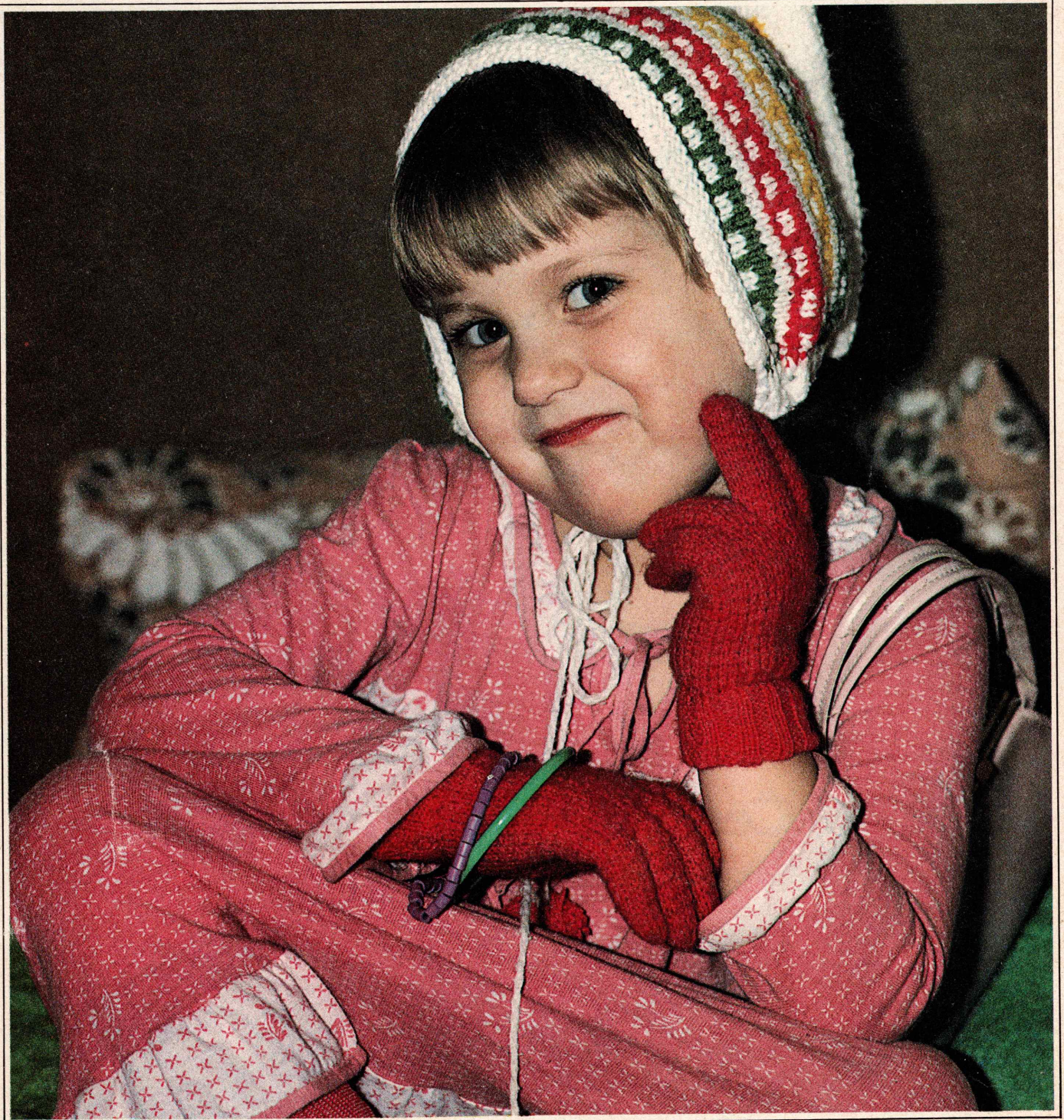


ALLMÄN MEDICIN

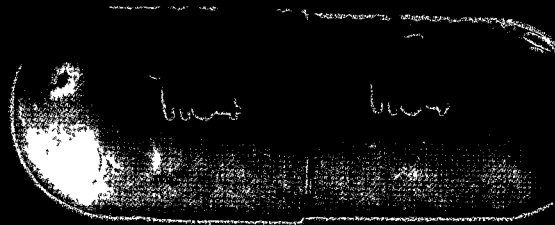
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Barnhälsovård
Debatt

1
1984

Matteusprojektet
Supplement



dextropropoxifen

Central smärtlindring Tolereras väl

DOLOXENE

Doloxene. Kapslar 50 mg och 100 mg. ΔR . Analgetikum. Deklaration. 1 kapsel innehåller Dextropropoxyphen napsyl, 50 mg aut 100 mg, constil, et color (jarnoxid, titandioxid) q. s. Egenskaper. Dextropropoxifen absorberas väl och analgesi uppnås inom 30–60 minuter. Maximal effekt uppnås 2–3 timmar efter intag. Indikationer. Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. Försiktighet. Preparatet bör ej forskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstankas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. Graviditet och amning. Kategori A. Biverkningar. Kan ge sedation, yrsel eller illamående samt undantagsvis obstipation eller buksmärtor. Observera. Vid behandling med Doloxene kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skarpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. Förpackningar. Kapslar 50 mg 50 st, 100 st, Kapslar 100 mg 20 st, 50 st, 100 st.

ELI LILLY SWEDEN AB, Box 30037, 104 25 Stockholm. Telefon 08-13 02 50.

Ledare:

Barnhälsovården och de psyko-sociala problemen

Carl Edvard Rudebeck

4

Redaktionell kommentar

Bo Haglund

5

Föreningsnytt:

Brev från läsekretsen

6

Tolkning och omtolkning av överenskommelsen "Pediatrik i primärvården"

6

Svar till BLF

7

Nya medlemmar i SFAM

7

Kurser och konferenser:

Reseintryck från Singapore

Per G Swartling

7

Rapport från WONCA:s Council
Singapore den 18-19 maj 1983

Göran Sjönell

10

Internationellt:

Reserapport från en studieresa i
Australien 1983-05-3 - 05-20

*Bengt Linder, Lars Lindholm,
Olle Lyngstam*

11

Prevention:

Hjärt- och kärlsjukdomars epidemiologi och prevention

Anders Överby

15

Kvällsmottagningar:

Kvällsmottagning vid vårdcentral
Principdiskussion

Håkan Bjarme

19

Attityder till primärvård:

Attitydundersökning hos besökande
vid en vårdcentral

Carl-Axel Johansson, Thor Lithman

23

Att mäta primärvård:

Att mäta primärvård -
problem och möjligheter

Göran Westman

28

Hälsobetyg - ett mått på hälsa

Erik Trell

32

Forskning och utvecklingsarbete:

Bidrag till diskussionen av det allmän-
medicinska forskningsområdet -

Rapport från en allmänmedicinsk
forskningsartikel

Nils Lynöe

36

Debatt:

Patienten och läkaren

Calle Bengtsson

40

Kan fler specialister på vårdcentralen
ge snabbare utbyggd primärvård?

Tryggve Årman

42

Rättelse

43

Recensioner:

Cancer 1980

44

Nordisk läkemedelsstatistik
1978-1980, andra upplagan

CG Hallgren

46

Omslagsfoto: Bo Haglund

Barnhälsovården och de psykosociala

De hälsorisker som är förenade med dåliga villkor för barns känslomässiga och sociala utveckling blir alltmer uppmärksammade. Undersökningar av svenska skolbarn visar en hög frekvens av psykosomatiska besvär och av beteendestörningar. (1, 2) Undersökningen "från 4-10 år" visar att psykiska problem och beteendestörningar är vanligare i lägre socialgrupper och i familjer med identifierade psykosociala problem. *Majoriteten av barnen till de socialt mest utsatta föräldrarna befinner sig från födelsen i ett hopplöst underläge och får psykiska problem och dessutom kroppsliga sjukdomar i ökad frekvens.* (3,4) Skillnaderna gör sig gällande redan under graviditeten. Barn med låg födelsevikt och som bedömts som "small for date" är vanligare i en från socioekonomiskt synpunkt negativt selekterad grupp. (5)

Den hastiga sociala förändringsprocessen, som bland annat inneburit att familjer i ökad utsträckning blivit isolerad och sårbar och inte längre självklart förmedlar bärkraftiga sociala mönster, skapar alltför ofta en otrygg miljö kring barnen. De blir mottagliga för ersättningskulturer, som också når deras sinnen med hög precision. Man talar om en ny morbiditet, vilket dock måste anses vara en oegentlig term, eftersom social instabilitet i växlande utsträckning funnits i alla tider. (6) Om det är fråga om en *ökad förekomst av psykosocialt betingad sjuklighet* eller om en ökad kunskap och uppmärksamhet är svårt att avgöra. *Djupet av och hastigheten i den samhällsförändring vi nu bevittnar talar dock för, att det är en verklig ökning.* Dystra rapporter får emellertid inte leda till att positiva inslag i samhällsbilden glöms bort. Många barn har det bra och deras föräldrar sörjer för dem på bästa sätt. En mindre auktoritetspräglad familjekultur gynnar frimodighet och fantasi. Tidens ondska är relativ och det får nog anses gälla även i BVC-sammanhang.

Att psykosociala faktorer väger så tungt, när det gäller barnens hälsoutveckling gör en ny-orientering av barnhälsovården angelägen. Studier över sambanden mellan sociala faktorer och sjukdom och dödlighet hos vuxna talar starkt för att detta också är ett projekt, som rör barnens framtida kroppsliga hälsa. (7) Hur ska då barnhälsovården förändras och vilket underlag för beslut om förändringar finns?

BVC-traditionen

Barnhälsovården har en *stark tradition* som en instans för stöd åt barnfamiljerna och som en systematiserad övervakning av framför allt den *kroppsliga hälsan*. Traditionen lever i

personalens rutiner, i journalens utformning och i föräldrarnas förväntningar. Den lever också i barnläkarförningens programskrift inför 80- och 90-talet. (6) Här nämns barnhälsovården jämsides med ekonomiska och sociala faktorer som orsak till de svenska barnens internationellt sett goda hälsa. I den här *traditionen* finns ett betydande *förtroendekapital*, som sannolikt inte riktigt står i proportion till de reella effekterna på barnens utveckling, men det är viktigt att kapitalet inte förskingras. *Traditionen* är emellertid också en *tröghetskraft* i förändringen. Vi håller oss fast vid något som är känt och allmänt uppskattat och accepterat och är obenägna att se, hur mycket av vårt arbete inom barnhälsovården som egentligen är att betrakta som vanebeteende. Vilket praktiskt gensvar har egentligen slutsatserna om 4-årskontrollen i "från 4-10 år" fått? Dessa säger, att de enda rutiner vid 4-årskontrollen som självklart bör bestå är längd- och viktkontroll, synprovning samt talscreening. Hörselprovningen bör omprövas, då den endast i mycket begränsas omfattning leder till att hörselnedsättning vid 10 år förebyggs. Övriga rutiner inklusive den schabloniserade läkarundersökningen bedöms kunna utgå. I stället förordas att läkaren efter spädbarnsåret utvecklar ett problemorienterat arbetssätt, som främjar ett större ansvarstagande av föräldrarna.

Den enda omfattande utvärderingen av verksamheten inom barnhälsoleden konkluderar således, att det mesta vi gör vid 4-årskontrollen är verkningslöst i förhållande till barnens hälsoutveckling.

Hur effektiva rutinerna är i lägre åldrar i förhållande till en modell där föräldrarna tar kontakt vid befarade hälsoproblem, vet vi inte. Statistiken är emellertid mindre viktig här, eftersom betydelsen av enskilda avvikelser kan vara stor, stödfunktionen är viktig och en grundmurad kontakt är en stor tillgång i ett framtida samarbete mellan personal och föräldrar kring familjens hälsoproblem.

Föräldrautbildningen

Det verkar alltså finnas rejäla marginaler till förändring av arbetet inom barnhälsovården, utan att detta innebär risker för barnens hälsa. *Utvecklingsarbetet inom barnhälsovården handlar i hög grad om hur dessa marginaler bäst ska utnyttjas för att förebygga psykosocialt betingad ohälsa.* Föräldrautbildningen kan komma att innebära ett viktigt steg framåt. Med målen ökad kunskap hos föräldrarna, ökad gemenskap mellan barnfamiljerna och medvetenhet om och påverkan av sociala förhållanden, siktar man

mot grundläggande problem. Det vi naturligtvis ännu inte vet är om metoden är bra, framför allt inte om den ska ses som generell eller riktas till undergrupper av föräldrar som kan förväntas ha särskilt stort utbyte. Vi bör förut-sätta, att majoriteten av föräldrarna klarar sin uppgift bra, och kanske går många in i föräldrautbildningen för att inte BVC-personalen skall misstänka motsatsen. Erfarenheterna från Hanningeprojektet är uppmuntrande med litet bortfall och positivt gensvar hos både föräldrar och personal med fortsatt kontakt mellan föräldrar inom hälften av grupperna. Om dessa goda resultat är möjliga att generalisera eller delvis är en följd av särskild entusiasm och kompetens inom Hanningeprojektet är viktigt att försöka värdera när föräldrautbildningen vinner spridning. Ett delmål blir då att göra jämförelse mellan BVC med barnläkare-barnsjuk-sköterska (typ 1) och med distriktsläkare-distriktssköterska (typ 2).

Den allmänmedicinska modellen

Som allmänläkare och distriktsläkare förvånas man över att så litet sägs i arbetena och kommentarerna kring föräldrautbildningen om att det på många håll i landet håller på att utvecklas en primärvårdsorganisation, som har familjen som sitt naturliga blickfång. *I samarbetet mellan distriktsläkare, barnmorska och distriktssköterska och med gränsen mellan hälsovård och sjukvård i praktiken utsuddad, finns möjlighet att infoga alla kontakter i en medveten strategi för ökat självförtroende och ökad beslutsförmåga hos föräldrar med trassliga sociala förhållanden.* Att dessa familjer flyttar oftare har använts som argument mot BVC typ 2 i större städer. Den stora kontaktytan och samarbetslinjen till socialtjänsten gör emellertid att man på ganska kort tid kan få en betydande kännedom om en familj. Allmänläkaren står för kontinuiteten mellan mödrahälsovård och barnhälsovård. Möjligheterna till bra insatser inom den ena av dessa båda verksamheter ökar märkbart, när man också är engagerad i den andra. Framgångsrika lösningar av problem som yppar sig under graviditeten är många gånger lösningar av problem som annars skulle ha dykt upp på BVC.

Kunskapen om betydelsen för själva graviditetsförloppet av stöd till kvinnan inspirerar till att försöka mobilisera sådant stöd i den nära omgivningen. När inte detta går blir barnmorskan en nyckelperson och sedan distriktssköterskan. Riktad, särskilt aktiv preventivmedelsrådgivning kan förebygga graviditet i uttalade psykosociala risk-situationer. Här går det inte att följa stela rutiner, utan det gäller att ta till-

fällena i flykten. Läkarbesök för infektioner, ond rygg eller dålig sömn kan just vara ett sådant tillfälle. *De psykosociala faktorernas betydelse motiverar ett mera selektivt arbete inom hälsovården.* Kraften mobiliseras framför allt inför de svåra problemen och ökat ansvar läggs på den majoritet av föräldrar och blivande föräldrar som har bra förmåga att tackla graviditetens och föräldraskapets påfrestningar.

Barnläkaren Tryggve Årman kritiserar i sitt debattinlägg i detta nummer av AllmänMedicin helhetssynen. Han uppfattar den som obegriplig, men fattar den ändå tillräckligt väl för att säga, när den inte är tillämplig. Som exempel på detta nämner han en sticka i ett finger.

Om vi vidgar perspektivet en aning, så att inte bara stickan blir synlig utan också barnet som har stickan i sitt finger och den medföljande föräldern och deras interaktion, så rymmer ett sådant möte sannolikt mera information än många BVC-besök. *Helhetsbedömningen ger också vägledning för valet av metodik.* Behöver jag använda anestesi eller ej? Hur skall jag etablera ett samarbete så att proceduren går smidigt? Helhetssynen finns alltid som en grundhållning och underlättas av en integration av sjukvården med den traditionella hälsovårdens bägge grenar.

Tryggve Årman argumenterar också för distriktsbarnläkare och för BVC typ 1. Motargument får han i supplementet till detta nummer av AllmänMedicin, där Göran Sjönell och medarbetare publicerar en studie av föräldraattityder till BVC typ 1 respektive typ 2 i centrala Stockholm. Signifikanta skillnader noteras inte och någon som helst tendens till nackdel för BVC typ 2 är inte heller märkbart. Barnläkarnas farhågor om en nedrustning av BVC med allmänläkarnas intåg är sannolikt obefogade. *Det man från barnläkarhåll saknar hos allmänläkarna är ett konsekvent barnperspektiv, kunskapsmässigt, ideologiskt och organisatoriskt.*

Bristande kunskaper kan göra att allmänläkare får svårigheter att tolka ett barns symtom eller beteende som uttryck för en familjeproblematik.

Lojaliteten med föräldrarna, som ofta är allmänläkarens patienter, kan göra att han inte ser eller att han förtränger att ett barn löper stora risker i sitt eget hem.

Barnens behov kan komma i kläm mellan andra och högre prioriterade behov inom primärvården.

Kunskapsargumentet är väsentligt och bör tas på allvar av allmänläkarna. Många har idag otillfredsställande utbildning i utvecklingspsykologi för barnåren och ungdomsåren och även

när det gäller barns symtom och beteende som ett led i en familjedynamik.

En benägenhet att alltför mycket lita till praktiska erfarenheter och sunt förnuft och till sin organisatoriska fördel som familjeläkare ger sig ibland till känna bland allmänläkarna. Här behövs utbildnings- och handledningsinsatser och *kunskapskällan är barnpsykiatri i första hand.* Kunskapsutveckling behövs också. Insatser av den imponerande kaliber som gjorts inom barnhälsovården i till exempel Uppsala är grundläggande för den *nyorientering* som nu håller på att ske. Barnhälsovården är även i fortsättningen beroende av sådant arbete för sin utveckling. I ett längre perspektiv är det *angeläget att även allmänläkare introduceras i detta forskningsområde.* Detta skulle göra även dem kompetenta för samordnande uppgifter inom barnhälsovården. En bakgrund inom sjukhuspediatriken kan inte i längden vara främsta meriteringsgrund för sådana uppgifter.

När det gäller barnperspektivet i ideologi och organisation bör följande förhållanden poängteras: Barnen är för sin hälsa beroende av hela familjens hälsa. Insatser som underlättar för föräldrarna att bemästra livets påfrestningar kommer barnen till godo. *Det renodlade barnperspektivet är viktigt som kunskap för tolkning och förståelse, men när det gäller praktiska åtgärder endast aktuell i ett litet antal fall.* Situationen är sannolikt då så svår, att andra instanser och däribland konsulterande barnläkare redan är inkopplade. Av rapporten om de psykosociala riskbarnen i Göteborg framgår dessutom, att det renodlade barnperspektivet inom barnhälsovården på intet sätt är en garanti mot passivitet i förhållande till de barn som löper de allra största riskerna. (9)

Trots oroväckande statistik mår majoriteten av de svenska barnen bra psykiskt och fysiskt och har ett mycket begränsat behov av barnhälsovårdens insatser utöver vaccinationsprogrammet. Med bibehållet totalt tjänsteutrymme för sköterskor inom primärvården och med avvägda prioriteringar är riskerna för att BVC skall trängas undan och hindras i sin utveckling betydligt överdrivna.

Slutsatser

Någon gång under de närmast följande åren måste ett avgörande träffas, om barnhälsovården även i fortsättningen skall ses som ett med många förbehåll förenat lån från pediatriken till allmänmedicinen eller som en i grunden allmänmedicinsk verksamhet. I det senare fallet är självklart det pediatrika innehållet en viktig del och dess kvalitet garanteras av ett prestigefritt sam-

arbete mellan barnläkare och allmänläkare. Om inte ett sådant avgörande träffas kommer sannolikt den praktiska utvecklingen att göra tolkningsproblemen legio. *Skulle avgörandet ske till allmänmedicinens nackdel blir det ett allvarligt hot mot dess kunskapsutveckling. Det skulle innebära att en av allmänmedicinens grövsta rötter huggas av.*

Referenser:

1. Vad vet vi idag om barnens psykiska hälsa i Sverige. Cederblad, Socialmed tidskrift 4-5: 83.
2. Från 4 år till 10. Mellbin, Sundelin och Vuille. Socialstyrelsen redovisar 82:10.
3. Vilsebarn i välfärdsland. PRU-gruppen i Uppsala. LiberFörlag, Stockholm.
4. Utvecklingsstörda föräldrar och deras barn. Gillberg, Geijer-Carlsson och Rasmuson. Socialmed tidskrift 4-5:83.
5. Det medicinska födelseregistret. Anders Ericson. Socialmed tidskrift 4-5:83.
6. Svensk pediatrik inför 80-90-talet. Yngve Larsson. Läkartidningen 5:83.
7. Sociala nätverk. Husläkariden i ett nytt perspektiv. Rudebeck. Läkartidningen 16:83.
8. Tema: Föräldrautbildning. Inga Gustafsson. Läkartidningen 38:83.
9. Psykosociala riskbarn - vem uppmärksammar dem? Bosaeus, Bachner och Kjellmer. Socialmed tidskrift 4-5:83.

Carl Edvard Rudebeck

Redaktionell kommentar

I årets första nummer presenteras i sex supplement **Matteus-projektet** från Stockholm. Detta visar vad en väl utbyggd primärvård i storstad kan innebära. Befolkningen i Matteus är positiv till sin vårdcentral och slutenvården avlastas när primärvården byggs ut. Under våren kommer projektet också att redovisas som avhandlingsarbete av Göran Sjönell. Avhandlingar från primärvården i Sverige följer en tradition med dominans av hälso- och sjukvårdsforskning. Flera avhandlingsarbeten från Dalby speglar detta. Göran Sjönell följer denna vetenskapliga tradition. Vi kommer att få se flera sådana arbeten under 1980-talet, som en följd av att organisationsproblem inom svensk primärvård/allmänmedicin just nu dominerar.

I AllmänMedicin nummer 4 1983 fanns ett upprop om erfarenheter vad gäller kvällsmottagning vid vårdcentralen. Intresset är stort och ett bidrag publiceras med erfarenheter från Kopparbergs län.

I numret påbörjas också en debatt om det vetenskapsteoretiska innehållet i allmänmedicinen genom avrapportering från en studiecirkel bland distriktsläkare i Umeå. Vi hoppas på flera inlägg framöver.

Bo Haglund

AllmänMedicin

Manusstopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1984. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1984.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
2	9/ 1-84	" 9
3	19/ 3-84	" 18
4	1/ 6-84	" 37
5	17/ 9-84	" 44
6	15/10-84	" 48

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1984

	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.

Brev från läsekretsen

I ledaren i AllmänMedicin nr 5 berättar Bo Haglund om det avtal, som våren 1983 slöts mellan socialdepartementet och landstingsförbundet angående en särskild ersättning till landstingen om 24 kr/inv, att användas till förebyggande vård och primärvård. Bo Haglund hävdar i ledaren att politiker runt om i landet är dåligt informerade om avtalet. Hur rätt har han inte!

När jag själv, efter att ha läst ledaren, förhörde mig hos några sjukvårdspolitiker i mitt eget landsting – Kristianstads läns – visade det sig att ingen kände till något om pengarna. Först efter förfrågan hos landstingets ekonomichef fick jag klart för mig att pengarna gått direkt till den övriga primärvårdspotten och sålunda inte använts till någon särskild "satsning" på primärvården.

I detta läge förmådde jag en politiker i mitt eget sjukvårdsdistrikt att vid höstens landstingsmöte interpellera sjukvårdsnämndens ordförande om vad anslaget använts till. Ordförandens svar bestod i en redovisning av den – mycket blygsamma men enligt ordföranden omfattande – utbyggnad av primärvården, som ägt rum de senaste åren. Han avslutade med följande kostliga mening: "Jag vill sålunda påstå att den omfattande utbyggnaden av primärvården skett *utan vetskap* om det speciella statsbidraget, som för den skull kommer väl till pass för att finansiera dessa utbyggnader".

Som Bo Haglund påpekat måste staten med det särskilda anslaget avse att försöka förändra verksamhetens inriktning inom hälso- och sjukvården genom ekonomisk styrning. Sjukvårdshuvudmännen borde därför givetvis använda de extra pengarna till nya primärvårdsprojekt *utöver* sådana som tidigare planerats eller genomförts. Sker

inte detta bidrar anslaget endast till att hjälpa sjukvårdshuvudmännen att fortsätta att i oförändrad takt förstärka den sjukhusanslutna vården.

Kanske finns det anledning för primärvårdskolleger inom andra landsting att göra efterforskningar liknande mina!

Åke Bengtsson

Distriktsläkare

Vårdcentralen

295 00 Bromölla

Tolkning och omtolkning av överenskommelsen "Pediatrik i primärvården"

I nr 4, 1983 av "AllmänMedicin" har Göran Sjönell för SFAM:s räkning gjort en tolkning av överenskommelsen "Pediatrik i primärvården", ett dokument som 1982 arbetades fram gemensamt av Svenska distriktsläkarförbundet, SFAM, Svenska Barnläkarförbundet (BLF) och Läkarförbundet.

Överenskommelsen finns återgiven i Läkartidningen nr 23, 1982, och också som bilaga i BLF:s programskrift "Svensk pediatrik inför 1980- och 1990-talen". Den betonar starkt samarbetsaspekterna i primärvården och hänsynen till olika lokala förutsättningar. Den kräver inga centrala omtolkningar för att förstås. Om det hade funnits behov av förtydligande borde detta rimligtvis diskuteras mellan de samrådande parterna.

SFAM har nu gjort en egen tolkning där man i vårt tycke ensidigt och tendentiöst angriper barnläkarens roll i primärvården. Tolkningen har inte motsvarighet i originaltexten och motsvarar inte de åsikter som SFAM:s representanter i arbetsgruppen förde fram under utarbetandet av dokumentet. Talar Sjönell verkligen för SFAM?

Sjönelles artikel är betänkligen framförd allt genom att den markerar en vilja att förvandla samarbetsfrågor till maktfrågor. Vi hoppas att den inte är representativ för distriktsläkarna ute på fältet, där lokala samarbetsfrågor blir långt svårare om den Sjönelleska tolkningen skulle gälla. Diktatet att barnläkarens roll i primärvården är konsult på allmänläkarens villkor är direkt i strid mot vår överenskommelse. Om barnhälsovården inte får utnyttja barnmedicinsk kunskap via barnläkare med eget ansvar måste barnhälsovårdens integrering med primärvården ifrågasättas.

Sjönelles omtolkning av antalet barnläkare i primärvården med relation till bristande utbyggnad av allmänläkarevården tar inte hänsyn till verkligt sjukvårdsbehov och är fackligt osolidariskt.

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.

Carl Edvard Rudebäck,
Mariehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 902 37 Umeå.
Tel 090/1245 09

Redaktionsadress:

AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00
(Jane Östman).

Annonser:

MJ Annonserförmedling
Ahlströmgatan 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, 1984.

ISSN 0281-3513

Inom BLF måste vi be SFAM visa benin-
ning och inte trasa sönder möjlighe-
terna till fruktbart samarbete! Vi har
fortfarande tilltro till förmågan hos po-
litiker, administratörer, distriktsläkare
och barnläkare att *tillsammans* finns
lösningar som passar förutsättningarna
i olika primärvårdsområden.

Från BLF:s sida ligger huvudlinjerna
fast. Vi vill ha en stark och differentie-
rad primärvård där allmänläkare och
barnläkare arbetar sida vid sida på ett
välintegrerat sätt. Den centrala över-
enskommelsen "Pediatrik i primärvården"
ser vi som en användbar plattform för
lokala överläggningar där man undviker
prestigetänkande och maktsträvan.

Ifråga om hälso- och sjukvården för
barn måste vi låta de behov som finns
hos barn och deras föräldrar, det vill
säga dagens problempanorama, styra
utvecklingen av primärvården. Låt oss
fundera vidare över detta tillsammans
och inte ödsla krafter på onödiga revir-
strider.

För BLF:

Karl Martin Lundmark Claes Sundelin
Ordförande Vice ordförande

Svar till BLF

SFAM har ej för avsikt att bryta upp
PIP-överenskommelsen. Den har på
flera håll varit ett bra instrument för
lokala lösningar. På andra håll har det
varit svårare att nå samförstånd och
därför har förklaring till överenskom-
melsen begärts och styrelsens tolkning
skall ses som en sådan förklaring till
föreningens medlemmar. Denna tolk-
ning godkändes av SFAM:s årsmöte
den 1 december 1983 och är inte ut-
tryck för enskilds uppfattning.

BLF har genom Carl Martin Lind-
mark och Claes Sundelin yttrat sig om
denna förklaring med kritiska syn-
punkter. Vår önskan är att återfå den
samarbetsanda som uppnåddes genom
PIP-överenskommelsen.

Det medicinska egenansvaret för de
barnläkare som arbetar i primärvården
i olika former har vi aldrig ifrågasatt.
Den pediatrika sakkunskapen liksom
annan kompetens måste vi ha i primär-
vården.

Följande punkter vill vi dock fastslå:

- 1) Primärvården har det administrati-
va ansvaret för den förebyggande barn-
hälsovården, liksom för sjukvårdande
verksamhet på denna nivå.
- 2) Distriktsöverläkare, primärvårds-
chef eller motsvarande fördelar arbe-
tet efter resurser, barnens och famil-
jens behov, samt kompetens (specialis-
ter i allmänmedicin och pediatrik).
Detta bör göras i samråd med barnhäl-
sovårdsöverläkare och annan lokal ex-
pertis.

Bengt Linder
Ordförande i SFAM

Bengt Scherstén
Vice ordförande i SFAM

Kurser &
konferenser

Reseintryck från Singapore

TENTH WONCA WORLD
CONFERENCE ON
FAMILY MEDICINE 20-24/5 1983

*Den allmänmedicinska världs-
kongressen i Singapore 1983 gav
en god bild av allmänmedici-
nens starka utveckling runt om i
världen och de utmaningar och
problem som finns. Svenska dist-
riktsläkareföreningens ordföran-
de Per G Swartling rapporterar.*

Wonca

Allmänläkarnas, familjeläkarnas
världsorganisation WONCA har se-
dan 1964 samlats till konferenser och
så skedde även i år med förläggning till
Singapore. Drygt 1.000 deltagare, var-
av 75 från Sverige, från omkring 30
länder möttes i tropisk värme och ut-
bytte erfarenheter om allmänmedi-
cinskt arbete, forskning och utbild-
ning. Singapore är en tekniskt högt ut-
vecklad stat med västerländsk prägel
på gott och ont. Regimen håller folket i
ett fast grepp, dock utan att vara
skrämmande på ytan. Brott mot ord-
ningen bestraffas med skyhöga böter
eller fängelse. Man gick därför lydigt
på övergångsställen och kastade inte
skräp på gatan (kostade 2.000 kr). He-
roininnehav medförde dödsstraff. Som
turist kunde man känna sig helt trygg
även nattetid på gatorna som var ovan-
ligt rena. Asiatiske kunde fortfa-
rande upplevas i Chinatown, tättbefol-
kade kvarter med förfallna hus och liv-
lig gatuhandel - en charmig "idyll" som

Nya medlemmar i SFAM

Ingemar Hermansson, Tore Söderlind,
Margareta Olofsson, Bernadita Marti-
nez, Håkan Andersson, Evy Adler,
Carl-Henrik Sundin, Eva Gutniak, Ro-
land Johansson, Gunilla Nilsson, Mo-
nica Bäck, Inger Jakobsson-Marklund,
Sune Johansson, Göran Holmberg,
Carl-Erik Bergqvist, Barbro Olsen, Ulf
Nilsson, Stig Persson, Kenneth Olofs-
son, Inger Bratt, Margareta Rolfhamre
Groth, Ann-Louise Hult, Eva Sperligh,
Mats Edward, Kristina Björck, Birgitta
Carlsson, Kristina Wargerlius, Ulf Hal-
lum, Peter Engelsöy, Peter Grünbaum,
Klas Österberg, Ingrid Råberg, Chris-
ter Engstrand, Tom Bröndel Hasting,
Anna Bexell, Bo Jacobsson, Bo Zetter-
lund, Berndt Karlsson, Christer Oldne,
Kenneth Sjöman, stig Lahti, Bertil
Forsfjäll, Nils-Åke Lindén, Gideon
Hellsten, Inger Chaikiat-Carlsson, Le-
na Trell och Lotta Magnusson-Dahl-
berg.

snart skulle rivas och befolkningen
inordnas i höghus av betong.

Konferensen genomfördes med stor
effektivitet och bestod av dels gemen-
samma stormöten - plenarsammanträ-
den - med övergripande ämnen rörande
allmänmedicinens innehåll, identi-
tet och så vidare, dels gruppmöten -
workshops - som pågick flera stycken
parallellt. Slutligen hölls ett antal en-
skilda föredrag - fre standing papers -
som också pågick parallellt med var-
andra. Det var lätt att komma i valnöd.
Jag koncentrerade mig på de övergri-
pande mötena för att söka få en upp-
fattning om vart allmänmedicinen är
på väg och vilka gemensamma pro-
blem som kan finnas.

Inramningen var mycket pampig
men som svensk är man lite ovan vid
den formella artigheten och högtidlig-
heten i öppningsanförandena. Invig-
ningen skedde under stor pompa med
landets president Nair som huvudtala-
re. Han överraskade dock med sina
uppriktiga och kritiska synpunkter på
GP (General Practitioner) i Singapore.
Han ansåg att alltför många GP endast
arbetar under kontorstid och är alltför
snabba att remittera till sjukhus. Han
saknade hembesök och kontinuiteten
tyckte han var dålig. GP status måste
höjas, GP måste bli mer hälsovårdare,
ge tid att förklara. Vissa GP överför-
skriver mediciner och undersöker
blint. Även patienterna fick sig en
känga av Nair. De tror att de skall bli
friska genast och går från doktor till
doktor och överkonsumerar medicin.
Reflexion, hur stämmer Nairs uttalan-
de på oss i Sverige?

Vetenskaplig inledning

Professor Boon, pediater från Singapo-
re gav en historisk tillbakablick av all-
mänmedicinens ställning. Från början
har läkare sysslat med alla medicinska
problem, förlossningar och så vidare.
När specialister dök upp i slutet av
1800-talet ansågs de av läkarsällska-
pen som "irreguljära praktiker". Så
småningom uppstod dock ett behov av
specialisering för större expertis inom
vissa områden. Idag är det åter behov
av läkare med överblick av hela fältet.
Det är dock nödvändigt att höja all-
mänpraktikernas standard så att de
kan jämföras med andra specialister.

Utmaningar för allmänmedicinen under 80-talet

Huvudtalare var dr Rice från Canada.
Han gav först en överblick av allmän-
medicinens nuvarande status. I de flesta
länder är förhållandena specialis-
ter/allmänläkare 1:1. I Holland 2:1. I
USA 6:1. I Sverige 9:1. I de flesta länder
ökar andelen GP. 80 procent har avdel-
ningar för allmänmedicin vid universi-
teten. Obligatorisk specialistutbild-
ning för allmänmedicin finns i Belgien,
Holland, Sverige och England. Specia-
listutbildningen är i regel 3 år eller
längre och avslutas i flera länder med
examen. Allmänmedicinska sällskap

och akademier har spelat en stor roll för utvecklingen.

