmöjligheter.

Skriv eller ring respektive kurort så får Ni prospekt över följande kurorter:

HULTAFORS HÄLSOCENTER

517 00 Bollebygd.
Tel. 033/950 50.
Överläkare: Dr. N. Blomstedt.

LOKA BRUNN

710 60 Grythyttan.
Tel. 0591/300 80.
Överläkare: Dr. Sigvard
Avander, Karlskoga.

LUNDSBRUNNS KURORT

533 00 Götene.
Tel. 0511/571 90.
Läkare: Dr. Ingegerd Rooth.

MEDEVI BRUNN

591 00 Motala.
Tel. 0141/911 00.
Överläkare: F. n. vakant.

NYHYTTAN

713 00 Nora.
Tel. 0587/604 00.
Läkare: Leg. läk. Carl Prästlin.

SÄTRA HÄLSOBRUNN

733 00 Sala.
Tel. 018/13 97 70. Intendent
och överläkare: Dr. Nils-Johan
Höglund, Uppsala.

BADHOTELLET I TRANÅS

Box 1001, 573 01 Tranås.
Tel. 0140/141 20.
Chefläkare: Dr. Bo Hallbrink.

VARBERGS KURORT

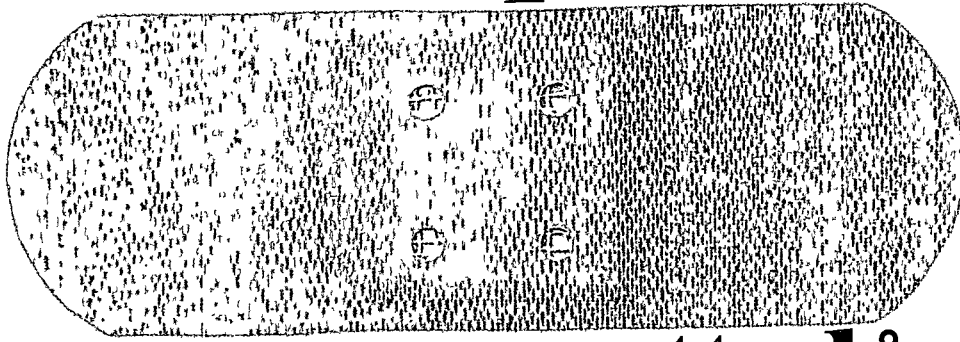
432 01 Varberg 1.
Tel. 0340/880 00 vx.
Överläkare: Börje Källgård.

MÖSSEBERGS KURORT

521 00 Falköping.
Tel. 0515/132 20.
Överläkare: Doc. Hans Dencker.

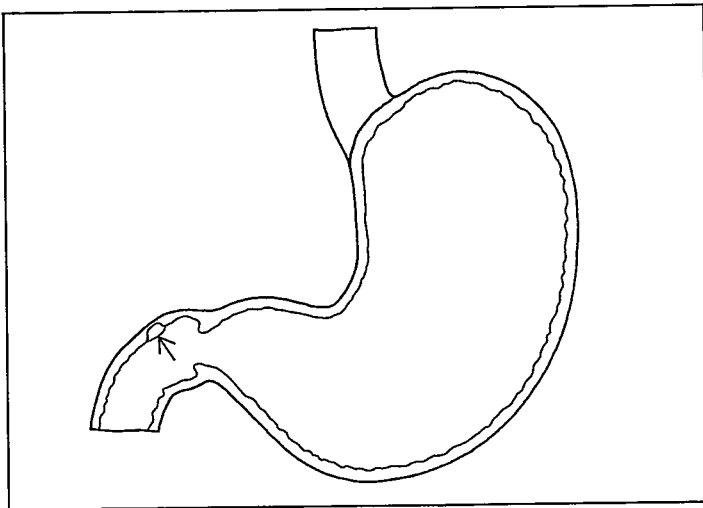
FÖRENINGEN SVENSKA KURORTER

Andapsin

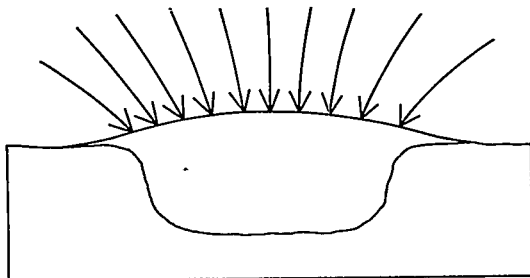


fungerar som ett plåster.

