

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



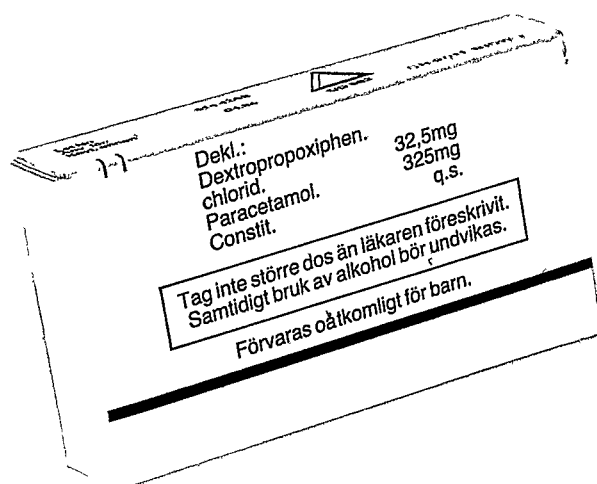
TEMANUMMER

PRIMÄRVÅRD
I U-LAND

4
1984

VAD KAN
VI LÄRA

Vad finns bakom etiketten?



God effekt och tolerans,
låg behandlingskostnad,
bred klinisk erfarenhet.

DISTALGESIC Δ R Deklaration. 1 tablett innehåller: Dextropropoxyphen, hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxyphenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Kontraindikationer.** Överkänslighet mot dextropropoxyfen eller paracetamol. Alkohol- eller sömnmedelspåverkan. **Försiktighet.** Preparatet bör ej förskrivas till patienter med kroniska alkoholbesvär eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxyfenmissbruk har beskrivits. Missbrukstrisken anges vara lägre än med kodein. **Graviditet och amning.** Kategori A. **Biverkningar.** Dextropropoxyfen kan vid upprepad dosering ge sedation, yrsel och illamående samt undantagsvis obstipation eller buksmärtor. Biverkningar vid användning av paracetamol är sällsynta. **Dosering.** Vanlig dosering till vuxna är 2 tabletter var 6:e–8:e timme. En dygnsdos av 8 tabletter bör ej överskridas. **Observera.** Vid behandling med DISTALGESIC kan reaktionsförmågan nedsättas. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar.** Tabletter (vita, avlånga, märkta DG): tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st.

DISTALGESIC[®]

*Stillar smärtan,
snällt mot magen.*

Ledare:

Primärvård i u-land.
Sven-Olof Isacsson 136

Föreningsnytt:

Riskerna vid hypertoni –
avhandling i Allmänmedicin 137

Syd-svensk allmänläkarklubb 138

Kurser och konferenser:

Andra nordiska seminariet i
medicinsk kvinnoforskning 139

Dalbydagar 1984 139

Sjukvårdsarbete i Libanon 139

Workshop nr 3 om Balint-grupper 139

Primärvård i u-land

Primärvård i u-land – Nordiska
Hälsovårdshögskolans roll.
Lennart Köhler, John Martin 141

Primärvårdsforskning i ett
utvecklingsland.
Frants Staugård 146

Svenskt stöd till hälsovård och
primärhälsovård i Vietnam.
Lemm Proos, Yngve Hofvander 149

Samarbeid till helse. Nye utford-
ringer for misjonshelsetjenesten.
Sigrun Møgedal 152

Malnutrition i Tanzania –
ett socialpediatriskt problem.
Bo Balldin 156

Barnhälsa och landsbygdsutveck-
ling i Guinea Bissau.
Lars Smedman 161

Mödrasjuklighet i Moçambique –
ett forskningsprojekt.

*Jerker Liljestrand,
Staffan Bergström* 165

Afrikagruppernas rekryterings-
organisation. 165

Primärvårdens roll i Mexico.
Gustav Haglund, Leif Svanström 166

Nord- och Syd-Jemen startar
primärvård.
Ingemar Hermansson 170

Databearbetning:

Programmerbar fickkalkylator –
en ovärderlig hjälp vid bearbetning
av undersökningsresultat (I).
Bengt Bengtsson, Calle Bengtsson 174

Programmerbar fickkalkylator –
en hjälp vid bearbetning av under-
sökningresultat (II).
Bengt Bengtsson, Calle Bengtsson 176

Debatt:

Matteusprojektet talar för
BVC typ I!
Göran Aurelius, Patrick Olin 179

Kommentar till Matteusprojektet
Göran Sjönell 179

Recensioner:

Motpol nr 2-3/1984 180

Hälso- och sjukvården har en
nyckelroll i arbetet med att
minska tobaksskadorna. 181

Allmänmedicinens ABC 182

Barnsjukvård 1970-81 182

Primärvård i u-land – lärdomar för Sverige?

Under senare år har vi fått en starkt inriktad hälsopolitisk diskussion i vårt land liksom i många andra västländer. Intresset för att utveckla hälso- och sjukvården utgående från invånarnas faktiska behov har ökat och klart markerats i vår nya hälso- och sjukvårdslag. Den här utvecklingen är av stort intresse för alla institutioner och verksamheter som arbetar inom det samhällsmedicinska fältet, särskilt då allmänmedicin, socialmedicin, barnhälsovård och mödrahälsovård.

Kan vi i Sverige lära något från u-länderna när vi utvecklar vår egen primärvård? Detta är en intressant fråga som belyses genom att låta några svenskar och en representant från Norge redovisa sina erfarenheter från mångårigt arbete inom primärvård och primärhälsovård i olika delar av världen. Trots ett begränsat antal artiklar är det en imponerande provkarta på verksamheter som presenteras. Variationsrikedomen är stor men några gemensamma nämnare finns! Man tar Alma Ata-deklarationen på allvar! Man försöker motverka en utbyggnad av hälso- och sjukvården för enbart de resursstarka. Man försöker bygga upp resurser utgående från befolkningens behov och man försöker få igång ett lokalt hälsoarbete med hjälp av den lokala befolkningen. Man driver projekt för att få bättre planeringsunderlag. Behovet av och intresset för samarbete med de nordiska länderna är uppenbart. Med den stora grupp utbildade vi har inom svensk hälso- och sjukvård borde det finnas möjligheter till ett betydligt utökat engagemang för arbete i och tillsammans med u-länderna.

Artiklarna bör stimulera såväl debatten om hur primärvården skall se ut i Sverige som möjligheterna till en ökad internationalisering av utbildning och forskning inom svensk samhällsmedicin.

SVEN-ÖLÖF ISACSSON

AllmänMedicin nr 4. Ett temanummer

Detta nummer av AllmänMedicin har en temasektion om *Primärvård i u-land*. Denna har arbetats fram tillsammans med professor Sven-Olof Isacsson vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.

Tack!
Redaktionen

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

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

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1984.

ISSN 0281-3513

AllmänMedicin

Manus-stopp

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, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
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.

Scandinavian Journal of Primary Health Care till SFAMS medlemmar

Vid årsmötet för Svensk Förening för Allmän Medicin 1983 beslutades om ett blockabonnemang på Scandinavian Journal of Primary Health Care. I överenskommelsen med Almqvist & Wiksell får alla medlemmar i SFAM i fortsättningen den engelska tidskriften för 40 kronor, vilket ingår i medlemsavgiften. Distribution av Scandinavian Journal of Primary Health Care kommer att skötas via AllmänMedicin.



Riskerna vid hypertoni – avhandling i Allmänmedicin

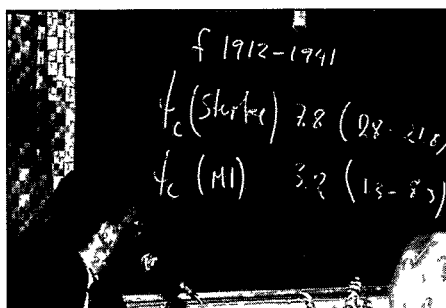
Birgitta Hovellius ger i artikeln en sammanfattning av Lars Lindholms avhandling om högt blodtryck och dess riskfaktorer.

Nyckelord: Hypertoni, riskfaktorer, Dalby.

Lars Lindholm, distriktsläkare vid vårdcentralen i Dalby, disputerade den 19 maj 1984 på en avhandling med titeln "Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care". Detta var den första avhandlingen i Sverige i ämnet allmänmedicin. Fakultetens opponent var docent Hans Åberg, Uppsala. Ordförande vid disputationen var professor Bengt Scherstén, som också varit huvudhandledare.

Avhandlingen består av sex artiklar (se referenslista) jämte sammanfattning.

Målet för undersökningen har varit att belysa i vilken utsträckning epidemiologiska forskningsmetoder rörande riskerna vid hypertoni kan användas på ett begränsat antal individer i ett primärvårdsdistrikt och i denna situation ge tillförlitliga resultat. Ända sedan Dalby-projektet startade 1968 har man vid vårdcentralen varit inriktad på att spåra och behandla högt blodtryck. Då Lars Lindholm 1980 fick ansvaret för blodtrycksmottagningen i Dalby fann han det angeläget att utvärdera vad det mångåriga vårdprogrammet haft för effekter.



Lars Lindholm under disputationen.

Samtliga patienter (födda 1912–1941), som 1980 var registrerade med diagnosen hypertoni vid vårdcentralen, kallades till en omfattande undersökning avseende anamnestic och kliniska data samt laboratorieundersökningar. På samma sätt undersöktes en ålders- och könsmatchad kontrollgrupp ur folkbokföringsregistret för samma primärvårdsdistrikt.

Denna retrospektiva undersökning visade att blodtrycket hos cirka 75 procent av patienterna sänkts till de nivåer som var målet för behandlingen, men att blodtrycket hos patienterna fortfarande låg 20/10 mm Hg högre än hos kontrollerna, det vill säga de normotensiva. Samtidigt fann man att män med hypertoni i åldern 40–59 år (n=121) hade en betydlig översjuklighet i cerebrokardiovaskulära sjukdomar jämfört med kontrollerna (odds ratio 13.7 95 procent konfidensintervall 2.5–76.7). Även för kvinnor i denna åldersgrupp med hypertoni fanns en sådan tendens, som dock ej var statistisk signifikant.

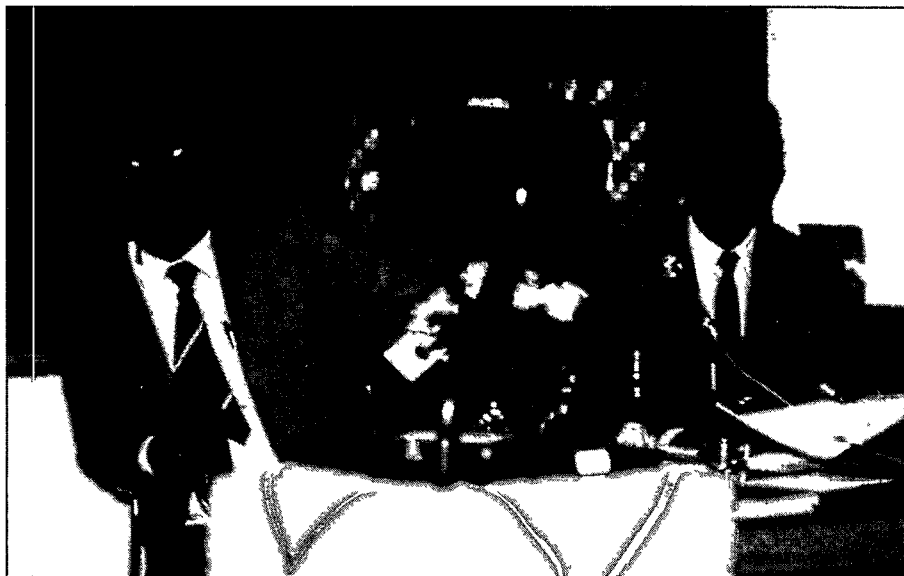
Hos patienterna med hypertoni i åldern 60–69 år (n=124) förelåg också en ökad risk för cerebrokardiovaskulär sjukdom. Den relativa risken för stroke i denna åldersgrupp beräknades till 7,7 (1,3–45,3) och för kardiovaskulär sjukdom till 4,3 (1,7–10,1).

I en prospektiv kohortstudie av alla 70-åriga pensionärer (födda 1902 och 1903) i Dalby sjukvårdsdistrikt, vilken påbörjades 1969, jämfördes pensionärer med (n=39) respektive utan hypertoni (n=105). Uppföljningstiden har varit 10 år, och grupperna har jämförts avseende överlevnad och förekomst av hjärt-kärlsjukdom. Relativa risken för död hos hypertonipatienterna ifråga beräknades till 0,7 (0,3–1,4). Relativa risker och attributrisiker för hjärtinfarkt, stroke och symptomgivande hjärtsjukdom var förhållandevis måttligt ökade (1,2–1,7 respektive 2,0–8,1) hos hypertoniker jämfört med övriga pensionärer. Resultaten antyder således att hypertoni kanske inte medför samma ökning av risken att dö, eller att insjukna i kardiovaskulär sjukdom hos patienter över 70 år som hos yngre. En möjlig förklaring kan vara en överdödighet hos hypertoniker före 70 års ålder. Patienterna med hypertoni hade erhållit behandling men resultatet säger dock inget om effekten av denna behandling.

I en case-control-studie studerades vidare riskindikatorer för hypertoni bland distriktets befolkning. Patienterna utgjordes av hypertoniker i åldern 40–59 år, och kontrollerna var som tidigare de normotensiva ålders- och könsmatchade och slumpvis utvalda personerna ur befolkningen. Fetma kombinerat med hypertoni hos föräldrarna visade sig vara en starkare riskindikator för hypertoni än enbart hypertoni hos föräldrarna. Andra riskindikatorer var fetma hos patienten själv, hypertoni hos syskon och anamnes på infarkt i släkten.

Antalet personer bland männen med hypertoni som slutat röka var större än i kontrollgruppen. Detta förhållande tolkas som en effekt av att patienterna uppmunats sluta röka. Däremot var alkoholkonsumtionen bland hypertonierna densamma som i kontrollgruppen. GT-värdena var också något högre hos medelålders hypertoniker än bland kontrollerna.

Vidare ingår i avhandlingen en kartläggning av hjärtinfarkt och stroke i populationen (<70 år) under en 10-



Professor Bengt Scherstén och docent Hans Åberg vid disputationen.

årsperiod. Hypertoni och rökning påvisades som oberoende riskindikatorer för infarkt. Högt blodtryck framträdde som en påtaglig riskindikator för stroke hos män.

Betydelsen av hypertoni hos den manliga befolkningen ("population-attribute risk") kunde beräknas till 30 procent vad gällde infarkt och 63 procent för stroke.

I samband med en ögonundersökning 1970 kontrollerades blodtrycket hos cirka 800 män boende i Dalby sjukvårdsdistrikt. Nu, 13 år senare, har Lars Lindholm analyserat det prediktiva värdet för död av denna enstaka blodtrycksbestämning. Undersökningen visar att både högt och lågt blodtryck hos män är en riskindikator för död. Kroniska sjukdomar förekom i ökad frekvens bland individerna med lågt blodtryck.

Vidare redovisas i avhandlingen en uppföljning av patienter med hypertoni, som blivit remitterade till distriktssköterska, för blodtryckskontroller. Undersökningen visar att patienterna i hög utsträckning kom till distriktssköterskan för sin första kontroll, men att uppföljningen därefter blev sämre. Detta förklaras av att de patienter, som inte regelbundet fortsatte att kontrolleras av distriktssköterska, hade kroniska sjukdomar och därför i stället besökte distriktsläkare. Bristande information från sjukvårdspersonalens sida var det viktigaste skälet till att en del andra patienter inte fortsatte med kontrollerna hos distriktssköterskan.