Enligt Rice finns följande utmaningar för allmänmedicinen. Skaffa resurser för allmänmedicin i grundutbildningen. Här måste man konkurrera med andra specialiteter.

Det är viktigt att visa och hävda att sjukhusbunden vård är dyrare och att välutbildade allmänläkare kan ge god vård utanför sjukhusen och använda billigare och mindre sofistikerade undersökningar, billigare mediciner och så vidare.

Det är nödvändigt att särskilda träningsprogram för GP accepteras vilket gör GP trovärdig i sitt yrke både för sig själv, sina patienter och specialistkollegor.

Arbetsuppgifterna i förhållanden till specialister måste definieras. Andra specialister kan inte bedriva primärvård, de förblir inte specialister längre då. På samma sätt måste GP ägna sig åt primärvård och inte leka specialist och försöka ge sekundär eller tertiär vård. You can't have it both ways!

Viktiga faktorer för att få allmänmedicinen erkänd enligt Rice.

- Vår förmåga att definiera allmänmedicin i utbildningstermer och utbildningsmål.

- Få allmänmedicin erkänd som akademiskt ämne.

- Forskning inom allmänmedicin.

- Träningsprogram där även specialister tar sitt ansvar att utbilda allmänläkare.

- Specialistexamen inom allmänmedicin.

Problem inom allmänmedicinen

Rice såg följande problem komma inom området. Fragmentering av allmänmedicin. Ny kunskap och ny förbättrad teknologi utvecklas inom vissa områden med särskilt intresse för allmänmedicinen. Han nämnde akutmedicin, geriatrik, yrkesmedicin/företagshälsovård och sportmedicin. Allmänläkare med särskilt intresse inom dessa fält och även andra läkare med intresset kräver särskilt erkännande av viss specialkunskap.

Enligt Rice bör vi acceptera behovet av extra träning för att verka inom dessa områden som dock bör behållas inom allmänmedicinens ram. Alternativet är att dessa specialområden utvecklas utanför allmänmedicinen och slutresultatet blir då en ökande avlöning av allmänmedicinens olika områden.

"Fee for service" det vill säga prestationsersättning motverkar utveckling av preventiv medicin men utgör en viss sporre för den vanliga sjukvården. Någon lösning på detta hade inte Rice.

Obstetrik väljs bort av många allmänläkare och detta ansåg Rice vara betänkligt då ämnet är en viktig del av allmänmedicinen. Rice ansåg att vi bör

acceptera drop-in-clinics, det vill säga city-akuten, i viss utsträckning. Vissa människor efterfrågar denna snabb-service och vi bör då se till att det blir en del av allmänmedicinen. Annars växer verksamheten utanför allmänläkarnas område.

Allmänmedicin i U-länder

Utmaningen i Indien-Sydostasien inför framtiden är i första hand att få fred på många håll. I övrigt är de dominerande problemen infektionssjukdomar, särskilt tbc och tetanus har stor orsak i dödligheten liksom gastro-intestinala sjukdomar och pneumonier. Levnadsstandarden behöver höjas och preventionen är mycket viktig. Singapore har dock ett västerländskt panorama beträffande sina sjukdomar. I många asiatiska länder har allmänläkarna dålig utbildning och kan se mellan 100 och 150 patienter per dag.

Även i många andra länder som Australien har man en mycket hög besöksfrekvens och det är inte ovanligt att se mellan 40 och 60 patienter per dag. Man ställer dock tillbaka patienter för snabba återbesök som vi i Sverige antingen utesluter eller delegerar till sjuksköterskor.

Allmänmedicin i Europa

Professor Metcalfe från Manchester hade genom frågeformulär undersökt allmänmedicinens förhållanden i några länder, dock ej fullständigt. Registrering av patient hos GP förekommer i England, Holland, Danmark och Israel. Remissväg till specialist föreligger i Norge, Danmark, Holland, Israel och England. Grupp-praktiker utvecklas i Östtyskland, Norge, Danmark, Schweiz och England. Patientens betalning för besöket och läkarens avlöning varierar mycket i olika länder. Undervisning med en akademisk stab av allmänläkare förelåg i 7 länder medan 5 länder hade obligatorisk utbildning för allmänläkarkompetens. Vetenskapliga sällskap och akademier fanns i flera länder och man gav ut allmänmedicinska tidskrifter, stödde forskning och utbildning.

Utbildning

Professor Marian Bishop talade om behovet av grundutbildning inom allmänmedicin. Det är viktigt att definiera läroplanen. Följande synpunkter framhöll hon:

Diagnostisera och handlägga vanliga odefinierade problem i öppen vård.

Närma sig patienten som en hel person eller hel människa med betoning på friskhet och hälsobefrämjande.

Utveckla förmåga att samarbeta med patienten för att definiera problemet och sätta realistiska mål. Vara medveten om olika bakgrundsfaktorer.

Utveckla förmåga att kommunicera och rådgöra.

Ta hand om hela familjen.

Förstå när man skall remittera och känna igen tidiga tecken på ohälsa och

använda sjukhus- och laboratorieresurser med omdöme.

Att använda samhällets övriga resurser för hälsobefrämjande.

Många av dessa fält ingår i andra discipliner men i allmänmedicinen har dessa områden central betydelse och bör utvecklas. I rekryteringen av blivande allmänläkare är förebild, rollen av den arbetande allmänläkaren viktigast, viktigare än fakta och principer. Eleven tar efter lärarens sätt att vara.

I undervisningen räcker det ej att meddela en viss kunskapsmassa. Man måste underlätta för eleven att förstå att acceptera värderingar, attityder och arbetsmetoder inom allmänmedicinen som skiljer sig från andra discipliner. Detta är mycket svårt i den medicinska högskolan.

Allmänmedicin bygger mer på ett kontinuerligt förhållande till patienten än episodisk kontakt och är inte primärt orienterad mot intensivvård och livshotande tillstånd. Allmänmedicinen betonar mer det vanliga, ordinära istället för det ovanliga och extraordnara. Den betonar mer problem istället för sjukdom, mer organism istället för cell, mer organismens uppförande istället för biokemi. Förståelse är viktigare än teknik och sannolikhet är mer åtråvärd än fullständig säkerhet.

Enligt Bishop är GP hotad i USA. Accepterande av teknologi kan resultera i att allmänmedicin helt stöts ut ur vårdsystemet. Erfarenheter från USA att tänka på.

- Samarbete med hög teknologi och superspecialister ger visserligen upphetsning och tidningsrubriker men i längden inga läkare som är intresserade av den stora befolkningens vardagsproblem.

- I konkurrens med specialister måste även GP vara en specialist som är tränad för sina speciella uppgifter och inte bara en läkare som inte är specialist.

- Undervisning, påverkan under grundutbildningen är mycket viktig. Allmänmedicinen måste in tidigt.

Specialistutbildning i allmänmedicin (FV-utbildning)

Dr Fabb från Australien gav en översikt. I Frankrike har man ingen specialistutbildning alls, i Finland ägnar man 6 år. I medeltal 3 år i de flesta länder varav 2 år på sjukhus. Utbildningen blir obligatorisk i allt fler länder och det blir vanligt med utbildningsprogram. Fabb kom även in på efterutbildningen. Vissa kritiska röster har höjts. Förbättrar den patientvården? Det finns inga belägg för detta i studier. Är efterutbildningen koncentrerad på samhällets behov eller tillfredsställer den mest den enskilde läkarens behov? Blir prevention och hälsofostran etc tillgodosedd i efterutbildningen?

Försök har dock gjorts beträffande efterutbildningen att bestämma behoven med test före och efter. Professor Perkin från Canada beskrev ett hemstudieprogram som bestod i att 50 si-

dor varje månad skickades till GP. Man testade även kunskaperna ibland. Varje doktor fick notera 200 patientkontakter vilket gav praktikens profil. 200 multiple choice-frågor grundades på profilen och man fick på så vis en pretest. Respektive GP fick svar på sina resultat med förslag om efterutbildning och litteraturstudier. Efter 6 månader gjordes en ny test (posttest) som visade förbättrad kunskap. Systemet var uppskattat men lärarna hade svårt att i längden hitta på nya frågor som var up to date och det tog även tid och resurser i anspråk.

Annan typ av efterutbildning skedde via telekonferenser då man utnyttjade modern teknik att koppla samman olika grupper som kunde besvara vissa frågor, lösa uppgifter och få direkt respons på sina resultat.

Möten, konferenser fyller fortfarande en stor uppgift. Det är en tendens att dela upp mötena i små grupper med högst 12 personer i varje vilket ger tillfälle för alla att yttra sig. Slutligen har vi också one to one-teaching med lärare-elev. Det är viktigt att läraren också är en god kliniker. Studenterna drar sig undan lärare som inte är kliniskt kompetenta. Läraren utgör också en förebild eller modell för studenterna i sitt kliniska handlande. Läraren måste ta tid på sig att lära känna eleven som person och bedöma vilken nivå han fungerar på. Lärarens roll är inte främst att ge information utan att hjälpa eleven till egna studier och småningom göra sig själv överflödig och eleven helt oberoende.

Möjlighet till varvning av praktik och teori är nödvändig. Eleven behöver ha feedback kontinuerligt, men skall vara konstruktiv och specifik. Helst genomgång av alla patientjournaler under den gångna dagen, avlyssna vissa audiotape. Andra hjälpmedel är one-way glas då man kan iaktta utifrån läkare/patient utan att själv bli sedd (givetvis efter vederbörligt tillstånd).

Videofilmning av läkare/patientkontakt förekommer också.

En typ av efterutbildning som kan upplevas påfrestande är det som kallas för audit eller peer review vilket innebär att andra läkare granskar den aktuella läkarens mottagning och standard. Detta tycks fungera och läkare ändrar faktiskt sitt mönster efter sådan genomgång.

Vad man tittar på är exempelvis förskrivningsmönster, undersökningsrutiner, remisser, återbesök, hembesök, nattliga uttryckningar, metoder att klara vanliga sjukdomar, sjukligheten i upptagningsområdet.

Som ett projekt i England pågår en värdering av doktors kvalitét (what sort of dr?). Man ser på praktikens profil, har direkt observation, diskussion med personalen, genomgång av journaler, lyssnar på band från konsultationer och har en direktintervju med läkaren.

Forskning

Dr Lamberts från Holland definierade en GP eller allmänläkare på följande sätt.

En läkare som ger och samordnar personlig, primär och kontinuerlig allomfattande hälsovård till individer och familjer. Det gäller båda könen, alla åldrar, fysiska- psykiska- och sociala problem. Vi har sannerligen långt i Sverige innan vi uppnår denna målsättning. Enligt Lamberts skall forskningen vara verktyget att samla information som är relevant för GP och värd att spridas.

Paul Pedersen från Danmark framhöll att forskning inom allmänmedicin sker i ganska få länder för närvarande. Vi vet mycket lite angående primärvården i Latinamerika, Afrika, Asien, Sydostasien, Syd- och Östeuropa varifrån information i stort sett saknas.

Forskning inom allmänmedicin behövs för att få kunskap om de mest vanliga sjukdomarna. Våra värderingar grundas nu i regel på sjukhuserfarenhet. Forskningen måste dock ha god kvalitet så att hållbara slutsatser kan dragas. Allt för mycket forskning är av dålig kvalitet men detta gäller inte bara allmänmedicin.

Forskningen bör koncentreras på problem som är vanliga och viktiga och inom de områden där den vanlige GP har kompetens att lösa problemen med tillgängliga metoder. Vi måste också ta vara på den kunskap som redan finnes. Ofta förbises detta inom allmänmedicinen på grund av svag forskningstradition. Vi har också decentraliserade, det vill säga utspridda enheter, och forskare och lärare arbetar skilda åt. Man måste försöka integrera forskning i utbildningen och i det dagliga arbetet i allmänläkarvården.

Allmänmedicinens framtid

Rakel från USA ansåg att ökad teknologi gör GP ännu viktigare som guide, tolk och skydd för patienten. Allmänmedicinen kommer liksom andra specialiteter att påverkas av ett överskott av läkare som redan är ett faktum i flera länder. För närvarande finns 6.000 arbetslösa läkare i Spanien. I USA räknar man med att det kommer att finnas 75.000 för många läkare 1990.

Detta gäller särskilt kirurgiska specialiteter och läkarna där kommer att i många fall få syssla med primärvård utan att ha adekvat utbildning.

I primärvården är det viktigt att kunna identifiera sjukdomar i dess tidiga och odifferentierade stadium. Detta kan ske genom att känna till den enskilda patienten och veta dennes reaktioner. I framtiden kommer allmänläkarna sannolikt att syssla mer med kroniska sjukdomar som fordrar en god läkar-patient kontinuitet. Det kommer att bli mer hemsjukvård och mer uppmärksamhet åt omgivningens betydelse för sjukdomars uppkomst. Vi kommer även att leva under ekonomisk restriktion och en minskning av antalet sjukhusplatser.

Datateknik inom allmänmedicin

Man överraskas av hur långt datatekniken har kommit i många länder. I Australien finns för närvarande 120 st anläggningar igång hos olika GP. Man förutspår att 40-80 procent av mottagningarna kommer att ha datateknik inom 5 år.

Användningsområden för data är administration med räkningar, kallelser av patienter, journalhantering, forskning med registrering av olika diagnoser, laboratorieutnyttjande, röntgen, läkemedel, speciella grupper såsom olycksfall, remissfrekvenser, registrering av dödsfall. Man har även användning av data inom utbildningen.

Fria föredrag (Free standing papers)

Föredragen täckte en lång rad vanliga områden såsom hypertoni, diabetes, infektioner av traditionell modell. Jag skall här endast referera tre föredrag som gjorde särskilt intryck på mig.

Från Holland redovisades undersökning med videotape för att se läkarna i arbete. Det var ett forskningsprojekt som avsåg studera: Läkare - patientförhållandet.

Hur överförs patientens problem till diagnoser, det vill säga den diagnostiska processen?

Hur reagerar läkare på olika specifika symtom som patienten uppvisar eller meddelar?

Filmningen fordrade förstas patienternas tillstånd. Undersökningen pågick under rätt lång tid och läkaren visste aldrig när kameran sattes på så man kunde räkna med realistiska reaktioner. Erfarenheter av ett sådant projekt borde sedan kunna användas i utbildningen.

Professor Howie från Skottland tog upp problemet antibiotika vid halsont och sambandet med akut nefrit. Frågan gällde om penicillin verkligen skyddar mot akut nefrit och hur avväger man detta skydd mot risken för penicillinallergi?

I Skottland med omkring 1 miljon barn fanns under en 4-årsperiod 83 patienter med nefrit efter streptokockinfektion.

16 patienter hade halsont före nefrit och hade behandlats med penicillin. 22 patienter hade halsont före men fick aldrig någon behandling med penicillin.

Risken att få nefrit var lika stor i de båda grupperna nämligen 1:12.000. Som jämförelse beräknas penicillinallergi inträffa i ett fall på 700. Slutsatsen kan endast dras vad gäller natural historia för streptokockhalsar i Skottland, där det för närvarande inte finns belegg för att penicillin skyddar mot akut nefrit. Jämförande studier bör dock göras i andra länder där andra streptokockstammar kanske kan ge andra resultat.

Jag tycker detta är ett slående exempel på en fin allmänmedicinsk undersökning som inte utan vidare accepterar gamla slutsatser som dragits på

sjukhusmaterial eller för många, många år sedan. Vi måste ständigt vara beredda att ompröva våra indikationer och våra insatser så att inte patienterna utsätts för onödiga risker.

Från Israel redovisades ett diagnostiskt test av kongenital höftledsluxation. Barnet placerades i framstupa läge och man sköt hälen mot rumpen varvid normalt ett symmetriskt ruterformat mönster uppstår mellan hül och klinkor. Vid dislocerad höft får man asymmetri vilket visades på ett slående och övertygande sätt.

Detta var ett fint exempel på ett nytt och användbart diagnostiskt test som utprovats av allmänläkare och som förtjänar spridning.

Avslutning

Mitt samlade intryck från Singapore är att allmänmedicinen fyller ett viktigt behov inom sjukvården över hela världen och att man har kommit långt när det gäller att definiera allmänmedicinens egenart som specialitet, dess uppgifter, utbildning och så vidare.

Fortfarande finnes ett "lillebrorskomplex" hos allmänmedicinen i förhållande till andra specialiteter och man talar ofta om att allmänmedicinens status måste höjas. Den viktigaste vägen bör då vara att förbättra utbildningen på alla nivåer och förbättra kvaliteten i vården så att allmänmedicinen blir efterfrågad.

Vi har i Sverige kommit långt i teorin, sedan gäller det att omsätta alla goda föresatser i praktiken. Vårt största handikapp som jag ser det är för närvarande bristen på färdigutbildade allmänläkare. Vi har långt kvar till den täthet som många länder uppvisar nämligen en färdig allmänläkare per 2.000 invånare. I Sverige har vi dessutom fått arbetstidsförkortning, jourkomp och andra ledigheter som ju är socialt välmotiverade men som motverkar mycket av möjligheterna att bedriva god primärvård. Denna skall ju kännetecknas av personlig, kontinuerlig... och så vidare vård och hur går detta ihop med 40 timmars arbetsvecka? Här försöker vi ersätta den personliga kontakten med ett större vårdlag.

I andra länder skakar man betänksamhet på huvudet åt vår utveckling men börjar samtidigt få kännning av samma sociala krav från de yngre läkarna.

WONCA-konferenser behövs så att vi kan följa med i utvecklingen. Nästa gång blir det i London 1986.

Per G Swartling
Distriktsöverläkare,
Vårdcentralen, Tierps sjukhus,
81500 Tierp.

Rapport från WONCA:s Council Singapore den 18-19 maj 1983

Svensk Förening för Allmänmedicin är den svenska medlemsorganisationen i allmänmedicinens världsorganisation WONCA. WONCA är förkortning för World Organisation of National Colleges Academies and Associations of General Practitioners/Family Physicians. Världsorganisationen hade före mötet i Singapore 27 medlemmar och har efter mötet 29 medlemmar och en associerad. Följande länder är medlemmar: Australien, Belgien, Canada, Danmark, Finland, Frankrike, Hongkong, Island, Indiska Akademien för General Practice och Indiska Läkareförbundets Colleges of General Practitioners; Indonesien, Israel, Malaysia, Mexico, Holland, Nya Zeeland, Nigeria, Norge, Pakistan, Filippinerna, Singapore, Sydafrika, Sri Lanka, Sverige, Storbritannien, USA, Society of Teachers of Family Medicine USA, Västtyskland och Zimbabwe. Accoierad medlen är Japan.

WONCA leds av en styrelse på 7 personer och beslutande organ är dess Assembly där medlemsländerna har delegerat proportionellt mot medlemsantalet. Council, som innehåller en representant från varje land är att betrakta som organisationens arbetande utskott, där de flesta beslut fattas, som sedan ratificeras av Assembly.

Vid Council-möte i Singapore 1983 den 18-19 maj var Göran Sjönell, föreningens internationella sekreterare, utsedd som delegat. En hel del beslut och rekommendationer togs vid Council och här följer en kortfattad redovisning av de viktigaste besluten:

Indien Medical Associations Colleges of General Practitioners invaldes som medlem trots att Indien Academy of General Practice redan var medlemmar. Detta beror på att såväl akademiska föreningar som intresseföreningar kan vara med och man har funnit att båda dessa föreningar i Indien kan vara fullvärdiga medlemmar i WONCA. Japan valdes som associerad medlem. Sydkorea har ansökt om fullt medlemskap, men beslut kunde inte fattas i den frågan.

WONCA:s Council beslutade att rekommendera medlemsländerna att till FN via respektive lands riksdag föreslå att något av de kommande tre åren borde tillskrivas "The Year of the Family".

Under de sista åren har ett intensivt arbete förts i WONCA:s klassifikationskommitté, som har arbetat med att klassificera sjukdomar och konfaktorsaker i allmänmedicinen.

En andra utgåva av WONCA:s klas-

sifikationssystem har utkommit i IPHCR II. Vidare har de sista tre åren ett stort arbete lagts ned på WONCA:s Family Medicine Index - FAMILI. Fyra gånger om året görs en sammanställning från Index Medicus, men även från de olika medlemsländernas publikationer av uppsatser och vetenskapliga arbeten om allmänmedicin. Allt för få prenumeranter finns på detta index och WONCA rekommenderar varmt sina medlemsländer att försöka förmå bibliotek, vårdcentraler etc att kontinuerligt prenumerera på detta allmänmedicinindex.

WONCA har närmat sig WHO. Enligt Councils beslut föreslås ett tvåårigt samarbetsförsök. WONCA och WHO ska gemensamt driva forskning och utveckling kring mentalvård, hälsoinformation, sjukdomsklassifikation samt hälso- och sjukvårdspersonalsutbildning. Efter två år ska samarbetet utvärderas.

Council-delegaterna var inte helt nöjda med WONCA:s arbete de sista 10 åren och uppdrog därför åt styrelsen = Executive, att tillsammans med varje medlemsland fram till nästa kongress 1986 kartlägga WONCA:s målsättning och funktion.

En enda ansökan fanns inlämnad för kongressen 1989 och den 12:e WONCA-kongressen, den ansökan kom från Israel. Efter långa diskussioner huruvida Israel kunde anordna en WONCA-konferens eller inte, huvudsäket mot var att flera länder, Pakistan, Sri Lanka, Malaysia och Indien inte får resa från sina länder till Israel, beslöts att WONCA:s kongress skulle ske i Israel och orten bestämdes till Tel Aviv 1989.

Executive hade förslagit att 10 hederspriser skulle inrättas i WONCA. Detta förslag väckte motstånd, framför allt från de Skandinaviska länderna, England och Holland. Efter mycket diskuterande vann förslaget med knapp majoritet i Council, men blev så småningom i Assembly nedröstat, varför några hederspriser inte inrättas i WONCA.

Medlemsavgifter

Medlemsavgiften för WONCA föreslås i fortsättningen bli för länder med 1.000-2.000 medlemmar, såsom Sverige 650 USA-dollar 1983, 715 USA-dollar 1984, 787 USA-dollar 1985 och 865 USA-dollar 1986. Detta innebär att medlemsavgiften inte höjs utan endast regleras till inflationen.

En regional vicepresident för Europa valdes, dr Paul Gromme från Holland. Den regionala vicepresidenten har fått i uppdrag att under de närmaste åren utreda vilka förutsättningar det finns för ett regionalt samarbete i Europa inom WONCA:s ram. En stor tveksamhet råder i medlemsländerna i Europa om det finns något utrymme för WONCA i Europa då den europeiska allmänmedicinska organisationen, SIMG redan driver en aktiv verksamhet. Denna organisation har för övrigt

SEAM begärt medlemskap i from och med i år. Till WONCA-kongressen i London 1986 kommer rapport att lämnas av vicepresidenten om förutsättningar för ett europeiskt samarbete.

Standing Committees

WONCA:s arbete mellan kongresserna bedrivs huvudsakligen inom Standing Committees. Dessa Standing Committees är Practice Management, Continuing Medical Education, International Classification, Research, Vocational Training, Bibliography, Publications. Arbetet i och organisationen kring dessa kommittéer diskuterades mycket på kongressen och jag kommer i separat rapport i Allmänmedicin att närmare redogöra för Standing Committees och dessa arbete.

Slutligen förrättades val till den nya styrelsen Executive där den tidigare president elect, dr David A Game från Australien tog ordförandeklubban som president, där dr Rajacumar, Malaysia blev president elect, med andra ord den förste blivande ordföranden i WONCA från ett utvecklingsland.

Dr R Lawson, Storbritannien omvaldes som Council-ordförande, dr Wes Fabb, Australien omvaldes som sekreterare samt valdes dr D Rae, dr D Kowalevski och dr Bent Guttorm Bensen, Norge. Vi kan från Sveriges håll glädja oss åt att en Skandinavisk läkare för första gången sitter i WONCA:s styrelse. Vi hoppas mycket på detta under de kommande tre åren.

WONCA:s nästa kongress hålls i London, 1-6 juni 1986.

Göran Sjönell

Internationell sekreterare
Svensk Förening för AllmänMedicin

Rök inte där någon annan får obehag.

Alla som vistas i rökig miljö röker.
Även om de inte är rökare.
Måste du röka så gör det där
ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN
SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM.



Reserapport från en studieresa i Australien 1983-05-03-05-20

BENGT LINDER · LARS LINDHOLM · OLLE LYGSTAM

Devis

*Jag hör och jag glömmar.
Jag ser och jag kommer ihåg.
Jag gör och jag förstår.*

(Konfucius)

Under en studieresa till Australien studerade tre svenska distriktsläkare utbildningen i allmänmedicin under såväl grund-, vidareutbildning och fortbildning av läkare. Grundutbildning i allmänmedicin förekommer om än i varierande omfattning i samtliga sju delstater i Australien. Vidareutbildningen till allmänläkare är fyraårig och omfattar endast hälften av de blivande allmänläkarna. Fortbildningen organiseras av The Royal Australien College for General Practitioners och består av seminarier, kurser, konferenser, utbildning på videotape och speciell fallorienterad tidning, "Check".

De australiensiska allmänläkarna tar sig an handledarrollen med stor entusiasm. De är dock egna företagare vilket sätter sin prägel på hela primärvårdsutvecklingen i Australien.

Nyckelord: Allmänmedicin, grundutbildning, vidareutbildning, efterutbildning, Australien.

Utvecklingen inom allmänmedicinen i Sverige har de senaste åren kännetecknats av en stark och snabb expansion. Kunskap om utvecklingen i andra länder är av stor betydelse för att driva vår egen utveckling framåt. Våra nordiska grannländers allmänmedicin känner vi till genom ett flitigt internordiskt utbyte av erfarenheter på olika nivåer.

Studieresor har tidigare gjorts till bland annat Storbritannien, USA och Kanada. (1, 2). Däremot är utvecklingen i länder som Australien och Nya Zeeland hittills okänd för oss. Under de senaste åren har det emellertid vid internationella allmänmedicinska sammankomster rapporterats om intressanta utvecklingstrender i dessa länder. I samband med den nionde WONCA-kongressen i Singapore reste tre svenska distriktsläkare till Australien för att studera utvecklingen där.

När man efter några månader blickar tillbaka och skriver en reserapport

om Australien minns man den geografiska storheten, avstånden, det väldiga landets alla möjligheter samt mångsidigheten hos de olika befolkningsgrupperna. Alla turistbroschyrers slitna fraser stämmer här för en gångs skull:

"Ett spektrum av alla klimat."
"Ottömliga naturtillgångar."
"Ett förunderligt djurliv."
"Oändliga otillgängliga skogar och öknar."
"Soldränkta stränder med fantastiska bad."
"Vackra städer sjudande av liv."
"Vänliga, spontana och hjälpsamma människor."

Den nedgång i antalet allmänläkare som efter andra världskriget förekom framför allt i Västeuropa och Nordamerika har inte förekommit i Australien. Däremot har man även i Australien upplevt behovet av en kvalitetsförbättring. Detta har lett till en delvis strukturerad fyraårig allmänläkarutbildning som benämns Family Medicine Programme (FMP).

Målsättning

Syftet med resan var att studera följande områden:

- a. Allmänmedicinens organisation i Australien.
- b. Allmänläkarens roll som lärare på universitetsnivå, under den fortsatta vidareutbildningen samt i den kontinuerliga fortbildningen.
- c. Forskning och metodutveckling inom allmänmedicin.

Resans uppläggning (fig 1)

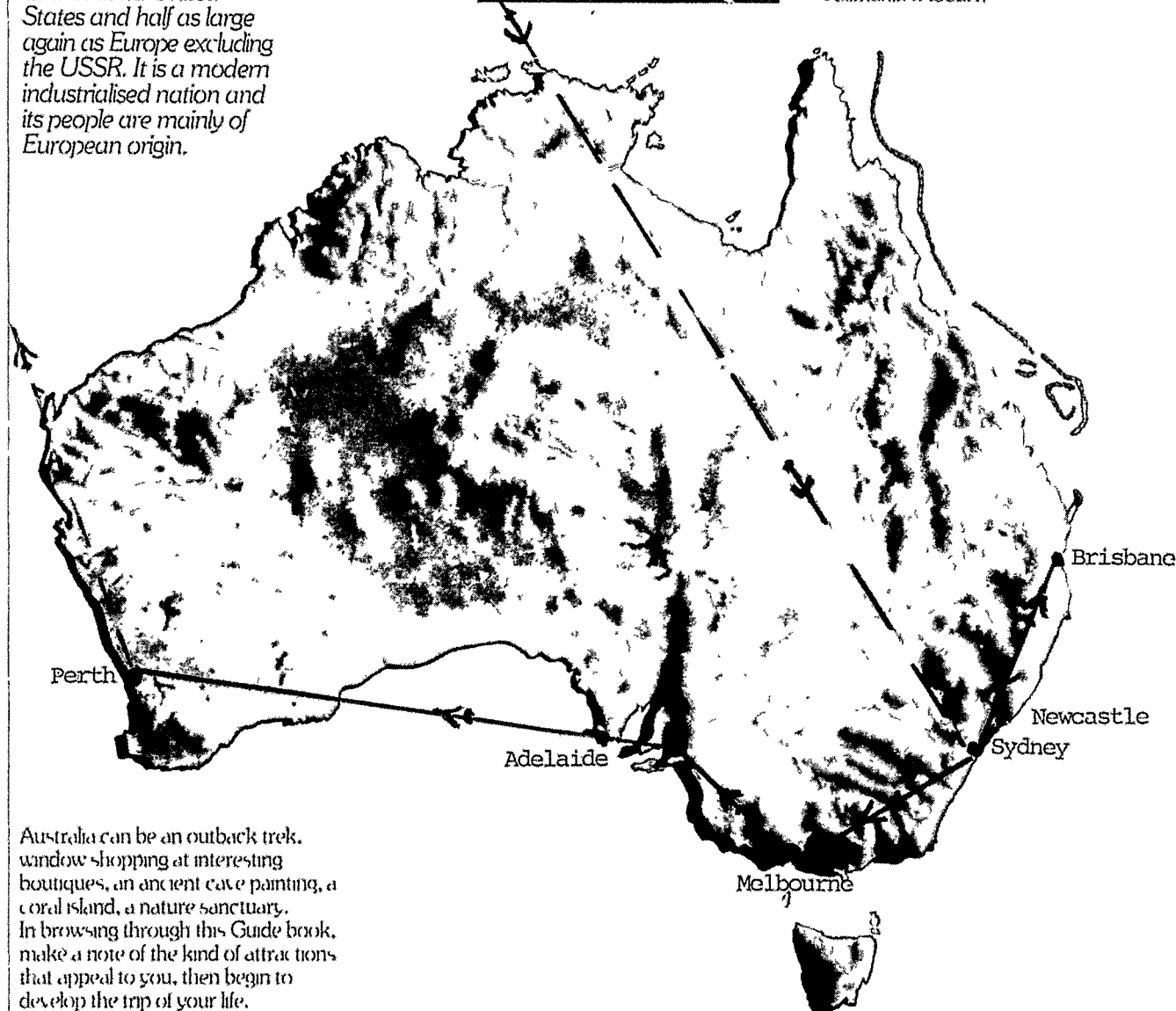
Studieresan planerades i samråd med The Royal Australien College for general Practitioners (RACGP) och omfattade besök på följande platser:

1. **Brisbane.**
– Department of Social and Preventive Medicine, University of Queensland.
2. **Sydney.**
– RACGP – The Academy of New South Wales.
– Hornsby Health Centre.
3. **Newcastle.**
– University of Newcastle.
4. **Melbourne.**
– RACGP – The Federal Office.
– The Victorian Academy for General Practice.
– Monash University.
5. **Adelaide.**
– The South Australian Academy for General Practice.
– Flinders University. Department of Community Practice.

Australia is an island continent of 7,686,884 square kilometres, located in the southern hemisphere south of Asia. The coastline is 36,735 km and is washed by three oceans and four seas. About 40% of the continent is in the tropics. It is almost the same size as mainland United States and half as large again as Europe excluding the USSR. It is a modern industrialised nation and its people are mainly of European origin.



Size: 4025 km east west, 3220 km north south.
Area: 7 686 884 sq. km.
Population: 14 793 000
Federal capital: Canberra.
States and capitals:
 New South Wales (Sydney)
 Victoria (Melbourne)
 Western Australia (Perth)
 South Australia (Adelaide)
 Northern Territory (Darwin)
 Queensland (Brisbane)
 Tasmania (Hobart)



Australia can be an outback trek, window shopping at interesting boutiques, an ancient cave painting, a coral island, a nature sanctuary. In browsing through this Guide book, make a note of the kind of attractions that appeal to you, then begin to develop the trip of your life. Planning is important. Please let your travel agent help you make the plan, it costs no more, saves you time and money.

6. Perth.

– Department of Community Medicine and General Practice, University of Western Australia.

Brisbane

Department of Social and Preventive Medicine, University of Queensland. Efter 42 timmars flygning från Kastrup möttes vi av en tropisk värme vid ankomsten till Brisbane. Staden är till sitt utseende typiskt engelsk. En för oss svenskar ovanlig syn var att se tjänstemän med traditionell dokumentportfölj kombinerad med vita knästrum-

por, vita shorts, vit kortärmad skjorta, slips samt halmhatt.

På flygplatsen mottogs vi av professor Ryan, professor i Community practice, vid institutionen for Social and Preventive Medicine. Vid denna institution utbildas såväl läkare som andra hälsovårdsansvariga framför allt inom prevention av tropiska sjukdomar och epidemiologi.

Vi fick på institutionen närvara vid en undervisning av studenter som gick sin avslutande termin före läkarexamen. Vår australiensiska kollega diskuterade resultatet ifrån en undersök-

Figur 1.

Karta, Australien.

Landet Australien lika med världsdelen består av sju delstater. Western Australia, Northern territorial Queensland, New South Wales, Victoria, South Australia samt öststaten Tasmania. Avståndet i västöstlig riktning är nästan 500 svenska mil samt från nord- till sydändan över 400 svenska mil.

ning som studenterna genomfört under sin primärvårdstjänstgöring. De hade sammanställt 75 konsekutiva patientfall i en så kallad "log-book" som utgjorde underlaget för ett epidemiologiskt utvecklingsarbete.

Vi deltog också i ett staff-meeting där statistikutbildning för studenter planerades. Denna planering skedde efter i stort sett samma riktlinjer som i Sverige.

Dagen avslutades med bad i Stilla havet där vi dock höll till innanför haj-näten.

Sydney

I Sydney vistades vi fyra dygn. Staden är fantastiskt vacker och operahuset motsvarar sitt rykte. Den danske arkitekten Jörn Utzen har skapat ett synnerligen imponerande byggnadsverk. Sydney påminner till sin karaktär om två andra vackra städer vid havet, San Francisco och Stockholm.