Det första ulcusmedlet med specifik lokal verkan. Så kan man bäst beskriva det nya läkemedlet Andapsin.



Till skillnad mot hittillsvarande metoder, som gått ut på att nedbringa eller neutralisera de aggressiva faktorer som förorsakar ulcus, behandlar man med Andapsin bara själva såret. Denna lokala verkan, som närmast kan liknas vid ett kemiskt plåster, uppstår tack vare Andapsins förmåga att tillsammans med sårets proteiner bilda ett kemiskt komplex. Andapsin representerar alltså en ny och unik behandlingsprincip.



Andapsin ger såret ett skyddande membran

Det kemiska komplex som Andapsin bildar ger ett skyddande membran över såret som är ogenomträngligt för saltsyra, pepsin och gallsyra. Andapsins affinitet till såret är 6 till 7 gånger större än till frisk vävnad (1).

Andapsin – få bieffekter

Eftersom Andapsin praktiskt taget ej absorberas innebär

detta få och milda bieffekter. Mag-tarmkanalens normala funktioner störs inte heller. I omfattande kliniska studier med totalt över 2300 patienter var den vanligaste biverkan lätt obstipation. Detta rapporterades hos ca 2% av patienterna (2). Preparatets toxicitet är så låg att LD 50 ej har kunnat fastställas.

Andapsin tabletter 500 mg

Antiulcusmedel med lokal slemhinneskyddande effekt.

Deklaration. 1 tablett innehåller: Sukralfat 500 mg, constit. q.s.

Egenskaper. Sukralfat är alkaliskt aluminiumsackarossulfat, som vid peptiskt sår huvudsakligen verkar med en lokal slemhinneskyddande effekt. Sukralfat bildar ett komplex med proteinerna i sårets botten. Bindningen till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat absorberas i ringa utsträckning från mag- och tarmkanalen.

Indikationer. Duodenalsår.

Försiktighet. Patienter med grav renal insufficiens, särskilt vid hemodialys, då sukralfat innehåller aluminium.

Graviditet och amning. Kategori A. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar uppträder i ca 2%, vanligast är förstoppning. Muntorrhet finns rapporterad.

Dosering. Till vuxna 2 tabletter 4 gånger dagligen en timme före måltid och vid sänggåendet. Om antacida ordineras samtidigt bör detta intas minst en halvtimme före eller efter Andapsin.

Förpackningar. Tabletter 500 mg (vita, runda med skåra Ø 11 mm). Tryckförpackningar 50 st, 100 st, 250 st.