Lars Lindholm konstaterar i sin avhandling att individer med högt blodtryck, särskilt män, trots en enligt både nationella och internationella regler adekvat medicinsk behandling och kontroll, löper en betydligt större risk att insjukna i allvarliga cerebrokardiovaskulära sjukdomar än individer utan högt blodtryck. Avhandlingen mynnar ut i en rad frågeställningar: Bör vi öka tablettbehandlingen vid hypertoni ytterligare med mål att sänka blodtrycket till det för kontrollpersonerna? Bör patienternas vikt och alkoholkonsumtion reduceras ytterligare eller är det helt andra faktorer som bör påverkas? Prevention av hypertoni-sjukdomens komplikationer är således ett komplext problem och en angelägen forskningsuppgift för allmänläkare och primärvården.

BIRGITTA HOVELIUS

Referenser:

Lindholm L: Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care. Akademisk avhandling, Dalby, 1984.

Lindholm L: Efficacy of a district nurse program in follow-up of hypertensives. A two-year single-group study in a Swedish primary care district. Family Practice - An International Journal. Under tryckning.

Lindholm L, Ejlerstson G, Scherstén B: High risks of cerebro-cardiovascular morbidity in well treated male hypertensives. A retrospective study of 40-59-year-old hy-

pertensives in a Swedish primary care district. Acta Med Scand. Under tryckning.

Lindholm L, Scherstén B, Thulin T: Hypertension in elderly people in a Swedish primary care district. Scand J Prim Health Care 1983; 3-4: 120-131.

Lindholm L: Parental obesity combined with hypertension - an indicator of excess risk of hypertension in offspring. A case-control study in a Swedish primary care district. Acta Med Scand. Under tryckning.

Förenings
nytt

Sydsvensk allmänläkarklubb

Vid ett allmänläkarmöte i Olofström fredagen den 13 april 1984 bildades en klubb för södra regionens allmänmedicinare: "Sydsvenska allmänläkarklubben". Den tillkom på initiativ av en grupp distriktsläkare från Blekinge och Skåne.

Syftet med klubben är att tills vidare två gånger årligen arrangera regionala allmänläkarmöten på platser i regionen där utvecklingsarbete bedrivs eller annat vetenskapligt program kan presenteras. Klubben skall vara ett forum för erfarenhetsutbyte och diskussion i vetenskapliga frågor och utbildningsfrågor.

Klubbens arrangemang riktar sig till alla allmänmedicinare, såväl distriktsläkare, företagsläkare, privatpraktiker som FV-läkare i allmänmedicin i södra regionen, vilken omfattar Kronobergs, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus och södra delen av Hallands län och Malmö kommun.

Vid mötet i Olofström där ett 40-tal allmänmedicinare deltog beslöts att klubben ska fungera informellt utan styrelse, stadgar, formellt medlemskap och årsavgift.

Birgitta Hovellius, Dalby, åtog sig att svara för adressregister och meddelande till intresserade allmänmedicinare. Mogens Hey ska svara för samordning av de återkommande arrangemangen. Mötesaktiviteter ska alltid en lokal allmänmedicinargrupp svara för. Från de olika länen och Malmö kommun utsågs kontaktpersoner:

Kronobergs län:
Anders Håkansson, Teleborg Vårdcentral, Växjö

Blekinge län:
Ingvar Ovhed, Vårdcentralen, Lyckeby

Malmöhus län:
Lars Kvist, Vårdcentralen, Vellinge

Kristianstads län:
Åke Bengtsson, Vårdcentralen, Bromölla

Malmö kommun:
Bertil Hemberg, Bygghälsan, Malmö
Från Hallands län har ännu ingen kontaktperson utsetts.

Mötet i Olofström anordnades en fredag eftermiddag i april i vårdcentralens lokaler. Distriktsläkare Bengt Järhult och medarbetare hade arrangerat ett tre timmar långt program som upptog visning av några stationer inom vårdcentralen och en presentation av utvecklingsarbete och forskning i Olofström.

Lindholm L, Lithman T: Impact of hypertension on a defined population; Utility of a population based case-control study model of limited numbers in estimating risks. In: sänd.

Lindholm L, Lanke J, Bengtsson B, Ejlerstson G, Thulin T, Scherstén B: Both high and low blood pressures found to be risk indicators of death. Isotonic regression of blood pressure on age applied to data from a thirteen-year prospective study on males. In: sänd.

- hemsjukvård
- relation primärvård/länssjukvård
- det lokala sjukhemmet
- evaluering av vårdomfördelning mellan primärvård och länssjukvård efter ökad lokal hemsjukvård
- hälsoenkät

I mötet deltog från Blekinge läns landsting förvaltningsutskottsordförande Göte Björnsson och direktionsordföranden i västra distriktet Erik Th Svensson samt direktören i sjukvårdsdistriktet Harald Wilhelms-son.

För det närmaste året planeras ett möte i Dalby efter Dalbydagarna (25-26 oktober) fredagen den 26 oktober 1984 med start cirka 15.00. Efter detta möte ordnas supe- på Dalby gästgivarregård med klubbssamvaro. För våren 1985 har allmänläkare i Växjö preliminärt åtagit sig att arrangera möte.

Sydsvenska allmänläkarklubben önskar komma i kontakt med intresserade allmänmedicinare, såväl distriktsläkare, företagsläkare, privatpraktiker som läkare under specialistutbildning i allmänmedicin. I första hand kontaktas SFAM-medlemmar, regionala och lokala intresseföreningar samt vårdcentraler. Allmänläkare som därefter önskar ta del av information om klubbarrangemang för deltagande med mera ombeds meddela detta till Birgitta Hovellius.

Intresseanmälan kan enklast ske genom att skicka in bifogad talong. Vi ser fram emot aktiva och engagerande klubbarrangemang. Välkomna i klubben!
Dalby och Eslöv i maj 1984

Birgitta Hovellius
Distriktsläkare
Vårdcentralen
240 10 Dalby

Mogens Hey
Distriktsläkare
Primärvårdskansliet
Storgatan 1
241 00 Eslöv

Jag vill bli medlem i
"Sydsvenska allmänläkarklubben"

Namn:

Adress:

Postadress:

Andra nordiska seminariet i medicinsk kvinno- forskning

hålls i Sigtuna 11-13 oktober 1984.

Seminariet vänder sig i första hand till kvinnliga läkare, som vill tillägna sig ett kvinnoperspektiv i sin yrkesutövning.

Det första nordiska seminariet i medicinsk kvinnoforskning anordnades i april 1984 i Norge och samlade deltagare från de nordiska länderna, mest läkare men även representanter för andra yrkesgrupper fanns företrädare.

Årets seminarium kommer att sprida information om ämnet medicinsk kvinnoforskning. Temata som seminariet kommer att behandla är:

Kvinnors sexualitet och reproduktivitet. Ur kvinnoperspektiv förbisedda sjukdomar; Den medicinska vetenskapens inflytande på lagstiftning om kvinnor; Omsorgsarbetets betydelse för hälsa och sjukdom, samt kvinnoperspektiv i kliniskt arbete – hur kan vi tillgodose kvinnors intressen i det dagliga vardagsarbetet?

En eftermiddag ägnas åt fria föredrag. Seminariet avser att sprida medicinsk kunskap, sedd ur kvinnoperspektiv. I mån av plats kan andra yrkeskategorier inom vårdsektorn beredas plats.

Intresserade kan få ytterligare information och anmälningsblanketter genom Medicinsk kvinnoforskning, Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå, Storstigen 22, 951 38 Luleå, telefon 0920/888 10.

Dalbydagar 1984

Centrum för samhällsmedicin och vårdcentralen i Dalby arrangerar årets Dalby-dagar 25-26 oktober. Dalby-dagarna riktar sig till personal verksam inom primärvårdens sjukvård och socialtjänst samt företrädare för förvaltningsenheterna långvård/primärvård.

Fyra symposier kommer att anordnas inom följande ämnesområden: Primärvården och de äldre. Fetma – riskfaktor eller trivselfaktor. Är vårdlaget bra? Den enskildes rätt till bistånd; synpunkter på ramlagstiftningen – perspektiv och problem. Resten av tiden ägnas åt fria föredrag.

Anmälningsavgiften är 100 kronor (exklusive måltider). Kontakta Karin Svenninger, centrum för samhällsmedicin, 24010 Dalby, telefon 046-209200 senast den 28 september för erhållande av anmälningsblankett och program.

Kontaktpersoner, som också kan ge upplysningar:

Anna Bexell,
Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Malmö Allmänna sjukhus, telefon 040/33 1000.

Gunilla Carlstedt och Annika Forssén,
Socialmedicinska forskningsenheten, Storstigen 22, 951 38 Luleå, telefon 0920/888 10.

Johanna Hermansson och Ingalill Moré-Hybbinette, Långvårdskliniken, Länssjukhuset i Kalmar 39185 Kalmar, telefon 0480/81000.

Elsa Tillberg, Barnkliniken, St Görans sjukhus, 11281 Stockholm.

Sjukvårdsarbete i Libanon

Palestinagrupperna i Sverige (PGS) sänder regelbundet sjukvårdsteam till Libanon. Teamen arbetar för Palestinska Röd Halvmånen i ett palestinskt flyktingläger i norra Libanon. PGS anordnar den 29-30 september ett seminarium, där vi närmare informerar om arbetet. Seminariet är öppet för alla intresserade.

Anmälan/förfrågningar till:
Malin André,
Kyrkbacksvägen 3,
Falun,
telefon 023/27882

Workshop nr 3 om Balint-grupper

Svenska föreningen för medicinsk psykologi inbjuder till Workshop nr 3 om arbete i Balint-grupp. Arrangemanget äger rum på Blackebergs slott i Stockholm den 25-27 oktober 1984.

Inbjudan vänder sig till allmänläkare med erfarenhet av eller intresse för Balint-grupp, handledare och övriga intresserade av psykologiska aspekter i allmänläkarens arbete.

Anmälan senast den 15 september 1984 till Lena Karlberg, Sollentuna Vårdcentral, Box 164, 19123 Sollentuna.

Upplysningar: Dr Lena Karlberg, Sollentuna Vårdcentral, 08- 968100 eller
Dr Conny Svensson, Boo Vårdcentral, 08- 7150100.

Röker en så röker alla.

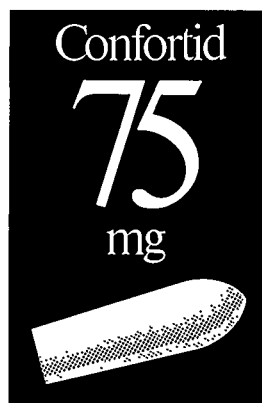
Det mesta av röken går ut i luften som alla andas.
Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN

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

**Om 75 mg
är för mycket.**

Indometacin
50
mg



Indometacin
100
mg

**Om 75 mg
är för litet.**

Börja här.

Indometacindosens styrka beror bl.a. på patientens vikt och ålder. Ju fler alternativa doser du har, desto större förutsättningar har du att komma rätt. Alla kan ju inte sorteras in i ett fack.

Har du tillgång till ett suppositorium med en mellanstyrka som ger mer effekt än 50 mg, samtidigt som det ger mindre intolerans än 100 mg, har du en bra utgångspunkt för en RA-terapi.

Starta med Confortid 75 mg. Det ger de bästa förutsättningarna för den långvarigt effektiva terapi med suppositorier som indometacin innebär.

"Indometacin framstår som det överlägset effektivaste läkemedlet vid reumatoid artrit".

Detta konstaterade en forskargrupp (se fotnot) som i en patient-compliance-undersökning under 4 år följde ungefär 900 RA-fall och jämförde indometacin med placebo respektive nyare NSAID-preparat.

Två av tre patienter hoppade av behandlingen med de nyare NSAID-preparaten inom ett år. För indometacin var resultatet omvänt – två av tre stod kvar efter ett år.

Fotnot: Journal of Rheumatology, Volume 6, Number 5, 1979 – H.A. Capell, J.A.N. Rennie, et al; "Patient Compliance: A Novel Method of Testing Non-steroidal Antiinflammatory Analgetics in Rheumatoid Arthritis"

NSAID står för non-steroidal antiinflammatory drugs.

Confortid är ett antiflogistikum.

Confortid 75 mg (indometacin) från Dumex.

Dumex Läkemedel AB, Box 3501, 250 03 Helsingborg. Telefon 042-12 77 25

Primärvård i U-land – Nordiska hälsovårdshögskolans roll

LENNART KÖHLER · JOHN MARTIN

*Nordiska hälsovårdshögskolan är en samnordisk institution för högre utbildning inom hälso- och sjukvård och är av naturliga skäl mest inriktad på nordiska förhållanden. Dock ägnas ett ökande intresse åt problem utanför Norden och då inte minst i utvecklingsländerna. Internationella aspekter på hälso- och sjukvård belyses i varje kurs men varje år genomförs också speciella kurser och konferenser som riktar sig till utomnordisk publik också. Viktigast är de årligen återkommande seminarierna, *Methods and Experience in Planning for Health*, som anordnas i samarbete med SIDA och WHO, och som sedan publiceras i form av böcker i serien NHV-rapporter. I artikeln beskrivs närmare innehållet och utformningen av dessa seminarier, som alla är inriktade på ämnen av särskild betydelse för primärvården. För framtiden finns anledning att tro att NHV:s internationella engagemang kommer att öka ytterligare.*

Nyckelord: Primärvård, public health, samhällsmedicin, hälsovård, vidareutbildning, efterutbildning, nordisk, u-länder, tvärfacklig.

Efter omorganisationen 1978 har Nordiska hälsovårdshögskolan ägnat en liten men väsentlig del av sin verksamhet åt u-ländernas hälso- och sjukvårdsproblem. Detta skall ses som en naturlig del i de nordiska ländernas stöd åt befolkningen i Tredje världen och särskilt dess hälsa, men också som ett försök att öka förståelsen för de stora internationella sammanhangen när det gäller hälsa, sjukvård och hälsopolitik.

Tredje världens hälsovårdsproblem belyses i praktiskt taget varje kurs som högskolan anordnar, det må vara socialmedicin, miljömedicin, hälso- och sjukvårdsadministration, epidemiologi, socialpediatrik eller hälsoupplýsing. Men den viktigaste insatsen på området görs med det årliga 2-veckorsseminariet, *Methods and Experience in Planning for Health*. Under denna övergripande rubrik koncentreras se-

minariet varje år på något ämne som har speciell betydelse för utvecklandet av u-ländernas primärvård. Så till exempel handlade 1984 års seminarium om utbildning av hälsoarbetare inom primärvården. Tidigare år har diskuterats familjehälsövård, olycksfallsprevention och tvärssektoriellt samarbete för hälsa (se tabell I). Semi-

Tabell I.
Seminarieämnen

1980 Experiences in Planning for Health
1981 Planning for Family Health
1982 Accident Prevention
1983 Intersectoral Action for Health
1984 Training Health Workers for PHC
1985 Planning for Primary Health Care

narierna har hittills dokumenterats i två böcker, publicerade i Hälsovårdshögskolans rapport-serie (NHV-rapport 1983:2 respektive 1983:3) och spridda via Nordiska rådets NORD-publikationer. De kan också rekvideras från Nordiska hälsovårdshögskolan (figur 1-2).

Avsikten med seminarierna är att rikta uppmärksamheten på hälsoproblem som har betydelse för utvecklingsländerna, på hinder att lösa dem och på möjligheter att överbrygga dessa hinder.