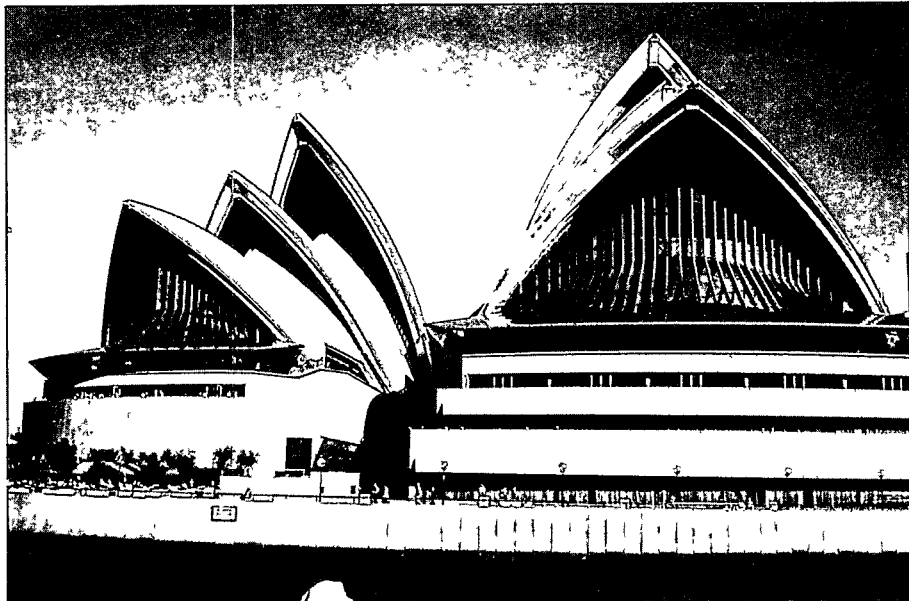
RACGP

De australiensiska allmänläkarna har en organisation som företräder deras fackliga intressen, förmedlar kontinuerlig fortbildning och arbetar med att föra ämnet Allmänmedicin framåt. Ämnet är ännu inte specialitet. Man har skapat en fyraårig vidareutbildning i allmänmedicin (FMP), som dock inte omfattar mer än hälften av de blivande allmänläkarna (3).

Varje delstat i Australien, det finns sju stycken, har ett regionalt RACGP-kontor. Från dessa organiseras både den kontinuerliga fortbildningen samt utbildningen av blivande allmänläkare. Regionkontoret har ett gott samarbete med de universitetsinstitutioner som undervisar i allmänmedicin. Dessa institutioner har olika beteckningar i olika delstater till exempel Department of Community Practice, Department of Social and Preventive Medicine, Department of Family Medicine och Department of Community Medicine.



Känguru framför vår bil. Under utflykt med bil i en av Sydaustraliens parker träffade vi på denna trevliga känguru. (Foto: Lars Lindholm)



Operahuset, Sydney.

Operahuset i Sydney är ritat och konstruerat av den danske arkitekten Jörn Utzen och har kostat cirka 10 gånger mer än vad som ursprungligen budgeterats, men har också blivit ett av världens vackraste byggnadsverk. (Foto: Lars Lindholm)

Kontinuerlig fortbildning

I Sydney fick vi en god inblick i den kontinuerliga fortbildningen för allmänläkare. Denna består av seminarier, kurser, konferenser, utbildning på videotape och en speciell tidning "Check" som är fallorienterad och uppbyggd efter de principer som vi känner igen från Update och Journal of Family Practice.

Handledning

Vi tillbringade en dag på en undervisningsvårdcentral belägen i stadsdelen i Hornsby. Denna leddes av fyra heltidsanställda allmänläkare (GP) som fyra dagar av fem ägnade sitt arbete enbart åt FMP handledning. På denna vårdcentral finns en imponerande audiovisuell utrustning vilken används för att förbättra patient/läkarrelationerna hos de blivande allmänläkarna (3). Stor vikt lades vid konsten att ta upp en anamnes och att med enkla diagnostiska hjälpmedel få en diagnos som omfattade både somatiska och psykosociala komponenter.

I Hornsby hade vi också tillfälle att träffa en gammal svenskfödd man som inte varit i Sverige sedan 1909. Han förstod fortfarande svenska och började efter en stund svara oss på bruten smäländska.

Newcastle

Newcastle är belägen cirka 30 mil norr om Sydney. Här finns ett progressivt universitet med en medicinsk högskola som sedan några år satsat på en regional hälsovårdsutbildning med mönster från McMasters i Canada, Maastricht i Holland och Tromsø i Norge. Besöket blev en av resans höjdpunkter. Primärvårdsutbildningen startar redan under första studieåret med allmänläkare som lärare. I Newcastle fick vi kontakt med Bob Sanson-Fischer, professor of Behavioral Science, som tillsammans med dekanus för den medicinska fakulteten ägnade oss en förmiddag och utförligt beskriv idéerna bakom den nya medicinarutbildningen. Vi fäste oss framför allt vid att man slutat att

betygsätta prestationer efter prov och tentamina och istället kontinuerligt bedömer studenterna under utbildningstiden utgående från fem områden:

1. Förmåga till kritiskt tänkande.
2. Förmåga att undersöka, diagnostisera och behandla patienter.
3. Förmåga att fortlöpande utvärdera den egna inläringen i förhållande till utbildningens mål.
4. Yrkesattityd, personliga karaktäristika samt relation till patienter.
5. Kunskap i samhällsmedicin (4).

I Newcastle liksom på övriga universitet deltog vi i undervisningen. Studenterna föreföll ha både goda medicinska kunskaper och kännedom om de krav som samhället idag ställer på hälso- och sjukvården. Vi kom att tänka på vår egen nya hälso- och sjukvårdslag.

Vi hade också tillfälle att besöka en GP och följa hans arbete. Han arbetade under synnerligen enkla förhållanden med låg standard på instrument och hjälpmedel. Enda personal var en receptionist som skötte tidsbokningen och kassafunktionen. På mottagningen utfördes endast ett fåtal enklare laboratorieprover såsom labstix. Vid behov av andra analyser skickades patienten till en privatpraktiserande laboratorieläkare ("pathologist").

Melbourne

Det är fågelvägen nästan 400 svenska mil från Cairns i norra Australien till Hobart på Tasmaniens sydkust. Från Sydney på östkusten till Perth på västkusten är det cirka 450 svenska mil. Detta innebär att utbildning i allmänmedicin, liksom all annan utbildning, måste decentraliseras. Lokala faktorer som klimat, befolkningsförhållanden, typ av sysselsättning i delstaterna på-



Olle Lyngstam och Bengt Linder, Adelaide.
Lars Lindholm tar foto på sina kollegor Olle
Lyngstam och Bengt Linder söder om Adelai-
de ut över Södra Oceanen.
(Foto: Lars Lindholm)

verkar den lokala utbildningen. De unga läkarna är under utbildningen till allmänläkare placerade i mycket olika områden. En del lärs upp på små landsortssjukhus och läkarstationer med ett upptagningsområde större än Lapp-land medan andra arbetar i miljonstäder på stora universitetssjukhus och stora mottagningar. Detta innebär att man måste använda sig av ett mångsidigt specialistutbildningssystem. Detta försöker man tillgodose genom FMP (3).

Wes Fabb, professor i allmänmedicin och chef för Jolimont, FMP:s huvudkontor i Australien hade samlat hela sin stab av läkare, psykologer, pedagoger och administratörer till ett heldagssymposium under vårt besök. Med denna stab diskuterade vi allmänmedicinska frågeställningar, primärvårdens utveckling samt olika forsknings- och utvecklingsprojekt i primärvården.

Vi kunde konstatera att man i Australien inte kommit längre än i Sverige när det gäller forskning och utvecklingsarbete. Däremot har man i högre grad än i Sverige utnyttjat moderna audiovisuella undervisningshjälpmedel.

Vid besök på Monash University i Melbourne träffade vi Neil Carson, professor i Family Practice. Han utvecklade mycket kritiska synpunkter på FMP. Framför allt pekade han på det orimliga i ett system som endast ger 40–50 procent av blivande allmänläkare chans att få en adekvat utbildning vilket vi var benägna att hålla med honom om. Han hade också en rad kritiska synpunkter på frånvaro av slutexamen inom FMP.

Under dagarna i Melbourne hade vi också tillfälle att delta i idrottsmedicinskt symposium, lett av Jack Refshauge, vicepresident i FIMS (Fédération International Medicine du Sport). Vi fann att man inom idrottsmedicinen i Australien fortfarande är begränsad till traumatologi. I Sverige har ämnet

vidgats till att även omfatta förebyggande och fysiologiska aspekter.

Adelaide

I Adelaide rådde australiensisk vinter vid vårt besök. De bilder vi sett hemma från de stora skogsbränder som härjat i South Australia var inte överdrivna. Redan från flygplanet såg man de stora avbrända områdena. Vid närmare kontakt såg det förskräckligt ut. Australiensarna själva tog det dock med jämnmod och menar att det ofta brinner på något håll i detta stora land.

Jack Marshall, professor i allmänmedicin och tillika president i WONCA:s Standing Committee for Education tog väl hand om oss i Adelaide. Han hade där arrangerat föreläsningar och seminarier i vilka vi deltog som lärare. Man önskade framför allt ta del av vår syn på hur vi bygger in prevention och hälsoupplysning i allmänmedicinen. Under visningen utgick från patientfall och hade sällan formen av katedralföreläsningar.

I Adelaide hade vi tillfälle att se en modellvårdcentral av annorlunda karaktär. Här fann vi en vårdcentral sammanbyggd med övrig kommunal service. Denna central hade byggts upp under den förra labourregeringen och skulle stå som ett föredöme för andra likartade satsningar. Efter regerings-skiftet på 1970-talet lade det konservativa partiet projektet på is, men det har nu på nytt aktualiserats av den nya labourregeringen. Vårdcentralen påminner om de vårdcentraler vi numera kan se i vårt eget land. Läkarna avlönades på deltid med statliga medel.

Perth

Perth ligger mycket isolerat i delstaten Western Australia som har cirka en och en halv miljon invånare. Av dessa bor 98 procent i staden. Staden är mycket vacker med stora parker och en fantastisk strand vid Indiska Oceanen.

I Perth ligger den allmänmedicinska institutionen på en vårdcentral där man sysslar med traditionell mottagningsverksamhet, utbildning och forskning. Vi kom att tänka på Dalby i Sverige. Även här engagerades vi i stu-

dentutbildningen. Vi diskuterade bland annat sjukskrivningsproblematik, omhändertagandet av idrottsskador i primärvården och hur man kan sköta hypertoni i primärvården. I Perth har man integrerat grund- och efterutbildning i allmänmedicin. Vi fick möjlighet att besöka två vårdcentraler i Perth. Den ena var närmast att betrakta som en lyxmottagning, belägen i ett villakvarter med välsituerade människor. Den andra låg i stadens utkant i ett slumområde. Vid båda mottagningarna var den tekniska utrustningen dålig och personalen fåtalig i jämförelse med svenska motsvarigheter. Journalkorten skrevs för hand och var mycket ofullständiga. Vi hade svårt att förstå hur man ur dessa journaler kunde få fram material till utvecklingsarbeten. Samarbetet med den allmänmedicinska institutionen var bristfälligt, trots att denna bara låg på några kilometers avstånd.

Sammanfattning

Det bestående minnet av vår resa präglas av den entusiasm inför handledarrollen som våra australiensiska kollegor visade. Den tekniska utrustningen och de personella resurserna är dock sämre än i Sverige på samtliga mottagningar vi besökte. Grundutbildningen i allmänmedicin förekommer sedan några år i alla delstater även om omfattningen varierar. Den fortsatta vidareutbildningen (FMP) har vi tidigare beskrivit (3). Denna utbildning omfattar endast 40–50 procent av de blivande allmänläkarna vilket är mycket anmärkningsvärt och kan vara en förklaring till varför allmänmedicin ännu inte blivit en specialitet i Australien. Den kontinuerliga fortbildningen bygger mycket på audiovisuella hjälpmedel, självvärdering samt personliga insatser. Den australiensiska allmänläkaren är dock egen företagare vilket sätter sin prägel på primärvårdsutvecklingen.

Referenser:

1. Linder B, Lindholm L. Allmänläkarutbildning i USA och Canada. Stockholm: Socialstyrelsen 1980.
2. Karlsson Y, Linder B, Lindholm L. Vad kan man lära av allmänläkarutbildning i USA? Läkartidningen 1980;77: 7–10.
3. Lindholm L, Linder B, Lyngstam O: Allmänläkarutbildning i Australien. Läkartidningen 1983;42.
4. Feletti G, et al. Comprehensive Assessment of Finalyear Medical Student Performance Based on Undergraduate Programme Objectives. Lancet 1983;2: 34–37.

Författarpresentation:

Bengt Linder, distriktsläkare och hälsovårdsöverläkare vid Hälsovårdsenheten, Skövde*

Lars Lindholm, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Dalby,

Olle Lyngstam, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Skövde.

*Postadress: Hälsovårdsenheten, Kärnsjukhuset, 548 83 Skövde.

Hjärt- och kärlsjukdomars epidemiologi och prevention

ANDERS ÖVERBY

Under de senaste åren har flera svenska och utländska undersökningar publicerats vilka behandlar hjärt-kärlsjukdomarnas epidemiologi och prevention. Resultaten har i viss mån varit motsägande och föremål för olika tolkningar beroende på vilken expert som tagit del av studien. I denna artikel granskas 4 epidemiologiska och 4 preventiva undersökningar. Författaren efterlyser synpunkter från allmänläkare om hur prevention av hjärt-kärlsjukdomar bör utformas.

Nyckelord: Epidemiologi, prevention, hjärt-kärlsjukdomar.

Inledning

En viktig uppgift för allmänläkarna är att minska sjukligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. Är det då meningsfullt att påverka stora grupper av människor så att deras serumkolesterol sjunker, kroppsvikt och rökning minskar samt att fysisk aktivitet ökar? Skall stora summor satsas på gruppriktad friskvård eller är det bättre (och billi-

gare) med besök hos läkare 1 gång per år? Är nedgången i frekvensen av hjärtsjukdomar något som inträffar spontant trots påverkan av ovanstående faktorer? Är tolkningen av ett forskningsprojekt beroende av vem som läser resultatet?

Detta är några av de delvis provocativa frågor som man ställer sig när man tar del av vissa uppmärksammade epidemiologiska respektive preventiva studier avseende hjärt- och kärlsjukdomar, vilka har publicerats under början av 1980-talet. Det är bland annat vi allmänläkare som bör vara med och diskutera hur man skall förhålla sig till resultaten av dessa undersökningar. Vi bör inte bara förlita oss på åsikter från specialister i andra discipliner. Det är ju ändå i stor utsträckning vi som skall genomföra ett eventuellt preventionsprogram. Vi har dessutom en bred kontaktyta mot befolkningen, deltar i vård från vaggan till graven och har att ta hänsyn till sjukdomar inom många andra specialiteter, inte bara hjärt-kärlsjukdomar.

När man läser en undersökning är det några faktorer man bör göra klart för sig: Är det en passivt beskrivande,

det vill säga epidemiologisk, undersökning eller en aktiv, preventiv studie? Är de undersökta personerna friska, sjuka eller högriskpersoner? Män eller kvinnor? Har referensgruppen varit utsatt för någon påverkan? Vilka variabler skall studeras – vad utgör ändpunkt (endpoint) i studien? Innehåller de presenterade resultaten de faktorer man avsåg att undersöka? Om man till exempel skall undersöka hjärtinfarktdöd efter betablockad men i stället presenterar resultat som visar att kärlkramp minskat så bör man som läsare vara misstänksam. Studien avsåg ju hjärtinfarkt och inte kärlkramp.

I tabell I sammanfattas de undersökningar som nedan presenteras.

Västtyskland – Epidemiologi

I Västtyskland har man i en epidemiologisk studie undersökt mortalitet i hjärtsjukdomar i åldrarna 45–74 år för män och kvinnor (1). Med hjärtsjukdomar menas i denna undersökning ischämiska och andra hjärtsjukdomar samt hypertoni (ej cerebrovaskulär sjukdom). För män ökade dödligheten fram till i mitten på 1960-talet då en utplaning inträdde. I gruppen 55–64-

Tabell I.
Sammanfattning av i artikeln behandlade undersökningar.

Undersökning	Typ	Parameter (Endpoint)	Preventionsfaktorer	Kön	Resultat
Västtyskland	Epidemiologi	Död hjärtsjukd Död hypertoni		Män Kvinnor	Mortalitet i hjärt- och blodtryckssjukd i avtagande för kvinnor samt för män 55–64 år
Storbritannien	Epidemiologi	Död ischämisk hjärtsjukd		Män Kvinnor	Mortalitet i ischämisk hjärtsjukd i avtagande för män och kvinnor (undantag finns).
Stockholm	Epidemiologi	Hjärtinfarkt		Män Kvinnor	Incidens och mortalitet i hjärtinfarkt ökar för män. Incidens i hjärtinfarkt ökar för kvinnor.
Göteborg	Epidemiologi	Hjärtinfarkt Död i hjärtinf Död i ischämisk hjärtsjukd		Män	Ökad dödlighet i ischämisk hjärtsjukdom. 1923 års 50-åringar dubbel incidens av ischämisk hjärtsjukd mot 1913 års under 7 år.
USA Kanada (MRFIT)	Prevention	Död i koronar hjärtsjukd el cardiovascular sjukd. Död koronar hjärtsjukd + ej fatal infarkt. Död oavsett orsak	Rökning Kolesterol Hypertoni	Män	Mortaliteten i koronar hjärtsjukd sjönk i både preventions- och kontrollgrupperna utan sinsemellan signifikant skillnad.
Finland	Prevention	Mortalitet koronar hjärtsjukd (bla)	Rökning Kolesterol Hypertoni	Män Kvinnor	Nedgång i koronar mortalitet i hela Finland. Mest nedgång i interventionsområdet = Nordkarelen
Oslo	Prevention	Hjärtinfarkt Död hjärtinfarkt Plötslig död. Stroke	Rökning Kolesterol	Män	Incidensen hjärtinfarkt och plötslig död sjönk i interventionsgruppen med 47 %
Storbritannien Belgien (WHO)	Prevention	Hjärtinfarkt Plötslig hjärtdöd Hjärtdöd utan dödande hjärtinfarkt All död	Rökning Kolesterol Hypertoni Vikt Motion	Män	England: Ingen effekt, riskfaktorerna sjönk 4 %. Belgien: Totala mortaliteten 17,5 % lägre, riskfaktorerna sjönk 16 %

åriga män har sedan 1976 en tydlig tillbakagång skett men man har ännu inte nått ned till 1952 års nivå. I åldrarna 45–54 och 65–74 år är mortaliteten oförändrad sedan 1965 (se exempel i figur 1). Dödligheten för kvinnor i hjärtsjukdom har under 30 år sjunkit. Man jämför Västtyskland med USA och påpekar att USA trots sjunkande dödlighet i hjärtsjukdomar ännu inte har nått ned till tysk nivå.

För att finna en förklaring till dessa förhållanden diskuteras fettkonsumtion, tobak och hypertoni behandling.

Tysk fettkonsumtion ligger sedan 1960-talet på oförändrad nivå, över den amerikanska som under tiden stegrats (figur 2). I USA har emellertid en övergång skett till vegetabiliskt fett på bekostnad av animaliskt vilket inte skett i Västtyskland (figur 3).

Andelen behandlade hypertoniker steg i USA mellan 1950- och 1970-talen från 10 till 50 procent vilket anses förklara minskningen i cerebrovaskulär mortalitet. Men även i Västtyskland inträffade nästan samma mortalitetsminskning trots att hypertonisjukdomen ej rönt samma uppmärksamhet som i USA.

Tobak: per capita – förbrukningen av cigaretter ökade måttligt i USA 1950–1973. I Tyskland skedde en kraftig stegring. Dock har andelen rökande män kraftigt sjunkit i USA, de tyska siffrorna ligger strax ovanför de amerikanska.

Storbritannien – Epidemiologi

Epidemiologiska registreringar i England har visat att i början av 1970-talet ökade fortfarande dödligheten i ischämisk hjärtsjukdom för både män och kvinnor (2). En uppbromsning skedde omkring 1976 och sjunkande siffror kunde noteras.

Fettintaget har ökat under 1900-talet men mellan 1969–1979 sjönk det med 10 procent. Samtidigt ökade margarin- och sjönk smörkonsumtionen.

Nedgången i mortalitet i ischämisk hjärtsjukdom är mindre än i USA och inträffade senare. Fettintaget började sjunka 5 år innan mortalitetssiffrorna gick ned. Rökningen har för män stadigt minskat sedan 1961 vilket anses spela en viss roll.

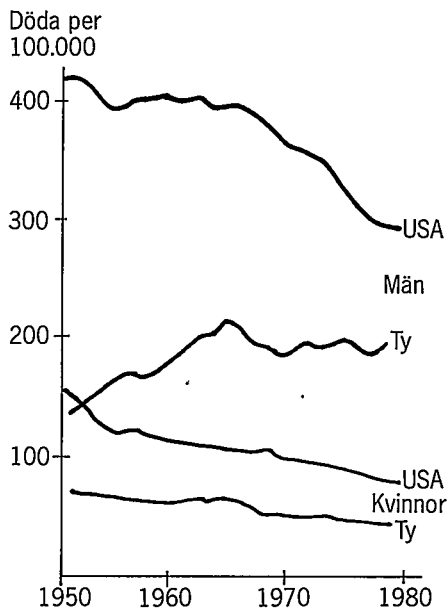
De brittiska forskarna tar också upp andra faktorer som skulle kunna förklara den sjunkande dödligheten i ischämisk hjärtsjukdom: Bättre medicinsk vård, till exempel hjärtinfarktavdelningar eller införandet av betablockare. Engelsmännen framkastar hypotesen att hjärtsjukdomarnas spontana förlopp har ändrats, att sjukdomen blivit "mildare". Men varför skulle detta inträffa senare i England än i USA och Australien?

Stockholm – Epidemiologi

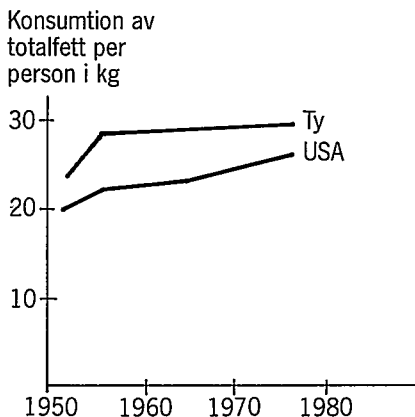
Från Huddinge sjukhus har redovisats en epidemiologisk studie av hjärtinfarkt i Stockholm (3). Avser åldrarna 40–74 år, män och kvinnor, mellan 1974–1980. För män har det skett en

ökning i både incidens och mortalitet, för kvinnor en ökning i incidensen. Den årliga incidensökningen var 3 procent för män och 2 procent för kvinnor. Den årliga mortalitetsökningen var 4 procent för männen.

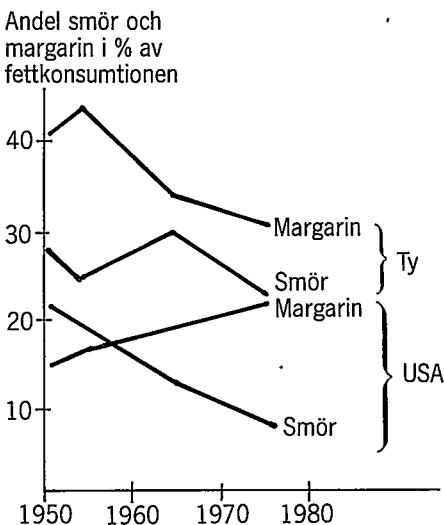
När man ser detta bör man, som författarna påpekar, hålla i minnet att både mortalitet och morbiditet i ischä-



Figur 1. Utveckling av dödligheten i hjärtsjukdomar 45–54 års ålder.



Figur 2. Utvecklingen av den årliga totalfettkonsumtionen.



Figur 3. Utvecklingen av smör- och margarinkonsumtion.

misk hjärtsjukdom är låga jämfört med andra länder, till exempel USA, åtminstone för statistik publicerad 1978.

Varför har infarkterna ökat? Undersökarna diskuterar om det kan bero på en ökad tendens hos läkare att ställa diagnosen infarkt eller på en ökad benägenhet hos patienterna att söka vård. Hjärtinfarkterna har ökat trots att andelen behandlade hypertoniker har tilltagit. Det framhålles också att många patienter har behandlats med betablockare men att den behandlingen har liten effekt på den totala mortaliteten och morbiditeten i hjärtinfarkt. Rökningen har avtagit. Men – andelen fett har ökat i vår kost under de senaste decennierna. Författarna spekulerar till sist i om neurohormonella mekanismer kan ha spelat en roll med ostabila sociala och ekonomiska förhållanden i Sverige under senare delen av 1970-talet.

MF Oliver, som är cardiologiprofessor i Edinburgh, anser att det inte är bevisat att en ökning av fettintaget i Sverige skulle kunna förklara den stigande hjärtdödligheten (4). Han påpekar att en nyligen publicerad studie från Israel har visat nedgång i mortaliteten i koronarsjukdom samtidigt som kostens innehåll av dels totalfett; dels mättat fett ökat.

Göteborg – Epidemiologi

1913 års män i Göteborg är ett välbekant begrepp. De har varit föremål för en epidemiologisk studie där bland andra Gösta Tibblin ingår (5). Våren 1983 publicerade forskargruppen en jämförelse mellan 1913 års och 1923 års män. När dessa män var 50 år följdes de under 7 år med avseende på bland annat hjärtinfrekvens. Undersökningen visade att 1923 års män hade nästan dubbelt så hög frekvens av ischämisk hjärtsjukdom (= ej dödlig hjärtinfarkt eller död av hjärtinfarkt/ischämisk hjärtsjukdom) som 1913 års män. 8 procent mot 4,2 procent. Inga skillnader förelåg beträffande blodtryck, serumkolesterol och rökvanor.

Dock vägde män födda 1923 mer än de som var födda 1913. Denna viktökning gjorde att övervikt blev en signifikant riskfaktor för ischämisk hjärtsjukdom för 1923 års män. Författarna föreslår detta som en möjlig förklaring till en del av ökningen i ischämisk hjärtsjukdom i Sverige.

Hypertoni behandling var vanligare hos män födda 1923 vid 1:a undersökningen. De flesta hypertonikerna var behandlade med diuretika. Forskarna framför hypotesen att denna behandling kan ha motverkat vinsten med att sänka blodtrycket (varmed väl avses diuretikas metabola biverkningar).

Andra förklaringar som tas upp: Ej jämförbara andra riskfaktorer i grupperna, till exempel alkohol. Okända riskfaktorer. Grupperna hade varit utsatta för olika inkubationstid gentemot riskfaktorer: Många riskfaktorer har ökat efter andra världskriget varför 50-åringar undersökta från och

med 1963 får en kortare inkubations-tid än för de där studien startade 1973.

Från USA har denna undersökning kommenterats i en insändare i Lancet (6). Mortaliteten i ischämisk hjärtsjukdom i Minnesota, USA, har gått ned även om kroppsvikten har ökat. Denne forskare anser att ökningen i hjärtdödlighet i Sverige fortsätter eftersom de traditionella riskfaktorerna inte har sjunkit som de gjorde i mitten på 1960-talet i USA. (Kohorterna för 50-åriga amerikanare visade stigande mortalitet i ischämisk hjärtsjukdom fram till i mitten på 1960-talet för att sedan sjunka.) Insändaren påpekar att generellt sett är inte övervikt en kraftig oberoende riskfaktor, men att den kan ha betydelse när nivån på de traditionella riskfaktorerna är stabil.

Minnesotastudien har i sin tur kommenterats av JR Hampton, cardiologiprofessor i Nottingham, England (7). En begynnande mortalitetsminskning i koronarsjukdom började innan det var någon större påverkan av riskfaktorerna rökning, hypertoni, motion mm

USA - Prevention

MRFIT-studien är en nordamerikansk 7-årig preventiv undersökning med 12.900 friska män med hög risk för koronarsjukdom (rökning, hypertoni, kolesterol) (8). Hälften utsattes för ett intensivt primärpreventivt program med psykologer, dietister, sköterskor, läkare, hälsorådgivare och så vidare. Andra hälften gick hos sin privatläkare och fick råd.

I bägge grupperna minskade rökning, kolesterol och blodtryck sjönk. Dödligheten i koronarsjukdom sjönk både i den intensivt behandlade gruppen och i privatläkargruppen; minskningen var större än vad man förutspått. Någon signifikant skillnad i koronar mortalitet fanns ej mellan grupperna.

Cardiologprofessorn Oliver har kommenterat undersökningen och bland annat pekat på likheten med utfallet i Nordkarelenprojektet där också samtidiga förändringar i kontrollgruppen gjorde resultatet svårvärderat (9). Han pekar också på möjligheten av att inkubationstiden för koronarsclerosis kan vara längre än de 7 år MRFIT varade. Oliver framkastar hypotesen att kanske är inte rökning, hypertoni och serumkolesterol de relevanta riskfaktorerna på detta stadium. Kanske skulle påverkan av de faktorer som utlöser uppträdandet av kliniska symtom på koronarsjukdom ge bättre utfall. (Det vill säga man har i MRFIT påverkat 3 traditionella riskfaktorer och dessutom råkat påverka andra, ej observerade faktorer.)

Ytterligare en förklaring anser Oliver kunna vara att den intensiva interventionen hade negativ effekt i vissa undergrupper och positiv i andra. Rökstoppet tror han i alla fall på. Oliver hävdar att de 3 traditionella riskfaktorerna rökning, serumkolesterol

och hypertoni bara är kopplat till hälften av incidensen av koronarsjukdom. Han anser att den sjunkande dödligheten i koronarsjukdom i USA i stora delar är oförklarad.

Från tysk sida har påpekats att bidragande till det dåliga utfallet i MRFIT kan vara metabola biverkningar av diuretikaterapi vid hypertoni (8).

Finland - Prevention

Sedan 1940-talet är det känt att i Finland är den koronara mortaliteten högst i landets östra delar. 1972 startade ett primärpreventivt program i Nordkarelen för att reducera riskfaktorerna rökning, serumkolesterol och hypertoni (10). Koronar mortalitet sjönk i hela Finland 1969-1979, 12 procent för män och 26 procent för kvinnor. Största nedgången ägde rum i Nordkarelen som dock 1979 fortfarande låg högst. Man tror att orsaken till att Nordkarelen fick störst minskning i koronar mortalitet är det hjärtpreventiva programmet där.

MF Oliver har ifrågasatt det primärpreventiva programmets effekt på koronar mortalitet i Nordkarelen (4). Resultatet skulle kunna bero på en slumpmässig variation mellan länen vid en tidpunkt när koronarsjukdom minskar i hela landet. Han anser att multipel riskfaktorpåverkan i stor skala ännu inte har visat sig vara av värde för att förhindra koronarsjukdom.

Lars Werkö har hävdats att resultaten från Nordkarelenprojektet inte kan användas för att stödja idén om att prevention för koronarkärslsjukdom skall ske genom ändrad kost hos befolkningen (11).

Här kan också en pilotundersökning från Tammerfors citeras (12). Man måtte blodtrycket hos personer 85 år och äldre, mest kvinnor, under 1977-1978. Dödligheten följdes därefter. Helt oväntat fann undersökarna en signifikant invers relation mellan systoliskt/diastoliskt blodtryck och 2-års mortalitet. Det vill säga när blodtrycket stiger hos mycket gamla är mortaliteten minskad. Här återstår väl dock en hel del att visa.

Oslo - Prevention

I Oslo startade 1972 en 5-årig preventiv undersökning (13). 1.200 friska män, 40-49 år gamla, och med normalt blodtryck. De bedömdes som högriskpersoner för koronarsjukdom vad avser riskfaktorerna rökning, serumkolesterol och blodtryck (dock under 150 mm Hg). En mycket individuell rådgivning gavs av en läkare respektive dietist. Man inriktade sig på rökstopp och minskad mängd mättat fett i kosten och en lätt ökning av omättade fetter.

Hjärtinfarkt och plötslig död sjönk med 47 procent i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen och forskarna drar slutsatsen att friska medelålders män med stor risk för koronarsjukdom kan, genom dietändring och ändrade rökvanor, minska risken

för infarkt och plötslig död. Undersökningens utfall visade bättre korrelation med kolesterolsänkningen än med rökreduktionen. Man lägger märke till att vikten gick ned (jämför med Göteborgsstudien).

Lars Werkö har påpekat att studien har visat att män med höga kolesterolvärden bör få lipidreducerande diet (11). Några slutsatser för befolkningen som helhet i kosthänseende, för att förhindra koronarkärslsjukdom, kan man inte dra.

Storbritannien och Belgien - Prevention

WHO har medverkat i preventiva projekt kopplat till ett flertal arbetsplatser i bland annat England och Belgien (14, 15). Man inriktade sig på rökstopp, viktkontroll, sänkning av serumkolesterol, motion och hypertoni behandling.

I England erhöles ingen klar effekt på hjärtdöd, hjärtinfarkt eller total mortalitet. I Belgien var den totala mortaliteten 17,5 procent lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Riskfaktorerna sjönk med 4 procent i England och 16 procent i Belgien.

Belgierna anser att en förklaring till skillnaden i preventionsprogrammets effekt i de 2 länderna kan vara att i Belgien utnyttjades en permanent grupp läkare kopplade till preventionsprogrammet. I England litade man nästan helt till fabrikenas egen medicinska personal. Engelsmännen i sin tur anser att ett preventivt program troligen är effektivt men att det gäller att öka programmets acceptans(!).

Slutsatser

Ovanstående resultat säger egentligen ingenting säkert om etiologin till hjärt- och kärlsjukdomar. Undersökningarna innebär att en statistisk variabel (till exempel serumkolesterol) med en viss grad av säkerhet/signifikans är kopplad till en händelse (till exempel hjärtinfarkt). Att resultaten ibland är föremål för helt olika värderingar kan bland annat bero på att orsakerna till hjärt- och kärlsjukdomar är av mycket skiftande slag. Detta gör det svårt att få helt homogena grupper vad beträffar alla riskfaktorer, både kända och okända. Stress, kaffe och alkohol har exempelvis inte tagits med. Det som vi idag kallar kärilkramp och hjärtinfarkt kanske är flera olika sjukdomar med olika etiologi. Man kan inte heller bortse från äsikten att koronarsjukdomens naturalhistoria har förändrats.

Vad kan man då som allmänläkare lära sig av dessa undersökningar?

Det är anmärkningsvärt att ischämisk hjärtsjukdom tycks öka i Sverige medan frekvensen är i avtagande i USA och England. Vårt land uppvisar vissa likheter med Västtyskland där det i en del åldersgrupper inte skett någon nedgång i mortaliteten i hjärtsjukdomar. Ovan har redovisats en del teo-

rier som förklaring till detta fenomen. Kanske är det så att vi i Sverige måste utforma vår prevention mer aggressivt än vad vi gör idag.

När man åtgärdar riskfaktorerna bör målet i första hand vara minskad sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Att öka det allmänna välbefinnandet i övrigt är i detta sammanhang en andrahandsuppgift. För att uppnå förstahandsmålet bör man använda sig av åtgärder som är vetenskapligt välgrundade och som med stor sannolikhet ger god effekt. Man måste också avgränsa vilka grupper i samhället som skall påverkas. Ekonomiska överväganden måste ingå i bedömandet (MRFIT kostade mer än 600 miljoner kronor).