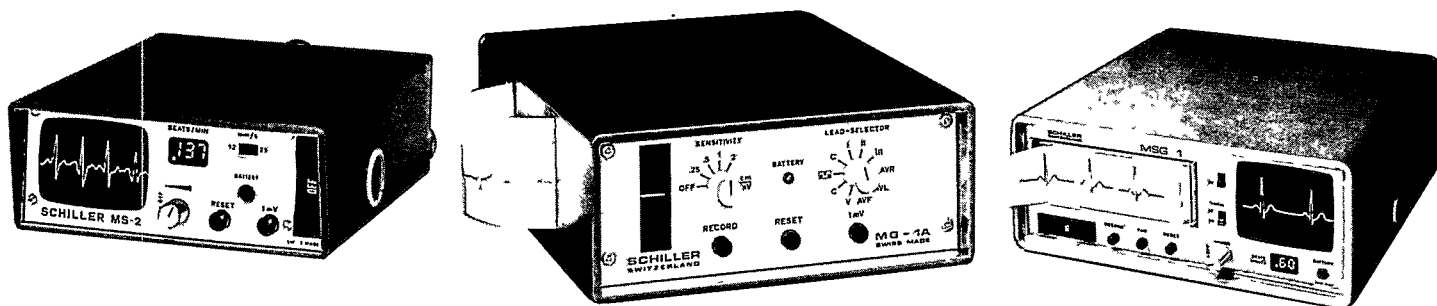
Litteratur

1. Nakazawa, S et al: Selective Binding of Sucralfate to Gastric Ulcer in Man. Dig Dis Sci 26, (4) 297–300, 1981.
2. Ishimori, A: Safety Experience with Sucralfate in Japan. J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2) 169–173, 1981.



FARMOS GROUP AB
BOX 3012, 183 03 TÄBY, Tel 08-756 04 10

EKG för mottagning och akutbruk



Mini-EKG – Arytmi-EKG utan sladdar!

Placera EKG-apparaten direkt på patientens bröst och EKG erhålles direkt via monitor och/eller via skrivare.

- Batteridrift – går även att nätansluta

- Miniformat och minivikt
- Enkanalig EKG med registreringsmöjlighet av samtliga bröst- och extremitetsavledningar på ett enkelt sätt

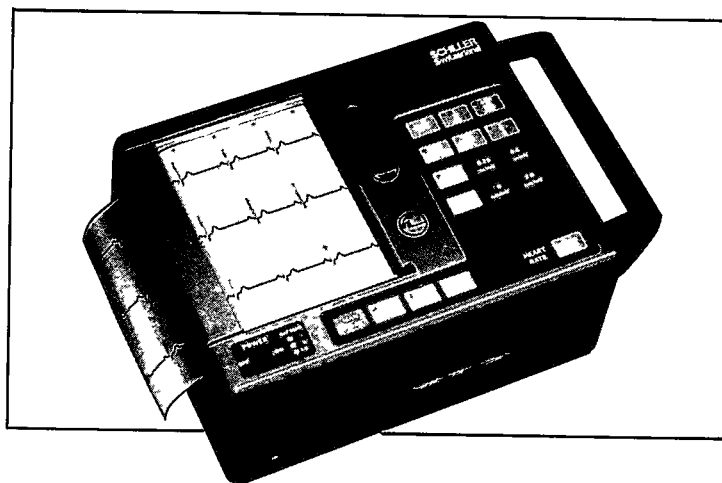
Bärbar 3-kanalig EKG

Mindre än denna sida – väger endast 3,6 kg.

Går att programmera för t.ex. Arbets-EKG

Ett fullständigt 12-avlednings-EKG erhålles var 60:e sekund och dessemellan registrering av hjärtrytmen.

- Digital hjärtfrekvensindikator
- Batteridrift – går även att nätansluta
- Värmeskrivare – 40 mm skrivbredd/avledning
- Automatisk/manuell avledningsväljare