Mellan 30 och 35 personer deltar varje år i dessa seminarier, drygt hälften kommer från utvecklingsländer (tabell II), och de övriga från de nordis-

Tabell II.
Deltagande länder

Bangladesh	Namibia
Botswana	Nepal
Danmark	Norge
Etiopien	Sverige
Finland	Sri Lanka
Indien	Tanzania
Island	Zambia
Kenya	Zimbabwe
Moçambique	Vietnam

ka länderna. Genom denna blandning utgör seminarierna en god grund för en "nord-syd-dialog", som kontinuerligt stimulerar de nordiska deltagarnas intresse och förståelse för Tredje världens utveckling. Seminarierna har varje år planerats och genomförts i samarbete med SIDA, som också står för större delen av kostnaderna. WHO i Genève medverkar som stödjande organisation (figur 3).

Deltagarnas bakgrund och erfarenhet varierar starkt. Majoriteten av de nordiska deltagarna har en medicinsk bakgrund och arbetar som planerare, administratörer eller lärare på olika nivåer inom de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssystem, från centrala medicinförvaltningar till sjukhus och vårdcentraler. Knappt hälften har haft tidigare erfarenheter av arbete i u-länder.

Deltagarna från u-länderna har en än mer brokig bakgrund, som varierar med det ämne som behandlas. Alla förväntas ha en ledande ställning med ansvar för planering i någon form och representerar ett brett spektrum av yrken, till exempel läkare, sjuksköterskor, ekonomer, lärare, ingenjörer, jordbruksexperten. Några är tjänstemän, några universitetsanställda, några politiker.

"Tvärfackligt samarbete för hälsa"

En mer ingående skildring av 1983 års seminarium som behandlade samverkan mellan olika samhällssektorer för att främja hälsan, kan belysa hur seminarierna är utplagda och genomförda.

"Intersectoral actions for health" är en av de basala delarna av den primärvårdsstrategi, som gemensamt formulerats av WHO och UNICEF, och som accepterats av praktiskt taget alla länder som det bästa medlet att uppnå en god hälsa för befolkningen.

"Hälsa kan inte uppnås av hälsosektorn ensam. Särskilt i u-länder är det ekonomisk utveckling, fattigdomsbekämpande, livsmedelsproduktion, vatten, avlopp, bostäder, miljöskydd och skolutbildning som bidrar till hälsa och som har mänsklig utveckling som sitt gemensamma mål. Primärhälsovården, som är en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet och av hela den sociala och ekonomiska utvecklingen, kräver en samordning på alla nivåer mellan hälsosektorn och alla andra berörda sektorer" (WHO:s Alma Ata konferens 1978).

Trots att samarbete mellan olika samhällssektorer fått en så framskjuten plats i primärvårdens officiella strategi, har stödet från till exempel WHO och UNICEF liksom genomförandet i enskilda länder inte varit lika effektivt som övriga strategier, till exempel att stärka de nationella hälso- och sjukvårdssystemen, att utveckla

adekvat teknologi eller att arbeta för befolkningens aktiva deltagande i vården. De enda stater som utvecklat ett intersektoriellt samarbete av någon omfattning är Etiopien, Nepal, Sri Lanka, Tanzania, Zambia och Kerala i Indien.

Beslutet att välja tvärsektoriellt samarbete som ämne för 1983 års seminarium grundade sig dels på det faktum att området dittills kraftigt försumrats, och dels på förhoppningen att en 2-veckors diskussion på Nordiska hälsovårdshögskolan skulle kunna verka som ett incitament till större aktivitet på området i framtiden.

Denna princip, att de inte bara skulle fokusera uppmärksamheten och öka kunskaperna på ett visst område utan att de också skall leda till bestämda åtgärder, har varit vägledande för alla seminarierna. Seminariet inleddes av hälso- och sjukvårdsministern Gertrud Sigurdsen, som betonade att Sverige åtagit sig att stödja primärhälsovårdens utveckling, inte bara i u-länder utan också inom Sverige. Hon underströk vidare betydelsen av tvärsektoriellt samarbete i de nordiska länderna och redogjorde för de aktiviteter som nyligen startats på området i Sverige, bland annat bildandet av en tvärsektoriell hälsovårdskommitté inom socialdepartementet. Uppfattningen att ett tvärsektoriellt seminarium, som samlats huvudsakligen för att diskutera hälso- och sjukvården i u-länderna, också hade relevans för hälso- och sjukvården i Norden betonades av flera nordiska deltagare.

Bland talarna och diskussionsledarna märktes höga tjänstemän från WHO, till exempel doktor Leo Kaprio, regionaldirektör för WHO:s Europa-kontor i Köpenhamn, samt representanter för sådana länder som redan infört tvärsektoriellt samarbete (se ovan). Så till exempel representerades Etiopien av chefen för nationella planeringskommissionen, Sri Lanka av sekreteraren i nationella utvecklingskommittén, Tanzania av direktören för centrum för den samordnade landsbygdsutvecklingen i Afrika (och tidigare finans- och utrikesminister), Zambia av chefen för hälsoministeriet och hans ställföreträdare, och Kerala av en professor i ekonomi och en professor i nutrition, båda ansvarig för en WHO-studie i tvärsektoriell samverkan.

Kort sagt, under dessa två sommarveckor samlades i Göteborg en väsentlig del av de få personer som har både kunskap och erfarenhet av tvärsektoriellt samarbete. Första veckan ägnades åt att ge en fyllig bakgrund åt problemen och åt att skildra de försök som pågår i olika delar av världen, medan man under andra veckan delade upp sig i smågrupper och diskuterade problemlösningar, till exempel hur man skulle kunna stimulera intresset för tvärsektoriellt arbete bland hälso- och sjukvårdspersonal, hur man skulle kunna få folk från sektorer utanför hälso- och sjukvården att engagera sig i hälsofrågor, och hur man skulle kunna åstadkomma bättre samarbete inom och mellan biståndsorgan som DANIDA, FINNIDA, NORAD och SIDA. Också från

detta seminarium är en rapport under tryckning (figur 4).

Uppföljning

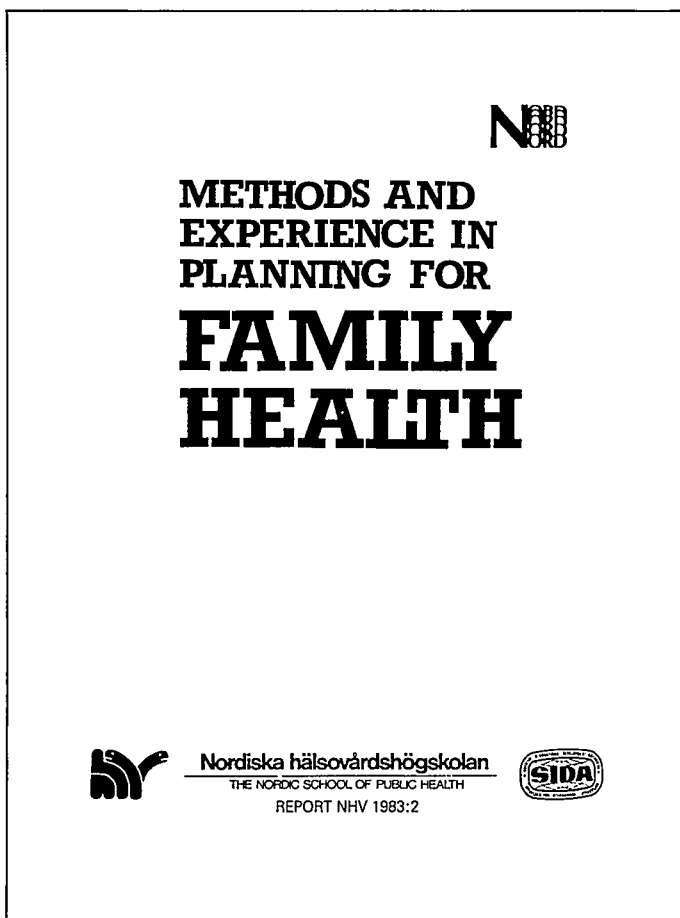
I slutet av seminariet ombads deltagarna att föreslå speciella uppföljningsåtgärder som de skulle kunna vidta när de återvänt hem. Med en enkät håller vi nu på att undersöka hur framgångsrika de har varit att genomföra sina förslag. Preliminära resultat är uppmuntrande: en deltagare från Botswana har organiserat och lett flera konferenser, en annan, från Zimbabwe, har deltagit i ett tvärministeriellt seminarium och en finländare har lyckats stimulera flera tjänstemän från andra förvaltningar att medverka i en rad arbetsgrupper inom medicinalstyrelsen.

I WHO:s regi har vidare en konferens om tvärsektoriellt samarbete ägt rum i Genève hösten 83, och där presenterades bland annat erfarenheterna från Göteborgs-seminariet. Även i Norden har intresset för ämnet ökat, och vi planerar att redan i början av 1985 på NHV genomföra en nordisk konferens, där tvärsektoriellt samarbete ingår som det väsentligaste innehållet.

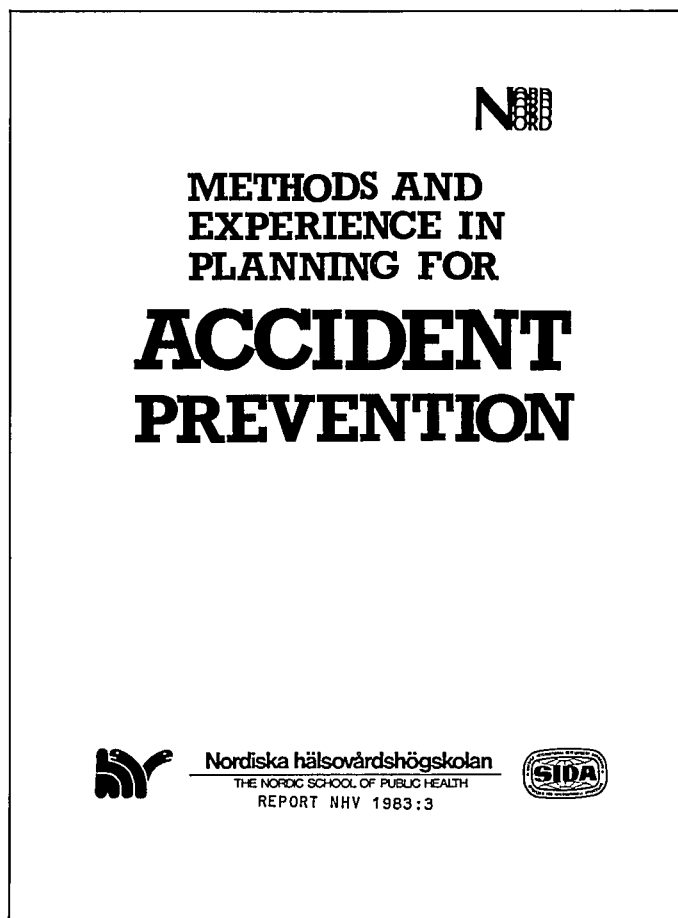
Just nu förhandlar vi också med regeringen i Botswana om möjligheter att samarbeta och gemensamt stödja utbyggnaden av primärvården i södra Afrika, till exempel genom att anordna konferenser och starta projektarbeten.

Framtida planer för Nordiska hälsovårdshögskolan
NHV är en nordisk skola och det är

Figur 1.



Figur 2.



viktigt att behålla dess nordiska profil. I ett så vittfamnande och dynamiskt område som public health är det emellertid varken möjligt eller önskvärt att begränsa sin horisont till de nordiska länderna. Därför ingår också internationella aspekter regelmässigt i vår undervisning och vi har i allmänhet flera kurser eller konferenser varje år, som riktar sig till utomnordisk publik. Högskolan är också medlem i ASPHER, Association of Schools of Public Health in the European Region, och deltar genom denna organisation samt genom WHO i flera europeiska studier av sjukvårdens organisation. Det senaste och hittills största steget på den internationella banan är den lärartjänst i International Health, som under 2 år från den 1 juli 1983 har inrättats vid NHV, finansierad av SIDA och tillsatt med doktor John Martin från Storbritannien. Hans arbete innefattar undervisning och kursledarverksamhet vid högskolan, men också ett omfattande konsultarbete åt SIDA, varigenom han bygger upp ett vidsträckt kontaktnät med resurspersoner och institutioner, framför allt i u-länderna. Detta gör han både som representant för SIDA och NHV.

Alla nordiska länder är inblandade i u-landsbistånd på hälsosektorn, via statliga organ och välgörenhetsorganisationer (Röda korset, Rädda barnen, kyrkor och missionsföreningar). För den personal som skall arbeta som experter i u-länderna räcker i allmänhet inte den ordinära yrkesutbildningen utan speciellt u-landsorienterade

kunskaper är också nödvändiga, till exempel i språk och folk- och miljö-kunskap. De nordiska biståndsgörarna DANIDA, FINNIDA, NORAD och SIDA har alla sådan specialutbildning för sin personal, för hälsovårdsarbetare. Även om NHVs kurser främst sysslar med nordiska förhållanden, är de ändå så internationellt inriktade och så allsidigt strukturerade att de hos eleverna skapar ett brett folkhälsovetenskapligt tänkande, som är till stor nytta också i u-landsarbete. Det kan dock vara lämpligt att kombinera denna public health-utbildning med ett avsnitt som mer direkt är inriktat på u-ländernas behov. Detta skulle kunna ske genom att erbjuda en sådan kurs vid NHV, som en alternativ huvudkurs kallad U-landshälsovård, eller genom att upprätta ett samarbetsavtal med andra nordiska institutioner, som redan idag ger kurser i u-landshälsovård, till exempel Uppsala, Stockholm och Köpenhamn.

En enkät till nordiska biståndsgörare i mitten av 1982 visade ett inte ringa intresse för en sådan utbildningsgren. Det var svårt att kvantifiera behovet, men det skulle sannolikt begränsas till storleksordningen 5-10 platser per år. Detta är emellertid en osäker siffra, som i realiteten kan vara både större och mindre. Erfarenheten, inte minst från NHVs övriga verksamhet, visar dock att när en utbildningslinje blivit känd, populär och användbar, ökar antalet sökande.

Liknande tankar har bland annat framförts i Nordiska rådet, i ett med-

lemsförslag om gemensam nordisk u-landsutbildning. För närvarande pågår en utvärdering av NHV:s verksamhet under de senaste 5 åren, och resultatet av denna skall ligga till grund för högskolans vidare utveckling. Vi har anledning att tro att Nordiska hälsovårdshögskolan i framtiden kommer att kunna utveckla sitt internationella engagemang på flera områden.

Kommande års seminarier

De flesta deltagarna i seminarierna inbjuds direkt att medverka, men det finns ändå ett begränsat antal platser för andra, särskilt intresserade personer från de nordiska länderna. Vill någon av läsarna komma ifråga för kommande års seminarier, skriv till oss och berätta om ålder, yrke, relevant tidigare erfarenhet och motiv för önskan att delta.

Adressen är

Nordiska hälsovårdshögskolan,
Medicinaregatan, S-41346 Göteborg
Telefon 031/853574

Författarpresentation:

Med dr Lennart Köhler är professor i socialmedicin och preventiv medicin samt rektor vid Nordiska hälsovårdshögskolan.

Dr John Martin, M.B., C.Ch., Ba.O., M.Sc. (social medicine, London) M.F.C.M., har arbetat bland annat som allmänläkare i London och som rådgivare i hälsovårdsfrågor till regeringen i Zambia, är nu Associate Professor of International Health vid Nordiska hälsovårdshögskolan.