Tobak: Sambandet mellan rökning och ischämisk hjärtsjukdom är så stort att det finns anledning till intensiva åtgärder för att minska tobakskonsumtionen. Här är det motiverat med åtgärder både inom hela samhället och individuellt. Man påverkar då även förekomst av flera andra sjukdomar såsom kronisk bronkit, tumörsjukdomar, claudicatio intermittens.

Hypertoni: Hos yngre och medelålders människor med en klar hypertoni är det helt klart att behandling skall sättas in. Vid mild hypertoni (90–105 mm Hg) hos en frisk person är det inte lika självklart att medikamentell terapi skall startas. För att överhuvud taget ställa diagnosen bör man ha ett flertal blodtrycksvärden under en längre tid. Om behandling skall ske väger här många andra faktorer tungt: hereditet för hjärt-kärlsjukdom, kön, ålder, rökning, serumkolesterol. Kalorierestriktion och natriumkarens är åtgärder som övervägs i första hand. Särskilt för de som har mild hypertoni bör man beakta risken att vissa läkemedel på sikt försämrar en del riskfaktorer. Om patienten redan är hjärt-kärlsjuk startas medikamentell terapi i ett tidigare skede. För äldre människor skall för gränsvärdestryck stor restriktivitet iakttagas innan hypertoni diagnos sättes. Det finns anledning att i befolkningen utföra hälsoundersökningar för att upptäcka dold hypertoni. Här är således ur diagnostisk synpunkt gruppriktad verksamhet motiverad. Terapi skall vara strikt individuell.

Kolesterol: Som framgår av Oslo-studien är individuell rådgivning till personer med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom motiverad om de har stegrat kolesterolvärde. Jag instämmer med de som hävdar att det än så länge ej finns anledning att gå ut till befolkningen i sin helhet och verka för sänkning av serumkolesterol. Det är viktigare att, i enlighet med ovanstående, påverka riskfaktorerna rökning och hypertoni i befolkningen. Uppgifterna om effekter på befolkningens sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar vid en sänkning av serumkolesterol är alltför osäkra. Epidemiologiska undersökningar från Malmö har visat en statistisk koppling mel-

lan lågt kolesterolvärde och tumörsjukdom. I djurförsök finns antydningar om att fleromättade fetter kan vara mer cancerframkallande än mättade när det totala fettintaget är lågt. För närvarande finns det anledning att vara selektiv när man använder sig av kolesterolsänkning som terapi.

Riskfaktorer i övrigt: Här måste man verkligen göra klart för sig vad man åsyftar i sin terapi. Ökat allmänt välbefinnande eller minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom? Motion kan än så länge räknas till gruppen allmänt välbefinnande. Viktkontroll har mer berättigande men är i allmänhet en svag oberoende riskfaktor. Andra riskfaktorer såsom urinsyrestegring, HDL- och LDL-kolesterol kan användas som indikatorer på att en kraftig satsning bör göras gentemot faktorerna rökning och hypertoni.

Individuell eller gruppinriktad prevention? Det är till syvende och sist den enskilde individen som skall påverkas. Vid hypertoni kan screeningen utformas som en gruppinriktad verksamhet men preventionsprogrammet bör vara strikt individuellt.

Vid rökning finns anledning att använda både grupp- och individinriktad terapi. Även icke-rökare bör upplysas om faran med tobak för att påverka rökarna från flera håll.

Kolesterol: Skall man screena i befolkningen för detta? – Ja, i riskgrupper, till exempel medelålders män i stressande arbete, rökande män med flera. Att undersöka alla medelålders personer med avseende på kolesterolvärdet är i dagsläget tveksamt. Screening således i vissa grupper och sedan individuell prevention.

* * *

Det är bättre att satsa helhjärtat på några stora riskfaktorer än att på en gång påverka en mängd faktorer där kanske det vetenskapliga underlaget i en del fall är bristfälligt. Ett preventionsprogram bör inte splittras upp på en mängd starkt specialiserade vårdgivare som var och en inriktar sig på sitt speciella riskfaktorområde.

Att med stöd av tillgängliga data inrikta sig på de tre traditionella riskfaktorerna är riktigt. Metoderna för att genomföra detta behöver diskuteras liksom målgrupperna. Man får vara beredd på både mothugg och på att ändra sina åsikter. För att något skämtsamt sluta med ett Bismarck-citat: "Dumbommar lär av sin egen erfarenhet – jag föredrar att lära av andras".

Litteratur:

1. Junge B, Hoffmeister H: Entwicklung von Herzkrankheiten- und Gesamtsterblichkeit. Münch med Wochenschr. 1982;124: 523–529.
2. Heller RF, Hayward D, Hobbs MST: Decline in rate of death from ischaemic heart disease in the United Kingdom. Br Med J 1983;286: 260–262.
3. Alfredsson L, Ahlbom A: Increasing incidence and mortality from myocardial in-

farction in Stockholm county. Br Med J 1983;286: 1931–1933.

4. Oliver MF: Targeting coronary risk factor control. Lancet. 1983;II: 449–450.

5. Welin L, Larsson B, Svärdsudd K, Wilhelmsen L, Tibblin G: Why is the incidence of ischaemic heart disease in Sweden increasing?: Study of men born in 1913 and 1923. Lancet. 1983;I: 1087–1089.

6. Gillum RF: Deaths from ischaemic heart disease in middleaged men. Lancet. 1983;II: 281.

7. Hampton JR: Falling mortality in coronary heart disease. Br Med J 1982;284: 1505–1506.

8. Gleichmann U, Mannebach H: Primärprevention der koronaren Herzkrankheit. Deutsch Med Wochenschr. 1982;107: 1907–1909.

9. Oliver MF: Does control of risk factors prevent coronary heart disease? Br Med J. 1982;285: 1065–1066.

10. Salonen JT, Puska P, Kottke TE, Tuomilehto J, Nissinen A: Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969–1979. Br Med J. 1983;286: 1857–1860.

11. Werkö L: Hjärtsjukdomar och risk – kan de påverkas? Läkartidningen. 1982;79: 2525–2526.

12. Rajala S, Haavisto M, Heikinheimo R, Mattila K: Blood pressure and mortality in the very old. Lancet. 1983;II: 520–521.

13. Hjerman I, Byre KV, Holme I, Leren P: Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet. 1981;II: 1303–1310.

14. Rose G, Tunstall-Pedoe HD, Heller RF: UK heart disease prevention project: incidence and mortality results. Lancet. 1983;I: 1062–1065.

15. Kornitzer M, de Backer G, Dramaix M, Kittel F, Thilly C et al: Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. Lancet. 1983;I: 1066–1070.

Författarpresentation:

Anders Överby, Distriktsläkare,

Postadress: Läkarstationen, 670 41 Koppom.
Telefon 0571-105 40

Kvällsmottagning vid vårdcentral. Principdiskussion

HÅKAN BJARME

Följande diskussionsinlägg innehåller en principdiskussion gällande motiv för kvällsmottagning, organisation av kvällsmottagning med erfarenhet från Dalarna och redovisning av enkät rörande intresset för kvällsmottagning i Falun.

Sammanfattningsvis konstateras att skäl för kvällsmottagning främst är av servicekaraktär, intresset enligt enkäten omkring en femtedel av vårdkonsumenterna, erfarenheter från andra håll visar tveksamhet och om kvällsmottagning prövas, bör det ske på den enskilda vårdcentralens villkor.

Nyckelord: Kvällsmottagning, Enkätundersökning, Dalarna.

Bakgrund

Primärvårdens utveckling är nu hög-aktuell, särskilt mot bakgrund av nya Hälso- och sjukvårdslagens målsättning, lättillgänglighet och vård på vårdkonsumenternas villkor. Det politiska intresset för kvällsmottagningar är påtagligt.

Idén om kvällsmottagning vid vårdcentral bygger på ambitionen att ge vårdkonsumenterna (patienterna) bästa service och största valfrihet, men även resonemang av ekonomisk natur, som effektivt resursutnyttjande, förekommer. Det bygger på antagandet att det föreligger ett reellt behov av dylik service. Hur stort ett sådant behov kan vara finns det ingen verklig kunskap om. Behovet kan också variera från vårdcentraldistrikt till vårdcentraldistrikt beroende på faktorer som ålderssammansättning, urbaniseringsgrad, yrkesprofil och alternativa vårdmöjligheter. Det är möjligt att äldre och pensionerade har mindre behov av kvällsmottagning än yngre yrkesverksamma. Samtidigt har äldre ett större sjukvårdsbehov. Förekomst av en stor industri med skiftesarbeten kan medföra ett ökat servicebehov på andra tider, än där många är sysselsatta inom yrken med möjlighet till flexitid.

Vad menas med kvällsmottagning?

När man diskuterar behovet av kvällsmottagning, måste man klargöra vad man menar med begreppet kvällsmottagning. Många förväxlar jourcentral med kvällsmottagning. En jourverksamhet, tex vid jourcentral, grundas

väsentligen på ett medicinskt behov och är en nödvändighet. Däremot kan organisationen diskuteras. Tillstånd och problem som kräver akuta åtgärder måste kunna tas om hand när problemet uppstår. En kvällsmottagning fyller inte i den bemärkelsen ett medicinskt behov utan är en ren servicefråga för vårdkonsumenten. När är det praktiskt för mig som vårdkonsument att få tid för det eller det problemet eller kontrollen. Behovet i sig självt är av icke akut natur. Skillnaden i behov kan exemplifieras med plötsligt påkommande svåra bröstsmärtor eller den akuta öroninflammationen, problem som kan kräva en akut undersökning på jourcentralen. Däremot kan kontrollen efter en hjärtsjukdom eller öroninflammation ske planerat på vanlig mottagningstid. Det är denna typ av icke akuta undersökningar som kvällsmottagningen är tänkt för. Visst finns det medicinska skäl för icke akuta undersökningar, men ej för att dessa undersökningar behöver utföras på kvällstid.

Motiv för kvällsmottagning

Kvällsmottagning kan motiveras av följande skäl: a) servicebehov, b) resurstillskott, c) ekonomiska faktorer, d) önskan införa skiftesarbete, e) politiska skäl.

a) **Servicebehov:** Behovet av kvällsmottagning av serviceskäl grundas på antagandet att ett sådant behov verkligen finns. Som exempel nämns yrkesverksamma som ej skall behöva lämna arbetet i onödan, barnfamiljer, där föräldrar har svårt lämna arbetet vid besök gällande barnen. I grunden utgör alltså arbetet hinder för sjukvårdsbesök under arbetstid. Som ren servicefråga kan man fråga sig, varför det är viktigare att få gå på en icke akut hjärt- eller öronkontroll på kvällen än att få klippa sitt hår, handla och besöka en bank på kvällen. Som uttryck för en policy eller viljeinriktning kan man från primärvården dock hävda, att vi är intresserade av service på konsumenternas villkor, även om andra inte är det. Det bör också påpekas, att tillgodoser man ett servicebehov på kvällstid på bekostnad av insatser på dagtid, kan tillgängligheten för en grupp vårdkonsumenter komma att ske på bekostnad av tillgängligheten för en annan grupp. Det är alltså viktigt att se alla konsekvenserna av en omfördelning av befintliga arbetsinsatser.

b) **Resurstillskott:** En kvällsmottag-

ning kan innebära ett verkligt resurstillskott, det vill säga mer arbetstid kan skapas, under förutsättning av ett tillskott av tjänster och tjänsteutnyttjande. I en bristsituation kan alltså en kvällsmottagning alltid motiveras om det tillförs resurser.

c) **Ekonomiska faktorer:** Ur ekonomisk synvinkel kan kvällsmottagning motiveras med bättre utnyttjande av kapitalresurser som lokaler, i form av längre öppethållande. Detta förutsätter dock ett personellt resurstillskott, för att inte graden av utnyttjandet skall sjunka under dagtid. Med oförändrade resurser blir totala utnyttjandegraden oförändrad, det är bara frågan om när arbetet utförs.

d) **Skiftesarbete:** Det finns två skäl för skiftesarbete, dels ekonomiskt, vilket redan avhandlats, dels i form av en från visst politiskt och administrativt håll uttryckt önskan att kraftigare styra särskilt läkarnas arbetstider. Kvällsmottagning kan vara ett sätt att införa skiftesarbete. Detta är främst en politisk och facklig fråga.

e) **Politiska skäl:** Politiska motiv för kvällsmottagning kan dels ha sin grund i nya Hälso- och sjukvårdslagens målsättning om lättillgänglighet och vård på konsumenternas villkor, liksom tron på primärvårdens möjligheter, dels vara strikt ekonomiskt motiverade i en resursknapp tid. Det är då viktigt att redovisa huvudskälen och hur en prioritering bör ske om intressekonflikationer inträffar. Ett gott sakunderlag bör eftersträvas innan generella beslut fattas.

Organisation av kvällsmottagning

Hur bör en eventuell kvällsmottagning organiseras? Till exempel kan dessa frågor ställas:

- Bör alla vårdcentraler verkligen ha kvällsmottagning?
- Kan jourverksamhet och kvällsmottagning samordnas eller bör det vara skilda verksamheter?
- Hur skulle en sådan samordning ske, om vissa vårdcentraler har och andra ej har kvällsmottagning?
- Hur strikt skall man hålla på kontinuitetskravet och vårdcentralstillhörighet?
- Hur ofta skall vårdkonsumenten ha tillgång till kvällsmottagning för att man skall kunna hävda att servicegraden ökat i väsentlig grad?

Då olika vårdcentraler har olika förutsättningar bör deras vårdkonsumenters behov först utredas, så att even-

tuella negativa konsekvenser av kvällsmottagning kan förutses och om möjligt motverkas. Om strävan är bättre lokalutnyttjande i nytilkommande vårdcentraler, det vill säga mer personal, mindre yta men under längre tid, bör också eventuella negativa konsekvenser i serviceprofilen beaktas, liksom konsekvenserna av kvällsarbete eller skiftesarbete för personalen.

En organisation med en separat kvällsmottagning skild från jourverksamhet är organisatoriskt enklast, då man ej behöver ta hänsyn till jourens krav. Om jourbelastningen är låg kan samordning med kvällsmottagning motiveras.

En samordnad kvällsmottagning/jour kan till exempel organiseras så, att när en viss läkare (VC-distrikt) har jour för alla i joursystemet samarbetande vårdcentraler, ingår samtidigt viss kvällsmottagning för det egna distriktet. Nackdelen är att med ej allt för täta jourer blir den verkliga serviceökningen minimal. Fördelen är att man behåller läkar- eller vårdcentralskontinuiteten.

Som exempel kan nämnas vårdcentralen i Arvika, där man börjat pröva kvällsmottagning samordnad med jourverksamhet på jourcentral. Där är vårdcentralens upptagningsområde uppdelat i sex underområden som har egna läkare. Den som vill komma på kvällen kan enbart göra det de kvällar ens egen områdesläkare tjänstgör som jourhavande, vilket inträffar cirka en gång var fjortonde dag. Man kan knappast hävda att lättillgängligheten utifrån servicekravet ökat nämnvärt då! Erfarenheterna är hittills små då verksamheten inte varit igång någon längre tid (se Vårdfacket 9/83).

Erfarenheter av kvällsmottagning i Kopparbergs län

En annan modell med kvällsmottagning/jour för egna distriktet och samtidigt en parallell jour för ett större samverkande jourområde på en jourcentral eller annan vårdcentral har prövats i Kopparbergs län i Hedemora respektive Leksand-Rättvik-Gagnef-området.

I Hedemora i två perioder, hösten 1982 (kvällsmottagning med jour) och våren 1983 (kvällsmottagning utan jour), 1 gång/vecka klockan 17–21, 2 gånger/vecka i Leksand och Rättvik, 1 gång/vecka i Gagnef.

Erfarenheterna visar att dagarbetet fått minska i motsvarande grad. Det är svårt avstå tiden 8–10 (diabetikerna), intresset för kvällsmottagning är lågt, särskild hos äldre, där vissa blir oroliga av att vänta en hel dag. Jourtillströmningen låg på grund av väldimensionerad dagjour. De som söker kvällsmottagningen är dock positiva med hänvisning till sociala skäl, men personalen har svängt från först positiv till mer negativ inställning, också på grund av sociala skäl. De som önskade kvällsmottagning ville komma tiden 17–19.

Sammanfattningsvis är man i dessa

Tabell I.

Procentuell andel av vårdkonsumenterna som föredragit visst tidsalternativ och intresset för de olika tidsalternativen för några olika personkategorier.

Person-kategori	8–12	12–16	16–20	spelar ingen roll
Totalt	38,6	13,7	28,1	19,6
Pensionär minst 50%	48,3	20,2	3,4	28,2
Yrkesverksamma minst 75%	32,2	8,7	42,2	16,9
Hemarbetande minst 50%	38,0	15,7	28,7	17,6

Tabell II.

Procentuell andel inom olika personkategorier som föredragit kvällsmottagningsalternativet 16.00–20.00 och hur stor andel av vårdkonsumenterna (VK) som utgjordes av viss personkategori.

Personkategori	16–20	% andel av VK
Totalt	28,1	
Män	27,2	28,7
Kvinnor	28,1	71,3
Pensionärer minst 50%	3,4	23,8
Yrkesverksam minst 75%	42,2	39,1
Hemarbetande minst 50%	28,7	10,8
Jourfall	36,9	53,3
Ikke jourfall	22,6	46,7

två områden mycket tveksam till nyttan av kvällsmottagning. Erfarenheterna är mest negativa och skall kvällsmottagning prövas förutsätts personalförstärkning.

Finns behov av kvällsmottagning i Falun?

Förutsättningar

Falu distrikt med cirka 45.000 invånare, en vårdcentral med möjlighet till 5 samtidigt arbetande läkare, i nuläget 3 ordinarie distriktsläkare, belägen i det stora länssjukhuset med en akutmottagning. Distriktsläkarjour vid vårdcentralen, en läkare dagtid och en ensam läkare utan servicepersonal på jourtid utom helger då 1–2 undersköterskor biträder klockan 08.00–17.00, helgvikarier. Det vill säga en för upptagningsområdet kraftigt underdimensionerad primärvård och med bristfälliga jourresurser, något som troligen påverkar vårdsökandenas intresse för kvällsmottagning. En snabbt utbyggd primärvård förväntas närmaste åren.

Utförande

En enkät har utförts omfattande samtliga vårdsökanden vid distriktsläkarmottagningen Falun, under vardag som helg även kvällstid under perioden april–maj 1983. Enkäten avslutades när 1.000 svar erhållits.

Vårdkonsumenterna presenterades följande fråga: "Om ni fick välja, vilket av följande tidsalternativ skulle ni då föredra?" Tidsalternativen var 8–12, 12–16, 16–20, spelar ingen roll. Alternativet 16–20 kallas kvällsmottagningsalternativet. Om vårdkonsumen-

ten varit barn har frågan gällt medföljande målsman. En uppdelning har även skett beroende på grad av yrkesverksamhet, kön och jourfall respektive icke jourfall.

Resultat

Av de 1.000 personerna utgjordes 28,7 procent av män och 71,3 procent av kvinnor. Av de 844 personer som besvarat frågan om de sökte som jourfall eller ej, utgjordes 53,3 procent av jourfall och 46,7 procent av icke jourfall. Tabell I och II sammanfattar resultaten för viktigaste personkategorierna. Totalt 28,1 procent valde kvällsmottagningsalternativet 16–20. Av icke jourfallen föredrog 22,6 procent kvällsmottagningsalternativet mot 36,9 procent för jourfallen, talande för att jourfallen i viss mån påverkats i sin tolkning av kvällsmottagning till att inkludera jourbesök. Cirka en femtedel av vårdkonsumenterna som föredrog kvällsmottagning torde därför vara riktigare. Man finner ett kraftigt samband mellan behov av kvällsmottagning och grad av yrkesverksamhet. Pensionärer är påfallande ointresserade, 3,4 procent, motsatsen gäller heltidsyrkesverksamma, 42,2 procent. De allt dominerande skälen för att söka på kvällsmottagning var svårighet lämna arbetet och barnpassning. Några väsentliga skillnader i mäns och kvinnors tidval framkom ej.

Summering och förslag

Erfarenheterna från både enkäten i Falun och försöksverksamheterna i Hedemora och Leksand talar för, att man vid en prövning av kvällsmottagningar bör inta en försiktig och flexibel hållning. Intresset hos äldre är mycket lågt och praktiska problem kan uppstå. Med ökande förvärvsgrad ökar intresset, men med en tillräckligt dimensionerad dagverksamhet tycks behovet av kvällsmottagning, med eller utan samorganiserad jour, vara lågt. Att avstå från dagarbetstid är svårt.

Förslagsvis bör de vårdcentraler som tror eller kan visa, att servicebehovet finns och som har resurser härför, införa kvällsmottagning på egna vårdcentraler, när de själva finner tiden riktig. Parallellt med detta får en gemensam jourverksamhet bedrivas vid en jourcentral eller motsvarande. Om kvällsmottagningen skulle vara svår att fylla kan jourfall tillföras. Efter en tid kan man se om kvällsmottagningen utnyttjas och om samordnad kvällsmottagning/jour på vårdcentralen skulle kunna innebära ett minskat eller inget behov av gemensam jourcentral. Samtidigt har man inte slutgiltigt bundit sig för någon speciell modell. Man bör även överväga vilket personalmässigt resurstillskott som krävs för kvällsmottagning för att inte försämra servicen dagtid.

Författarpresentation:

Håkan Bjärme, distriktsläkare, vårdcentralchef.

Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Falu lasarett, 791 82 Falun.

Kombinerar tiazidernas mjuka diures med Lasix® tillförlitlighet och säkerhet.



LASIX RETARD är dessutom lämpligt vid behandling av lätt till medelsvår hypertoni, särskilt där tiazider anses mindre lämpliga, t ex vid nedsatt njurfunktion eller diabetes.

Lasix® Retard® Hoechst

Depotkapslar 30 mg och 60 mg R F
Loopdiuretikum och blodtryckssänkande medel med furosemid i retarderad form Grupp 2F 1010

Deklaration. 1 depotkapsel innehåller: Furosemid, 30 mg aut 60 mg, constit. et color (järnoxid, indigokarmin, titandioxid) q. s.

Egenskaper. LASIX RETARD depotkapslar innehåller furosemid täckta granula överdragna med ett mag-saftresistent skikt. LASIX RETARD ger en successiv utlösning av aktiv substans varigenom plasmakoncentrationstopparna reduceras. Jämfört med vanliga tabletter förlängs absorptionsfasen och en jämnare effekt erhålles.

Diuresen sätter in mjukt, vanligen inom 2–3 timmar och kvarstår upp till 12 timmar. Övriga egenskaper se LASIX tabletter 40 mg i FASS.

LASIX RETARD är framförallt avsett för underhållsbehandling vid kardiella ödem eller ödem av lätt till medelsvår grad. För inledande behandling och uttitering av dos vid svårare kardiella ödem ges LASIX tabletter 40 mg.

LASIX RETARD är dessutom lämpligt vid behandling av lätt till medelsvår hypertoni, särskilt där tiazider anses mindre lämpliga, t ex vid nedsatt njurfunktion eller diabetes.

Indikationer. Underhållsbehandling vid ödem av olika genes, speciellt kardiella (F) ödem. Även initialt vid lättare ödem. **Hypertoni** av lätt till medelsvår grad. **Kontraindikationer.** Hotande eller manifesterad levercoma. Svår toxisk njurskada. Tidigare känd allergisk reaktion på furosemid och närstående sulfonamider, t ex antidiabetika.

Graviditet och amning. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt ☐ i FASS Tiazider, tiazidliknande diuretika och loop-diuretika kan passera över till fostret och ge upphov till elektrolytrubbningar. Med tiazider och tiazidliknande diuretika har fall av neonatal trombocytopeni beskrivits. Även vid användning av loop-diuretika såsom furosemid och bumetanid torde denna risk föreligga. Under senare delen av graviditeten bör därför preparat av denna typ ges på bestämd indikation och i lägsta adekvata dos.

Furosemid passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. **Elektrolytbalans:** Hypokalemi, eventuellt med hypokloremisk alkalos kan förekomma, vilket särskilt bör beaktas vid samtidig digitalismedicinering. Hyponatremi, hypomagnesiemi och hypokalcemi har iakttagits.

Överkänslighetsreaktioner: Exantem, vasculiter, leukopeni och trombocytopeni har rapporterats.

Övrigt: Vid intensiv terapi kan hypovolemi uppträda. Vid höga plasmakoncentrationer har tinnitus iakttagits. Laktationshämning. Gastrointestinala besvär ses sällan och föranleder undantagsvis utsättande av preparatet.

Dosering.

Ödem: 30 till 60 mg dagligen som underhållsbehandling.

Hypertoni: 30 till 60 mg dagligen, givet som engångsdos på morgonen, särskilt där annan diuretikabehandling anses mindre lämplig. Dosen kan eventuellt justeras efter några veckors behandling. Den givna dagsdosen bör ej överstiga 120 mg. Kapslarna bör sväljas hela och intas med minst 1/2 glas

vätska. Innehållet får ej krossas eller tuggas.

Vid behov kan LASIX RETARD kombineras med betablockare eller andra antihypertensiva preparat.

Interaktion. Se speciellt avsnitt i FASS märkt ☐, grupp 2F10 Loop-diuretika där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. Hypomagnesiemi ökar effekten av digitalis. Den antihypertensiva effekten ökar vid kombination med specifika antihypertensiva. Vid samtidig administrering av furosemid i höga doser och cefalotin/cefaloridin har i enstaka fall en förstärkt nefrototisk effekt av cefalotin/cefaloridin rapporterats. Hos patienter med högt salicylatintag kan furosemid genom att hämma den renala utsöndringen försäkra salicylatförgiftning.

Observera. Risken för hypokalemi bör beaktas, särskilt i början av behandlingen samt hos patienter på samtidig digitalismedicinering. Strikt saltfattig kost bör undvikas under diuretikabehandling. Vid långtidsbehandling bör regelbundna kontroller av plasmalektrolyter, särskilt kalium, natrium, klorid och bikarbonat utföras.

Vid njurinsufficiens samt vid uttalad vätskeretention rekommenderas LASIX tabletter 40 mg. Se FASS.

Förpackningar. Depotkapslar 30 mg (grön/gul): 100 st vnr: 058735, 250 st vnr: 058750. Depotkapslar 60 mg (grön/gul): 100 st vnr: 058768, 250 st vnr: 058776.

Hoechst

Svenska Hoechst AB, Lakemedelsdivisionen.
Box 42026, 126 12 Stockholm, Tel 08/19 00 60

Attitydundersökning hos besökande vid en vårdcentral

CARL-AXEL JOHANSSON · THOR LITHMAN

Under vecka 15 och 16 1983 genomfördes en enkät vid Vellinge vårdcentral. Syftet med undersökningen var att försöka belysa hur patienter vid en vårdcentral uppfattar verksamheten där samt att visa möjligheten att kombinera så kallade registerundersökningar med enkät- eller intervjuundersökningar.

Resultatet visade att hembesök efterfrågades av 18 procent av patienterna där barn med akuta infektionssjukdomar var överrepresenterade. Kvällsmottagningsverksamhet efterfrågades av 22 procent varav nästan samtliga önskade komma innan klockan 19.00. Ingen över 65 år var angelägen om kvällsmottagningsverksamheten. Småbarnsföräldrar och yngre personer var i högre grad än andra kritiska till väntetiden i väntrum och behandlingsrum samt läkarkontinuiteten.

Då detta resultat speglar de besökandes åsikter kommer framöver en ny enkät att genomföras på ett statistiskt utvald del av befolkningen för att om möjligt kunna kartlägga deras uppfattning om vårdcentralens - primärvårdens funktion.

Nyckelord: Enkätundersökning, attityder, registerstudier, kvällsmottagning, hembesök.

Under 1983 har förts en intensiv debatt om den offentliga sjukvårdens organisation vad avser möjlighet att ge befolkningen den service den önskar. Debatten har inriktats på möjligheten att få hem läkare samt få ökad tillgänglighet under kvällar.

Att döma av den allmänna debatten kan detta vara ett väsentligt problem som förefaller viktigt att undersöka och belysa. För att få ett bättre beslutsunderlag för eventuella förändringar i den offentliga sjukvården bör dock seriösa undersökningar göras. Syftet med denna undersökning var, att hos de besökande på en vårdcentral om möjligt kartlägga deras uppfattning i denna fråga samt påvisa eventuella brister vid vårdcentralernas nuvarande funktion.

Metod och material

Studien genomfördes under veckorna 15 och 16 1983 vid vårdcentralen i Vellinge. Dessa veckor ansågs representativa med hänsyn till registrerade årsvariationer tidigare år. Samtliga patienter som under denna period gjorde läkarbesök vid vårdcentralen fick en blankett av mottagningspersonalen. Denna fick de fylla i och lämna tillbaka till mottagningspersonalen före besöket. Uppgifterna på frågeblanketten kodades in på den så kallade diagnosregistreringsblanketten, vilken ingår i det databaserade patientadministrativa systemet i öppen vård.

Detta datasystem har varit i bruk i Malmöhus läns landstingsområde sedan mitten av 1970-talet. I systemet registrerades alla läkarbesök vid samtliga vårdenheter såväl vid lasarett som primärvård. Personidentifikation och vissa administrativa uppgifter registreras för samtliga besök. Under senare delen av 1970-talet utvidgades systemet till att omfatta diagnoser och så kallade fria koder. Anslutningen till denna del av systemet har fått avgöras av respektive vårdenheter. Numera omfattas emellertid stora delar av primärvården och många specialistenheter av detta så kallade diagnosregister.

Vid vårdcentralen i Vellinge påbörjades diagnosregistreringen i december 1982. Det var därigenom möjligt att föra över enkätsvaren till de så kallade fria koderna i systemet. För att klara det skrevs på varje enkätblankett samma referensnummer som fanns på den förtryckta diagnosregistreringsblanketten.

I materialet fanns därmed förutom de kodifierade enkätsvaren också personidentifikation, dag för besöket, uppgift om ny- eller återbesök samt akut eller planerat besök och diagnos. Diagnos sätts av läkaren efter besöket och kodifieras av läkarsekreterare.

I enkäten ställdes frågor om hembesök, kvällsmottagning samt attityder till vården och tillgängligheten vid vårdcentralen.

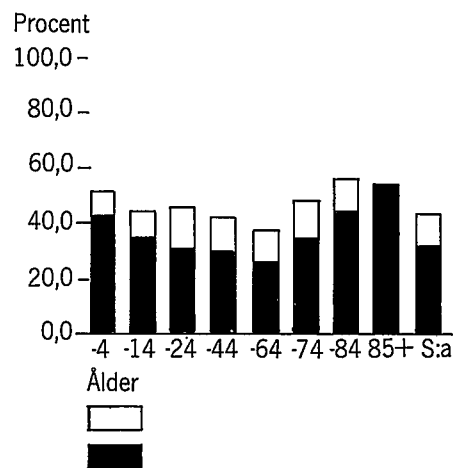
Bearbetningar av materialet gjordes med så kallade sökrutiner. Dessa ger möjlighet dels till tabelluttag och dels till utlistning av information för varje enskild vårdkontakt. I denna studie togs enbart fram tabeller för att svaren från enskilda personer icke skulle kunna utläsas.

Bortfall

Under perioden gjordes totalt 758 läkarbesök vid vårdcentralen. Av dessa var emellertid 54 upprepade besök under 2-veckorsperioden. Dessa personer svarade vardera endast 1 gång. Således bearbetades 704 besök. Emellertid var 53 svar så ofullständigt ifyllda att de ej kunde bearbetas. Bortfallet var således 7,5 procent. Bortfallet varierade ej med ålder och kön utom för åldersgruppen 75+år där det var 12 procent.

Resultat

Befolkningen i Vellinge kommun uppgick vid årsskiftet 1982-1983 till 23.571 personer. Under 1982 besökte 31 procent av befolkningen läkare vid vårdcentralen. Denna andel var lägre än för hela landstingsområdet där andelen personer som besökte läkare i primärvården uppgick till 43 procent (figur 1).



Figur 1.
Andel av befolkningen i Vellinge och MLL med läkarbesök i primärvård 1982.

Ålders- och könsfördelningen för de personer som besvarat enkäten framgår av tabell I (barnen hade hjälp av föräldrarna vid ifyllandet samt en del äldre fick hjälp av medföljande anhörig eller hemsamarit). Som jämförelse visas åldersfördelningen för de patienter som sökt läkare vid vårdcentralen under hela 1982.

På frågan om ett läkarbesök i hemmet hade varit bättre med hänsyn till patientens aktuella besvär svarade 18 procent ja, 11 procent svarade vet ej eller besvarade ej frågan. Av de som besvarat frågan med ja sökte 58 procent

Tabell 1.
Antal personer som besvarat enkäten efter ålder och kön.

Ålder	M	Kv	Totalt	Procentuell fördelning Enkät	Besök 1982
0-14	73	69	142	22	24
15-44	102	143	245	38	40
45-64	58	69	127	19	18
65-74	43	44	87	13	10
75-	23	27	50	8	8
Totalt	299	352	651	100	100

Tabell II.
Attityder till vårdcentralen (procentuell fördelning)

Fråga	Ja	Nej	Vet ej	Totalt
Läkarna brukar ha gott om tid att lyssna på mina problem	74	13	13	100
Jag brukar få vänta för länge i väntrummet	18	76	6	100
Jag brukar få vänta för länge i behandlingsrummet innan läkaren kommer	39	54	7	100
Jag brukar få träffa samma läkare vid varje besök	39	50	11	100
Det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentralen	83	9	8	100

akut medan motsvarande andel som besvarat frågan med nej var 34 procent. I åldern 0-14 år ville 35 procent ha hembesök medan andelen var lägre än 20 procent i samtliga övriga åldersgrupper. Sammantaget var 31 procent av alla som ville ha hembesök akut sjuka barn.

Diagnoserna för de som föredrog hembesök visade att 57 procent hade diagnos infektion inklusive öroninflammation eller andningsorganens sjukdomar. Totalt fanns 37 procent av besöken i dessa diagnoser.

Vårdcentralen har för närvarande öppet till klockan 17.00 vardagar. På frågan om det varit bättre att komma i kväll svarade 22 procent ja. 3 procent besvarade ej frågan. De som svarade ja var under 65 år. Åldersgruppen 15-44 år var något överrepresenterad.

På frågan om vilken tid som passat bäst svarade 67 procent fram till klockan 18.00, 24 procent fram till klockan 19.00 och 6 procent fram till klockan 12.00. Endast en person hade föredragit en senare tid.

De personer som sökt vårdcentralen tidigare skulle besvara ett antal frågor som belyste deras inställning till vården vid enheten. Svartsfördelningen framgår av tabell II.

Det fanns vissa skillnader mellan åldersgrupperna. Äldre personer ansåg i något högre grad än yngre att läkarna hade gott om tid för deras problem. Att väntetiden i väntrummet var för lång ansåg 29 procent av småbarnsföräldrar mot totalt 18 procent i hela materialet. Motsvarande skillnad fanns i inställningen till väntetid i behandlingsrum, där 61 procent av föräldrar till 0-14-åringar ansåg att den var för lång. I åldrar under 45 år ansåg 27 procent att de får träffa samma läkare vid varje besök. I hela materialet var andelen 39 procent. Ingen noterbar skillnad mellan åldrarna finns i inställningen hur man kunde få kontakt med vårdcentralen per telefon.