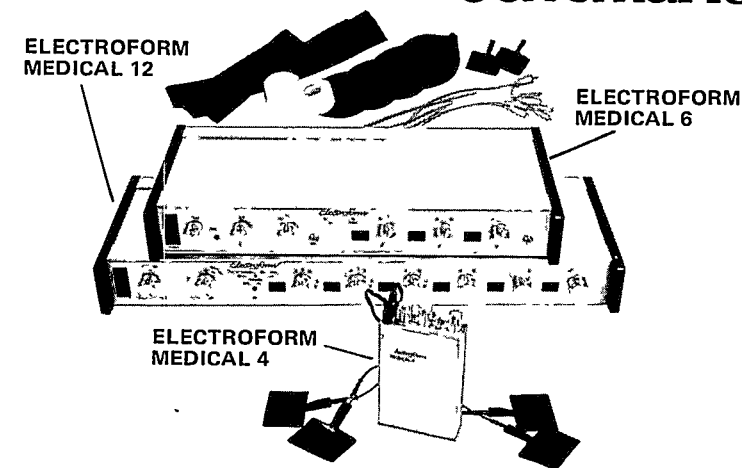


Sesams produktsortiment för rygg-, muskel- och smärtbehandling

ELECTROFORM MEDICAL 12

ELECTROFORM MEDICAL 6

ELECTROFORM MEDICAL 4

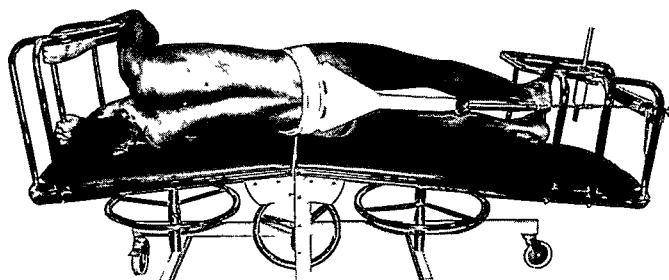


ELECTROFORM MEDICAL 12 – TENS nerv/muskel stimulator med brett indikations-område, smärtor, muskelspänningar, muskel atrofier, ödem etc.

ELECTROFORM MEDICAL 6 – TENS för klinikbruk. 3 kanaler, polaritetsväxlare, timer, samtliga TENS-strömmar.

ELECTROFORM MEDICAL 4 – TENS, batteridriv i miniformat med 2 kanaler, hi/lo-TENS, inställbar pulsbredd m.m.