Figur 3.





The Nordic School of Public Health
GÖTEBORG, Sweden

CERTIFICATE

This is to certify that

during

has participated in the course

METHODS AND EXPERIENCE IN PLANNING FOR HEALTH

The programme comprised days and the following topics were dealt with

Göteborg

Lennart Köhler
 M.D., Professor, Director

Figur 4.

**METHODS AND EXPERIENCE IN
PLANNING FOR HEALTH**

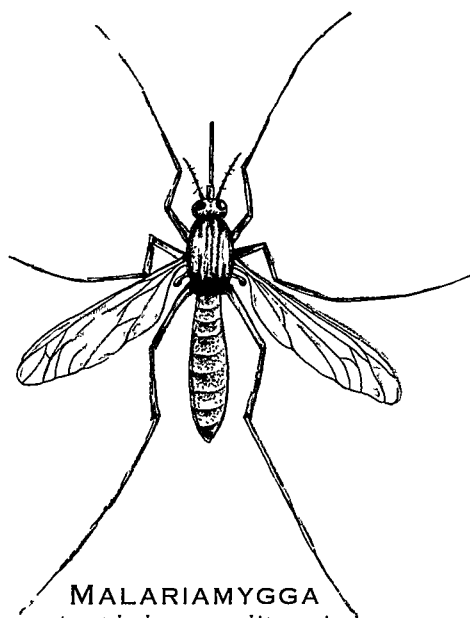
INTERSECTORAL ACTION FOR HEALTH





The Nordic School of Public Health
Göteborg, Sweden
REPORT NHV 1984:2

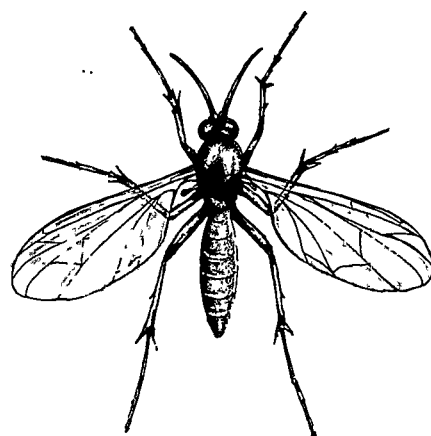
Myg



MALARIAMYGGA

Anopheles maculipennis

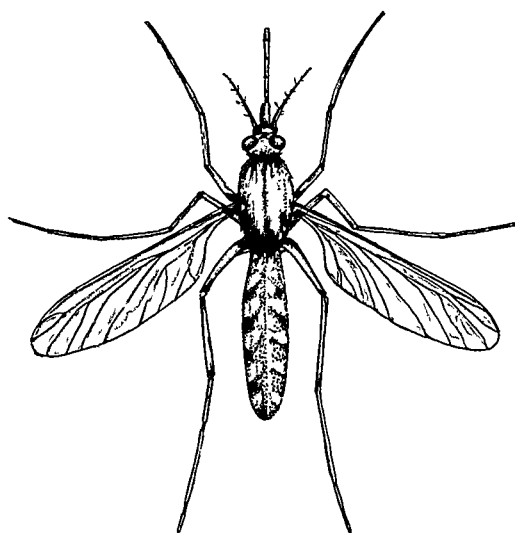
Det finns faktiskt malariamygg i Sverige! De är inte så vanligt förekommande, men förekommer dock i delar av landet. Dessa är inte längre smittade av den parasit som förorsakar den fruktade febersjukdomen malaria.



SORGMYGGA

Sciara agminis

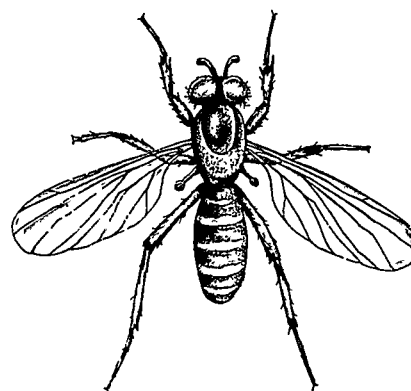
Små myggor med kraftiga sporrar på benen. De är svarta och har oftast mörka vingar, vilket gett arterna dess svenska namn. Sorgmyggor lever på skuggiga ställen, gärna inomhus i källare och i växthus.



NORRLANDSMYGGA

Aedes communis

Norrländska myggsvärmar består oftast av denna mygga och syskonet *Aedes punctator*. *Aedes* suger gärna blod även mitt på dagen, till skillnad från släkten *Anopheles* som angriper i skymningen och nattetid.

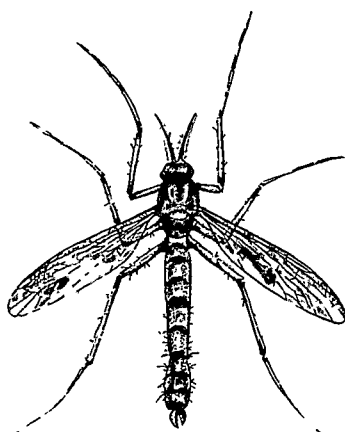


HÄRMYGGA

Bibio hortulanus

Rikligt förekommande på gräsängar under maj och juni. Benen hänger på ett karaktäristiskt sätt när de flyger. Stor skillnad i utseende på hona och hane.

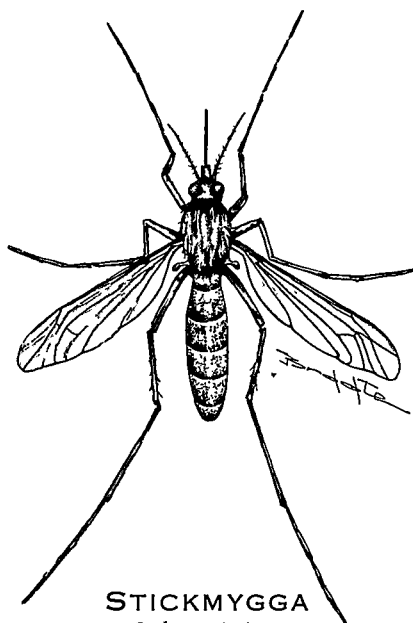
gor.



DANSMYGGA

Chironomus plumosus

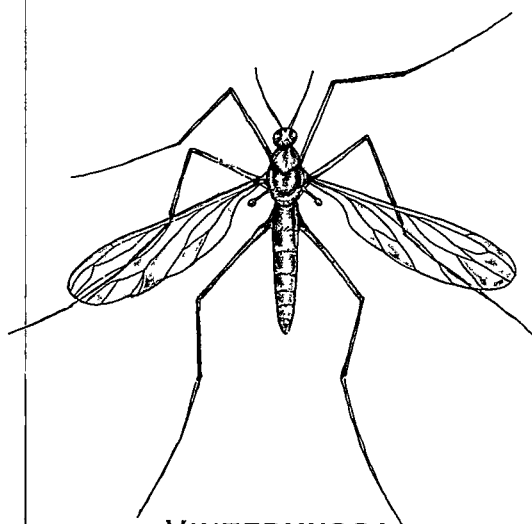
Detta är landets största dansmygga. De kallas även fjädermygg eftersom hannens antenner liknar fjäderplymer. Fjädermygg syns ofta i röksky-liknande svärmar vid stränder. Det är hannarnas bröllopsdans.



STICKMYGGA

Culex pipiens

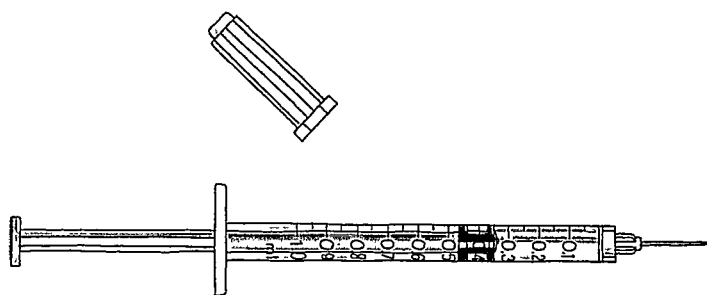
Vår vanligaste stickmygga. Stickmyggans munrör är mycket tunt och spetsigt och tränger så gott som omärkligt genom huden. Innan myggan börjar suga sprutar den dock in ett ämne som skall förhindra att blodet stelnar. Detta ämne förorsakar sveda och irritation.



VINTERMYGGA

Trichocera hiemalis

Vintermyggan ser ut som små harkrankar. Det finns ett femtontal arter i Sverige, spridda över hela landet. Flygperiod speciellt höst och vår, men de kan även ses dansa, i glesa svärmar, vid blidväder mitt i vintern.



TERUMO MYGGA

Terumo Myjector

Engångsspruta främst för diabetiker. Tunn, specialslipad nål som gör att sticket känns mindre. Smalt fäste som möjliggör vinklad injektion. Tydlig skala, tydlig avläsning av kolvens läge. Utdragsstopp. Styckförpackade i sterila, lättöppnade påsar.

Vanligt förekommande på landets diabetesmottagningar.

TERUMO

Schlytersvägen 35, 126 50 Hägersten. Tel. 08-744 26 55.

Primärvårdsforskning i ett utvecklingsland

FRANTS STAUGÅRD

I denna artikel beskrivs en övergripande forskningsplan för primärvårdssektorn i Botswana.

En sådan övergripande forskningsplan anses vara en nödvändig förutsättning för ett optimalt utnyttjande av begränsade forskningsresurser.

Den möjliggör också en koordination av sådana forskningsinitiativ, som ofta initieras från individuella forskare utanför det egna landet, men som i sin ursprungliga form ibland tycks motsvara forskarnas egna intressen i högre grad än utvecklingslandets.

Inom en ramplan med ett fem-årsperspektiv har tre delprojekt prioriterats högst och värderats som mest angelägna i syfte att förbättra det kvalitativa och kvantitativa underlaget för den framtida primärvårdsplaneringen i Botswana.

Nyckelord: Primärvård, planering, forskning, kommundiagnos, u-land, Botswana.

Primärvårdsstrategin och Hälsa för Alla

Vid formuleringen av en övergripande forskningsplan för primärvårdssektorn i ett utvecklingsland kan man som utgångspunkt välja att mäta effektiviteten av den primärvårdsstrategi, som – inspirerat av WHO – i de flesta utvecklingsländer har accepterats som grundlag för uppbyggnaden av ett heläckande hälsovårdssystem.

Den av WHO formulerade primärvårdsstrategin vilar som bekant på fyra grundprinciper (1):

A: Samhället måste ta på sig ett övergripande ansvar för alla hälsovårdsaktiviteter och engagera sig i alla aspekter av planeringen, ledningen och kontrollen av primärvårdens funktioner.

B: Hälsovård måste vara tillgänglig för alla grupper av befolkningen.

C: Nationella (lokala) resurser är nödvändiga för etableringen av ett fungerande primärvårdssystem.

D: Hälsa får inte uppfattas som ett isolerat målområde, men som en integrerad del av hela samhällets utveckling.

Primärvård kan beskrivas som en nyckel till det övergripande målet *hälsa för alla* (2).

Således innebär en beskrivning av graden av måluppfyllelse för primär-

vårdsstrategin i ett utvecklingsland på en given tidpunkt tillika en beskrivning av den utgångspunkt, från vilken man i vederbörande land arbetar på att förverkliga detta övergripande mål.

En sådan beskrivning måste dock kompletteras med en beskrivning av ett flertal andra mått på utvecklingslandets aktuella status avseende befolkningens hälsotillstånd.

Den här skisserade långsiktiga forskningsplanen skulle kunna fungera som ett flexibelt instrument för modifiering av den framtida hälsovårdsplaneringen och för styrning av framtida forskningsinitiativ.

Dess resultat skulle tillika kunna fungera som en beskrivning av effekterna av det samarbete för ömsesidig utveckling, som på hälsosektorns område har fungerat under en tioårsperiod mellan Botswana och ett flertal industriellt utvecklade länder – främst Norge.

Mått på framsteg avseende målet Hälsa för Alla

Enligt WHO (3) beskrivs måtten på framsteg emot *hälsa för alla* bäst under fyra rubriker:

a: Hälsopolitiska mått.

b: Sociala och ekonomiska mått.

c: Mått på hälsovårdssystemets funktion.

d: Mått på hälsosituationen i landet.

Hälsopolitiska mått beskrivs bäst i termer av det aktuella landets demonstrerade vilja att prioritera utvecklingen inom främst primärvårdssektorn. Resursallokeringen till denna sektor utgör således i sig en användbar beskrivning av landets intresse för att tillföra säkra primärvårdsstrategin optimal effekt.

Social och ekonomisk utveckling – framför allt ökad jämlikhet mellan över- och underprivilegerade grupper i befolkningen – är en nödvändig förutsättning för positiva effekter av rent hälsopolitiska insatser. Därför måste en beskrivning av sociala och ekonomiska indikatorer som inkomstfördelning, tillgängligheten till föda av god kvalitet, bostadsstandard och arbetsvillkor för olika grupper i befolkningen uppfattas som en essentiell del av en samlad beskrivning av samhällets aktuella status i förhållande till uppfyllelsen av huvudmålet hälsa för alla. Forskningsplanen för Botswana innehåller därför förslag om en löpande registrering av de nämnda och ett flertal andra faktorer.

Hälsovårdssystemets funktion måste beskrivas i detalj i ett försök att belysa samhällets aktuella hälsopolitiska

situation. En lång rad parametrar måste användas för att ge en sådan fullständig beskrivning av landets hälsovårdssystem som möjligt.

Tillgängligheten till hälsovård är ett viktigt sådant mått. Det räcker givetvis inte att beskriva den geografiska distributionen av hälsovårdsinrättningar. Även de olika befolkningsgruppernas praktiska förutsättningar för att skaffa sig tillgång till detta vårdutbud måste beskrivas i detalj.

I Botswana har tillskapats ett vårdssystem, som teoretiskt ger alla i befolkningen tillgång till hälsovård på såväl primär- som sekundärnivå. Emellertid har de sociala och ekonomiska förutsättningarna för att tillgodogöra sig dessa teoretiska möjligheter i olika befolkningsgrupper ej tillräckligt beaktats.

Resultatet är att det övervägande är den privilegerade befolkningsminoriteten i glesbygdsområdena som vid fall av svårare sjukdom kan utnyttja remiss-systemet och vinna tillträde till kvalificerad vård på sjukhus.

En markant ojämlikhet mellan olika befolkningsgrupper har även påvisats avseende utnyttjandegraden av andra delar av vårdssystemet. Problem, förorsakade av denna snedfördelning av resurser, diskuteras senare i denna artikel.

Andra mått på hälsovårdssystemets funktion kan vara detaljerade beskrivningar av sjukvårdskonsumtionen. Dessa måste givetvis baseras på tillförlitliga registrerings- och rapportsystem från olika nivåer.

Medan sekundärvården i Botswana tycks leverera ett acceptabelt material för analys av mortalitet och morbiditet bland sjukhuspatienter är det existerande diagnosregistreringssystemet inom primärvården ytterst bristfälligt.

Forskningsplanen för Botswana innehåller därför ett försök att tillskapa ett användbart verktyg för sjukvårdskonsumtionsanalyser med optimal validitet.

Beskrivningar av hälsovårdens kvalitet och av befolkningens "hälsoalfabetism" (det vill säga kunskaper om basala hälsofrågor) måste ingå i en sammanfattande beskrivning av hälsovårdssystemets funktion.