Slutligen tillfrågades patienterna allmänt om de tyckte att sjukvården vid vårdcentralen i Vellinge fungerade bra eller dåligt. Av 593 personer som besvarar frågan tyckte 44 procent att vården fungerade mycket bra och 46 procent att vården fungerade ganska bra, medan 2 procent ansåg att vården fungerade ganska dåligt eller mycket dåligt.

Diskussion

Denna undersökningens syfte är att försöka belysa hur patienter vid en vårdcentral uppfattar verksamheten där. Med hänsyn till intentionerna i den nya hälso- och sjukvårdslagen bör det vara angeläget att regelbundet följa upp patienternas inställning till sjukvården (1). Undersökningen har emellertid också ett annat syfte, nämligen att visa att det är fullt möjligt att kombinera så kallade registerundersökningar med enkät- eller intervjuundersökningar. Då man diskuterar tillgängliga epidemiologiska informationskällor har man ofta skiljt på dessa båda datakällor. Register ses främst som en möjlighet att få kunskap om vårdkonsumtion medan enkäter och intervjuundersökningar kan ge en mer ingående kunskap om befolkningens hälsotillstånd (2).

I ett väl fungerande datasystem där kontakter med sjukvården registreras på personnivå har man dock en utmärkt möjlighet att på ett enkelt sätt också registrera patientens egna synpunkter. Så har gjorts i denna studie.

Nuvarande datasystem bygger på registrering av patientkontakter. Då systemen förändras bör de också ge möjlighet till registrering av data, till exempel enkätsvar, för personer utan vårdkontakter. Därigenom kan hälso- och sjukvården få en databas som bland annat kan fungera för att ge underlag i epidemiologiska frågor.

Hembesök efterfrågades av 18 procent av patienterna. Barn med akuta infek-

tionssjukdomar är överrepresenterade. Vissa sjukdomar kräver dock vårdcentralens diagnostiska resurser för att fastställa lämplig behandling. För de som önskade hembesök har därför en bedömning gjorts om detta är lämpligt. Bedömningsgrund var ålder och diagnos.

Ur medicinsk synpunkt torde hembesök kunna ske vid akuta infektionssjukdomar hos barn utan att man åsidosätter den medicinska kvaliteten. Annorlunda blir sannolikt ställningstagandet vid upprepade infektioner som kan kräva vårdcentralens utredningsresurser.

Möjlighet att besöka vårdcentralen på kvällen efterfrågades av 22 procent av patienterna. Motsvarande andel var vid en undersökning vid Lidingö vårdcentral cirka 40 procent (3). Vid ett förlängt öppethållande fram till klockan 19.00 skulle tider kunna reserveras för de förvärvsarbetande åldersgrupperna.

Småbarnsföräldrar och yngre personer är något mer kritiska till väntetid och läkarkontinuitet. Särskilt tycks väntetider i behandlingsrummet uppfattas som för långa. Den allmänna inställningen till vården hos de vårdsökande vid vårdcentralen är dock positiv.

Denna undersökning är utförd som ett komplement till rutiner som redan är i bruk vid ett flertal vårdcentraler. Det är därför lätt att upprepa undersökningen vid en annan vårdcentral eller vid en senare tidpunkt för att få jämförelsematerial. Under hösten 1983 har ytterligare fyra vårdcentraler i landstingsområdet gjort liknande undersökningar. Ävenledes avses att framöver genomföra en liknande enkät vid en slumpmässigt utvald del av primärvårdsdistriktets invånare för att om möjligt ta del av synpunkter hos de vårdsökande som ej besöker vår vårdcentral i Vellinge kommun.

Litteratur:

1. Petruson B. Patientenkäter behövs inom sjukvården. Läkartidningen 1983;80: 3905.
2. Lithman T. Data systems in health planning. An evaluation of population based data system as tools for health planning. Lund: Studentlitteratur, 1982.
3. Stockholms läns landsting. Patienter vid Lidingö vårdcentral. (Stencil)

Författarpresentation:

Carl-Axel Johansson är distriktsöverläkare vid vårdcentralen i Vellinge. Thor Lithman är epidemiolog vid den miljömedicinska funktionen i Malmöhus läns landsting.*

*Postadress: Vårdcentralen, Norrevångsgatan 7, 235 00 Vellinge

Olika namn, oli

VID TETRACY

Tabl. Vibramycin Novum (doxycyklin-monohydrat)	
Vävnadsvänligt pH ⁽¹⁾	ja
Kan tas löst i vatten	ja
Hög absorption	ja
Antal doseringar per dag	1
Oberoende av njurfunktion	ja
Kostnad för 14* resp 15** dagens behandling ⁽²⁾	87:60*
Övriga beredningsformer	infusionssubstans mixtur

+ uppgift saknas i FASS samt i Walter. A M & L. Helmeyer: Antibiotika-Fibel, Auflage 4, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1975.

Deklaration. ⁽¹⁾Tablett innehåller: Doxycyklin-monohydrat, respektive: doxycyklin, 100 mg; const.: q.s. **Egenskaper.** Den verksamma substansen i VIBRAMYCIN NOVUM har den generiska beteckningen doxycyklin och är ett tetracyklinderivat. Doxycyklin är aktivt mot aeroba och anaeroba grampositiva och gramnegativa bakterier samt mot Mycoplasma och Chlamydia. Pseudomonas aeruginosa, Providencia samt de flesta Proteus är oftast resistenta. Selektion av resistenta bakterier förekommer bl a vad gäller stafylokocker, streptokocker och Bacteroides fragilis. Tetracyklinresistens är ofta av R-faktortyp. VIBRAMYCIN NOVUM absorberas snabbt och nära nog fullständigt (ca 93%). Absorptionen påverkas endast obetydligt av mjölk eller andra födoämnen. Terapeutisk serumkoncentration uppnås inom 30 minuter och maximal (ca 3 µg/ml) inom 2-3 timmar. Genom hög lipidlösighet underlättas vävnadsdistributionen och terapeutiska vävnadskoncentrationer uppnås därigenom i flertalet organ. Eftersom doxycyklin ger terapeutiska koncentrationer i serum och vävnad som kvarstår under 24 timmar, kan VIBRAMYCIN NOVUM doseras en gång per dygn. Den biologiska halveringstiden är 18-22 timmar. Bindningen till serumproteiner uppgår till 80-90%. Doxycyklin metaboliseras i mycket liten utsträckning. Inom 72 timmar utsöndras cirka 40% av tillförd doxycyklin i aktiv form med urinen och cirka 5% med feces. Resterande mängd utsöndras i inaktiv form chelatbundet med feces. Vid nedsatt njurfunktion ökar utsöndringen i feces av chelatbundet doxycyklin. VIBRAMYCIN NOVUM kan därför ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. Till skillnad från äldre tetracykliner har inte doxycyklin någon uttalad antianabol effekt. **Indikationer.** Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för doxycyklin. **Försiktighet.** Barn under 8 år bör endast behandlas med VIBRAMYCIN NOVUM på sträng indikation, på grund av inlagring i det växande skelettet samt risk för emaljhypoplas. Graviditet och amning. Kategori D. Se speciellt avsnitt märkt [G]. Tetracykliner kan under den tid då barnets tänder mineraliseras (den sista hälften av graviditeten, neonatalperioden och upp till ca 8 års ålder) framkalla emaljhypoplas och missfärgning av tänderna. Tetracykliner inlagras också i det växande skelettet. Doxycyklin skall därför undvikas under sista hälften av graviditeten. Doxycyklin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar.** **Gastrointestinala:** Illamående, kräkningar och diarré har rapporterats i en frekvens av cirka 2%. **Hud:** Allergiska hudreaktioner kan förekomma men är sällsynta. Fotodynamiska reaktioner vid exposition för solljus har rapporterats, och i samband härmed har onykols beskrivits i en frekvens lägre än 0,1 promille. **Tänder:** Vid behandling med tetracykliner under den tid tänderna mineraliseras kan emaljhypoplas samt missfärgning uppkomma. Eftersom doxycyklin binder till kalcium i mindre grad än övriga tetracykliner, kan doxycyklin väntas ge mindre risk för tandskador. **Övriga:** Glossit, stomatit, proktit och vaginit kan, t ex genom svampöverväxt, förekomma i sällsynta fall. Tetracykliner har givit upphov till ökat intrakraniellt tryck med bl a papillödem. Överväxt av icke känsliga mikroorganismer kan förekomma och risk föreligger för selektion av tetracyklinresistenta tarmbakterier. **Dosering.** VIBRAMYCIN NOVUM tabletter sväljes med vatten eller lösas i vatten varvid noggrannhet bör iakttagas så att samtliga korn sväljes. Tabletterna skall intas under måltid, vilket minskar risken för gastrointestinala biverkningar utan att absorptionen påverkas nämnvärt. **Normaldosering för vuxna och barn över 12 år:** Första dagen 2 tabletter, därefter 1 tablett dagligen. Vid svåra infektioner kan 2 tabletter ges dagligen under hela behandlingstiden. VIBRAMYCIN NOVUM kan ges i normaldos även till patienter med nedsatt njurfunktion. **Barn under 12 år:** Se VIBRAMYCIN mixtur 10 mg/ml. **Interaktion.** Se speciellt avsnitt märkt [I], grupp 7B 15 Tetracykliner, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. **Observera.** Patienten bör undvika direkt solexposition då fotodynamiska reaktioner kan förekomma. **Förpackningar och priser.** Tabletter 100 mg (svagt beige, runda, prägling D 9 och Pfizer-symbol): tryckpack 10 st 65:10, 15 st 92:10, 30 st 169:40, glas 25 st 142:30, 10 x 25 st 1181:-, 100 st 477:50. **Tillverkare, Pfizer. Ombud:** Pfizer AB, Box 3053, 183 03 Täby, tel. 08-758 01 30.

Pfizer Pfizer AB, Box 3053, 18303 Täby.

ka egenskaper

KLIN TERAPI

Tabl. Idocyklin
(doxycyklin-hydroklorid)

nej

nej

ja

1

ja

86:30*

infusionssubstans

Kaps. Tetralysal
(lymecyklin)

ja

nej

?+

2

nej

98:10**

—

Referenser:

- 1) Carlborg B., Farmer J.C., Esophageal corrosion tests with doxycycline monohydrate tablets, Curr. Ther. Res. Vol. 34. No. 1. July 1983.
- 2) Normal dosering enligt FASS 1983: Lymeckyklin – 300 mg×2, doxycyklin – 200 mg första dagen därefter 100 mg per dag. Priser enligt Apoteksbolagets prislista Aug. 1983.

Vibramycin® Novum
(doxycyklin monohydrat) tabletter 100 mg.

– då säkerhet och bekvämlighet får avgöra

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEDICIN – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

"Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM." – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala "fackmöten" för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller automatiskt tidskriften ALLMÄNMEDICIN.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm



KALLA HANDEN!

β -blockerare är erkänt effektiva läkemedel vid behandling av högt blodtryck. Kalla händer kan dock vara en obehaglig biverkan. Det kan till och med kännas som om man behövde vantar inomhus.

Trandate är en β -blockerare som samtidigt reducerar det perifera motståndet. På så sätt kan en mer normal cirkulation återupprättas.

Av 24 patienter* med uttalade besvär av kalla händer vid behandling med andra β -blockerare** blev flertalet helt eller delvis besvärsfria vid byte till Trandate.

* Ref. "Raynauds Phenomenon caused by β -receptor blockings drugs
- Improvement after treatment with a combined α - and β -blocker."
Keith Eliasson, Mats Danielson, Britta Hylander and Lars Erik Lindblad.
Accept. för publ.

** 20 selektiva, 2 icke selektiva och 2 med ISA.

(labetalol)
TRANDATE

Den hemodynamiskt riktiga β -blockeraren.
Förpackningar: Tabletter 100 mg, 200 mg och 400 mg.

Glaxo

Glaxo Läkemedel AB, Box 263, 431 23 Mölndal. Tel. 031/87 01 50 - 87 01 75.

Att mäta primärvård – problem och möjligheter

Föredrag vid distriktsläkarföreningens årsmöte, Sollefteå den 6 maj 1983

GÖRAN WESTMAN

Förväntningarna på en utbyggd primärvård i Sverige är stora. Den skall bland annat tillföra den svenska hälso- och sjukvården kvaliteter som närhet, kontinuitet och rättvisa. Hälso- och sjukvården kan emellertid inte expandera obegränsat. Prioriteringar måste göras. Behov av att kunna beskriva, mäta och värdera vårdens effekter uppkommer då hos olika grupper av människor såsom patienter, planerare, politiker och personal verksam i vården. Artikeln avser att belysa de problem och möjligheter som finns i att värdera arbetet i primärvården utifrån vårdcentralens perspektiv. Erfarenheterna är hämtade från arbetet med Vännäs-projektet 1976–1980. Såväl val av problemområde som metoder för utvärdering är beroende av vetenskaplig referensram. Medvetenhet om undersökningars och undersökares vetenskapliga referensramar kan underlätta tolkningen av utvärderingars resultat och betydelse.

Nyckelord: Primärvård, utvärdering, vårdplanering, prestationer, forskning.

Primärvårdens mätbarhet

Redan rubriken väcker frågan "Är primärvården mätbar?" Att mäta leder tanken till något att mäta med – en måttstock eller ett måttband. Att med måttbandet på en vårdcentral beskriva verkligheten har sina uppenbara begränsningar. Här ligger en svårighet, att hitta ett passande måttband eller måttstock för att utföra uppgiften. Ett annat problem är vem som håller i måttbandet eller med andra ord uttryckt; vem är ansvarig för den måttstock, som skall komma till användning? Personens bakgrund och perspektiv på mätande ger helt olika utgångspunkter. Så skulle till exempel rubriksättningen för denna framställning säkert kunna formuleras på olika sätt av olika människor beroende på respektive persons erfarenheter av prob-

lem förknippade med primärvården. En läkare, en socialarbetare, en lärare eller en medmänniska i största allmänhet ser problem av olika natur i primärvårdsarbetet. Här några möjliga exempel;

– Hur skall jag förstå människor som söker mig i primärvården? (läkare).

– Kan jag beskriva primärvården som en samhällelig företeelse? (socialarbetare).

– Vilka är de hälsopedagogiska momenten i primärvården? (lärare).

– Hur skall jag få dem på vårdcentralen att förstå hur jag har det? (patienter).

Uppgiften att mäta primärvård är således beroende av vem som formulerar själva problemet som skall studeras, men också hur och med vilket syfte det görs. De senare två frågorna kommer att beröras längre fram.

Även om det finns problem med mätande av primärvård, så har vi nog alla någon gång önskat att studera vår verksamhet och att få beskriva den för andra. Krav har också ställts på att vi skall göra det framför allt från politiker och administratörer men också från patienter och invånare i betjämningsområdet. Det som vi vill beskriva kan uppdelas i dels mätbara effekter av vårt arbete, dels sådant som inte är direkt mätbart. Det senare handlar om att förmedla intryck av betydelse för verksamheten med tonvikt på insikt och förståelsen snarare än mätbarhet. Både det mätbara och det icke mätbara ställer krav på tid och utrymme för reflexion. Att analysera den egna verksamheten på arbetstid är däremot svårt. Härtill bidrar den mångfald av arbetsuppgifter som finns i primärvården i form av möten och kontakter med patienter, arbetskamrater, ledning och anhöriga. Stunder av enskildhet präglade av analys och eftertänksamhet infinner sig inte så ofta i en verksamhet, där effektivitetskravet mätt i "patientgenomströmning" är styrande.

Syfte

Att redovisa några erfarenheter från arbetet med utvärderingen av Vännäsprojektet med speciell tonvikt på de svårigheter och de möjligheter som finns i att följa upp ett förändringsarbete.

Svårigheter

Det kan vara lämpligt att börja fundera över de svårigheter som finns med att göra en utvärdering, se tabell I. Den första svårigheten har tangerats i inledningen, nämligen utvärderingens vetenskapliga referensram.

Referensram

Vi har som läkare en naturvetenskaplig referensram där hela vår grundutbildning på ett universitetssjukhus har lagt grunden till den ramen. Denna vår referensram ger oss problem när vi skall beskriva vår verklighet, som vi uppfattar den. Det kan kännas svårt att leva upp till krav som objektivitet, upprepbarhet, generaliserbarhet och att kunna förutsäga händelser när delar av vår verklighet inte är sådan. Några för oss angelägna problem går inte att leda i bevis eller förklara. Vår bakgrund och då speciellt vår utbildning kan fylla oss med osäkerhet och hindra oss från att göra någon värdering över huvud taget. "Det går ju inte att bevisa" är ett sätt att uttrycka vårt hinder.

Tid

En annan svårighet är tiden, tiden som aldrig vill räcka till. Det är till exempel ibland bara svårt att slå upp en bok eller diskutera med en kollega kring en medicinsk frågeställning. Kan det då överhuvud taget vara möjligt att värdera och analysera den egna verksamheten när vår arbetsdag planeras i 10 minuters moduler? Denna vårt maximalt utnyttjande av tiden kan ta sig olika uttryck. Som exempel kan nämnas, att samtidigt som man väntar på att en bedövning skall börja verka på en patient, tar man upp en anamnes på en annan patient, medan en tredje klär på sig och väntar på utskrift av recept och där en fjärde patient håller på att klä av sig inför en stundande undersökning. Under sådana förhållanden är det i det närmaste omöjligt att finna tid för annat än det man just håller på med. "Det är nog bättre att ägna tiden åt patienterna" kan bli vår konklusion.

Intresse

Några distriktsläkare kan ha valt sitt arbete just för att komma bort från stora sjukhus med den forskning och undervisning som sker där. Efter några år i arbetet tenderar det emellertid att dy-

ka upp både ett och annat som väcker ens nyfikenhet. "Kan det vara en tillfällighet det jag ser" eller "finns det ett meningsfullt samband mellan mina iakttagelser?" Kollegor och övrig personal kan verka oförstående för det som just jag finner intressant och lockande. Någon tid eller något forum för att diskutera verkar det inte heller finnas. "Jag är alldeles ensam med dessa mina funderingar" tvingas man ibland konstatera.

Kunskaper

Vi kan ha en känsla av att vi inte är utbildade för att värdera vårt arbete. Det finns professionella yrkesutövare i form av administratörer, som i sitt dagliga arbete sköter det här. Vi har också vetenskapliga institutioner, som är bättre rustade att ta sig an problem av den här naturen. Någon utbildning i hur man lägger upp en studie eller lämpliga metoder för en undersökning har vi till mycket liten del eller inte alls fått lära oss.

Speciellt svårt blir det om studierna ligger utanför vår referensram där human- eller samhällsvetare kan mer. "Det är bättre, att låta de som verkligen har kunskaper på området sköta den här saken", kan bli vår konklusion.

Resurser

Primärvården är på många ställen, speciellt i storstäder, relativt lite utbyggd. Vårduppgiften kan vara oklar och ofullständigt specificerad. Att redan tyngd i en pressad arbetssituation börja fundera över studier och mätningar av olika slag kan te sig svårt. Speciellt då man upplever att lokaler, tjänster och utrustning inte är tillräckliga. När man sedan ser vad andra har gjort kan det ytterligare förstärka känslan av resursbrist. Undersökningar från forskningsinstitutioner med särskilda forskningsresurser i form av tjänster, ADB-utrustning och en vetenskaplig miljö att arbeta i förstärker känslan av maktlöshet och resursbrist. "Det är bättre att låta de som har resurserna göra något, vi kan ändå inte tillföra något kunskande", kan det synas.

Möjligheter

Något eller några av dessa resonemang kanske känns igen. Svårigheterna kan få oss att resignera och stanna upp. Inom Vännäs-projektet har de alla varit aktuella. I svårigheterna ligger emellertid också en utmaning och en möjlighet till utveckling. Några mer allmänna erfarenheter från arbetet med Vännäs-projektet skall här redovisas.

Referensram

Den naturvetenskapliga referensramen kan ibland kännas väl trång för oss i primärvården och orsakerna är flera. I arbetet som distriktsläkare på en vårdcentral möter vi människor med medicinska (= naturvetenskapliga) problem. Men vi möter också problem hos enskilda människor, grupper av människor eller i det lokalsamhälle

vi arbetar där problemen är av en annan natur än de naturvetenskapliga. Ibland försöker vi själva arbeta med problemen, ibland låter vi andra ta över. I vår praktiska verksamhet förvärvar vi också färdigheter, som ligger utanför det strikt medicinska och naturvetenskapliga. Det kan gälla utbildning av patienter (pedagogik), analyser av vår verksamhet (sociologi) eller förhållandet till våra patienter (psykologi). Dessa färdigheter tillägnar vi oss vare sig vi vill det eller inte och blir en del av vår samlade kunskap genom åren.

Primärvårdens förutsättningar och karaktäristika skiljer sig också i några avseenden från sjukhusvårdens. Här kan nämnas det osorterade sjukdomspanoramat, den tidiga kontakten i en eventuell sjukdomsprocess och den höga frekvensen av människomöten. Vår praktiska verksamhet och primärvårdens speciella förutsättningar ställer krav på en integrering av human-, samhälls- och naturvetenskap och vårt arbetssätt får en tvärvetenskaplig prägel. En följd av detta blir, att vår i grunden liggande naturvetenskapliga referensram vidgas. Vår osäkerhet ökar kanske härmed men våra valmöjligheter blir också fler när vi söker metoder för att beskriva vår verksamhet.

Tid

I arbetet med vårdplanering inom Vännäs-projektet aktualiserades just frågan om bristen på läkartid för olika aktiviteter. Utgångspunkten "brist på läkartid" formulerades om till "hur skall vi använda den tillgängliga läkartiden?" Med denna omformulering av problemet såg vi fler valmöjligheter. Avgränsningar kunde göras, nya arbetsuppgifter tillkom. Men visst tog det tid. Tid avsattes till exempel för regelbundna möten på arbetsplatsen, ibland bara för enskilda yrkesgrupper och ibland för hela personalgruppen (1).

Intresse

På vårdcentralen i Vännäs fanns ett intresse för arbetet och en vilja att kunna påverka arbetssituationen hos de flesta som arbetade på enheten. Med det följde också en vilja att kunna diskutera problem och samarbetsfrågor. Den förutsättningen påverkade i hög utsträckning arbetets inriktning och omfattning. Det fanns också ett intresse för att kunna beskriva och dokumentera arbetet samt att föra ut det till diskussion med andra. Personalen i Vännäs har organiserat och tagit emot studiebesök från Blekinge i söder till Västerbotten i norr, totalt ett 30-tal studiebesök.

En annan viktig förutsättning var, att vårdcentralen hade ordinarie innehavare på alla tjänster. Distriktsköterskorna hade en längre tids erfarenhet av arbete i kommunen. De tre distriktsläkarna var samstämmiga i sin uppfattning om arbetets inriktning vid vårdcentralen. Under projektets gång träf-

fades dessutom distriktsläkarna en 2-3 gånger per månad på kvällstid för diskussioner.

Kunskaper

Vid ett flertal tillfällen uppkom behov av att få diskutera med andra yrkesgrupper och institutioner. Ett flertal kontakter togs med landsting, bibliotek, sjuksköterskor under vidareutbildning (SIUS) och institutioner vid Umeå universitet (socialmedicin och psykologiska institutionen). SPRI var med under hela projektets gång från planering till genomförande och uppföljning och bidrog med sina erfarenheter och kunnande av arbete i primärvård.

Resurser

Som tidigare nämnts fanns det ett intresse hos deltagarna i projektet att verka för en dokumentation av arbetet. Studier, materialinsamlingar och mätningar genomfördes av den ordinarie personalgruppen. Speciellt sekreterarna fick nya arbetsuppgifter och ett större ansvar än vad de tidigare haft. SPRI tillförde tekniska hjälpmedel (apparat och blanketter) både vad gäller kontorsrutiner och mätningar. Socialmedicinska institutionen hjälpte i inledningen till med seminarier och vissa bearbetningar. MFR har också från och med 1981 bidragit med en tidsbegränsad forskartjänst för utvärdering av projektet, en tjänst som nu är knuten till allmänmedicinska sektionen i Umeå. Projektet har således vuxit medan det pågick, där resurser har tillförts utifrån, resurser som dock varit tidsbegränsade. Personalstaten är idag densamma som den var när projektet började så när som på en 1/2 distriktskötersketjänst som tillkommit. Den halva tjänsten fanns med i landstingets planering och är inte en följd av själva projektet.

Fem frågor vid utvärderingar

För att göra en utvärdering, kan man ställa fem frågor (2). Frågorna framgår av tabell II, där de besvarats med Vännäs-projektet som bakgrund. Med dessa fem frågor sammanfattas utvärderingen i några karaktäristiska drag. Man erhåller också en bild av den modell, som ligger till grund för själv utvärderingen.

Utvärderingen av Vännäsprojektet består av flera delstudier av typen "före-efterundersökningar". De studerade områdena och mätningarnas placering i tiden framgår av figur 1. Det rör sig om upprepade mätningar före, under och efter införandet av ett nytt boknings- och journalsystem. Utvärderingen har ambitionen att beskriva primärvården ur befolkningens perspektiv, även om metodval och genomförande av undersökningarna gjordes av personalgruppen på vårdcentralen.

Modeller för utvärderingar

Vi har tidigare konstaterat, att problemformuleringen kring en och samma

verksamhet kan variera mellan olika intressenter. Olika yrkesgrupper har också skilda vetenskapliga referensramar, som ger olika förutsättningar för att genomföra en utvärdering. Skillnader mellan ett medicinskt (3), sociologiskt (4) och ett pedagogiskt (5) betraktelsesätt kan beskrivas som i figur 2. Figuren visar några undersökningsmodeller hämtade från de tre ämnesområdena. Några egenskaper hos modellerna förorsakar skillnader i förutsättningar för genomförande av utvärderingar inom respektive ämnesområde. Så har till exempel den sociologiska och den pedagogiska modellen "mål" som en beståndsdel, vilket saknas i den medicinska. Den medicinska modellen betonar däremot objektivitet och sanning. Idealet är "först en sann diagnos - därefter behandling". Den praktiska verkligheten och då inte minst i primärvården pekar på betydelsen av kontroll och uppföljning. De i figuren valda exemplen visar också att det medicinska och sociologiska betraktelsesätten är rätlinjiga och episodiska medan det pedagogiska beskriver en cirkelrörelse. De i modellen ingående delfenomenen "mål, medel och värdering" har alla en inbördes relation.

Olika modeller för utvärdering kan bland annat karakteriseras av de metoder som kommer till användning vid själva mätningen, se tabell III. De fyra första strävar efter objektivitet medan de tre sista poängterar subjektivitet. En viss utveckling finns i sammanställningen uppifrån och ned, där de senaste har tillkommit efter kritik av de ovan stående. Utvärdering av arbete i primärvård har framför allt varit av systemanalytisk-, mål- och beslutsmodell. Av de subjektiva modellerna är det framför allt transaktionsmodellen som kommit till användning. Konklusionen blir: Om nu primärvården skall mätas och värderas, är det inte betydelselöst vem som gör det och med vilken referensram det görs.

Några exempel

Avslutningsvis några exempel på mätning av primärvård hämtade från utvärderingen av Vännäs-projektet. I dag värderas distriktsläkarnas arbete i primärvården på många ställen av politiker, bland annat utifrån prestationen "antal läkarbesök", se figur 3. Värderingen sker ofta på direktionnivå eller motsvarande även om olika försök med primärvårdsnämnder har kommit igång på några ställen i landet. Från undersökningen av kontaktorsaker till primärvårdsenheten i Vännäs har några andra prestationer tagits fram, nämligen var nya problem dyker upp, se figur 4. Av figuren framgår att läkarmottagningens personal svarar för knappt hälften av dessa. Prestationen, att möta dessa nya sjuk- och hälsoproblem och att göra sig tillgänglig för dem framgår av tabell IV, där ett nytt problem tas omhand var 6:e minut; en prestation om något.

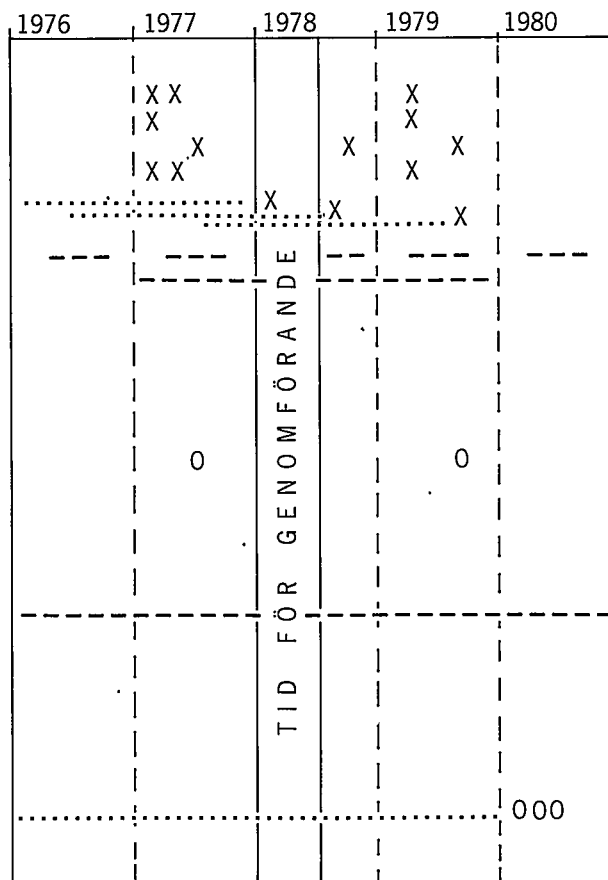
Mätning av:

- Tillgänglighet
- Väntetid i väntrum
- Kontaktorsaker
- Handläggning kontaktors,
- Patient/läkarkontinuitet
- Vårdutnyttjande
- Jourcentral
- Sluten vård

Befolkningens kunskaper, attityder och erfarenhet av vård (postenkät)

Diabetikers besök vid vårdcentralen

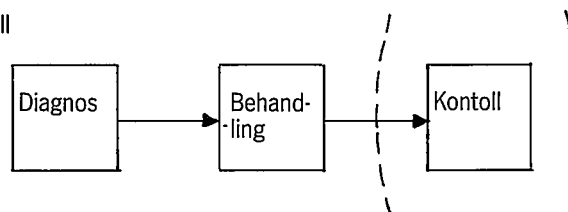
Personalens tillfredsställelse och erfarenheter av förändringsarbetet



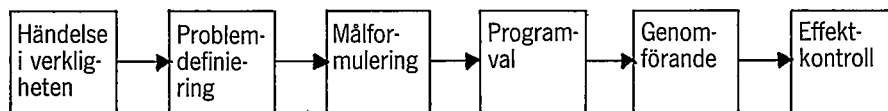
Figur 1.
Ingående delstudier i Vännäsprojektet och deras placering i tiden.

X: mätperiod (4-6 veckor)
O: observationsperiod (4-6 veckor)
-----: sammanhängande mätperiod
.....: retrospektiv mätperiod

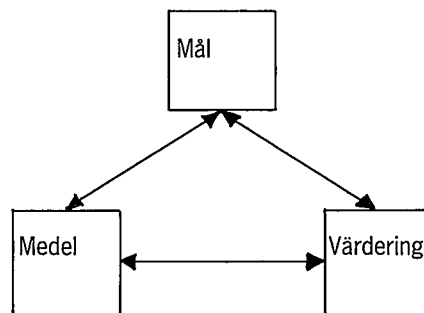
*Medicinsk modell



*Sociologisk modell



*Pedagogisk modell



Figur 2.
Modeller för utvärderingsstudier från tre ämnesområden.

Att värdera arbete i primärvård. Svårigheter – möjligheter

- * Referensram
- * Tid
- * Intresse
- * Kunskaper
- * Resurser

Tabell I. Svårigheter och möjligheter vid värdering av arbete i primärvård.

Fem frågor vid utvärdering

Fråga	Svar
Vad skall utvärderas?	Bokningssystem, journalsystem och arbetssätt.
För vilket syfte?	Att värdera bokningssystemets, journalsystemets och arbetsättets kvalitet och effektivitet.
För vem?	Att ge beslutsfattare underlag för rationella beslut.
Hur skall utvärderingen ske?	Postenkäter (Survey-undersökning), behovsanalyser (planeringsunderlag) och upprepade mätningar (kvasiexperimentell undersökningsteknik).
Vem utför utvärderingen?	Personalgruppen samt extern psykolog (personalgruppens erfarenheter).

Tabell II. Fem frågor att ställa vid utvärderingsstudier.

Sammanfattning

Intresset för arbete i primärvård har ökat och därmed också behovet av att kunna beskriva och värdera det. I det arbetet måste vi själva som distriktsläkare delta och bidra till lämpliga lösningar och metoder. Metodval och lösningar är emellertid beroende av vetenskaplig referensram med olika modeller för utvärdering som följd. Vilken är vår referensram i primärvården?

Litteratur:

1. Westman G. Förändringsarbete på vårdcentral, om betydelsen av samverkan inom personalgruppen för kunskapsinhämtning och problemlösning. SFAM-nytt 1980: (4); 46-47.
2. Franke/Wiekberg S, Lundgren UP. Att värdera utbildning del I, Wahlstrand & Widstrand, Stockholm 1980.
3. Björk G. Den medicinska beslutsprocessen, Spri-rapport 6, Stockholm 1974.
4. Weiss CH. Evaluation research, methods of assessing program effectiveness, Prentice-Hall Inc, Englewood Cliffs, New Jersey 1972.
5. Gray P, A system of training, The Journal of Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 4, Devonshire Press Ltd, Torquay 1979.

Författarpresentation:

Göran Westman*, forskass distrläk Allmänmedicinska sektionen, Umeå universitet.

*Postadress: Allmänmedicinska sektionen, Umeå vårdcentral, Box 10093, 900 10 Umeå.

Modeller för utvärdering. Modell

Metoder

I. *Systemanalytisk modell	Systemanalys, cost/benefit, ADB-basering, totalundersökning.
*Mål-modell	Målspecificering, prestationsmatning.
*Besluts-modell	Behovsanalys, Survey-undersökningar, intervjuer, kvasiexperimentell uppläggning.
*Målfri modell	Ej ta del av mål, kontrollistor, analys av konsumentbehov, kostnadsanalyser.
II *Kritiker-modell	Rescension, systematisk essä, person- eller gruppbaserad.
*Polariserande modell	Scenarier, hearings, juryteknik.
*Transaktions-modell	Fallstudier, intervjuer, observation (deltagande).

Tabell III.

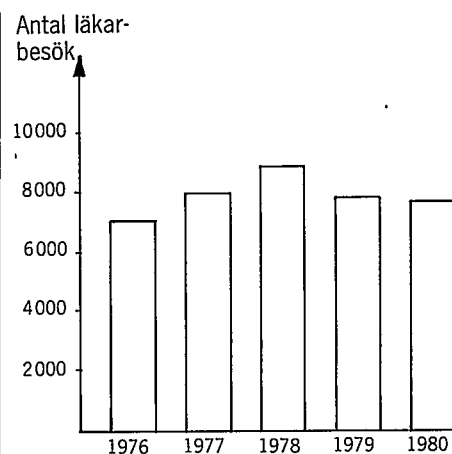
Olika modeller för utvärdering och dess metoder.