Autotraction Ad Modum Gertrud Lind

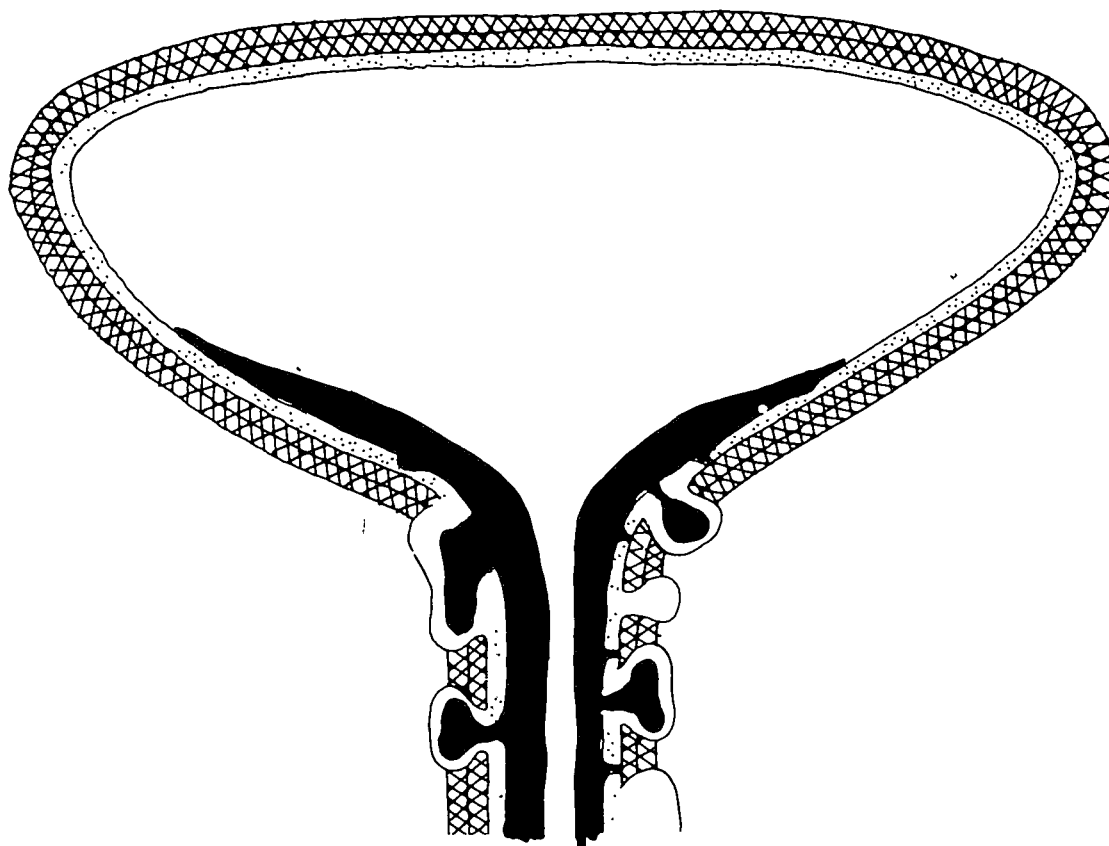


Kurser och informationsdagar i smärtbehandling, TENS/TEMS samt autotraction och förbättring av autotractionsteknik – teori och praktik.

Ring eller skriv till oss för närmare information om produkter och utbildning.
Vi finns ej längre bort än Din telefon!

SESAM MEDICAL AB
Skeppargatan 49 B, 114 58 Stockholm
Tel 08-61 55 88, 60 71 04





Ovesterin

För långtidsbehandling av atrofiska
slemhinneförändringar

Ovesterin har utpräglad effekt på
nedre, urogenitala området

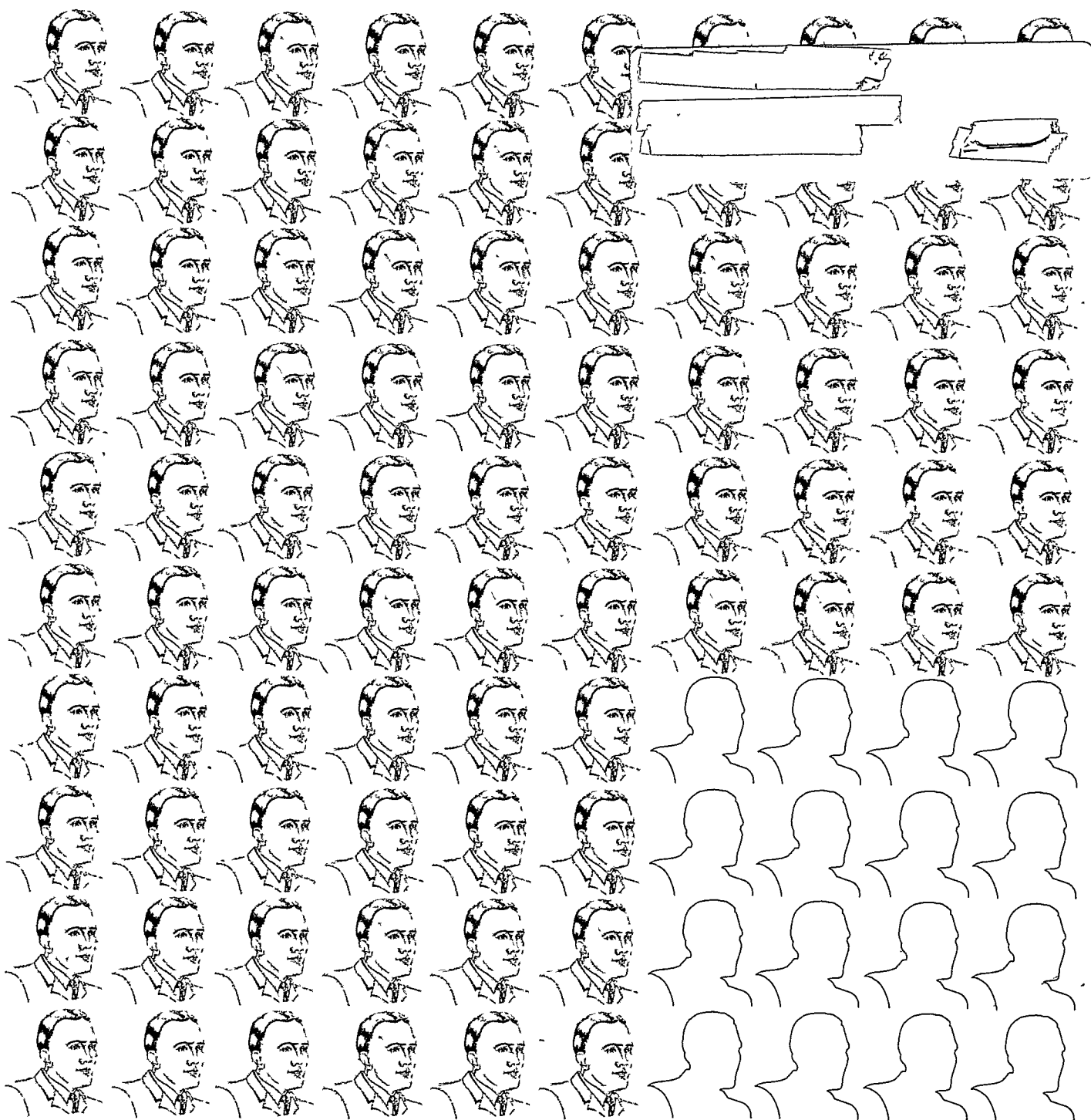
1 tabl./dag (underhållsdos)