Detsamma gäller beskrivningar av effektiviteten av löpande immuniseringskampanjer, beskrivningar av mödra- och barnhälsovårdens funktion jämte av effektiviteten av de speciella kampanjer som gäller kontrollen av STD, tuberkulos, schistosomiasis med flera sjukdomar.

Botswanas försörjning med essen-

tiella läkemedel – för närvarande ett allvarligt problemfält – måste löpande beskrivas för belysning av hälsovårdssystemets funktion.

Även försörjningen med bas-teknologi för sjukvårdsinrättningarna, fördelningen av kvalificerad personal inom hälsovården jämte styrning och administration av insatserna inom olika grenar måste beskrivas i detalj.

Två av de i det följande beskrivna forskningsprojektet har som syfte att lämna svar på en del av de nämnda och andra angränsande frågor angående hälsovårdssystemets funktion i nuläget i Botswana, medan andra av dessa frågor kan besvaras genom analys av den statistik, som löpande tillhandahålles från hälsosektorn.

Mått på hälsosituationen i befolkningen i Botswana är viktiga för belysning av landets status i förhållande till det övergripande huvudmålet *hälsa för alla*.

Givetvis kan inga slutsatser dras angående något kausalsamband mellan hälsovårdssystemets funktion och eventuella förbättringar av folkhälsan (4, 5).

Beskrivningar av den aktuella hälsosituationen tjänar främst som rationellt underlag för diskussion av behovet av framtida modifikationer av vårdutbudet till olika grupper av befolkningen.

Vanligen används i internationella sammanhang *spädbarnsmortaliteten*, *den förväntade livslängden* och *dödstalet* i olika åldersgrupper som grundläggande mått på ett samhälles hälsosituation (6).

Systemet för löpande registrering av de nämnda faktorerna – i synnerhet i glesbygdsområdena – i Botswana är dock i nuläget behäftat med ett flertal felkällor och den officiella vitalstatistiken är föga användbar för en tillräcklig beskrivning av befolkningens hälsotillstånd. Till de internationellt använda måtten på hälsa bör fogas detaljerade beskrivningar av näringsstillståndet i olika åldersgrupper, beskrivningar av barns psyko-sociala utveckling (ofta sammanhängande med malnutritionsproblematiken i ett utvecklingsland), analyser av mödra-mortalitet, suicidfrekvenser och konsumtionen av såväl moderna som traditionella läkemedel och droger som tobak, alkohol och cannabis-derivat.

I stort sett undantagslöst har hälsovårdsplaneringen i utvecklingsländerna skett på basis av insamlade demografiska data och analyser av vårdutnyttjandet inom primär- och sekundärvården.

En hälsovårdsplanering på detta grundlag har i Botswana lett till betydande problem av två skäl: dels kan det existerande systemet för morbiditetsanalyser, baserade på sjukvårdskonsumtionsstatistiken – som redan omnämnd – ej tillmätas hög validitet i nuläget, dels uppträder selekterade grupper i befolkningen med större tyngd i sjuk-

vårdskonsumtionsstatistiken än andra.

Per capita-konsumtionen av modern primärvård i Botswana var under 1982 7,5 (besök vid modern sjukvårdsinrättning) (7). Med den standardiserade konsumtionsraten per capita var för storstadsområdet 135 och för ett representativt glesbygdsdistrikt 20 under samma år (8).

Detta innebär att den genomsnittliga storstadsinvånaren – som socio-ekonomiskt och hälsomässigt är jämförelsevis privilegierad – uppträder i planeringsunderlaget för den framtida primärvården i Botswana med 6,75 gånger större tyngd än den genomsnittliga invånaren i ett glesbygdsområde.

Det är därför essentiellt, att intresset inom primärvårdsforskningen nu riktas mot *hälsostatus* och *hälsobehov* i framför allt den underprivilegierade befolkningsmajoriteten i glesbygdsområdena, och hög prioritet måste ges till utarbetandet av metoder för kontinuerliga, valida och specifika mätningar av dessa parametrar.

Prioriterade forskningsområden

Den skisserade, övergripande forskningsplanen beräknas kunna verkställas inom en femårsperiod genom samverkan av en rad självständiga forskare och forskningsgrupper inom Botswana.

Förhandlingar har tillika förts med representanter för WHO och forsknings- och utbildningsinstitutioner i de nordiska länderna. Syftet har varit att till skapa ett formaliserat "triangel-samarbete", varvid framför allt kontinuerligt kunskapsutbyte mellan i- och u-land skulle kunna etableras.

Som del av ett sådant samarbete kommer hög prioritet att ges försök till utveckling av en egen forskningspotential i Botswana. Eftersom Botswana – i likhet med flertalet utvecklingsländer – har stor brist på personella resurser på högre utbildningsnivåer, men relativt god tillgång på hälsopersonal med kort och medellång utbildning, kommer strävandena att till skapa en egen forskningspotential att rikta sig främst mot den senare gruppen.

Exempelvis omvårdnadsforskningen anses vara ett viktigt, men än så länge försummat område i Botswanas hälsovårdssystem. Det är en förhoppning i Botswana att man med stöd från nordiska utbildningsinstitutioner kan etablera en kontinuerlig utbildning av egna, forskningsintresserade primärvårdsarbetare och att de projekt, som med ledning av målformuleringar i den övergripande forskningsplanen kommer att initieras i Botswana, kan utföras och evalueras i samarbete med nordiska institutioner.

Genom ett sådant samarbete tillföres såväl Botswana som Norden värdefulla kunskaper och erfarenheter. Dessa borde vara direkt användbara vid den fortsatta primärvårdsplaneringen – inte bara i Botswana, utan även i andra utvecklingsländer och i de nordiska länderna.

Vid hälsoministeriet i Gaborone har bildats en forsknings-koordineringskommitté, som förutom den beskrivna ramplanen har formulerat detaljplaner för de tre självständiga projekten, som inom denna ramplan anses bör prioriteras högst i syfte att skaffa essentiell information angående hälsovårdssystemets funktion och den aktuella hälsosituationen i landet.

Dessa tre, högst prioriterade projekten genomförs för närvarande i Botswana och resultaten kommer att vara tillgängliga som underlag för fortsatt planering under 1984–1985.

De enskilda projekten beskrivs översiktligt i följande avsnitt.

Studie över primärvårdens funktion

En omfattande frågeformulärsundersökning har planerats i syfte att belysa frågor om primärvårdssystemets tillgänglighet och utnyttjandegrad. Studien kommer att kunna lämna svar på frågan om nuvarande kriterier för etablering av hälsovårdsfaciliteter i glesbygdsområdena är optimala och i vilken omfattning lokalsamhället rent faktiskt har engagerat sig i tillämpning av primärvårds-strategin.

Sjukvårdskonsumtionen i olika strata av befolkningen kommer att ingå i analysen och relateras till bakgrundsfaktorer som socio-ekonomiska resurser och bosättningsmönster.

Den praktiska funktionen av remitteringssystemet från primär- till sekundärvård i olika befolkningsgrupper kommer att studeras. Den faktiska avvägningen av de profylaktiska och kurativa primärvårdsinitiativen, som når fram till målgrupperna, kommer att belysas tillika med den grad av "hälsoalfabetism" som kan noteras mot bakgrund i satsningen på hälsoundervisning i Botswana.

De socio-ekonomiska och kulturella faktorerna, som förefaller vara disponerade för ett aktivt befolkningsengagemang i primärvårdsarbetet kommer att ingå i studeras.

Speciellt kommer man att söka svar på frågan om orsakerna till de uppenbart misslyckade försöken att etablera representativa, lokala "by-hälso-kommittéer" med ansvar för tillämpningen av delar av primärvårdsstrategin på by-nivå.

Denna funktionsstudie kommer att genomföras i valda delar av glesbygdsområdena i Botswana. Grupper av intervjuare kommer att arbeta under överinseende av en samhällsvetare och till projektet har knutits statistisk och sociologisk expertis.

De metodologiska problemen vid genomförandet av frågeformulärsundersökningar i en övervägande alfabetisk befolkning med bristfällig kunskap om egen ålder och utan stöd i tillförlitlig befolkningsstatistik är givetvis mycket stora.

En tidigare genomförd pilotundersökning (9) har dock lyckats anvisa tillfredsställande lösningar på en del av dessa metodologiska problem. Studien

över primärvårdens aktuella funktion förväntas att resultera i en detaljerad beskrivning av såväl positiva som negativa effekter av tillämpningen hittills av primärvårdsstrategin i Botswana och kan således bli direkt vägledande för den framtida planeringen.

Traditionell hälsovård i Botswana

Den andra delstudien inom ramen för det beskrivna spektrat av forskningsaktiviteter avser i likhet med den första av att belysa effektivitetsaspekter av primärvårdsstrategin i Botswana.

Den avser tillika att undersöka, i vilken omfattning den traditionella medicinen i Botswana kan uppfattas som en potentiellt värdefull resurs och samarbetspartner för den moderna medicinen i strävandena att nå målet *hälsa för alla*.

Med utgångspunkt i en tidigare publicerad delstudie (10) kommer populationen av traditionella medicinmän och by-barnmorskor att beskrivas. Traditionella sjukdomsuppfattningar och behandlingsmetoder jämte interaktionen mellan traditionell behandlare och patient kommer att beskrivas. Representativa grupper av befolkningen i glesbygd och storstad intervjuas angående förbrukning av traditionell hälsovård och erfarenheter av och attityder till denna.

Den samlade floran av medicinalväxter kommer att beskrivas och analyseras. På basis av resultaten av detta delprojekt kommer en detaljerad strategi för framtidens samarbete mellan modern och traditionell hälsovård i Botswana att kunna formuleras och förverkligas på central, regional och lokal nivå.

Samhällsdiagnostik i Botswana

En detaljerad plan för en epidemiologisk undersökning i representativa grupper av befolkningen har utarbetats.

Resultaten av denna förväntas bli att lämna en så fullständig bild som för närvarande är möjligt att få av lokal-samhällets *hälsostatus* och *hälsobehov* (så kallad "community diagnosis"). Studien blir således direkt användbar som rationellt underlag för planering av resursallokeringen inom hela hälsovårdssektorn, för planering av utbildning, hälsoupplysningskampanjer och kampanjer riktade mot dominerande sjukdomar i vissa grupper av befolkningen.

Tillika tillskapas en detaljerad basbeskrivning av hälsosituationen, användbar vid longitudinella analyser av eventuella förändringar av denna. Den samhällsdiagnostiska undersökningen består av två huvuddelar. En brett upplagd undersökning omfattar 13.500 hushåll ("extended families") med sammanlagt cirka 80.000 individer, som beskrivs i detalj avseende en lång rad personliga, socio-ekonomiska faktorer och intervjuas angående de-

ras hälsosituation och förbrukning av olika former av sjuk- och hälsovård.

Särskilt intresse ägnas åt en beskrivning av hälsostatus och hälso-relaterade faktorer i gruppen av kvinnor och barn, varigenom amningsmönster, fertilitet, peri- och neonatalmortalitet, vaccinations- och nutritionsstatus kommer att kunna analyseras i representativa grupper av befolkningen.

För en mera djupgående studie kommer ett slumpmässigt urval av de 13.500 hushållen över hela landet att besökas av en fältgrupp, bestående av läkare, nutritionister, sjuksköterskor, laboratorie- och tandvårdsassistent. Denna fältgrupp kommer att under cirka 7 månader göra en noggrann kartläggning av individuella och samhälleliga faktorer, relaterade till sjukdom och hälsa i de valda byarna. Sanitära förhållanden jämte tillgänglighet till och kvalitet av vatten i varje samhälle kommer att belysas.

Näringsssituationen beskrivs genom undersökningar över den lokala livsmedelsproduktionen och tillgängligheten till baslivsmedel för den icke-producerande delen av befolkningen.

Problem i samband med amning och avvänjningskost belyses. Prevalensen av olika typer av malnutrition klarläggs genom kliniska undersökningar och antropometriska mätningar. Intervjuundersökningar av typen "24-hour-recall" kompletterar informationen om kosthållningen i olika befolkningsgrupper.

Subjektiva beskrivningar av hälsotillståndet erhålls genom detaljerade intervjuer för bedömning av prevalensen av vissa symptom på sjukdom och ohälsa.

Objektiva beskrivningar av hälsotillståndet åstadkoms genom kliniska undersökningar med speciellt intresse för diagnostik av vissa infektionssjukdomar, kartläggning av tandstatus (DMF-indices) och laboratorieundersökningar, syftande till diagnostik av framför allt malaria, trypanosomiasis och schistosomiasis.

Genom ett samarbete med WHO:s center för virologiska och immunologiska studier i Tyska Förbundsrepubliken kommer tillika ett omfattande program för serologisk diagnostik att genomföras. Härigenom erhålles tillförlitliga uppgifter om prevalensen av Hepatitis A/B, STD, ECHO- och arbovirus-infektioner i Botswana.

Huvudsyftet vid sammanvägningen av resultaten av den samhällsdiagnostiska delstudien är att identifiera sådana hälsoproblem och sjukdomar, som är omedelbart tillgängliga för preventiva och enklare kurativa insatser i ett hälsovårdssystem med synnerligen begränsade resurser.

Sammanfattning

En övergripande forskningsplan för primärvårdssektorn har formulerats vid hälsoministeriet i Botswana. Den ramplan möjliggör ett optimalt ut-

nyttjande av begränsade resurser och en koordination av olika forskningsaktiviteter, initierade inom och utom Botswana.

Man eftersträvar ett "triangel"-samarbete på primärvårdsforskningens område, där WHO och de nordiska länderna tillsammans med Botswana vill engagera sig i forskningsprojekt med huvudmålsättningarna att mäta framsteg gentemot målet *hälsa för alla* och att eventuellt vid behov kunna modifiera primärvårdsstrategin i syfte att nå detta mål.

Ett sådant "triangel-samarbete" anses kunna tillföra inte bara Botswana men även de deltagande nordiska länderna värdefulla erfarenheter. Delar av dessa borde också vara användbara vid tillämpningen av primärvårdsstrategin i andra utvecklingsländer, speciellt i södra Afrika.

Tre delprojekt har getts hög prioritet i Botswanas samlade forskningsplan för primärvårdssektorn. Speciellt understryks behovet av att basera den framtida hälsoplaneringen på en detaljerad beskrivning av befolkningens *hälsostatus* och *hälsobehov* framför – som i nuläget – enbart på demografiska data jämte analyser av sjukvårdskonsumtionen.

Litteratur:

1. Primary Health Care, Alma Ata 1978, Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series No 1).
2. Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000, Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series No 2).
3. Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health For All by the Year 2000, Geneva, World Health Organization, 1981 (Health For all Series No 4).
4. McKeown T. The Role of Medicine – Dream, Mirage or Nemesis? Nuffield London 1976.
5. Dever G.E.A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. Social Indicators Research 1976, 2:453–466.
6. Health Programme Evaluation, Geneva, World Health Organization 1981 (Health For All Series No 6).
7. Medical Statistics Unit, Ministry of Health, personligt meddelande 1983.
8. Staugård F. The Utilization of Modern and Traditional Health Care Services in Botswana 1978–1982 (BOTSHELO in press).
9. Nasset T.B. Primary Health Care and Rural Development, DERAP Working Paper No A 153, Bergen 1979.
10. Staugård F. Traditional Medicine in Rural Botswana, Masters Thesis Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 1982.

Författarpresentation:

Frants Staugård, Senior Medical Officer, Epidemiology Unit, Ministry of Health, P.O. Box 10004, Gaborone Botswana. Tidigare verksam som distriktsläkare i Jämtland.