Prestationer

- * 1 kontakt var 2 3/4 minut (21,2 kontakter/timme)
 - * 1 sjukvårdskontakt var 3 1/4 minut (18,4 sjukvårdskontakter/timme)
 - * 1 primär kontakt var 6 1/2 minut (9,3 primära kontakter/timme)
- (exklusive BVC och ÄHV, Vännäs vårdcentral 1979)

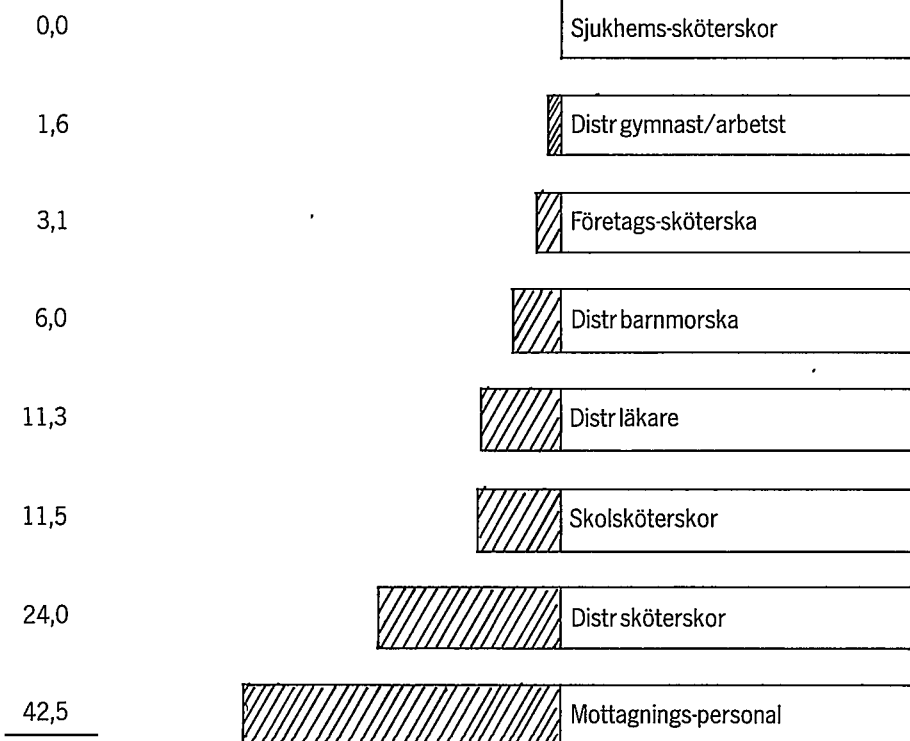
Tabell IV.

Primärvårdens prestationer.



(Vännäs vårdcentralens läkarmottagning)

Figur 3.
Antal läkarbesök vid Vårdcentralen i Vännäs 1976-80.



100,0 % (N: 1763 kontakter)

Figur 4.

Var tas nya hälso- och sjukvårdsproblem omhand? Relativ fördelning av primära kontakter.

Hälsobetyg – ett mått på hälsa

ERIK TRELL

Inom temat mätproblem i primärvården diskuteras operativa definitioner och representationsmodeller för hälsa såsom normalområdet för sina ingående mätvärdeskomponenter.

Nyckelord: Hälsomätningar.

Hälsa som mätobjekt

Eftersom denna konferens handlar om mätproblem och -möjligheter inom primärvården, kommer detta inlägg om mätning av hälsa att ta fasta på de metodologiska aspekterna samt användningsområdena av ett hälsomått.

Hälsan är ju ett undflyende objekt, inte minst begreppsmässigt. Medan en del till och med hävdar att den inte existerar är den nu å andra sidan faktiskt lagstadgad i Sverige, och hälsovården definierad som likvärdig och komplementär i förhållande till sjukvården. Man skulle till och med kunna hävda att folkhälsan utgör primärvårdens viktigaste uppgift och ansvarsområde.

Ur en operativ synvinkel kan då hälsa enklast definieras som normalitet, och beträffande sina komponenter (det vill säga de värden som vid varje tillfälle uppmätes och erhålles i en hälsovårdssituation) såsom dessas normalfördelningsområde. Ett mätsystem som tar fasta på och karaktäriserar graden av normalitet av en variabel är sålunda det relevanta i detta läge, medan i sjukvården graden av abnormitet, det vill säga belägenhet utanför normalfördelningen, är det traditionella sättet att uttrycka mätningen. Även i så kallade "hälsokontroller" rapporteras faktiskt fortfarande värdena nästan enbart på detta sätt; 1 eller 2 SD utanför det normala noteras de ovanliga gångerna det förekommer, men hälsan tiger still fastän ur dess synpunkt en abnormitet kan vara för sent. Detta är den viktigaste motivationen för ett annat uttrycksätt, och inte någon semantisk jakt på hälsans innersta väsen.

I tabell 1 visas en del mätvärden från det förebyggande medicinska hälsovårdsprogrammet i Malmö. Det är medelvärden och standarddeviationer i relation till populationsundergrupper med olika gammaglutamyltransferas (GGT)- och alkoholkonsumtionsnivåer. Man ser tendens till skillnader i de flesta av analyserna i de olika grupperna, men uttryckta på detta sätt är de föga framträdande (1).

I figur 1 visas en av bakgrunderna till detta just för GGT. Många av variablerna är inte normalfördelade, och där-

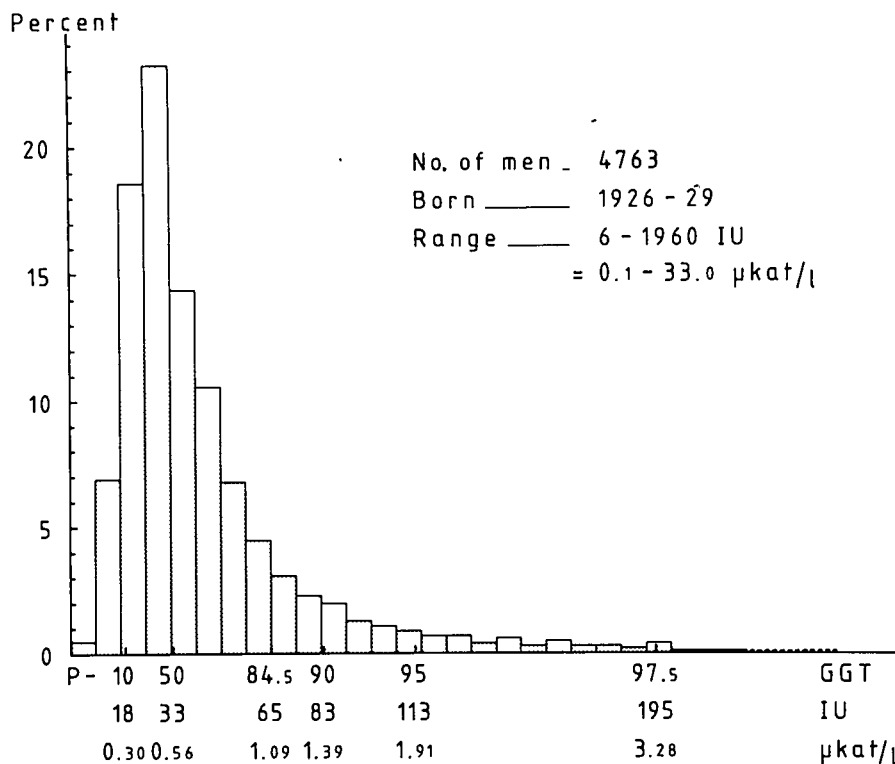
	I S-GT ≤ 0,54		II mS-GT = 0,83		III mS-GT = 2,60 Icke alkoholrelaterad S-GT-höjning (n = 35)		IV mS-GT = 3,04 Alkoholrelaterad höjning (n = 136)	
	(n = 2 190)		(n = 4 700)		(n = 35)		(n = 136)	
	m	SD ±	m	SD ±	m	SD ±	m	SD ±
A/I-vikt*	1,05	0,13	1,09	0,14	1,10	0,11	1,13	0,15
Puls 0'	71,5	10,9	72,7	11,5	71,9	11,6	75,0	11,7
Puls 10'	68,1	9,8	69,2	10,2	67,7	11,8	71,4	10,4
Syst BT 10'	128,1	14,8	131,1	16,4	132,0	17,2	138,4	16,2
Diast BT 10'	85,9	9,6	88,2	10,5	90,1	10,6	93,2	10,6
Hudveckstjocklek**	192,0	20,5	194,8	22,0	197,0	24,0	196,4	20,8
Triglycerider	1,53	0,53	1,56	0,89	2,04	0,70	2,45	1,47
Kolesterol	5,63	0,96	5,81	1,05	6,04	1,21	6,15	1,15
Glukos 0'	4,54	0,65	4,62	0,80	4,79	0,58	5,02	1,00
Glukos 120'	5,16	1,14	5,43	1,62	5,89	1,67	5,97	1,85
Insulin 0'	7,6	7,4	9,4	10,5	8,8	7,6	11,1	9,3
Insulin 120'	22,2	27,4	28,4	36,6	40,4	48,7	41,6	44,5
Kalcium	2,42	0,08	2,43	0,08	2,44	0,09	2,46	0,09
Fosfat	0,91	0,17	0,91	0,17	0,86	0,18	0,97	0,17
Albumin	45,8	2,6	46,0	2,7	46,1	2,3	46,4	2,9
Natrium	142,9	2,0	142,8	2,1	141,4	2,2	141,4	2,3
Kalium	4,22	0,37	4,23	0,37	4,18	0,28	4,18	0,42
Kreatinin	95,1	12,7	94,7	12,7	94,9	11,2	90,7	14,2
Urat	295,6	59,4	307,1	62,1	338,4	63,8	350,8	81,2
Hematokrit	43,5	2,5	43,8	2,7	43,6	3,5	44,9	2,4
ASAT	0,37	0,13	0,44	0,31	0,42	0,10	0,78	0,43
ALAT	0,34	0,21	0,45	0,33	0,53	0,16	0,87	0,47
ALP	3,14	0,70	3,20	0,79	4,05	1,16	3,66	0,94

Tabell 1.

* A/I = aktuell/ideal

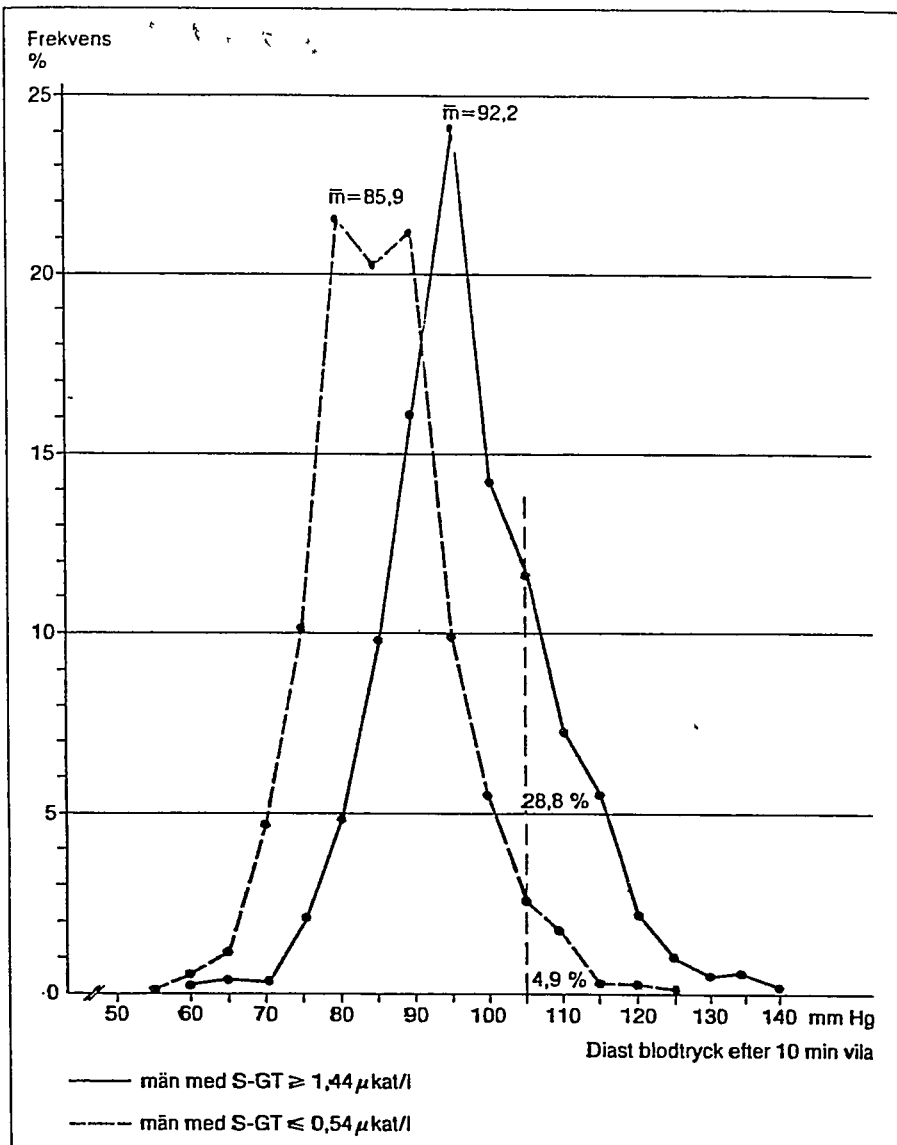
** logskala av subkutan tjocklek (mm) över höger triceps

Tabell 1. Medelvärden (m) och SD för ett flertal fysiska och metabola parametrar hos medelålders män (födda 1926-1929) i Malmö grupperade efter S-GT-värden. Kolumn I = män med S-GT under medianvärde ($\leq 0,54 \mu\text{kat/l}$), kolumn II = hela populationen, kolumn III = män födda 1926-1927 med S-GT $\geq 1,44 \mu\text{kat/l}$ ej relaterat till överkonsumtion av alkohol, kolumn IV = en randomiserad grupp alkoholpositiva män födda 1926-1927 med S-GT $\geq 1,44 \mu\text{kat/l}$.



Figur 1.

Screening serum- γ -glutamyltransferase (GGT) distribution in 1926-1929 male birth year cohorts. The 10th, 50th, 84.5th, 90th, 95th and 97.5th percentiles (P) are indicated. The normal range of GGT in this age- and sex-group at our laboratory during the time of study was $\leq 1.08 \mu\text{kat/liter}$, corresponding to the 84.5th percentile of the GGT distribution in the screening material.



Figur 2.

Procentuell fördelning av diastoliskt blodtryck efter 10 minuters vila i liggande ställning hos 2 194 män (födda 1926–1929) med S-GT lika med eller under medianen ($0,54 \mu\text{kat/l}$) i jämförelse med 509 män ur samma kohorter med S-GT i översta decilten ($1,44 \mu\text{kat/l}$).

för kommer deras medelvärden och standarddeviationer att dåligt avspejla eventuella omfördelningar i en grupp (2).

Figur 2 visar att omfördelningar i undergrupper av en population kan vara mycket mer påtagliga än de åtföljande medelvärdesskillnaderna. Här rör det sig om frekvensen av abnormvärden beträffande diastoliskt blodtryck i relation till GGT-delmängder. Så höga antal av stegrade nivåer inom ett hälsokontrollsmaterial, där ju definitions-mässigt de flesta variabler håller sig inom sina normalzoner, kan man som tidigare antydits ej förvänta sig för många andra mätvärden.

Men figur 3 demonstrerar att omfördelningarna till dominerande del utspelar sig just inom normalområdena för de olika analyser man gör. Dessa gurer återspeglar då principerna för och bakgrunden till ett "hälsobetyg". Man karakteriserar resultaten hos medlemmarna i en grupp i förhållande till samma värden i gruppen som helhet, precis som i ett vanligt femgradigt skolbetyg. Varje grad i denna skala motsvarar här 20 procent, eller en kvintil av värdemängden. Man ser hur kraftigt omfördelade delmängder

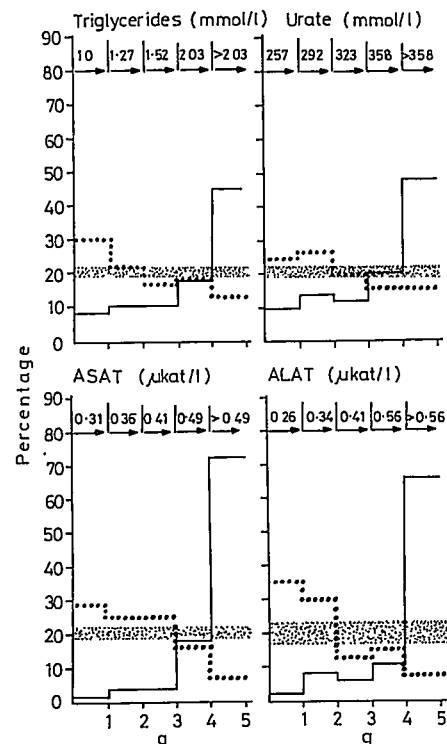
undersökningsgruppen kan var för vart och ett av de enskilda testen i relation till andra parametrar i materialet (3, 4).

Riskfaktorbeskrivning

Detta sätt att dela in de gjorda mätningarna i kvintilstaplar av den faktiska fördelningen ger också mer tydliga mönster i relation till olika uppföljningsdata. Figur 4 visar detta för GGR i relation till totalmortalitet upp till 4 år efter screeningundersökning bland medelålders män i Malmö. Staplarna är inte horisontella utan det är en klar underrepresentation av den lägsta GGT-kvintilen och överrepresentation av den högsta GGT-kvintilen bland de för tidigt döda (5).

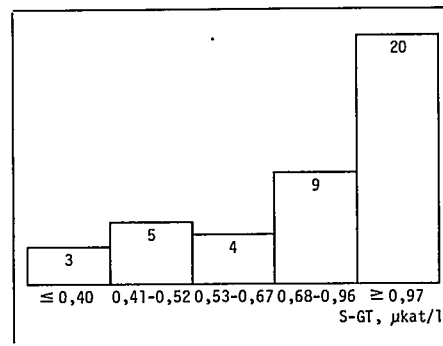
Samma gäller till exempel sjukhusvård efter hälsokontrolltillfället (6) och sjukskrivning upp till 20 år före detta (7, fig 5). Sistnämnda bild visar översta och näst översta decilten av GGT-fördelningen i jämförelse med under medianen samt riksgenomsnittet.

En lång rad andra enskilda mätvärden låter sig bäst analyseras som riskfaktorer och i relation till olika behandlings- och uppföljningsdata i en

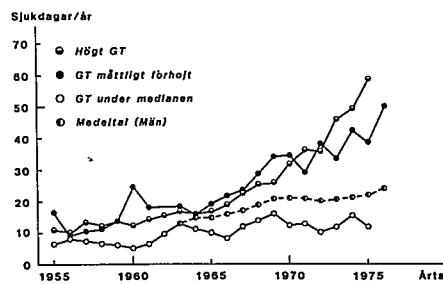


Figur 3.

Relative distributions of serum triglycerides, urate, asparagine-aminotransferase (ASAT), and alanine-aminotransferase (ALAT) in the same groups as in fig 2.



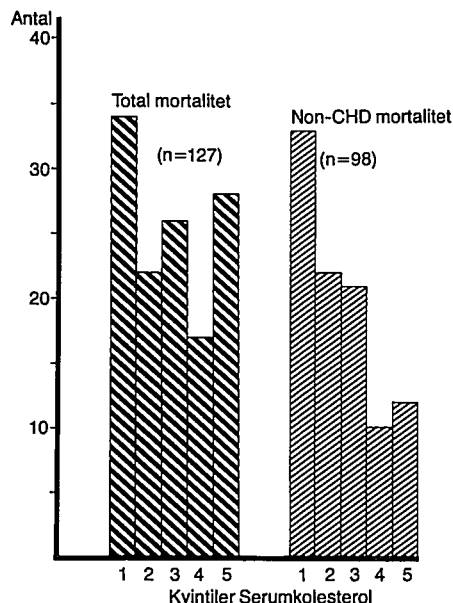
Figur 4.



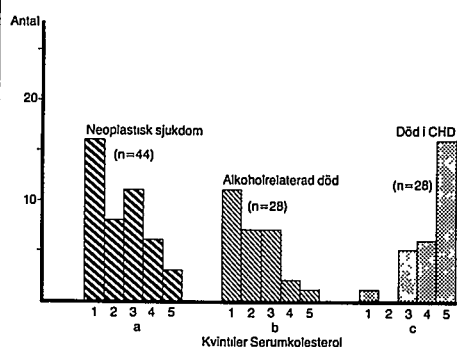
Figur 5.

hälsovårdssituation enligt denna femgradiga (eller fler- eller färre-gradiga) betygsskala.

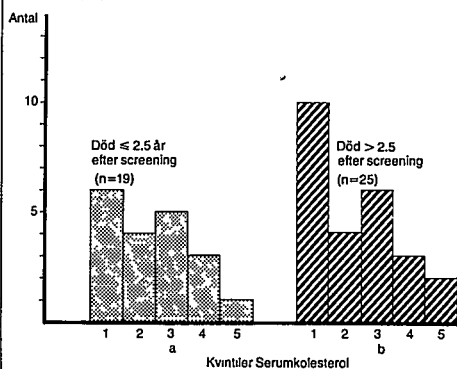
Det viktiga är att den just återspeglar hälsoläget av de inkluderade komponenterna. Ändå är det inte många undersökningar som har använt sig av metodiken. I Sverige har framför allt Stockholm Prospective Study utnyttjat den. Men i de flesta internationella studier används fortfarande medelvärdesskillnader, även i hälsokontrollsmaterial. Detta gäller till exempel de flesta studier som analyserat kolesterols roll som riskfaktor. Det kan då vara av intresse att titta på kolesterol enligt den femgradiga betygsskaleuppdel-



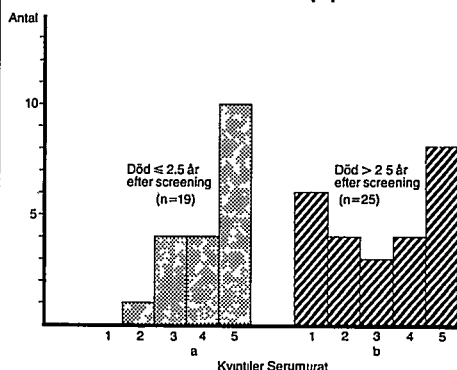
Figur 6. Relation mellan serumkolesterol vid screening och totalmortalitet respektive non-CHD-mortalitet.



Figur 7. Screening – serumkolesterol vid de tre dominerande mortalitetskategorierna; neoplastisk (a), alkoholrelaterad (b) och CHD (c).



Figur 8. Sambandet mellan screening – serumkolesterol och cancerdödsfall mindre än 2,5 år (a) respektive mer än 2,5 år efter screeningundersökningen (b).



Figur 9. Motsvarande fördelning av screening – serumurat.

ningen i vårt material i Malmö. Figur 6 visar en U-formad relation till totalmortalitet, men en signifikant invers korrelation till icke hjärtsjukdomsdödlighet. En ytterligare uppdifferentiering i tre dominerande medelålders manliga prematura dödlighetsgrupper visar starkt åtskiljande och högsignifikanta mönster vid cancer- och alkoholrelaterad mortalitet i jämförelse med hjärtdödligheten, där den förväntade positiva korrelationen kunde återfinnas inom samma enhetliga kohort av medelålders män (figur 7).

Ser man närmare på till exempel cancerdödsfallen tillåter samma metod även ytterligare studium, såsom relationen mellan ursprungsmätvärdet, i detta fall fortfarande kolesterol, och tidförloppet för den ändpunkt som

granskas (figur 8). Den inversa relationen till kolesterol vid screeningundersökningen finns såväl hos de cancerfall som avled inom 2,5 år som hos de som avled mellan 2,5 år och upp till 6 år efter den ursprungliga mätningen.

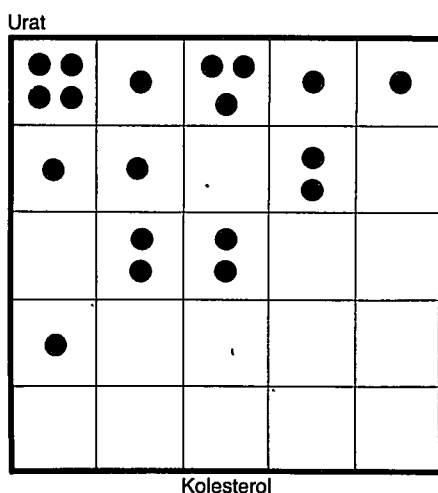
Normalvärdesnormalisering

Med serum-urat förhåller det sig anorlunda, vilket kan visas med samma kvintiljämförelseprincip enligt figur 9. Denna observation kan underbygga slutsatsen att de mycket tidiga cancerfallen kan återspegla en redan förefintlig men oupptäckt malignitet vid provtagningen, medan de något senare skulle kunna vara kausalt kopplade till lågt kolesterol (8). I detta sammanhang illustrerar den framför allt att en kvintiluppdelning av mätvärden också matematisk innebär att man "normaliserar" dem. Mätvärdena kan då linjärkombineras i två eller flera dimensioner, vilket illustreras i det förstnämnda fallet för kolesterol och i urat i figur 10.

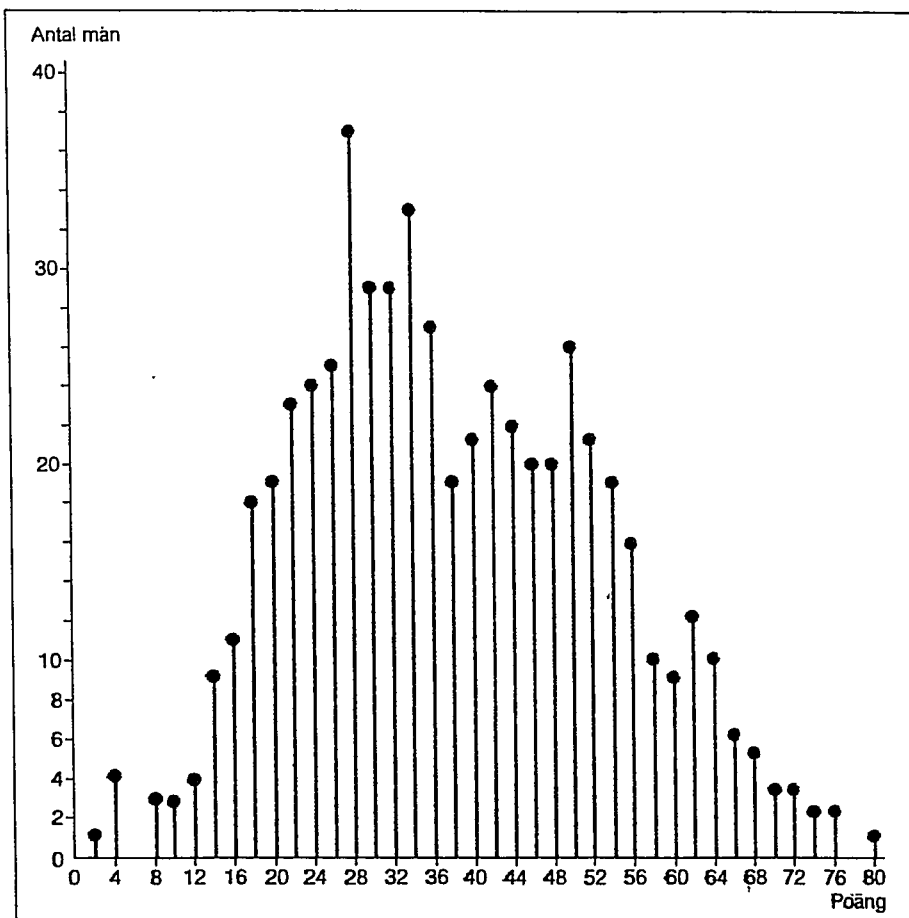
Man kan dessutom lägga samman de på så vis uppdelade värdena till ett samlat poängscore eller "hälsobetyg", som visas i tabell II. Här sammanföres 10 mätvärden hos en person till ett summaresultat i förhållande till samma variabler i hela klassen av individer av samma kön och ålder. Den teoretiska fördelningen av detta betygsinstrument är i detta utförande 0-80 (3, 4).

Friskfaktorscore

Figur 11 visar att den faktiska fördelningen i en halv åldersklass medelålders män i Malmö var 2-80, med en



Figur 10.



Figur 11. Fördelning av individuella kvintilpoäng i halva 1930 års screeningkohort.

approximativ normalfördelning. Avsaknaden av ett 0-värde skulle kunna tagas för ett indicium på att den operativa hälsan existerar men ej den ideala. Men generellt gäller att samtliga summaresultat mellan 0–80 uttrycker ett hälsoläge; det är alltså den faktiska fördelningen av mätvärdena i hälsovårds-situationen som på detta vis har delats upp och uttryckts, och det är intressant att hälsan har ett sådant spektrum och en sådan bredd. Ett instrument i enlighet med det här framförda kan ge signaler medan det fortfarande är tid för hälsovård. Ett "äventyrat" hälsoläge i överkanten av fördelningen kan också med små ingrepp i livsföringen som får parallella effekter just där normalfördelningen är som smalast återföras till ett mer gynnsamt hälsoläge. Och det är principerna snarare än beståndsdelarna i instrumentet som här är av betydelse i olika praktiska användnings-möjligheter.

Vidare måste man beakta att låga värden inte alltid är de gynnsamma, till exempel Hb eller, måhända, för cancer, ett lågt kolesterol. Ingendera av dessa är dock med i det här demonstrerade scoret, som naturligtvis måste valideras på många sätt. Ett sätt är genom jämförelse med andra variabler. Tabell III visar slutligen en sådan jämförelse med GGT (som heller ej ingår i scoret). Man har nu en mycket god linjär korrelation mellan "hälsobetyget" och GGT, framför allt i det gynnsamma omfånget av bäge.

Litteraturreferenser:

1. Henningsen N-C, Kristensson H, Larne P, Petersson B, Trell E. Hypertoni och gammaglutamyltransferas hos medelålders män. Hälsleinformation 2, 19, 1980.
2. Kristensson H, Trell E, Fex G, Hood B. Serumgammaglutamyltransferase: Statistical distribution in a middle-aged male population and evaluation of alcohol habits in individuals with elevated levels. Prev Med 9, 108, 1980.
3. Trell E, Peterson B, Kristensson H, Fex G, Larne P, Yettra M, Hood B. Serumgammaglutamyltransferase and a somatic health score in middle-aged men. Ann Clin Biochem 17, 134, 1980.
4. Trell E. S-GT och att somatiskt hälsoprotokoll hos medelålders män. Hälsleinformation 8, 11, 1982.
5. Peterson B, Kristensson H, Fex G, Sternby N-H, Trell E. Alkohol, serumgammaglutamyltransferas och för tidig död hos medelålders män. Läkartidningen 77, 2904, 1980.
6. Kristensson H, Petersson B, Trell E, Hood B. Hospitalization and alcohol-related morbidity within three years after screening in middleaged men. Drug Alc Depend 9, 325, 1982.
7. Kristensson H. Öhrn J, Trell E, Hood B. Serum-gammaglutamyltransferase and retrospective sickness days. Lancet i, 1141, 1980.
8. Trell E, Petersson B. Kolesterol, hjärtsjukdom och cancer. Forskning och praktik (Sandoz) 15, 1, 1983.

	Kvintil 1	Kvintil 2	Kvintil 3	Kvintil 4	Kvintil 5
Poäng	0	2	4	6	8
Puls 10' 68	≤60	61–67	68–70 4	71–77	≥78
Syst BT 10' 125	≤115	120–125 2	130	135–140	≥145
Diast BT 10' 75	≤75 0	80–85	90	95	≥100
A/I-vikt* 1,31	≤0,99	1,0–1,05	1,06–1,13	1,14–1,21	≥1,22 8
Glukos 120' 6,8	≤4,02	4,03–4,83	4,84–5,64	5,65–6,65	≥6,66 8
Insulin 120' 80	≤13	13,1–21,0	21,1–33,4	33,5–55,6	≥55,7 8
Triglycerider 3,25	≤1,00	1,01–1,27	1,28–1,52	1,53–2,03	≥2,04 8
Urat 340	≤257	258–292	293–323	324–358 6	≥359
ASAT 0,48	≤0,31	0,32–0,36	0,37–0,41	0,42–0,49 6	≥0,50
ALAT 0,38	≤0,26	0,27–0,34	0,35–0,41 4	0,42–0,56	≥0,57
Summa	0	2	8	12	32

54

* A/I = aktuell/ideal, relativ kroppsvikt

Tabell II.

Individuellt kvintil-hälsobetyg för en medlem av 1930 års screening-kohort. Det uppmätta värdet står under variabeln i kolumnen längst till vänster; de motsvarande poängen ges i respektive kvintilkolumn.

Poäng	n	S-GT		S-GT	n	Poäng	
		$\bar{m}$	SD			$\bar{m}$	SD
2–18	53	0,40	0,13	0,22– 0,30	57	27	12
20–22	42	0,43	0,13	0,32– 0,35	53	30	11
24–26	51	0,49	0,29	0,36– 0,38	46	31	12
28–30	66	0,52	0,23	0,39– 0,44	73	34	14
32–34	62	0,56	0,34	0,45– 0,49	58	37	14
36–38	46	0,65	0,56	0,50– 0,56	53	36	6
40–44	67	0,72	0,77	0,57– 0,67	56	38	13
46–50	66	0,81	0,61	0,68– 0,81	56	43	14
52–58	66	1,08	0,94	0,82– 1,33	64	46	13
60–80	53	1,39	1,60	1,34–14,40	57	54	12

Tabell III. Medelvärden ($\bar{m}$) och standarddeviationer (SD) av S-GT i stigande nivåer av poängresultatet samt ungefärliga medelvärden och standarddeviationer av poängresultatet i stigande nivåer av S-GT (så nära decentiler som möjligt).

Författarpresentation:

Erik Trell*, docent, tf klinlärare i allmänmedicin, Institutionen för Klinisk Samhällsmedicin, Malmö.

*Postadress: Institutionen för Klinisk samhällsmedicin, Malmö Allmänna sjukhus, 214 01 Malmö.

Bidrag till diskussionen av det allmän- medicinska forskningsområdet – Rapport från en allmänmedicinsk forskningscirkel

NIELS LYNÖE

Är allmänmedicinen forskningsmässigt mer än en ambition och ett påstående? Om så är fallet, har allmänmedicinen ett speciellt forskningsparadigm eller kan ämnet utan svårigheter låta den kliniska medicinen definiera problemen? Med andra ord, går det att överta den kliniska medicinens forskningsparadigm utan att samtidigt göra det omöjligt att tala om allmänmedicinen som ett unikt kunskapsområde?

Dessa frågor tas upp i denna rapport som är en del av den diskussion som har förts i en forskningscirkel bland allmänläkare i Umeå.

Nyckelord: Allmänmedicin, forskningsområde, vetenskapsteori.