För vidare inf. se FASS



ORGANON AB Box 5076, 421 05 V. Frölunda

Allt fler inser fördelarna med Distalgesic



I en nyligen avslutad undersökning* anger 100 svenska öppenvårdsläkare att den substans de har störst tilltro till vid behandling av medelsvår och svår smärta är dextropropoxifen. Antingen i ren form, som Doloxene, eller i kombination med paracetamol, som Distalgesic. Enligt läkarna är ett viktigt skäl till detta förtroende att

Distalgesic ger lägst frekvens biverkningar av kombinationsanalgetika. De har samtidigt mycket stor tilltro till Distalgesics analgetiska effekt. Distalgesic har nu blivit det mest använda kombinationspreparatet vid moderat och svårare smärta.

*The Use of Analgesics in Sweden; AB Marknadsforskning 1983. Åsikten framförs av de läkare i undersökningen, 84 av 100 tillfrågade, som skriver ut Distalgesic.

Distalgesic. Tabletter. Analgetikum, antipyretikum. **Deklaration.** 1 tablett innehåller: Dextropropoxyphen, hydrochlorid, 32,5 mg, paracetamol, 0,325 g, constit. et color (titan-dioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxyphenhydrochlorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Kontraindikationer.** Överkänslighet mot dextropropoxyphen eller paracetamol. Alkohol- eller sömnmedelspåverkan. **Försiktighet.** Preparatet bör ej förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxyphenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Graviditet och amning.** Kategori A. Dextropropoxyphen och paracetamol passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar.** Dextropropoxyphen kan vid upprepad dosering ge sedation, yrsel och illamående samt undantagsvis obstruktion eller buksmärtor. Biverkningar vid användning av paracetamol är sällsynta. Vid långvarigt bruk kan risk för njurskada ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats. **Dosering.** Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e-8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. **Interaktion.** Alkohol kan förstärka den andningsdepressiva effekten hos dextropropoxyphen. **Observera.** Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skarpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskrivna dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar och priser.** Tabletter (vita, avlånga, markta DG): tryckpack 20 st 12,70, tryckpack 50 st 26,10, 100 st 38,80.

Stillar smärtan, snällt mot magen

ELI LILLY SWEDEN AB. Box 30037, 10425 Stockholm. Telefon 08-13 0250.

DISTALGESIC®