Svenskt stöd till hälsovård och primärhälsovård i Vietnam

LEMM PROOS · YNGVE HOFVANDER

I vissa utvecklingsländer behöver hälsosystemet byggas om från början med hjälp av personal från i-länder som bekläder nyckeltjänster i systemet under längre tid. I andra u-länder är systemen bättre utvecklade och inhemska kvalificerade befattningshavare finns. Till dessa senare länder hör Vietnam.

Nyckelord: Primärhälsovård, projektarbete, u-land, Vietnam.

Vietnamesisk hälso- och sjukvård

Vietnam har en befolkning på 60 miljoner på en yta som är 3/4 av Sveriges. Spädbarnsdödligheten är drygt 30/1.000. Befolkningstillväxten är 2,4 procent. Medellivslängden är 47 år. Huvuddelen av befolkningen lever på landsbygden och sysslar med jordbruk. De vanligaste sjukdomarna är undernäring, diarré-sjukdomar, luftvägsinfektioner och övriga infektionssjukdomar. Det finns omkring 8.000 kommunala hälsostationer, 500 distriktssjukhus med 120–200 sängar och 40 provinssjukhus. Dessutom ett flertal centrala sjukhus och institut. Långt före Alma-Ata-deklarationen 1978 har Vietnam satsat på primär hälso- och sjukvård, med produktionsbrigadsköterskor som vardera ansvarar för cirka 500 individer på bynivå och kommunala hälsostationer som ansvarar för ett upptagningsområde på cirka 5.000. Ett distrikt har ungefär 100.000 invånare och en provins 1–2 miljoner invånare. Befolkningen i Vietnam är till 90 procent läs- och skrivkundig, så förutsättningarna för hälsokampanjer är goda. Frivillig hälsoverksamhet i form av att bygga latriner, badrum och brunnar har varit omfattande. Det finns en utbredd och aktiv Röda Kors-rörelse vars medlemmar ofta bistår brigadsköterskan i hennes arbete.

Ett ytterligare imponerande drag är att varje sjukhus i Vietnam har till uppgift att även stödja sjuk- och hälsovården i periferin. Enligt planen skall detta ske en månad sammanlagt av varje arbetsår. Exempelvis kan en läkare från ett provinssjukhus åka ut till ett distriktssjukhus eller till en eller flera kommunala hälsostationer för att undervisa och stödja verksamheten där.

Det vietnamesiska hälsoministeriet har ställt upp fem mål för hälsoarbetet:

1. Bekämpa de infektiösa sjukdomarna – förbättra omgivningshygien.
2. Verksam kurativ vård skall vara tillgänglig för alla.
3. Mödra- och barnhälsovården skall främjas, likaså familjeplanering. Idealet är två barn per familj.
4. Ombesörja tillräcklig tillgång till effektiva och billiga läkemedel. Traditionella mediciner skall kombineras med moderna.
5. Ytterligare bygga ut hälso- och sjukvårdsnätet.

Det finns tämligen gott om sjukvårdspersonal, från läkare med sexårig utbildning eller mer, assistant doctors med treårig utbildning, sjuksköterskor med två-treårig utbildning, etc, till brigadsköterskan med tre månaders utbildning eller mindre.

Vilka är då bristerna i detta på många sätt imponerande system? Den vietnamesiska hälso- och sjukvården har enorma problem att brottas med: överbefolkning, fattigdom, undernäring, brist på utrustning och moderna mediciner. Dessutom är sannolikt utbildningen av sjuk- och hälsovårdspersonalen bristfällig, ofta på grund av brist på tillgång till aktuell kunskap men även av andra orsaker, exempelvis brist på papper till tryckning av nödvändiga läroböcker.

Även organisatoriska svårigheter finns och försvårar bilden.

Exempelvis finns det rekommendationer från hälsoministeriet på essentiella läkemedel och vacciner, men i praktiken saknas medicinerna ofta och det som finns når ej alltid ut till provinserna och distrikten på grund av brister i distributionssystemet. När den medicin som dock finns väl når ut är det inte säkert att den används på rätt sätt av personalen, på grund av bristfällig kunskap.

Det vietnamesisk-svenska hälsosamarbetet

Det svenska stödet till hälsovården i Vietnam inleddes 1974 och gällde huvudsakligen uppförandet och igångsättandet av driften vid två sjukhus, barninstitutet i Hanoi samt ett allmänsjukhus i Uong Bi, 10 mil nordost om Hanoi. Erfarenheten från dessa år och av tre års drift av sjukhusen visar på många positiva sidor, men också på att

sjukhusen är överlastade med patienter vars sjukdomar antingen borde ha förebyggts eller omhändertagits på lägre vårdnivåer, det vill säga på by-, kommun- eller distriktsnivå. Det har klart framgått att ett fortsatt samarbete på lång sikt behövs på sjukhusen, men även att det behövs ett samarbete som når ända ut till primärhälsovården. Det krävs således ett fortsatt samarbete på alla nivåer, från överläggningar på hälsoministeriet till utbildning av brigadsköterskor.

I det nya avtalet mellan Sverige och Vietnam från oktober 1983 utgörs hälsosamarbetet av fem projekt som representerar just olika nivåer. Kunskapsöverföring är ledmotivet. Läkemedel och utrustning ges även, men är alltid kopplat till utbildning om hur den skall handhas.

De fem projekten är:

1. Fortsatt stöd till barninstitutet, speciellt med avseende på olika utbildningar som stödjande verksamhet till lägre nivåer och till primärhälsovården.
2. Fortsatt stöd till allmänsjukhuset i Uong Bi där också kvalitetsförbättring av vård och ökad utbildning framhålls.
3. Stöd till vidareutvecklandet av en nationell "essential drug list" (den fjärde revisionen pågår just nu med svenska rådgivare medverkande) samt stöd med råvaror för inhemska framställning av vissa essentiella läkemedel. Dessutom stöd till teknisk förbättring av läkemedelsfabriker.
4. Stöd till utvecklandet av en medicinsk-teknisk verkstad i Hanoi för service och reparation av sjukhusutrustning i norra delen av landet.
5. Primärhälsovårdssatsning i Yen Hung-distriktet varom mera nedan.

Stöd till primärhälsovården i Yen Hung-distriktet

En intressant ny satsning är stöd till primärhälsovården inom ett distrikt i Uong Bi-sjukhusets upptagningsområde. Distriktet är Yen Hung-distriktet på 88.000 invånare, med 18 kommuner och ett distriktssjukhus med 120 sängar – ett relativt typiskt distrikt. De flesta är jordbrukare. De dominerande sjukdomarna är infektionssjukdomar och malnutrition. På de kommunala hälsostationerna är för närvarande aktiviteten tämligen låg beroende på bris-

ten på mediciner och utrustning men sannolikt även brist på kunskaper. De vietnamesiska hälsomyndigheterna har tillsammans med svenska bedömare ansett att primärhälsovårdsstöd i detta distrikt borde kunna vara värdefullt.

Tre svenska rådgivare (en läkare, en vårdlärare och en barnmorska) skall stödja primärhälsovårdsinriktad utbildningsverksamhet. Man satsar koncentrerat på att utbilda vietnamesiska utbildare. Vidareutbildning sker av alla hälso-personalskategorier från läkare till brigadsköterskor och så småningom skall även befolkningen nås med hälsouppläsning. Gemensamt har man valt att satsa på fyra vidareutbildningsprogram som gäller de vanligaste och allvarligaste hälsoproblemen, det vill säga diarré-sjukdomar, malnutrition, luftvägssjukdomar och mödra- och barnhälsovård. Även samverkan med den nationella vaccinationskampanjen och sanitetsaktiviteterna ingår.

Baslinjestudier och uppföljningar skall göras för att följa effekterna av utbildningsprogrammen.

Endast mindre summor läggs ner på kompletterande utrustning av hälsostationer och distriktssjukhus och på mediciner. Såväl utrustning och mediciner som levereras skall alltid vara relaterade till utbildningsaktiviteterna. Ytterligare en grundprincip är att stöd till primärhälsovården skall vara möj-

ligt att upprepa i andra distrikt och får därför inte vara för kostsamt.

Ytterligare en grundprincip i Yen Hung-projektet (och för övrigt för hela hälsosamarbetet i Vietnam) är att de inhemska strukturerna skall stötas så litet som möjligt. Stödet skall inte skapa nya strukturer utan endast förstärka existerande vietnamesisk organisation. Rådgivarna skall således arbeta så att projektet så småningom kan fortsätta med allt mindre insatser från deras sida.

Genomförandet av Yen Hung-projektet är ännu bara i sin början och många problem återstår ännu för att kunna genomföra det som avsetts, nämligen ett realistiskt modellprojekt som skall kunna replikeras i andra distrikt med tillgängliga resurser.

Målinriktning av hälsostödet och projektstyrning

Samtliga fem projekt har en helt vietnamesisk projektledning och dessa samordnas och styrs av en så kallad styrkommitté på vietnamesiska hälsoministeriet. De svenska experterna ingår såsom rådgivare till respektive projektledning. Enheten för Internationell Barnhälsovård i Uppsala har under innevarande avtalsperiod fått uppdraget av SIDA att ansvara för att det svenska stödet samordnas och utnyttjas enligt avtalet både med avseende på de materiella resurserna som läkemedel, ut-

rustning etc som användningen av rådgivare-resurserna. Således har ICH ansvaret, i samråd med SIDA, för att primärhälsovårdsinriktningen i det nya avtalet genomförs tillsammans med de vietnamesiska medarbetarna.

Det är ett synnerligen stimulerande samarbete och vi ser alla med förväntan fram emot förverkligandet av åtminstone en del av den gemensamt önskade målsättningen: stöd på alla nivåer till genomförandet av en effektiv primärhälsovård i Vietnam.

Författarpresentation:

Lemm Proos, barnläkare. Knuten till Enheten för Internationell barnhälsovård, Uppsala universitet. För närvarande koordinator för de svenska hälsovårdsinsatserna i Vietnam.

Yngve Hofvander, professor i Internationell Barnhälsovård, chef för Enheten för Internationell barnhälsovård, Uppsala universitet.*

*Postadress: Enheten för Internationell barnhälsovård, Akademiska sjukhuset, 75185 Uppsala

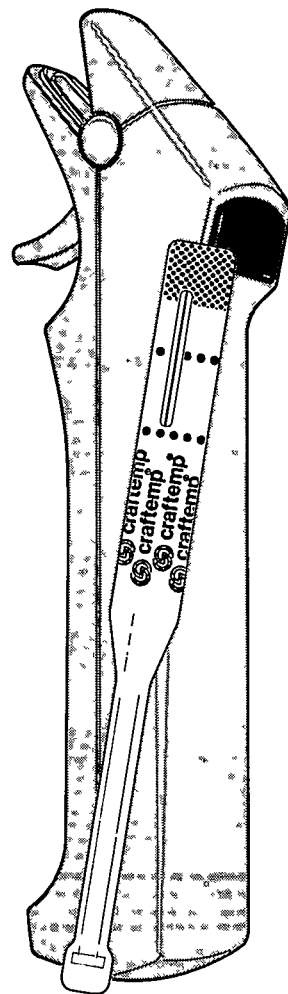
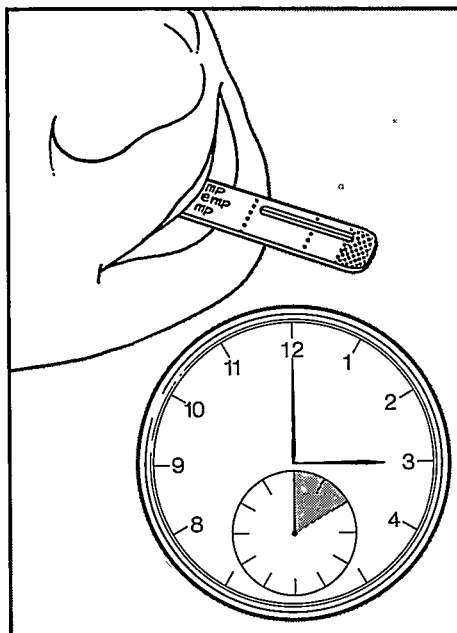
Snabb!

Det tar bara 10 sekunder att ta tempen med Craftemp. Det är förstås bekvämt och skönt för patienten. Men det innebär framförallt att vårdpersonalen får tid att övervaka varje temptagning. Därmed slipper man tidskrävande omtagningar och kan vara säker på att få rätt värde.

Svenska Craftemp® används i Danmark, Belgien, England, Frankrike, Holland, Schweiz, Sverige. Det är ett väl beprövat och väl dokumenterat termometersystem för kliniskt bruk. Tala med oss på Crafon så skickar vi mer information.

 **gambro® crafon**

Box 10101, 220 10 Lund, ☎ 046-16 90 00



Snabb smärtlindring med
Alvedon[®] brus
paracetamol 500 mg

Finns också i praktisk 100-förpackning.

Samarbeid til helse. Nye utfordringer for misjonshelsetjenesten

SIGRUN MØGEDAL

Misjonshelsetjenesten har stått sentralt i utviklingen av helsetjenester i misjonslandene, og også i innholdsbestemmelse og utprøving av nye strategier med vekt på generell prioritering av primærhelsetjenesten. Samarbeid med lokale grupper, utnyttning av lokale resurser og større åpenhet for nødvendigheten av koordinering med statlig helse-tjeneste representerer nye utfordringer for misjonshelsetjenesten. Erfaringer fra Nepal blir diskutert. Økt læring og ny innsikt må søkes innen områder som finansiering av helsetjenester, tilgjengelighet og utnyttelse av helsetilbud, forholdet mellom primærhelsetjenesten og basesykehuset og meningsfylte indikatorer som kan brukes i evaluering og planlegging med aktiv deltakelse av brukergruppen selv.

Nyckelord: Missionshelsøvd, u-land, community participation.

1. Misjonshelsetjenestens utvikling

Så lenge det har foregått misjon, har helbredelse av syke og avhjelping av materiell og sosial nød gått inn som en naturlig del av arbeidet, med Bibelens Jesus som modell og drivkraft.

Med utviklingen av den moderne vestlige medisin, ble også misjonens arbeid for syke mer formalisert og en fikk fagfolk som krysset grenser og våget å ta opp de medisinske utfordringene fra nye himmelstrøk.

Tidlige erfaringer fra misjonshelsetjenesten, så vel som fra kolonimaktens helseprogrammer, dannet grunnlaget for faget tropemedisin. Tropemedisin ble utviklingslandenes medisin, sett med den vestlige medisins øyne.

Parallellt med institusjonaliseringen av vestlig medisin i hjemlandene og dens raske utvikling gjennom stadig ny forskning og nye landevinninger, gikk oppbyggingen av helseinstitusjonene i misjonslandene. Men her i omgivelser som ikke opplevde den samme revolusjonerende utvikling av industri, utdanning, kommunikasjon og generell sosioøkonomisk vekst.

Misjonshelsetjenesten tok i mange situasjoner den lokale problematikk og de lokale behov på alvor. Likevel foregikk søkningen etter svar innenfor rammen av hjemlandenes erfaringsmodeller. Institusjonene vokste. En utdannet nasjonalt medisinsk personell.