Bakgrund

Under vårterminen 1982 startade en forskningscirkel i allmänmedicin i Umeå. Initiativet togs av Sektionen för Allmänmedicin vid Umeå universitet, där man vid en föreläsning tog sikte på att stimulera allmänmedicinare till egen forskningsaktivitet. Utgångspunkten var JGR Howies bok "Research in General Practice" (1), som ger en del allmänna rekommendationer om forskning i allmänmedicin. Föreläsningen hölls vid distriktsläkarnas vidareutbildning, och efterföljdes av en gruppdiskussion med förslag till egen forskningsprojekt.

Diskussionen av de inkomna projektförslagen fortsatte i en grupp av speciellt intresserade allmänmedicinare och pågår fortfarande som en forskningscirkel. Gruppens medlemmar är: Sven-Olof Andersson, Inger Bylén, Sven Ferry, Gunnar Lundquist, Niels Lynöe, Bengt Mattsson, Pertti Pihllyckt, Gunilla Risberg, Carl-Edvard Rudebeck, Ulla Söderström, Göran Westman och Ulf Österberg.

Diskussionsinnehållet

Diskussionen kretsade i början kring vilka av projektförslagen som var *intressanta, relevanta* och *besvarbara*. (Howies krav.) Det visade sig snart att det var svårt att finna projekt, där alla tre krav var uppfyllda. En frågeställning kunde till exempel vara intressant ur vetenskaplig synpunkt men var inte särskilt relevant. En annan frågeställning kunde vara ganska relevant, men mindre intressant.

Problemet var alltså att om vi hade ett intressant problem med ett visst vetenskapligt djup så aktualiserades relevanskravet. Hade vi däremot en frågeställning som levde upp till relevanskraven, så visade sig problemet vara så ytligt vetenskapligt sett, att det blev en fråga om man överhuvud taget kunde tala om vetenskap.

Vi uppehöll oss länge inför en frågeställning om psykosomatiska problem i den allmänmedicinska verksamheten. Frågeställningen upplevdes av de flesta som både intressant och relevant. Men vi ställdes här mot väggen av kravet om besvarbarhet som helt eller delvis omöjliggjorde intressanta och relevanta frågeställningar.

Ändringen av diskussionsinnehållet

Tvingade av dessa överväganden kom vi mer och mer in på en diskussion av forskningsteoretisk karaktär. Helt andra frågor dök upp som till exempel: Har allmänmedicinen ett speciellt forskningsobjekt och -område?

Vilken relation finns mellan allmänmedicinen och övrig medicin?

Har allmänmedicinen ett speciellt forskningsparadigm?

Om inte, kan allmänmedicinen då oproblematiskt överta den övriga medicinens forskningstradition och paradigmat?

Kommer det att hota allmänmedicinens existens om man övertar till exempel den kliniska medicinens paradigmat?

Om allmänmedicinen försöker att kapa för bindelsen med den övriga me-

dicinen och etablera ett eget forskningsparadigm, blir den då hotad av isolering?

(I de flesta forskningsråd sitter sällan representanter för allmänmedicin!)

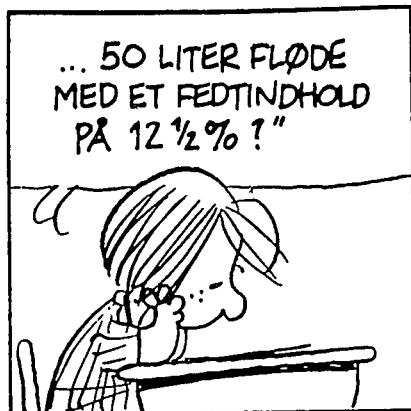
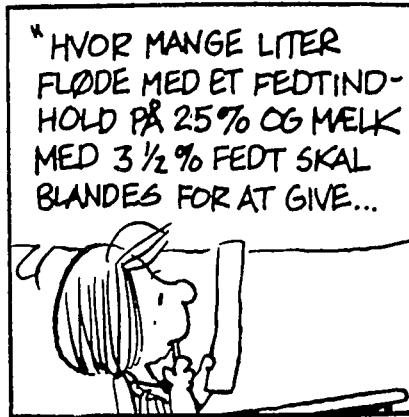
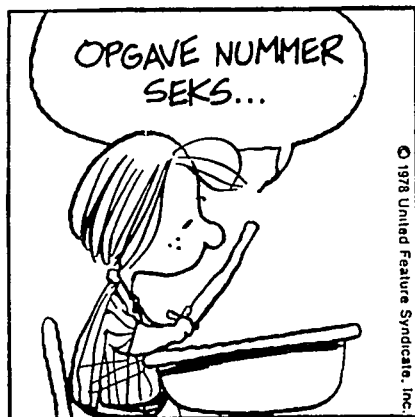
Vi gick så långt som att fråga om allmänmedicinen existerar som forskningsspecialitet och unikt kunskapsområde, eller om allmänmedicinen inte är annat än ett försök att bevisa sin egen existens.

Vår "via dolorosa"

I forskningscirkeln avspeglade sig några av dessa dilemman på flera sätt. Genom vår diskussion hade vi tvingats att ytterligare reflektera och formulera problemen enligt ovan. Vidare uppstod en viss vända inför just denna vidare reflexion. Den upplevdes som handlingsförlamande i förhållandet till vad som var det primära syftet med forskningscirkeln: att bedriva forskning. Därför var vi vid en viss tidpunkt benägna att lämna den vidare diskussionen, och i stället "huvudlöst" kasta oss ut i praktiskt forskningsarbete.

Eftersom utsikten till en sådan aktivitet, apriori kunde befaras förstärka några av de dilemman, som vi hade dragit fram i vår diskussion, avstod vi tills vidare från den empiriska delen. Några menade dock att vi kanske borde ägna oss åt den del av den allmänmedicinska forskningen, som mer eller mindre oproblematiskt kan bedrivas i förlängningen av den kliniska forskningen. Det vill säga inom områden där den kliniska medicinen och allmänmedicinen har gemensamma problem. Vi fortsatte trots allt den teoretiska diskussionen, då vi antog att den på sikt skulle kunna bidra till en kvalitativt bättre forskningsaktivitet. Av samma anledning föreställer vi oss också att en delrapport om vår "via dolorosa" kan ha allmänt intresse.

Det kan nämnas att vi under en stor del av våra möten förde protokoll där referenten inte var strikt bunden till diskussionen, utan öppet hade möjlighet att färga referatet efter egen tolk-



Figur 1.

ning och intresse. Följande rapport är en personlig tolkning av rapportskrivarnas utläggning av diskussionen. Andra i gruppen skulle möjligen ha rapporterat på ett annat sätt.

Förhållandet till den övriga medicinen
Den fortsatta diskussionen tog alltså utgångspunkt i de tidigare nämnda mera fundamentala frågorna. Allmänt kan man säga att både den kliniska medicinen och allmänmedicinen har vissa gemensamma förutsättningar med den teoretiska medicinen.

Men det är också klart att man inte uttömmande har redogjort för vad som karakteriserar allmänmedicinen och den kliniska medicinen om man underordnat sig den teoretiska medicinens villkor.

På samma sätt som det skapar problem om allmänmedicinen låter den kliniska medicinen definiera sina problem, så skapas problem för den kliniska medicinen om dess problem söker reduceras till teoretiskt medicinska problem. Det är därför av avgörande betydelse att såväl allmänmedicinen som den kliniska medicinen söker precisera sina giltighetsområden gentemot den teoretiska medicinen.

Om man vill beskriva allmänmedicinen som en specialitet med ett unikt kunskapsområde, så blir det speciellt angeläget att precisera gemenskapen och skillnaden i förhållandet till den kliniska medicinen då de har ett nära släktsförhållande. Det finns annars risk att allmänmedicinen utvecklas till ett mer eller mindre attraktivt appendix till den kliniska medicinen. Utan en precisering är det inte heller möjligt att

tala om allmänmedicinen som ett unikt kunskapsområde, liksom det blir en logisk och innehållsmässig oklar situation att tala om allmänmedicin som en specialitet.

I det följande ska vi försöka dra fram några skillnader mellan allmänmedicin och övrig medicin.

Typer för forskning

Om man önskar förtydliga några av de problem vi skisserat så kan man anlägga ett vetenskapsteoretiskt perspektiv på den medicinska forskningsprocessen. Perspektivet är närmare bestämt vetenskapssociologiskt och kunskapsteoretiskt. Det är bland annat sådana perspektiv som ligger till grund för Kuhns paradigmbegrepp (2). Även om det kanske är en grov förenkling, kan man genom en paradiomanalys av den medicinska forskningen åtminstone urskilja tre olika typer. Huvuddistinktionen går som redan antytts mellan:

- A. Den teoretiska forskningen (den som sker vid icke-kliniska institutioner).
- B. Den kliniska forskningen (den som sker med anknytning till lasarets verksamhet).
- C. Den allmänmedicinska forskningen.

Ad A. Den teoretiska medicinen skulle säkert karakterisera sin situation som *normalvetenskaplig*. Det vill säga paradigmet föreskrifter kan utan svårighet tillämpas och följas. Utgångspunkten, objektet och området för forskningen är fastlagd och djupt integrerad i vetenskapsprocessen. Forskningsaktiviteten kan karakteriseras som generativ, det vill säga de problem som pa-

radigmet alstrar ger inte anledning till någon kvalitativ ny kunskap, eftersom villkoren och grunden för forskningen inte behöver ifrågasättas.

Varje vetenskapsfält har ett område som har särskilt intresse, ett så kallat varmt fält (3). Exempel på varma fält inom den teoretiska medicinen är prostglandinforskningen, genetologin och dylikt.

Ad B. Den kliniska medicinen kan inte beskrivas med samma normalvetenskapliga termer. Även om området är stort och sammansatt kan man iakttä vissa gemensamma metodologiska drag. Den förhärskande metoden är den så kallade kliniskt kontrollerade undersökningen. Rationaliteten och ambitionen bakom denna metodologi kan uttryckas genom "axiomet" $R = T - P$ (den rationella effekten är lika med totaleffekten minus placebo-effekten). Ambitionen är alltså att få fram den "rena" rationella effekten av en behandling, genom en elimination av placeboeffekten.

Om till exempel en viss del av allsma kan behandlas med placebomedel, så räcker inte de traditionellt biomedicinska begreppen till som förklaring. Förekomst av placeboeffekt anses inom denna metodologi som en irrationell storhet som man har svårt att inkludera. Man kan säga att de fenomen som "döljer" sig bakom placeboeffekten inte går att förklara eller förstå med det nuvarande kliniskt medicinska rationalitetsbegreppet.

Försöken att eliminera placeboeffekten är samtidigt ett försök att bevara och skydda paradigmet rationalitet. Placeboeffekten blir på detta sätt ett utmärkt exempel och illustration till det Kuhn kallar en *anomaly*. Förekomsten och anhopningen av anomalier inom en vetenskap ger förr eller senare anledning till att vetenskapen råkar in i en kris, som paradigmet i det längsta vill söka att undvika och skydda sig emot.

Enligt Kuhn är det inte möjligt för den vetenskap som själv frambringar anomalier, att registrera dessa som anomalier. Det är ofta lättare för närbesläktade vetenskapsgrenar eller för forskare som är i utkanten av det egna området.

Tendenserna inom klinisk forskning tyder inte på att man inom den närmaste tiden är i stånd att ta vara på den privilegierade kunskapsteoretiska situation som krisen också är. Vi skall i nästa avsnitt se hur denna begränsning för den kliniska medicinen kan bli en möjlighet för allmänmedicinen.

Ad C. I den kuhnska uppfattningen av kunskapens utveckling finns ytterligare en fas, nämligen en så kallad pre-paradigmatisk fas. Det är en fas som en nyetablerad vetenskap befinner sig i. Vetenskapen befinner sig i en sorts konstitueringsfas i förhållandet till sitt objekt och område. Det är möjligt att karakterisera allmänmedicinen som varande i en sådan fas. För allmänme-

dicinen finns till exempel inte någon självklar utgångspunkt för forskning. Man kan inte med hänvisning till sin "specialitet" peka på ett paradigm, som är problemgenererande och som beskriver en normalvetenskaplig situation. Man kan således heller inte peka på något varmt fält. Representerativa delar av den hittills gjorda allmänmedicinska forskningen (4) demonstrerar en mångfald av ämnen och en metodologisk pluralism som just tyder på en osäkerhet, en tvekan inför vad objektet för den allmänmedicinska forskningen är eller bör vara.

Om man inte anlägger en syn på den allmänmedicinska forskningen där man säger att den är identisk med den ackumulerande mängden av vetenskapliga artiklar inom området, så måste man kräva en teoretisk förklaring av vad som hör till centrala frågor och vilka som hör till periferin. En sådan teoretisk förklaring liksom de resonemang som här har förts hör typiskt till den preparadigmatiska situationen. Det är emellertid frågan om allmänmedicinen är färdigkaraktäriserad genom att placeras här. För som tidigare antytts så kvarstår allmänmedicinens svårbeskrivna relation till den kliniska medicinen.

Allmänmedicinens relation till den kliniska medicinen

Denna relation är paradoxal. Å ena sidan upplevs den klinisk-medicinska kunskapen ibland som en direkt hämmande faktor i den allmänmedicinska verksamheten (5), men å andra sidan går det inte att förneka att den kliniskt medicinska kunskapen ingår som en mer eller mindre väsentlig del av den allmänmedicinska kunskapen. Vi har alltså en paradox i det att samtidigt som allmänmedicinen karakteriseras som ett unikt kunskapsområde, så tvingas man att förneka detta då den kliniska medicinen ingår som en del av det allmänmedicinska kunskapsområdet. Ställt på sin spets kan man alltså säga att allmänmedicinen både *är* och *icke är* ett unikt kunskapsområde. Det är nu upp till intresserade att visa att denna motsägelse inte är absolut, utan bara till synes en motsägelse. Vi ska försöka göra det genom att omformulera paradoxen, så den kommer in i ett kunskapsteoretiskt större sammanhang.

Som tidigare nämnts så har allmänmedicinen inte någon självklar utgångspunkt för forskning. Men just i de områden allmänmedicinen kan hänvisa till sitt släktskap med den kliniska medicinen, så finns det vissa möjligheter att "låna" redan mer eller mindre preciserade utgångspunkter. I stället för att allmänmedicinen låter sig assimileras av den kliniska medicinen, så kan man föreställa sig att allmänmedicinen om inte assimilerar, så i alla fall, "lånar" den kliniska medicinens anomalier.

Även om allmänmedicinen är be-

släktad med den kliniska medicinen, så befinner sig allmänmedicinen i periferien av den kliniska medicinens "centrum" eller varma fält och just härigenom har allmänmedicinen inte samma förpliktelser gentemot den kliniska medicinens paradigm. Till skillnad från den kliniska medicinen är det alltså möjligt för allmänmedicinen att "diagnostisera" och ta vara på den kliniska medicinens kunskapskris och använda denna som en kunskapsteoretiskt privilegierad utgångspunkt för sin egen kunskapsproduktion.

På samma sätt som en kris och den därav skapande ångesten för en individ inte enbart är något negativt, är denna kris med sina vetenskapliga anomalier och paradoxer inte bara något ofruktbart. I båda fallen finns nämligen möjligheten att reorientera sig för att hitta ett nytt underlag att stå på. För en vetenskap innebär detta en möjlighet att spränga eller vidga för snäva rationalitetsband, att utveckla begrepp för fenomen som tidigare inte har rymts inom ramarna så att dessa också kan beskrivas och förklaras, och vidare att precisera ett begrepps giltighetsområde. För allmänmedicinen kan det innebära att man med utgångspunkt i placebobegreppet (eller med Balints termer: doktorn som medicin) kan vidga det klassiska medicinska rationalitetsbegreppet så att beskrivningen, förklaringen och förståelsen av vad en sjuk människa är blir mer generell eller om man vill: *allmän*. Detta är en beskrivning av en *möjlighet* för allmänmedicinen, att den aktivt tar vara på släktskapet och relationen med den kliniska medicinen. Släktskapet kan emellertid också innebära en kraftig *begränsning* om den kliniska medicinen "tar över" allmänmedicinen, det vill säga definierar dess problem och levererar förklaringar (6). Problemet kan illustreras på följande sätt:

Lyktstolpstraditionen

En man kommer hem en mörk kväll. När han ska öppna sin dörr, tappar han nyckeln på trottoaren. Förgäves letar han efter den. 200 meter därifrån finns en lyktstolpe. Fast han vett att nyckeln finns i mörkret, går han bort till lyktstolpen för att leta i ljuset.

Parallellen till den kliniska medicinen är närliggande. Man har en metodologi, som kastar ljus över ett begränsat område. Bara det som finns inom det upplysta området godkänns som vetenskapliga problem. Letar man i ljuset är man emellertid också i det närmaste garanterad att få sina lösningar accepterade inom den gängse ramen av vetenskap och beprövad erfarenhet. Önskar man däremot undersöka vilken roll till exempel psykosociala förhållanden spelar för utvecklingen av "sjukdom", så tvingas man förr eller senare att leta i mörkret. Står man inför problem eller fenomen som inte går att förklara och förstå i termer av infektionssjukdomar eller bristsjukdomar, så tvingas man förr eller senare

överskrida dessa begrepps rationalitet.

Tendensen är dock fortfarande att "gömma sig" i ljuset, att reducera icke naturvetenskapliga begrepp till naturvetenskapliga. Det kan motsvara försöket att dra upp en fisk på land för att undersöka dess hydrodynamiska egenskaper. Eller att försöka fånga fjärilar med sax.

Men det är klart, även under en lyktstolpe kan man ju råka hitta saker man inte primärt söker efter. Det kan vara allt från tomma ölburkar till tioöringar, ja, ibland kan man ju ha tur och hitta en hel plånbok!

Det vetenskapsideologiska kravet om förutsättningslöshet har i det närmaste gjort detta framgångssättet till ett ideal. Det vill säga bara det som hittas genom en slump accepteras som vetenskap med stort V.

Traditionen att bara leta under lyktstolpen, det vill säga i det gällande kunskapsteoretiska ljuset, har sina rötter i den humeska (1711–1776) skepticismen och blir som mest populär i Wienerpositivismen på 20–30-talet. Det kunskapsteoretiska idealet kan uttryckas skarpast med Wittgensteins mening från 1922:

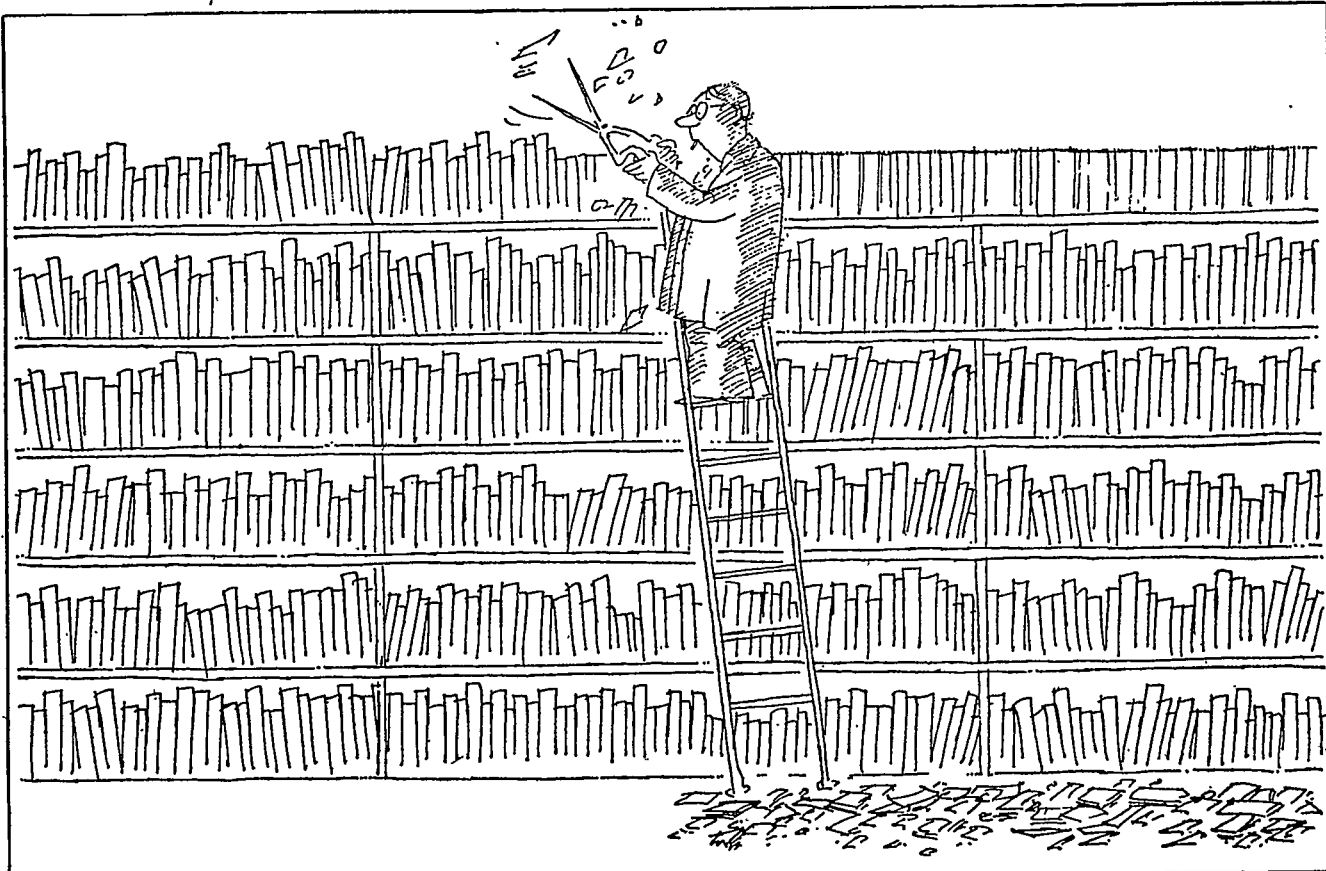
– "Wovon man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen." Denna menings innebörd har legitimerat många vetenskapsdelrationella mål och särintressen, bland annat kliniska medicinens bristande intresse för placeboeffekten.

Avslutande anmärkning

Önskar man utveckla allmänmedicinen akademiskt och argumentera för att den har ett eget unikt kunskapsområde, så tvingas man att spränga vissa rationalitetsband i förhållande till den kliniska medicinen. Rationalitetsband som dock inte enbart är rent medicinska, utan även kunskapsteoretiska och filosofiska i en bredare betydelse. Den allmänmedicinska forskningen kommer således förr eller senare att bli tvingad till en filosofisk diskussion. Vi har valt att föra denna diskussion "före", och hoppas att kunna vidareutveckla den för att så småningom kunna bidra till en kvalitativt bättre allmänmedicinsk forskning.

Litteraturförteckning:

1. J R Howie, Research in General Practice, Croom Helm, London, 1979.
2. Se tex Thomas Kuhns bok "Den vetenskapliga revolutionens struktur", Lund 1979. I efterskriften från 1979 preciserar Kuhn innebörden av paradigmbegreppet med två olika termer, nämligen med innebörden "disciplinmatrix" och "exemplar". Med *disciplinmatrix* menar Kuhn de kunskapsteoretiska och sociologiska förpliktelser som är knutna till den vetenskapliga miljön. Häre ingår också normer för hur omvärlden inom paradigmet får se ut, dvs förpliktelser till hur verkligheten är beskaffad. Med *exemplar* menar Kuhn en typ eller ett skolexempel på hur forskning försiggår. Både den här framställningen och texten i övrigt är en grov förenkling av Kuhns paradigmbegrepp respektive den medicinska



Figur 2. Med slumpen som princip.

Tegning: Vladimir Rentsch, Die Zeit

forskningen. Förenklingen ger emellertid möjlighet att poängtera centrala drag av den allmänmedicinska problematiken och kan därigenom förhoppningsvis rättfärdiggöras.

3. Här avses sk "varma fält" eller enligt Lakatos "hard core" som uttryck för ämnen inom en vetenskap som har speciell prioritet. Jfr Kragh & Petersen, "Naturvidenskabsteori", Köbenhavn 1981 och Lakatos & Musgrave, "Critisism and the Growth of Knowledge", Cambridge University Press, 1981.

4. Jfr Boström, Haglund och Svanströms översikt över projekt i Stockholms län, "Forskning och utvecklingsarbete i primärvård", SFAM-nytt 1982, nr 3.

5. CE Rudebeck skriver i SFAM-nytt nr 2, 1982, under rubriken "Vet jag, vad jag behöver veta?": "Rädslan för misstag får ett olyckligt stort inflytande över allmänläkarens arbete och kunskapen (den klassiska medicinska; min anmärkning) riskerar att bli ett hinder i stället för ett hjälpmedel"

6. Allmänmedicinare inbjudes inte sällan att delta i så kallade multicenterundersökningar, som är färdigdesignade, så att allmänläkaren bara behöver fylla i siffror. Sådana undersökningar styrs ofta av kliniskt medicinska avdelningar. Ett annat exempel är de sk vårdprogrammen som ofta är utarbetade på kliniskt medicinska premisser, även om de är tänkta att tillämpas i den allmänmedicinska verkligheten. JFR tex Väs-

terbottens Läns Landstings Vårdprogram för hypertoni, 1982.

7. Här refereras till slutmeningen i Ludwig Wittgenstens, Tractatus Logicophilosophicus, London 1971. (Wittgenstein 1889-1950.)

Författarpresentation:

Niels Lynöe, FV-läkare i allmänmedicin. Umeå sjukvårdsdistrikt. Forskaranknuten till Allmänmedicinska sektionen. Umeå universitet.

Rök inte där någon annan får obehag.

Alla som vistas i rökig miljö röker. Även om de inte är rökare.
Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV ROKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 106 30 STOCKHOLM.

Patienten och läkaren

CALLE BENGTSSON

Artikeln bygger på ett inledningsföredrag vid Socialstyrelsens "Kurs i allmän medicin. Efterutbildning för distriktsläkare", ledd av Gustav Haglund.

Nyckelord: Allmänmedicin.

Det är svårt att göra vetenskapliga undersökningar om hur läkarens beteende påverkar patienten och patientens tillfrisknande. Detta är säkert huvudorsaken till att vi har bristfälliga kunskaper om vad kontakten mellan läkare och patient betyder, trots att denna kontakt, och inte mediciner enligt min mening är läkarens viktigaste instrument. Jag har räknat ut att jag som allmänläkare ägnar ungefär fyra gånger så mycket tid åt direktkontakt med patienter som i mitt arbete som internmedicinare på en universitetssjukhus. Man kan dra flera olika slutsatser från denna siffra, men en är naturligtvis att kontakten patienten – läkare betyder oerhört mycket för en allmänläkare, och att allmänläkaren definitivt är centralfigur inom läkarkåren, när det gäller kontakt mellan patient och läkare.

Jag har sagt att utskrivning av mediciner inte är det viktigaste en läkare gör. Jag vill också påstå att laboratorieundersökningar och andra undersökningar som diagnostiskt hjälpmedel är av mindre betydelse än den mänskliga kontakten mellan läkare och patient. Ett starkt stöd för detta påstående har jag fått genom mina erfarenheter från en stor populationsstudie av Göteborgs kvinnor, som pågått sedan 1968 (1). Vi har till exempel gjort ett mycket stort antal blodanalyser på de kvinnor vi undersökte. Vad betydde dessa för patienten? Förhållandevis litet! Det bästa sättet att exempelvis spåra cancer var att samtala med patienten, som berättade om saker och ting hon noterat, men som hon inte brytt sig om eller inte kommit sig för att söka för. Det bästa sättet att förebygga koronarsjukdom var inte att göra ett arbetsprov eller att mäta lipider utan att diskutera rökvanor och mäta blodtrycket. Laboratorieundersökningar och andra undersökningar är bra som komplement, men det fundamentala på en allmänläkarmottagning är och förblir kontakterna med

och om patienten tillsammans med en fysikalisk undersökning.

Överetablering av kontaktytor?

En allmänläkare har många kontaktytor förutom den mot patienten, och jag finner dem mycket värdefulla. Men jag ser också en viss fara i dem. Som internmedicinare har jag upplevt att jag haft en tendens att glida bort från patienten och i alltför hög utsträckning ägna mig åt laboratorieundersökningar, röntgenundersökningar, medicin-föreskrivning, kuratorkontakter, remisser till superspecialister, och att patienten själv kommit i bakgrunden. När det gäller allmänläkarvården har jag tyckt mig kunna se en fara i att kontaktytorna kunnat bli ett självändamål, att dagarna ägnas åt konferenser av olika slag i så stor utsträckning att patienten återigen kommer i bakgrunden. Det vore naturligtvis en olycklig utveckling. Kontakter om patienterna är viktiga, men vi skall ha dem för att göra kontakten med patienten bättre, inte ersätta kontakten med patienterna. Kontakten mellan patient och läkare skall förbli den viktigaste!

Patientens väg till doktorn

Den person som haft en roll mest skild från den jag föreställt mig, när jag kom ut på dagens vårdcentral, är sjuksköterskan. Under 25 år som läkare på olika ställen har jag vid sidan av mina kolleger betraktat sjuksköterskan som min närmaste medarbetare, och utan hennes kunskaper om patienten och dessutom råd och råd i olika sammanhang skulle jag ha stått mig rätt slätt. Min första upplevelse med den moderna sjuksköterskan på en vårdcentral blev för mig något chockartad! Hon satt i telefon hela dagarna. Jag blev mycket förvånad, eftersom detta var något helt annat än jag väntat mig. Jag ifrågasatte också om det var medicinskt riktigt. Att göra medicinska ställningstaganden per telefon utan att se patienten föreföll mig att vara väldigt mycket svårare än att som doktor fatta ett beslut i ett undersökningsrum eller vid ett hembesök. Och jag ställde mig frågan: är det rätt att sjuksköterskan skall ta hand om den svåraste arbetsuppgiften? Jag har ingående diskuterat både med sjuksköterskorna som suttit i denna roll och med olika kolleger. Mitt intryck har varit att sjukskö-

terskorna själva i regel varit rätt nöjda med sin roll, särskilt de som kämpat för att åtminstone få ägna en del av sin arbetstid åt det löpande arbetet ute på vårdcentralen och därigenom hålla en ordentlig kontakt med det konventionella sjuksköterskearbetet. Och kollegerna verkar eniga om att detta är ett utomordentligt bra och välfungerande system, som de inte kan förstå hur jag kan ifrågasätta. Men när jag hört kolleger yttra sig om att den och den patienten släppts fram till en akutmottagning eller en vanlig dagmottagning "i onödan" har jag i hög grad blivit tveksam igen. Sjukvårdsupplysning, vare sig den fungerar som en centraliserad verksamhet eller som rådfrågning hos sjuksköterskorna på vårdcentralerna, bör enligt min mening snarare fungera som en trätt till läkarkontakter än tvärtom.

Självklart kan sjuksköterskorna själva ge råd och anvisningar, men de får inte ha som uppgift att fungera som paraply för doktorn. Sjuksköterskans viktigaste roll får inte vara att hindra patienterna från att komma till en doktor utan att hjälpa patienterna att komma till en doktor. Jag tror det system vi fått är ett system som kommit för att stanna. Om det är ett bra system tror jag i mycket stor utsträckning beror på oss själva. Telefonrådgivarna måste känna att de har vårt fulla stöd och att de får hjälp av oss närhelst de behöver.

Vi vet ju att hos många patienter sitter det onda i själen, och om två patienter har lika ont i bröstet, men den ena har den korrekta diagnosen angina pectoris och den andra "nervöst hjärta", så har sannolikt båda lika stort behov av att få träffa en doktor. Kanske kan vi till och med göra störst insats för den patient där det onda så att säga sitter i själen.

Hur få god kontakt?

Hur skall vi då kunna etablera en god kontakt mellan patient och läkare? Är det någonting man kan läsa sig till? Är det någonting man kan undervisas i? Är det någonting man lär sig genom övning och rutin?

Jag tror avgjort att man både kan läsa sig till det, undervisas i det, och öva sig i det. Jag tror emellertid inte det viktigaste är att läsa, lära eller öva sig till goda kunskaper utan ha en riktig grundinställning till patienten. Att vi

är till för patienten och inte patienten för oss!

En isländsk kollega gav mig en gång två böcker och sade, att om jag ville bli en bra allmänläkare, måste jag läsa och assimilera innehållet i dessa. Den ena är skriven av två "general practitioners", Kevin Browne och Paul Freeling (2) och heter: "The Doctor-Patient Relationship", den andra av Michael Balint (3) och heter i svensk översättning: "Läkaren, patienten och sjukdomen" (4).

Michael Balints bok är skriven för rätt länge sedan och därigenom av naturliga skäl i vissa delar omodern och beskriver en del behandlingsprinciper som är annorlunda idag. Den bygger på seminarier där Balint tillsammans med en grupp allmänläkare och ett par psykiatriker diskuterade olika patienter.

I sitt eget inledningskapitel tar Balint just upp läkarens roll och jämför läkarens insats med medikamenter, där läkarens beteende har inverkan på behandlingseffekt men också kan ge biverkningar precis som medikamenter där dos av lämplig läkarinsats kan diskuteras, och där det enligt Balints åsikt också kan uppstå allergiska reaktioner mot läkaren hos patienten. Och Balint frågar:

"Varför händer det att denna medicin, 'läkaren', trots synbart omsorgsfull dosering inte fungerar som avsett? Vilka är orsakerna till en sådan olycklig utveckling, och hur kan den undvikas?" Det är naturligtvis mycket viktiga frågor Balint ställer.

Balint påpekar också att livsproblem är vanliga, att de kan ge upphov till symptom, och att patienten också skaffar sig symptom och även sjukdom eller föreslår en sjukdom för sin doktor som ett uttryckssätt för de problem patienten har. Att livsproblem ofta ställer till stora problem för individer är vi väl

alla överens om. Det är då viktigt att doktorn doserar sig själv på rätt vis i stället för att ge mediciner.

Browne och Freeling diskuterar också patienter i sin bok och är modernare beträffande de behandlingsprinciper som diskuteras. Boken ger oss många tankeställare och är enligt min mening mycket läsvärd. Jag skall emellertid inte ge några exempel från patientdiskussionerna här. Däremot vill jag citera några rader i boken, som berör förhållandet mellan allmänläkare och specialist och där författarna konstaterar:

"Specialisten har att fastställa diagnosen genom sina undersökningar, medan allmänläkaren har att först fastställa en diagnos, som i sin tur kan ge anledning till att göra olika specialundersökningar."

Måste vi nå fram till en diagnos?

Författarnas konstaterande för fram till frågan om man alltid måste nå fram till en diagnos. På den frågan skulle jag vilja svara: en patient söker *oftast* inte för att få en diagnos utan för att få hjälp mot symptomen. Är det i detta avseende någon skillnad mellan sjukhusvård och omhändertagande på en vårdcentral? Ja, även om målsättningen måste vara densamma, nämligen att befria patienten från aktuella besvär, är det nog oftare nödvändigt att nå fram till en diagnos hos sjukhusvårdade patienter. Ofta är en diagnos av värde för att ge rätt behandling, och för att förebygga ett upprepande.