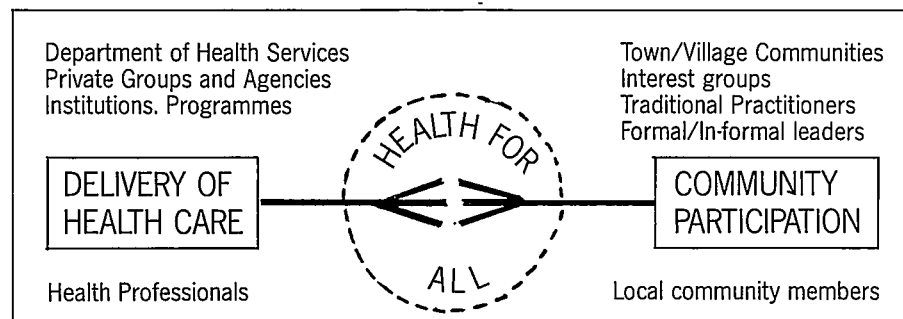


Fig. 1. Partners in Health Care

Grunnen ble lagt for en infrastruktur for helsetjeneste etter vestlig mønster i nye unge nasjoner etter hvert som selvstyre og nasjonal frigjøring av de gamle koloniene trengte seg fram.

Fra institusjon til distribusjon

Samtidig økte innsikten i tropemedisins egentlige natur og hovedårsaken til sykdom. Tropemedisins rolle som de fattige lands medisin kom mer og mer i fokus og en uro kom til syne over institusjonenes manglende evne til å påvirke helsetilstanden hos et folk i fattigdom og med store sosiale ulikheter. Helsebudskapene som sendtes ut fra institusjonene nådde ikke fram og fant ikke rot i lokalsamfunne.

Det første svaret ble distribusjon. Tjenesten måtte nå ut fra institusjonene og nærmere til folket, slik at det kunne bli et mer reelt alternativ for de mange. En fikk satelittklinikker og mobilprogrammer og forebyggende helsearbeid. Fortsatt arbeidet en ut fra industrilandenes premisser og deres erfaringsgrunnlag. Og fortsatt opplevde en uroen over at budskapet ikke nådde fram.

Sykdommer ble helbredet og køene av pasienter vokste, men sykdom og dødelighetsstatistikker forble i stor grad upåvirket for de største deler av befolkningen.

Fra isolasjon til samarbeid

-60 og -70 årene ble tiden for eksplosiv framvekst av utviklingshjelp- og nødhjelpsprogrammer fra de rike nasjoner til de fattige; som del av det internasjonale samarbeid mellom stater, så vel som med utgangspunkt i nasjonale og internasjonale humanitære organisasjoner. Samtidig vokste det fram mer og mer nasjonal bevissthet i de unge nasjonene og ønske om å finne sin egenart i harmoni mellom kultur-arv og nasjonalt særpreg på den ene siden og økonomisk vekst og likeverdig deltagelse i det internasjonale fellesskap på den andre.

Misjonshelsetjenesten var på denne tiden allerede på aktiv leting etter nye former. I takt med den økende innsikt i dynamikken i overføring av teknologi og humanitær hjelp, så en behovet for å finne veier der lokalbefolkningen selv kunne ta initiativ, ansvar og styring, med assistanse utenfra. Dette måtte føre til en omprioritering i bruk av ressurser, fra de dyre helseinstitusjonene for de få, til helseutvikling på landsbynivå med enklere tilbud for de mange og muligheten til å bygge på lokalbefolkningens egne premisser. Det ble en vei fra en velgjørerholdning til en frigjøringsholdning, bygget på forståelsen for nødvendigheten av og respekt for det enkelte menneskes og lokale samfunns evne og rett til å styre utviklingen som gjelder dem selv og deres framtid.

Christian Medical Commission (CMC) under Kirkenes Verdensråd kom til å stå sentralt i dette arbeidet.

United Mission to Nepal, en internasjonal, interkonfesjonell misjonsorganisasjon med arbeidsfelt i fjellandet Nepal, har (i tråd med dette) formulert målsettingen for sitt engasjement i helsetjenesten på denne måten:

"Community health. General Objectives:

I. To stimulate and assist communities to:

- identify their own health needs
- utilize local resources
- take increasingly more responsibility for their own health care.

II. To provide supporting health services as close to the people as possible, within an economic frame that the country can afford."

Dette peker på et samarbeid med brukergruppen i fokus. Samtidig understreker det nødvendigheten av samarbeid også med andre organisasjoner og grupper som er involvert i oppbyggingen av infrastruktur for helsetjeneste, og ikke minst med nasjonale myndigheter. Figur 1 antyder en

rekke samarbeidspartnere stilt overfor den samme utfordringen.

Spenningen mellom tradisjonell institusjonsoppbygget helsetjeneste og primærhelsetjeneste med aktiv deltagelse og styring av brukergruppen selv er fortsatt veldig klart tilstede, både innen misjonshelsetjenesten og innenfor andre statlige og ikke-statlige helseprogrammer. Ikke minst gjør en slik spenning i økende grad seg gjeldende innenfor de industrialiserte landene selv. Innenfor denne spenningen må hvert helseprogram og hver helseplanlegger og helsearbeider finne sin løsning som vil ta forskjellig form i de forskjellige situasjoner og lokale sammenheng.

2. De private organisasjoners særpreg i helsetjenesten, og samarbeid med nasjonale myndigheter

Private organisasjoner engasjert i helsetjeneste skiller seg på mange måter fra statlige, noe som ikke bare går på prosjektstørrelse, men også på arbeidsform og egenart. Misjonshelsetjenesten i den form vi kjenner den, er også preget av dette.

I forhold til statlig helsetjeneste kan en i denne sammenheng påpeke følgende forhold som særpreger misjonshelsetjenesten:

- *Nærhet til lokale behov.* Med sin bredde i lokalt engasjement, lang tids tilstedeværelse og lokale kontakter gjennom etablerte kirker eller menighetsdannelser, vil det ofte være økt mulighet for nærkontakt, dialog og forståelse av lokale forhold.

- *Avgrenset ansvarsområde.* Dette gjelder både geografisk, men også med tanke på omsorgsnivå. Mens et misjonshelseprogram kan velge å forholde seg til et avgrenset prosjektområde, og bestemte helsetilbud (sykehus, primærhelsetjeneste, undervisning), må en statlig helsetjeneste ta nasjonale hensyn. Det dreier seg her om ressursfordeling mellom enkeltkomponenter og nødvendigheten av å strekke sparsomme nasjonale ressurser til et minimum av dekning for flest mulig.

- *Fleksibilitet i planlegging og saksbehandling.* Enklere byråkratisk struktur og større mulighet for en desentralisert avgjørelsesprosess er ofte et særpreg for de fleste private organisasjoner. Slik kan en enklere møte oppstående og uforutsette behov, og justere programplaner og strategi i takt med erfaring og læring underveis. Dette er ikke minst av uvurderlig betydning i programkomponenter som bygger på lokal deltagelse og styring.

- *Tilgjengelighet på ressurser utenfra.* Muligheten for behovsorientert prosjektplanlegging og finansiering i forhold til reelle behov er betydelig innenfor de fleste private organisasjoner, i alle fall der internasjonale partnere er involvert.

- *Personell med felles verdiforankring og kontinuitet i tjenesten.* Utvelgelse av personell og deres identifikasjon med organisasjonens målsetting skaper

per økte muligheter for kontinuitet og oppbygging av tillit innen helsetjenesten og i forhold til brukergruppen. I diskusjonen omkring hvordan erfaringer fra private organisasjoner og misjonshelsetjenesten kan overføres til eller nyttiggjøres av statlige programmer i et samarbeid, er alle disse faktorer vesentlige.

Behovet for samarbeid er tosidig. Misjonshelsetjenesten trenger samarbeid for å få et nasjonalt perspektiv, og for å kunne søke relevante løsninger på lokale behov innenfor en realistisk ramme av hva samfunnet totalt kan make.

Den statlige helsetjenesten på sin side trenger samarbeid for å kunne utnytte misjonens erfaringer som en ressurs i sitt vedvarende arbeid med å finne nasjonale helsestrategiske løsninger, både i utforming av struktur og innhold i de nasjonale helsetjenester. Avgrensning og ansvarsfordeling kommer også inn her.

I akseptering av de vesentlige forskjeller mellom private organisasjoner og statlige helsetjenester som ligger i disses natur og egenart, sees derfor samarbeid som en gjensidig nødvendighet og en utfordring til økt kommunikasjon og tillit, og villighet til å akseptere realistiske rammer for de private organisasjoners arbeid.

3. Samarbeid til helse, Nepal.

Nasjonal helseplan

Den nasjonale helseplan i Nepal har som grunnelement *helseposten* som dekker primærhelsetjenestebehovene i et område med 1.000–3.000 mennesker i høyfjellet, 4–8.000 mennesker i sentrale fjellområder og opp til 20.000 i lavlandet. Første henvisningsnivå er distriktssykehuset med 15–25 senger, men henvisningsfunksjonen er lite fungerende pga besværlig kommunikasjon, diskontinuitet i tjenester og utilstrekkelige forsyninger.

Helseposten er også det primære integreringsnivå for helsetjenester, med mobile helsearbeidere som bringer en pakke av tjenester (immunisering, malaria-kontroll, familieplanlegging, helseundervisning) til hvert hjem. Lokale helsekomiteer og behovet for lokale frivillige helsearbeidere for motivasjon i eget lokalmiljø er innebygget i planer og i noen grad iverksatt i praksis.

Styring av helsetjenester og andre utviklingstiltak er til en stor grad sentralisert, men med noen bevegelse i retning av desentralisering til regional- og distriktsnivå i de senere år.

Planer bygger på internasjonalt anerkjente prinsipper for primærhelsetjeneste-oppbygging og deler WHO's ambisiøse, men nødvendige målsetting: "Health for all by the year 2000."

En rekke private organisasjoner, så vel som internasjonale bilaterale og multilaterale samarbeidspartnere bidrar med delfinansiering og gjennomføring av enkeltprosjekter innenfor planens ramme.

United Mission to Nepal. Langtidsplan

Denne internasjonale misjonsorganisasjonen har deltatt i helsetjenesteoppbygging i Nepal siden landet åpnet seg for internasjonalt samarbeid i 50-årene.

Den driver i dag fire misjonssykehus på forskjellig omsorgsnivå, undervisning av helsearbeidere og aktiv deltagelse i primærhelsetjenesteprogrammer i tilknytning til misjonssykehuse-

I økende erkjennelse av nødvendigheten for å prioritere primærhelsetjenestekomponenten, aktiv lokal deltagelse og samarbeid med landets myndigheter, har organisasjonen utviklet en langtidsplan for sitt helseengasjement. Noen sentrale problemstillinger siteres fra denne planen:

"Communities involved in their own health care. Integrated Development A commitment to health care that responds to actual needs through a dialogue with all concerned and affected, sensitive to the whole person, his environment and his community, is an expressed aim of the Health Services Board.

This is reflected in the emphasis on local participation in implementation, planning and management, the awareness of the impact of poverty and deprivation on people's health and the desire to make the fullest possible use of local resources.

Local and district health committees, governing boards with community representatives, emphasis on sharing and learning at all levels and broad community based development efforts rather than limiting activities to strictly health concerns, can all be seen as practical expressions of this direction.

Rather than a structured pattern for community involvement, the projects and programmes are invited to seek their own models together with the local communities, reflecting various levels of participation and responsibility.

Target areas and marginal groups.

Primary Health Care as reference

In order to make the best use of limited resources and avoid creating structures that cannot be maintained, there is a need to focus on specific areas, groups and tasks.

Hospitals are asked to define their "service areas", relating their level of care to the health needs in these defined geographical areas as well as to the hospital's particular role in the health care system.

Community health programmes are encouraged to focus their activities in target areas, selecting communities with potential for cooperative efforts and giving priority to deprived groups, ensuring that activities will benefit the poor and marginalized, and in no way increase the gap between those in the communities that have and those that have not.

In allocation of personnel as well as financial resources to the projects and

programmes, the general emphasis on primary health care will be reflected, ensuring that institutional priorities and initiatives are supportive to and not negatively affecting the primary care programme.

Hospitals will be evaluated as to the measure of active support they are able to provide to the primary care programmes.

Integration of activities with the national health care structure

The Mission's main resource in health care in Nepal is the "people-component". Through motivation of all concerned for committed service, community initiative and action and willingness to gain and share experience in a servant role, models for health care can be developed which can give meaningful input into the wider national health system.

In order for such models to have meaning, their terms of reference must be realistic and, rather than function in isolation, they must be developed in a context of mutual sharing and trust.

Seeking integration with HMG/N structure for health care, therefore, becomes a high priority, accepting their terms of reference and yet maintaining flexibility in the search for alternative approaches.

This raises issues of coordination, communication and relinquishing control, rather than handover and withdrawal.

It also raises the issue of Nepalisation, defined as process of bringing able and qualified Nepali staff into positions of leadership in a planned and willed way, combining a concern for appropriate training as well as careful preparation of the leadership tasks."

Praktiske erfaringer

a) Lokale deltagelse i program- utforming og gjennomføring

En kan tenke seg lokal deltagelse i helseprogrammer med varierende dybde av engasjement og varierende mulighet for styring og kontroll. Forutsetningene for deltagelse er i alle fall en viss grad av identifisering med de behov programmet ønsker å møte. Dette krever aktiv dialog i oppbygningsfasen, en tidsramme som er fleksibel nok til å gi rom for avklaring av behov, oppbygging av tillit, avgrensning av alternative strategier og avventning av lokalt engasjement. Muligheter for aktiviteter og innsats på behovsområder som blir høyest prioritert i lokalsamfunnene er en annen vesentlig faktor. Dette peker på nødvendigheten av fleksibilitet i programinnhold og strategier, og dermed også i alle fall et minimum av desentralisert styring og avgjørelsesmyndighet innen de enkelte programmer.

En konsekvens av dette innen erfaringsrammen fra Nepal, er utvikling i retning av bredde i engasjement utover snevre helseaktiviteter. Et slikt eksempel kan hentes fra et relativt isolert fjellområde i midt-Nepal, der befolkningen var marginalisert pga jorderosjon,

mangel på vann og generell mangel på utdannings- og helsetilbud. Gjennom dialog med enkeltmennsker og grupper ble det klart at området hadde følgende prioriterte behov:

- i) Behov for vann
- ii) Behov for helsetilbud for dyra
- iii) Behov for skoletilbud
- iv) Behov for jordbruksveiledning, såkorn og insektbekjempelse
- v) Behov for helsetilbud for befolkningen.

Helseprogrammets representanter som deltagere i denne dialogen så det klart at i dette området kunne en ikke foreslå å starte nederst på lista, med utbygging av et helsetjenestetilbud i vanlig forstand, og samtidig bygge på lokal deltagelse og aktivt engasjement. Starten ble i stedet landsbymøter og utnevning av lokale vannkomiteer, samt utvelgelse av en lokal representant for opplæring i motivering så vel som videre kartlegging av situasjonen gjennom husbesøk. Vannkomiteene kartla vannkilder, diskuterte hvor mye midler og frivillig innsats landsbyen kunne mobilisere for drikkevannsprosjekter og hvor vannpostene skulle være i forhold til landsbyens hus. De diskuterte også vedlikeholdsproblemer og hvordan en kunne sikre langsiktig funksjon av et sårbart nett av vannledninger nedover fjellsidene.

Den lokal "helsearbeider" ble bindeledd mellom landsbyene og misjonens helseprogram, og fikk etter hvert også enkel utdanning i husdyrsykdommer og hvordan de 5 viktigste av disse kunne diagnostiseres og behandles.