Diagnosen är ofta mer komplicerad i öppenvården än i slutenvård. På ett sjukhus är måhända diagnosen: "infarctus cordis" eller "infarctus cordis cum insufficiencia cordis", medan diagnosen på en vårdcentral kan bli: "status efter hjärtinfarkt hos en man som fortfarande är rökare och som är

svårt asteniserad efter infarkten". Sammanfattningsvis är min uppfattning att man gärna skall ställa diagnos, men det får inte vara något självändamål. Det viktigaste är att patienten får hjälp.

Sammanfattande synpunkter

Det är utomordentligt viktigt med god kontakt mellan patient och läkare. Denna kontakt är det viktigaste instrument allmänläkaren har för att hjälpa sina patienter, och inte bara patienter utan även hela befolkningen, i sitt ansvarsområde. Möjligheten till att få god kontakt bygger till stor del på läkarens personlighet, men den kan säkert påverkas på olika sätt. Jag tror att undervisning och träning på detta område bör ges ökat utrymme i läkarnas grundutbildning och inte minst i allmänläkarens efterutbildning.

Referenser:

1. Bengtsson C, Blohmé G, Hallberg L et al. The study of women in Gothenburg 1968-1969 - a population study. General design, purpose and sampling results. Acta Med Scand 193;311-318, 1973.
2. Browne K, Freeling P. The Doctor-Patient Relationship. Edinburgh, London och New York: Churchill Livingstone, 1976.
3. Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness. New York: International University Press, 1964.
4. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur AB, 1978.

Författare:

Calle Bengtsson, biträdande överläkare vid Medicinska kliniken II*, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, vid tidpunkten då artikeln skrevs verksam som distriktsläkare i Göteborg.

*Postadress: Docent Calle Bengtsson, Stubbeledsgatan 4, 414 76 Göteborg

Kongressresa Orlando, Florida, USA

North American Primary Care Research Group och Society of Teachers of Family Medicine har en gemensam kongress den 2/5-9/5 1984. Svenska allmänläkare är välkomna att delta i kongressen. SJ Resebyrå arrangerar i samarbete med undertecknad, representant för Svensk förening för allmänmedicin, en gemensam resa till kongressen. Avresa onsdagen den 2/5, återkomst torsdagen den 10/5. Inkvartering på Mariot Inn i Orlando.

Kostnader och närmare information kan fås av antingen Göran Sjönell, Matteus vårdcentral 08-340240 eller Stig Sönerberg, SJ Resebyrå 08-7625820.


North American Primary
Care Research Group
12th Annual Meeting
May 2 - 5, 1984

For information and materials write:

NAPCRG 1984
Department of Family Medicine
University of Miami
P. O. Box 016700
Miami, Florida 33101
(305) 547-6681


Society of Teachers
of Family Medicine
17th Annual
Spring Conference
May 5 - 9, 1984

Kan fler specialister på vårdcentralen ge snabbare utbyggd primärvård?

TRYGGVE ÅRMAN

En ensidig utbyggnad av primärvården kring en läkarkategori – allmänläkaren – kan ge för smal kompetens i öppenvården för en reell avlastning av sjukhusen och dess olika kliniker. En öppnare syn på värdet av ett något större antal specialister vid vårdcentralerna är nu nödvändig. Att följa vad som händer med kompetensen inom barnhälsovården på såväl läkar- som sjuksköterskesidan är också av yttersta vikt.

Nyckelord: Debatt, barnhälsovård, samverkan, distriktsläkare, barnläkare.

Från 40-talet och långt in på 70-talet byggdes den slutna sjukhusbundna sjukvården ut kraftigt i Sverige. Det ökade medicinska kunskapsstoffet ledde till en starkare specialisering av vården.

Den blev alltmer koncentrerad till enstaka sjuka organ – den blev subspecialiserad. Allt fler patienter upplevde att man höll på att glömma människan bakom krämpen – bakom den onda ryggen eller det sjuka hjärtat. Vi fick på sjukhusen i de stora och medelstora städerna en stor ansamling av inte bara specialister utan även sub- eller "superspecialister". Samtidigt sjönk distriktsläkarens status och anseende lägre än den någonsin gjort. Det var helt enkelt få som ville söka de relativt ringa antalet öppenvårdstjänster som fanns i början av sjuttio-talet.

Primärvården

Redan i slutet av sextio-talet hade man emellertid börjat inse behovet av, och det självklara i, att människor för lättare åkommer borde få sin vård nära hemmet, i lokalsamhället. Först planerade man vårdcentraler med ett stort utbud av olika specialiteter. Detta möttes av en naturlig motreaktion. Man insåg att det behövdes en läkare med vidare syn på den enskilde patienten och dennes sjukdom. En läkare som helst kunde väga in den sociala situationen som patienten befann sig i när han bedömde sjukdomen och lade upp riktlinjer för dess behandling. Det blev snart självklart att allmänläkaren var den person som var bäst ägnad att möta detta nyupptäckta behov. Det var

han som skulle ta hand om och erbjuda sjukvårdstjänster inom den öppna offentliga sjukvården.

Primärvårdstanken föddes och primärvården har byggts ut under slutet av sjuttio-talet och början av åttio-talet med en kraft som bara kan motsvaras av ett verkligt behov, kombinerat med en politisk vilja att satsa på öppen vård.

Pendeln kom att, inom primärvården, svänga så långt den kan ifrån långtgående specialisering till allmänläkarens bredare sjukvårdssyn som överhuvud taget är möjligt.

Folkpartiet, som är ett av de partier som starkast verkat för primärvårdens utbyggnad, har till och med med husläkarsystemet i sitt partiprogram skrivit in att "varje människa får rätt att höra till en allmänläkare, som hon går till i första hand" och "att den specialistvård som kan vara motiverad vid vårdcentraler bör i princip ges i form av konsulttjänster från sjukhusen".

Inom primärvården skall därför helst endast allmänläkaren finnas medan alla andra specialister bör vara hänvisade till sjukhusen och endast låta sitt kunnande komma öppenvården till godo via rådgivning och till allmänläkaren. Det sjukvårdsideologiska synsätt som skall vara vägledande för allmänläkaren har också i landstingspolitiska program skrivits in som familje- eller helhetssynen på människan och hennes sjukdomar.

Medicinskt synsätt

Det finns många sätt att närma sig den enskilde och hennes sjukdom. Olika kulturer har använt olika sätt som växlat med ländernas utvecklingsnivå och historiska traditioner. I västvärlden har det biologiskt-medicinska tänkandet lett till stora medicinska landvinningar och en betydligt förbättrad folkhälsa under det senaste seklet. Men med samhällets tilltagande komplikation och svåröverskådlighet har man alltmer uppmärksammat att alltför trots till synes god fysisk hälsa har mått psykiskt dåligt eller varit utsatta för sociala påfrestningar som gett sjukdomssymptom.

Sedan åtminstone något eller några decennier har detta uppmärksammat och lett till nya verksamheter inom sjukvården. Exempel på det är arbets-, social- och miljömedicin. Och inom psykiatri finns det gott om olika och

ibland stridande sätt att angripa sjukdomar och sjukdomssymptom. Alla har på sitt sätt kunnat bidra till vårt medicinska kunnande och har ofta kunnat vara till hjälp för den enskilde.

För att ge primärvårdens utbyggnad ett övergripande mål har man nu lanserat "helhetssynen". Vad denna egentligen betyder är praktiskt taget omöjligt att få grepp om. Skall den innefatta alla de ovan angivna betraktelsesätten och några därtill eller skall läkaren på fältet alltid eller så ofta som möjligt väga in hela patientens såväl medicinska som psykiska, sociala och kulturella situation. Att sträva efter helhetssyn är bra, att uppnå den är svårt och att använda den vid kontakten med flertalet av de enskilda patienterna är tidskrävande och orimligt. Den måste användas med urskiljning.

Varför tala om helhetssyn när någon söker enstaka gång för halsfluss eller en sticka i fingret, när den adekvata metoden är biologisk-medicinsk, det vill säga penicillin respektive pincett eller kirurgisk kniv?

Speciellt kunnande i åldrandets sjukdomar kan vara bra när en gammal person söker för ökande darrighet och försämrat minne.

Varför väga in hela familjesituationen när en kontorist söker för sin onda axel efter dagars och månaders skrivmaskinsarbete, när det lämpliga synsättet är arbetsmedicinskt.

Om en familj kan få hjälp med alla sina krämpor hos en läkare enligt familjesynen så är det bra, kan denne läkare dessutom se samband mellan dessa åkommor är det ändå bättre. Men om familjemedlemmarna vill gå till olika läkare så bör de få göra det.

Var finns till slut de läkare som kan förstå den enskildes sjukdom utifrån personens totala livssituation? Eller var finns den som kan förstå helhetspanoramat inom sjukvården satt i sitt vida psyko-sociala sammanhang från vaggan till graven?

Bör det inte i vissa fall i primärvården ges möjlighet för patienten att välja just den läkare som patienten tror har det bästa arbetssättet, för att hjälpa just henne?

Synsätt inom barnsjukvården och barnläkare

Liksom inom övrig sjukvård har inom barnsjukvården det biologiskt-medi-

cinska tänkandet utgjort grunden. Sedan lång tid tillbaka har man emellertid inom barnmedicinen uppmärksammat och jobbat med de psyko-sociala problem som ligger bakom många av barnens åkommor. Inom barnpsykiatrin har man länge arbetat med familjeterapi och fördjupat sig i familjens problem mer än kanske någon annan yrkeskategori. Även många barnmedicinare har arbetet utifrån denna aspekt – att familjens problem avspeglar sig hos barnet som sjukdomssymptom, till exempel navelkolik eller magbesvär. Barnläkare i öppen vård – distriktsbarnläkaren – kommer dagligen i kontakt med dessa problem och försöker att finna bot för dem. I tillämpliga fall kan han försöka använda just en helhetssyn på barnet och dess sjukdom – "barnsyn" om man så vill. Han kan sätta in barnets besvär i dess familje- och miljömässiga sammanhang. I de fall det rör sig om infektioner med spridning inom familjen finns inget hinder för honom att behandla även övriga familjemedlemmar. I andra fall, då till exempel den vuxne behöver psykiskt eller mer omfattande medicinskt stöd kan det bästa vara ett nära samarbete mellan barnläkaren och allmänläkaren på samma vårdcentral, eller till exempel PBU inom kommunen. Samarbete kring familjen mellan personal med olika kunskaper är ofta fruktbart.

När man tar hand om barnen med deras åkommor och sjukdomar kommer man enligt min erfarenhet, både som distriktsläkare och distriktsbarnläkare, bäst i kontakt med och får störst inblick i barnfamiljerna och deras problem.

Barnläkaren har med sin bakgrund inte bara möjlighet att ta sig an sådant arbete utan kan också jobba med de mest utsatta barnen – de som är sena i utvecklingen, med eller utan psykosociala problem. Genom sin utbildning i barnmedicin, som inbegriper barnets normala utveckling och avvikelser i denna, samt barnpsykiatri är han bäst lämpad att medicinskt sköta samt stödja dessa mest utsatta barn i samarbete med daghem, skola och myndigheter. Detta förutsätter en förankring i lokalsamhället och en plats på vårdcentralen. Med en sådan plats kan han också garantera barnet en kontinuitet i vården.

Specialister på vårdcentralen

Det finns ett behov av och en efterfrågan på en del specialister i den öppna offentliga sjukvården vid sidan av allmänläkarspecialisten. Hit hör förutom barnläkaren även gynekologen och allmänpsykiatern. Skälet till detta är att dessa läkarkategorier för att nå de mest utsatta patientgrupperna, behöver ett samarbete med psykologer och socialarbetare. Möjligheter till ett sådant samarbete finns, just inom primärvården.

Det är på våra mödra- och barnavårdscentraler som det finns till exem-

pel psykologer och det är just här barnläkaren och gynekologen i samarbete med allmänläkaren kan nå de svagaste grupperna. Exempel på dessa är en del ensamstående blivande eller nyblivna mödrar, kvinnor med missbruksproblem och spädbarn med uppfödningssvårigheter. Att barnläkaren behöver detta samarbete kring barn med socialpediatriska problem är uppenbart. Det behövs än mer vid arbete med barn som har avvikelser i sin utveckling. Det borde också stå alltmer klart att gynekologin inte kan betraktas som en ren organspecialitet. Arbetet som bedrivs på mödravårdscentraler är ett bevis för det. Psykiska och sociala aspekter på gynekologiska åkommor blir alltmer uppenbara.

Gynologens medicinska kunnande är efterfrågad i primärvården och kan där sättas in i sitt vidare sammanhang.

Primärvårdens vidare utbyggnad

Från flera håll – inte minst av allmänläkare – poängteras att primärvården byggs ut långsammare än den borde. Dess andel av den totala offentliga sjukvården förblir låg.

Men bör man då inte titta på och kan man inte finna en del orsaker till denna uppbromsning i utbyggnaden av primärvården inom själva primärvården?

På sjukhusen har det således skett en specialisering och även en långtgående subspecialisering.

Svaret på detta har blivit att, med enstaka undantag, *endast en* läkarkategori i öppna offentliga sjukvården skall avlasta klinikerna allt det arbete som inte behöver utföras där. Är det då rimligt? Finns det ingen medelväg?

En väg där politiker, administratörer och allmänläkare välkomnar andra läkare än allmänläkaren inom primärvården. En verklig avlastning av klinikerna skulle då möjliggöras och läkare som arbetar på sjukhus eller kliniker som skall eller skulle kunna läggas ned kan beredas arbete i öppenvården.

Det skulle ge en breddning av kompetensen i och en reell förstärkning av

den öppna offentliga sjukvården. Det skulle kunna öppna vägen för vidare överföring av sjukvård från den slutna till den öppna vården – till vårdcentralerna.

Det primära i primärvården

Väsentligt är i dag också fortsatt debatt och diskussion kring utvecklingen av mödra- och barnhälsovården, det primära i hälso- och sjukvården, det ofödda och nyfödda barnets hälsa och hälsoutveckling.

Här behövs ökande samverkan mellan läkar- och sjuksköterskekategorier som arbetar såväl enligt den så kallade helhetssynen som utifrån fördjupat kunnande om barnet. Socialstyrelsen säger i sina allmänna råd: "I primärvårdens uppgifter ingår också ett medicinskt omhändertagande av och omsorger om de handikappade, utvecklingsstörda och långvarigt sjuka barnen." Kunnande om dessa och andra barn tillför till exempel barnsjuksköterskan barnhälsovårdsorganisationen dels genom mer barnutbildning, dels genom tidigare praktiskt arbete med dessa barn och barn med psyko-somatiska och andra problem på barnklinikerna.

Vi bör inte som chefen för Socialstyrelsens Primärvårdsbyrå – byråchef Nicolausson – invänta rapporter om försämringar av barnhälsovården.

Målsättningen måste vara en vidareutveckling av vår förnämliga barnhälsovård. De läkare och sjuksköterskor som hittills har arbetat inom barnhälsovårdsorganisationen måste få fortsätta att ha såväl direkt kontakt med de enskilda barnen som aktivt samarbete kring barn med speciala behov – kring barn med medicinska, psykologiska och/eller sociala problem.

Författarpresentation:

Tryggve Årman*, barnläkare i öppen vård.

*Postadress: Skogås vårdcentral, Melodivägen 6, 142 00 Trångsund.

Rättelse

Angående artikeln "Är resistensbestämning vid urinvägsinfektioner nöd-

vändig inom primärvården?" av Göran Falck och Jan Kjellander (AllmänMedicin 1983;4: 239–41).

Tabell V.

Procent antibiotikaresistenta stammar bland *E coli* från olika insändare. Resistent motsvarar känslighetsgrupp "R".

Insändare	Procent resistenta <i>E coli</i>			
	Ampicillin	Nitrofurant	Nalidixinsyra	Trimetoprim-sulfa
Samtliga	10,8	3,2	4,4	1,4
All slutna v	14,5	4,2	6,0	2,7
All öppna v	9,3	2,8	3,7	0,9
Urologi sv	21,5	6,2	4,6	1,5
Urologi öv	15,5	6,5	12,2	2,0
Gynekol sv	15,7	2,1	1,0	2,1
Gynekol öv	8,1	3,6	4,5	1,8
All prim v	8,4	2,4	2,6	0,7
Alli <45 år	8,0	1,3	0,4	0,5
All 45+ år	8,6	3,0	3,6	2,0

Cancer 1980:

Solbad vållar allt fler fall av hudcancer

1980 anmäldes 34.686 nya fall av cancer – en ökning med 1,3 procent jämfört med året innan. Det framgår av statistiken "Cancer Incidence in Sweden 1980" från socialstyrelsens cancerregister som nu publiceras.

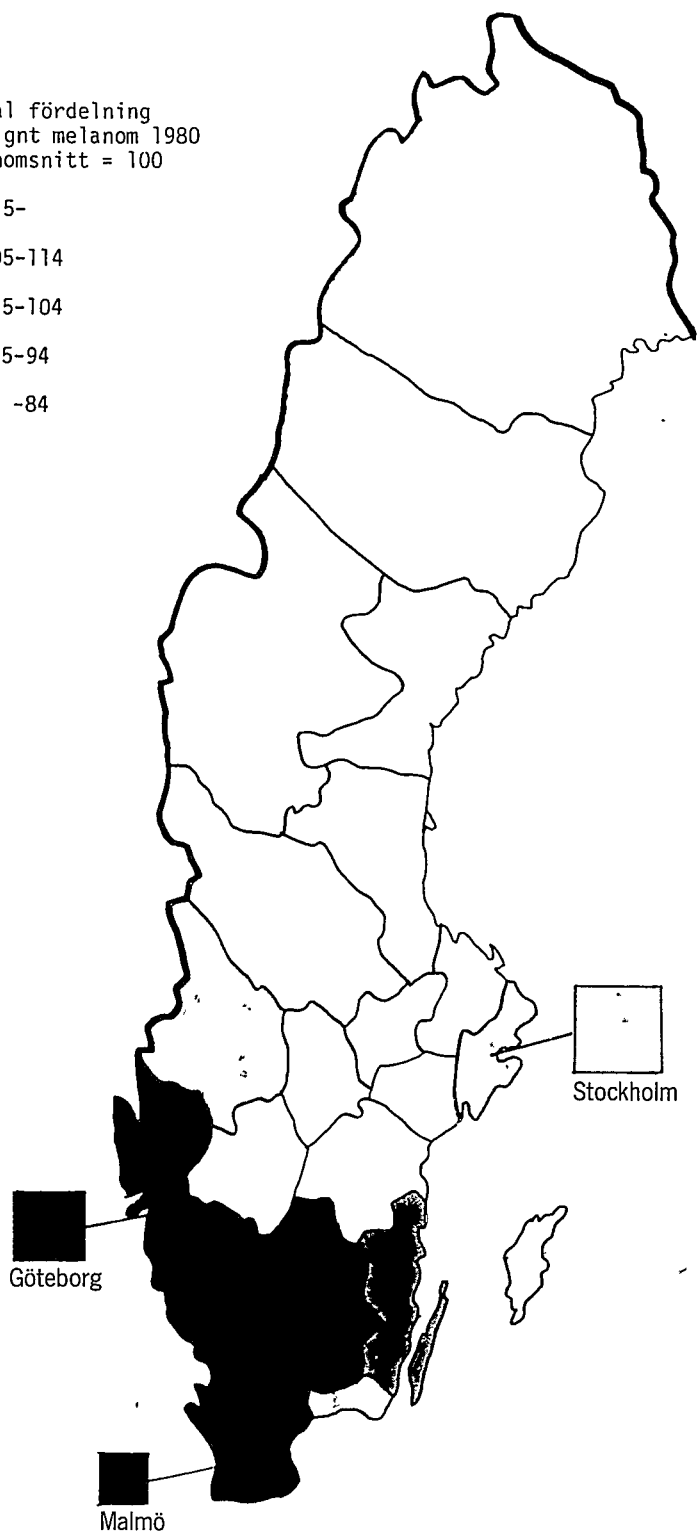
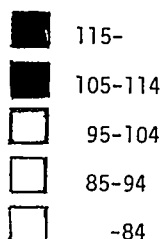
Den vanligaste cancerformen bland kvinnor 1980 var bröstcancer, som svarade för en fjärdedel av alla rapporterade fall av cancer hos kvinnor. Andra vanliga former var cancer i tjocktarmen samt äggstockscancer och livmodercancer. Bland män var prostatacancer vanligast förekommande – drygt en femtedel av all manlig cancer. Närmast efter kom lungcancer, tjocktarmscancer och urinvägscancer.

Den tumörform som under perioden 1960–80 uppvisat den kraftigaste ökningen, såväl bland kvinnor som bland män, är hudcancerformen malignt melanom. Under den aktuella 20-årsperioden har den genomsnittliga årliga ökningen varit 5,7 procent bland kvinnor och 5,6 procent bland män.

Det torde idag vara klart att solbad har betydelse för uppkomsten av malignt melanom. Således kan det ökade solbadandet avläsas i den snabba uppgången av antalet rapporterade fall. Detta märks också genom att tumörformen är geografiskt koncentrerad till södra Sveriges kusttrakter (se kartan).

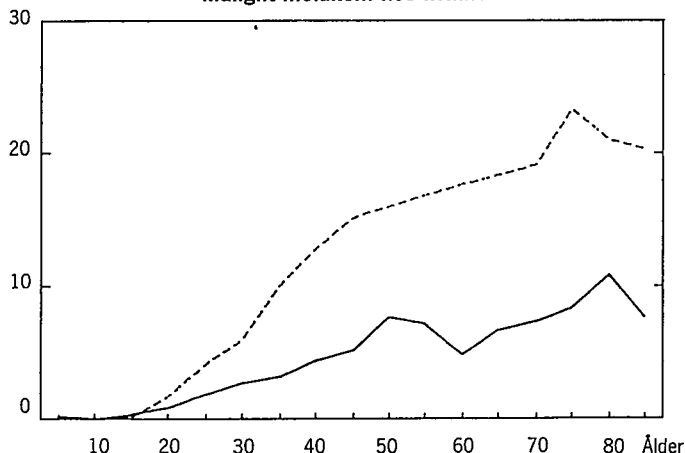
Information: Byrådirektör Birgitta Malker eller förste byråsekreterare Lars Rengby, cancerregistret, byrån för hälsoskydd, tel 08/14 06 00.

Regional fördelning av malignt melanom 1980
Riksgenomsnitt = 100



Antal fall /100.00

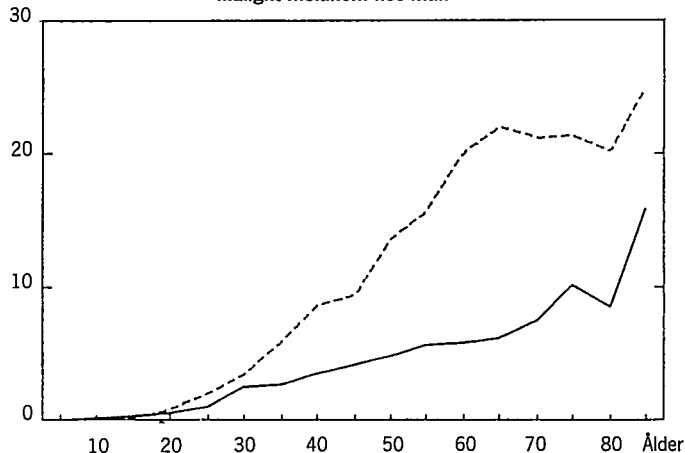
Malignt melanom hos kvinnor



Streckad linje= fall upptäckta perioden 1976-80
Heldragen linje= fall upptäckta perioden 1960-64

Antal fall /100.000

Malignt melanom hos män



Streckad linje= fall upptäckta perioden 1976-80
Heldragen linje= fall upptäckta perioden 1960-64

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

kostar 200 kronor för år 1984. Avgiften insättes på
postgiro 37 54 40-5
Ange prenumeration för 1984 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Nordisk läkemedelsstatistik 1978-1980, andra upplagan

1975 bildades Nordiska Läkemedelsnämnden som ett samarbetsorgan under Nordiska rådet. En av dess viktigaste uppgifter är att samla in och sammanställa uppgifter om läkemedelskonsumtion i de nordiska länderna. 1976 beslöt man att ge ut regelbundet återkommande läkemedelsstatistik i bokform. Första upplagan utkom 1979 och den andra upplagan omfattande åren 1978-1980 har således också nu kommit. Nästa upplaga planeras omfatta åren 1981-1983.

Dom svenska deltagarna i arbetsgruppen bakom boken, Ingegärd Agnäs, apotekare, Monica Dahlström, fil kand, apoteksbolaget, Ingrid Trolin, leg läkare, socialstyrelsens läkemedelsavdelning, Ture Sjöholm, apotekare, nordiska läkemedelsnämnden samt byråchef Håkan Mandahl, socialstyrelsens läkemedelsavdelning. "Nordisk läkemedelsstatistik": är avsedd att användas som uppslagsverk och som stimulans för vidare forskning kring ämnet läkemedelskonsumtion. Den vänder sig främst till forskare och informatörer inom läkemedelsområdet men även andra kan ha stort intresse av att ta del av innehållet. Till exempel medlemmar i läkemedelskommittéerna runt om i landet eller andra med intresse för ämnet.

Boken består egentligen av tre delar. *Del I* innehåller framför allt jämförelser av försäljningsstatistik i de nordiska länderna och omfattar uppskattningsvis hälften av totala läkemedels-sortimentet.

Del II innehåller ett register där alla i Norden använda preparat och substanser finns inordnade i det gemensamma Nordiska klassifikationssystemet ATC (Anatomic, Therapeutic and Chemical). Där finns även en beskrivning av den internationella måttenheten DDD (Defined, Daily Dose), vilket ju är ett rent jämförelsetal som inte säger så mycket om den rekommenderade dosen.

Del III slutligen innehåller en handledning för klassificering av läkemedel enligt ATC. Den bör framför allt vara en hjälp för utomnordiska länder att själva göra en indelning av sina egna läkemedel.

Böckerna kan rekvideras från assistent Carina Malm, Socialstyrelsens Läkemedelsavdelning, Box 607, 751 25 Uppsala.

Så något om innehållet i del I som nog för den breda publiken är den mest intressanta. Den inleds med en kort

presentation av Nordiska Läkemedelsnämnden och Nordisk läkemedelsstatistik samt "befolkningspyramider" för de fem länderna. En tabell över antalet registrerade specialiteter visar att det föreligger ganska stora skillnader mellan de nordiska länderna som för övrigt är tämligen likartade vad beträffar samhällsutveckling med mera.

Det visar sig att Danmark har flest preparat (3874), följt av Finland (3692) och lägst Island (1189). Sverige intar som i många andra sammanhang en mellanställning med 2459 registrerade specialiteter. Sverige är dock det land som gör de överlägset flesta kliniska provningarna.

Sedan följer huvudinnehållet som utgörs av tabeller och figurer med stapeldiagram över försäljningsstatistiken för de flesta läkemedelsgrupperna. Varje avsnitt inleds med en liten presentation och analys av skillnaderna i försäljningssiffrorna. Grovt sett kan man säga att Danmark genomgående ligger högt och oftast högst i försäljning medan Island ligger i särklass lägst i flesta läkemedelsgrupper. Sverige ligger högst i några grupper och lägst endast i någon enskild grupp.

Blodtryckssänkande farmaka och blodtrycksbehandling har fått ett eget kapitel där man mer ingående försöker ge en bakgrund och förklaring till skillnaderna i respektive lands "läkemedelsprofil". Så utgör till exempel betablockarna 20 procent av dessa medel i Finland, Island, Norge och Sverige medan Danmark nöjer sig med 8 procent. För Tiaziderna gäller i stort sett det omvända förhållandet, åtminstone för Danmark och Sverige. Denna skillnad får två konsekvenser. Dels medicinsk, där det emellertid kan vara svårt att avgöra vilken "profil" som är den bästa, och ekonomisk där man som hypotetiskt exempel nämner att hela Norden skulle spara drygt 100 miljoner kronor/år om alla gick över till det billigaste (Danska) alternativet.

Vad beträffar gruppen *Antidiabetika* så föreligger även här intressanta skillnader. Totalt toppar Sverige med förbrukningen 20,88 DDD/1000 invånare/dag. Sedan kommer Finland på andra plats, Danmark och Norge på delad tredje plats och sist Island med endast 3,92 DDD/1000 invånare/dag. Detta mönster gäller i motsvarande grad både vad beträffar insulin och perorala antidiabetika, fränsett att i sistnämnda grupp Finland delar första platsen med Sverige. Här kan man naturligtvis undra om dessa skillnader i förbrukning har sin motsvarighet i diabetesincidensen i de olika länderna. Det finns inga riktigt färskas undersökningar av diabetesincidens men en undersökning hos barn (0-14 år) redovisas och antyder åtminstone en viss överensstämmelse med insulinförbrukningen. Dock avviker Finland lite, i så motto att man har en högre incidens än Sverige i denna undersökning samtidigt som man har lägre förbrukning av

Insulin. Här finns ett rikt fält för vidare studier av förekomst av andra diabetesformer, i relation till läkemedelsförbrukningen.

I gruppen *antibiotika* finns likaledes stora skillnader i förbrukning och inbördes förhållande mellan olika antibiotika som knappast kan förklaras av olika resistensmönster utan snarare är ett uttryck för informations- och upplysningskampanjer och den så kallade terapitraditionen. Man finner att Island genomgående har en stor försäljning speciellt av Ampicillin, medan Danmark ligger lägst men har en ökande tendens speciellt av Ampicillin. Sverige och Finland ligger på andra plats men med lite olika spektrum inbördes. Sverige har en klar dominans för penicillin (5,96) jämfört med Finland (4,81) men för tetracykliner dominerar däremot Finland (4,04) över Sverige (2,79).

Även för de övriga läkemedelsgrupperna finns intressanta skillnader men utrymmet tillåter inte att jag går in på dem här utan den intresserade läsaren uppmanas att själv börja botanisera bland de olika försäljningssiffrorna. Liksom som i många andra liknande sammanhang föder de fler frågor än de ger svar på, men som underlag för vidare diskussion framför allt med våra nordiska kollegor bör denna bok utgöra en viktig del. Sammanfattningsvis alltså en bok (egentligen tre stycken) som alla med intresse för läkemedelsfrågor bör ha nytta av, såvida man inte tycker att statistikuppgifter är det värsta som finns.

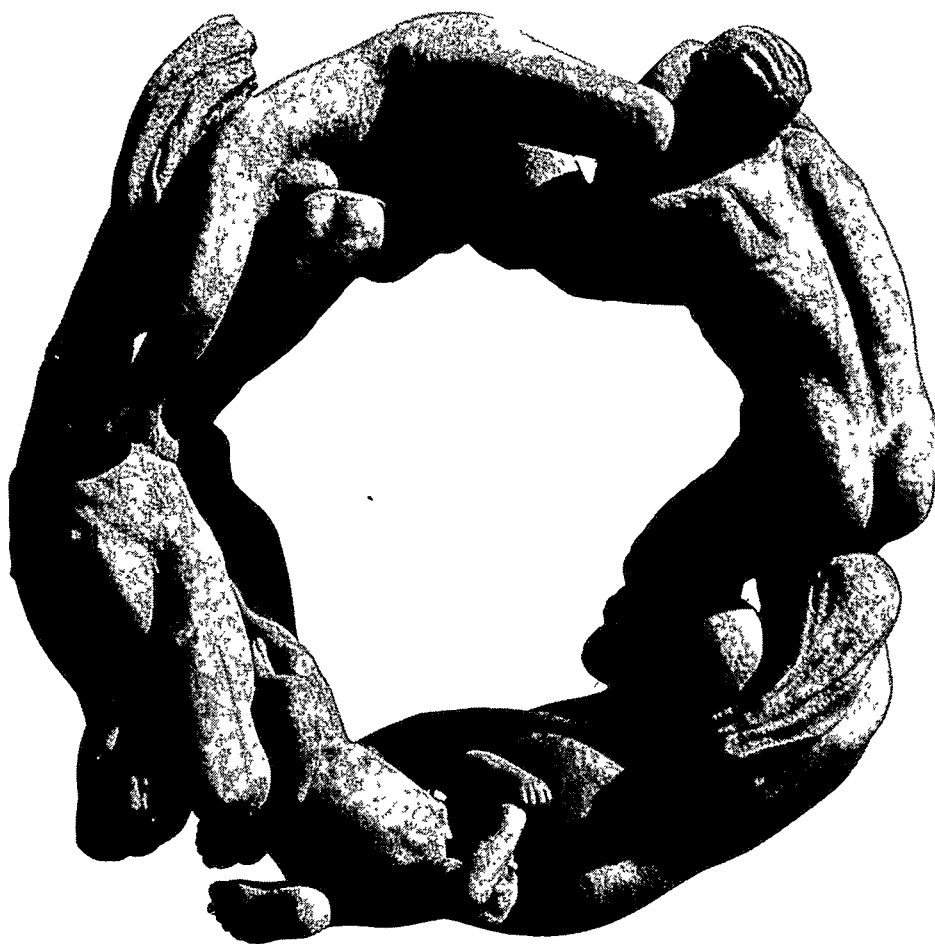
C G Hallgren

Distriktsläkare, Lövånger

Norgesic®

orfenadincitrat
paracetamol

Bryt den onda cirkeln, smärta-spasm-smärta.....



**NORGESIC innehåller ej salicylat — skonsamt för magslemhinnan.
NORGESIC — i dubbel bemärkelse prisvärt alternativ.**

Norgesic® Riker Tabletter Muskelrelaxans med analgetisk komponent Grupp 12B 3570

△ R

Deklaration. 1 tablett innehåller: Orphenadin, citr. 35 mg, paracetamol, 0,45 g, constit. q.s. Egenskaper. NORGESIC innehåller förutom det muskelavslappande medlet orfenadin — även paracetamol som analgetiskt och antipyretiskt verksamt komponent. Indikationer. Distorsioner. Luxationer. Traumatiska muskelsmärter. Myalgier. Fibrosit. Lumbago. Torticollis. Frakturer. Stresshuvudvärk. Menstruationsbesvär. Försiktighet. Med hänsyn till orfenadinets parasimpatikolytiska effekt skall NORGESIC användas med försiktighet vid glaukom, takykardi och prostatahypertrofi. Graviditet och amning. Kategori B:2. Se speciellt avsnitt märkt . Uppgift saknas om huruvida orfenadincitrat passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Vid rekommenderade doser förekommer sällan biverkningar. Torrhet i munnen, dimsyn, illamående och yrsel kan förekomma hos patienter känsliga för orfenadinets parasimpatikolytiska verkan. Vid långvarigt bruk kan risken för njurskador ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats. Dosering. 2 tabletter 3 gånger dagligen. Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt , grupp 12B 1510 Paracetamol, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats. Observera. Vid behandling med NORGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. Förpackningar och priser. Tabletter (vita, gravyr Riker N/G): 30 st 20:10, 100 st 43:30.

Riker Laboratories

191 89 Sollentuna, Sweden
08-7540080

3M



CLINORIL BINDER SAMMAN EFFEKT OCH TOLERANS

Det enda antiflogistikum i Sverige som blir verksamt
först efter absorption.

Detta kan förklara varför Clinoril oftast är skonsamt
mot magen vid reumatoid artrit och artros.

CLINORIL®
(tabl. sulindac, MSD, 200 mg, antiflogistikum)