Husdyra representerte i dette området en livsviktig resurs, i mange tilfelle eneste inntektsmulighet. Sykdom og dødsfall blandt dyra fikk dramatiske konsekvenser for landsbyfamilien som allerede levde på eksistensminimum; behandling av husdyrsykdommer ble derfor høyere prioritert enn sykdommer blandt befolkningen selv.

Ettersom vannprosjektene tok form og befolkningen fikk tro på at det nytter å arbeide sammen, ble nye utfordringer presentert. En helsepost ble bygget opp på dugnad og en lokal trygdeordning med en fast sum i året pr. familieenheter ble vedtatt av den lokale helsekomite, for å supplere den regulære statlige medisinforsyningen som erfaringsvis dekker bare et tremåneders behov. Gjennom helsekomiteen får landsbybefolkningen økende forståelse for hvilken nytte landsbyen kan ha av helsearbeiderne, og de får også innsikt i problemer omkring rettferdig distribusjon og best mulig utnyttelse av et knapt helsebudsjett.

Uformell evaluering av aktivitetene i dette området kan finne uttrykk i spontane meldinger fra landsbyene:

"Tidligere måtte vi tilbringe 4 timer pr. dag med å bære vann. Ingen familie i områdene omkring ville la datteren sin gifte seg med våre sønner! Nå har vi fått vann, og vi får tilbud om koner til sønnene våre fra vidt omkring! Boflene

blir feitere og kvinnene våre får tid til å stelle rundt husene!"

Eller: "Vi har hørt om trygdeordningen i nabolandsbyen. Det er noe vi også vil prøve - kan dere komme og hjelpe oss å få det i gang?"

Slik begynner snøballen av egeninitiativ og håp om at det nytter å rulle. En utfordring til misjonen blir å finne veier til at slikt lokalt initiativ også kan støtte de mer formelle, strukturerte statlige helseprogrammer.

Noen har stilt spørsmål om det er mulig å få til lokalt initiativ og aktiv deltagelse uten at en har begynt å etablere seg i området, f.eks. med mer kurativ virksomhet, for dermed å bygge opp tillit og kontakt.

Erfaringen i Nepal tilsier at det nytter å begynne på bar bakke dersom en har et team av motiverte helsearbeidere og tid nok til å lytte og vise at en er interessert i landsbyens problemer. En kurativ institusjon kan nok være springbrett, men uten de rette holdninger, vil den samme institusjonen også kunne representere en hindring i det den tar mye av tid, personell og andre ressurser og vil også ofte i sin tradisjonelle form bidra til fremmedgjøring for en prosess av økt egenansvar og læring, og at helse spørsmål angår oss alle.

Viktig i en slik oppbygningsprosess er å klargjøre alternativer og øke innsikten i konsekvensen av de forskjellige valg. Mange motiveringsprogrammer har fått initial interesse, for deretter å strande på forventningene om at lokalbefolkningen tidlig skal overta alt ansvar og alt initiativ. Dette er en læringsprosess, der utfordringen til de profesjonelle blir å kanalisere relevant kunnskap og hjelpe til med å stille de rette spørsmål. Dette er ingen lav-kvalitets profesjonell oppgave. Det stiller krav til høy faglig dyktighet, engasjement og innsikt, og til å gjøre nye faglige landevinninger tilgjengelig for den enkelte i målgruppen.

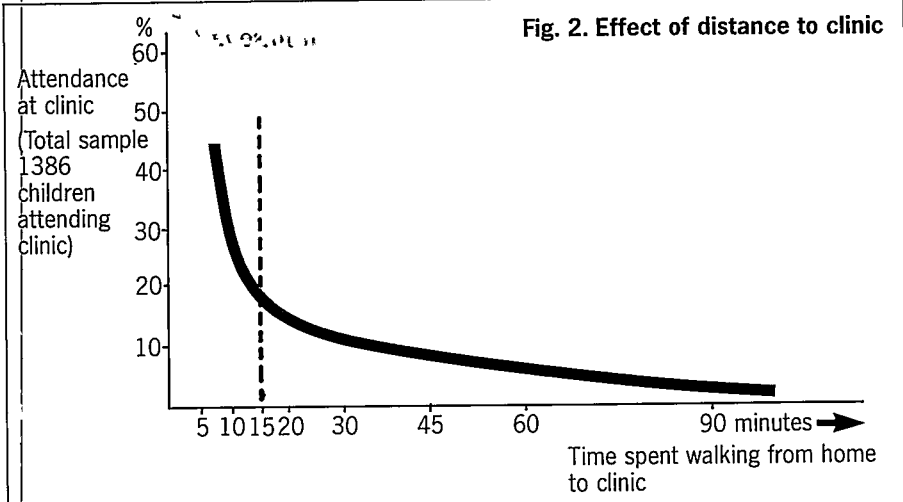
b) Samarbeid med statlige helsemyndigheter

Forutsetningen for samarbeid er pekt på i et tidligere avsnitt. Vesentlig her er en villighet til å godta en økonomisk ramme for misjonshelsetjenesten som er sammenlignbar med den økonomiske rammen som statlig helstjeneste er bundet av.

På samme måte må det være en åpenhet for problemstillingene som statlige helseprogrammer må arbeide med og samtidig en gjennomtenkning av hvordan misjonens helstjeneste best kan supplere og styrke statlige initiativ.

Initiativet til samarbeid i Nepal er i stor grad tatt av misjonen selv, som i stigende grad opplever at å arbeide i isolasjon innenfor misjonens egne strukturer nok gir mulighet for effektiv omsorg, men gjør erfaringene som vinnes og programmene som utvikles vanskelig å integrere inn i den lokale sammenheng.

Misjonen har forskjellige samarbeids-



beidsformer med statlige programmer. Det kan være en enkel koordinering av initiativ for å unngå overlapp og samtidig gi mulighet for utveksling av erfaring i lokalsituasjonen. En annen og mer utfordrende samarbeidsform er fellesprogrammer og felles styringsstruktur. Dette er prøvet av misjonen i enkelte sammenhenger og har vist seg fruktbart om enn også problematisk i det en beveger seg over i en mer byråkratisk styringsform og mister noe av fleksibiliteten hos en privat organisasjon.

Samtidig vil en slik få utvidet mulighet for felles læring og økt mulighet til å la erfaringene som gjøres få nasjonal relevans og betydning.

Overføring av misjonsprogrammer til total statlig styring er en tredje samarbeidsform som i noen sammenhenger er hensiktsmessig. En slik overføring må nøye planlegges og det viktige tidspunkt må søkes for å sikre kontinuitet på lokalnivå og samkjøring av strategier og arbeidsformer med betydelig lokalt initiativ.

Et forsøk på forsering av en slik overføring ble gjort i et av prosjektmrådene som er beskrevet ovenfor, der lokale helsekomiteer hadde etablert egne trykdeordninger og hadde deltatt i oppbygging av sitt eget helseprogram. Da helseposten skulle integreres i det nasjonale system vedtok helsekomiteen å si nei takk, ut fra opplevelsen av at programmet var deres eget og de ville ikke miste muligheten til lokal styring og kontroll.

4. Utfordringer til videre forskning og læring.

Finansiering av primærhelsetjeneste og assistanse utenfra

Slagordet "hjelp til selvhjelp", og ønsket om avgrensning av finansiell assistanse fra internasjonale kilder i tid, har ført til et press mot selvfinansiering, også av primærhelsetjeneste-programmer i land med svak sosio-økonomisk bakgrunn. Helsetjenester er kostbart, og selv enkelt vedlikehold av programmer på primærnivå betyr betydelige summer. Forsøk på selvfinansiering i form av betaling for tjenester har generelt ført til en profilering henimot de ressurssterke og dermed passiv uteluk-

kelse av de svake, og en prioritering av det kurative framfor det motiverende og forebyggende. Både bilateral og multilateral bistand prioriterer investeringsstøtte framfor driftsstøtte, og kan derfor bety en drivkraft mot investering utover det en kan makte å vedlikeholde. Dette er et problem også for misjonshelsetjenesten.

Videre studier av finansieringsformer og utnyttelse av lokale ressurser blir mer og mer nødvendig. En økende forståelse av behovet for global ressursutjevning og rettferdighet må bidra til ny gjennomtenkning av nåværende begrensninger i bistand til langsiktig drift.

Tilgjengelighet og dekning av tjenester

Til tross for en struktur som i prinsippet skulle gjøre helsetjenester tilgjengelig for alle, er fortsatt utnyttelsen av slike tjenester og dekning av reelle behov foruroligende lav i mange områder. Det kan ha med tillit og kontinuitet å gjøre, men også med en rekke andre samspillende faktorer slik som tradisjonell forståelse av helse og sykdom, prioritering av tid i et samfunn på eksistensminimum osv.

Utenfor tettbygde strøk er det grenser for hvor nært helsetilbudene kan legges til det enkelte hjem. En undersøkelse i forbindelse med enkle mor-og-barn-klinikker i et område med rimelig kommunikasjon viste at klinikken kun var et reelt tilbud til mødre som bodde innenfor en gangdistanse på 15 minutter. (Figur 2.) Dette var en klinikktype der det først og fremst foregikk forebyggende og motiverende aktiviteter og enkel behandling. En ville forvente at aktuelt område som kan betjenes av en mer kurativ orientert klinikk vil være noe større, og et distriktssykehus i Nepal kan ha meningsfylt innflytelse på helsetilstanden hos en befolkning i en radius på opp til 7-8 timer.

Videre innsikt og læring er nødvendig i hvordan en motiverer lokalbefolkningen til riktig bruk av tjenester, og faktorer som hindrer utnyttelse av allerede eksisterende tilbud.

Forholdet mellom primærhelsetjenesten og basesykehuset

Liksom det er enighet om nødvendig-

heten av å prioritere primærhelsetjenesten, er det også en stigende forståelse for betydningen av et basesykehus for å styrke primærhelsetjenesten i dens rolle.

På den andre siden synes det vesentlig å vurdere basesykehuset i lys av primærhelsetjenestens behov, heller enn å se det som en uavhengig enhet med sine innebygde krefter for ekspansjon og vekst og forbruk av ressurser på bekostning av de lavere omsorgsnivåer. Økende innsikt er nødvendig i dette forholdet, og instrumenter for vurdering av interaksjon og effektivitet som basesykehus bør utvikles.

Evalueringsprogrammer

Evalueringsprogrammer har hittil vært søkt basert på indikatorer for helse som er målbare og håndterbare, slik som sykkelighet og dødelighet, ernæringsstilstand og bruk av tjenester.

De mer myke verdier som har sammenheng med lokal læring, holdningssending og aktiv deltagelse har det vært vanskeligere å finne meningsfylte indikatorer for. Metodikk har også ofte vært ressurskrevende i form av detaljerte "base line surveys" og tilsvarende oppfølging med store krav til presisjon og til sammenstilling av data.

Dette har igjen ofte ført til en fremmedgjøring av brukergrupper til evaluering, planlegging og oppfølging av deres eget helseprogram, og dermed gjort lokal læring og styring i dette vanskelig.

"Participatory research/evaluation" er nye begreper som har begynt å finne gjenklang i internasjonal sammenheng. Mye er igjen å lære på dette området, der ikke minst misjonshelseprogrammer med langtids tilstedeværelse og nærhet til lokalbefolkningen vil kunne spille en betydelig rolle.

Referanser

R. Thapa, Dixit & Smith: Primary Health Care in the Nepalese Context. Journal of the Institute of Medicine. Vol. 1, No. 1, February 1979.

Report of Workshop on Strengthening Community Participation in Health through the Community Leader Program. HMG/N Ministry of Health, ICHSDP, Kathmandu, July 1982.

Long term Plan for Participation in Health Care, United Mission to Nepal. Kathmandu, Oct 1982.

Författarpresentation:

Sigrun Møgedal arbeidet fra 1970 fram til 1983 som lege i Nepal for misjonsorganisasjonen UMN innen samfunnsmedisin, helseadministrasjon og planlegging; de senere år også som leder av UMN's helsearbeid. Har deltatt i Svensk Misjonsråd's arbeidsgruppe for prioritering og evaluering av misjonshelsetjeneste fra våren 1983. Har også hatt oppdrag for NORAD og USAID i forbindelse med helseprosjekter i Asia, og er fra høsten 1983 ansatt i Kirkens Nødhjelp.*

*Postadress: Box 12, N-1375, Høen, Norge.

Malnutrition i Tanzania – ett social-pediatriiskt problem

BO BALLDIN

Malnutrition är en starkt bidragande orsak till den höga barnadödligheten i många u-länder bland annat i Tanzania. Socioekonomiska faktorer är de viktigaste orsakerna till malnutrition vars symptom är medicinska. Enbart ökad insikt och kunskap hos den drabbade familjen räcker vanligen inte till för att förändra missförhållandena. Förändringarna måste initieras i det samhälle där familjen lever eftersom orsakerna finns där. Realistiska åtgärder anpassade efter lokala förhållanden och accepterade av befolkningen är en förutsättning. Samtidig tillgång till MVC och BVC är också nödvändigt.

Nyckelord: Malnutrition, u-land, MVC, BVC, socioekonomiska faktorer.

Bakgrundfaktorer

Vid arbete med pediatrik i u-land måste man ta hänsyn till följande faktorer:

1. Barnen utgör cirka 50 procent av befolkningen. Medräknas även kvinnor i fertil ålder utgörs 70 procent av befolkningen av individer, som kan bli föremål för mödra- och barnhälsovård.
2. Befolkningsökningen är stor, 3,3–4 procent per år.
3. Dödligheten bland barnen är stor. Omkring 20–25 procent av barnen är döda innan de når fem års ålder. Dödsorsaker är huvudsakligen infektioner, som i i-länder ytterst sällan leder till döden. Malnutrition hos u-landsbarnen är den främsta orsaken till skillnaden.
4. Hälsoproblem har relativt låg prioritet vid planering av landets budget. I Tanzania avsätts cirka 50 kronor per år och invånare för all hälso- och sjukvård. Motsvarande siffra i Sverige var 1980 5.560 kronor, nu ännu högre.

Det är ytterst viktigt, att dessa faktorer noga beaktas, då det gäller att prioritera olika arbetsuppgifter.

Erfarenheterna redovisade i artikeln bygger på författarens arbete i Moshi, Tanzania, under sex arbetsår under perioden 1970–1979 vid Kilimanjaro Christian Medical Centre. Detta är ett remiss- och undervisningssjukhus, som öppnades 1971. Utbildning ges till en

rad olika kategorier vårdpersonal. Upptagningsområdet för remissfall omfattar cirka 6 miljoner invånare.

Området runt Kilimanjaro är mycket tätbefolkat. Enligt 1978 års folkräkning bodde där cirka 900.000 människor, som till 85 procent utgjordes av det efter tanzanianska förhållanden välutbildade chaggafolket. På grund av den snabba folkökningen, 3,9 procent årlig tillväxt, har inte alla människor längre möjlighet att livnära sig i området utan måste flytta till andra delar av landet. Kilimanjaro är en vulkan och marken är därför mycket bördig. Kaffe, majs, bananer och grönsaker odlas på små jordlotter.

Kor, getter och höns förekommer som husdjur. Det finns rikligt med vatten på berget, men slätterna runt omkring kan vara torra. Flera generationer bor vanligen tillsammans i ett hus, 8–10 personer i genomsnitt. Kvinnorna har huvudansvaret för matlagningen i familjen och arbetar hårt såväl i som utanför hemmet. Passning av småbarnen sker då vanligen av de något äldre barnen.

Trots till synes gynnsammare yttre förutsättningar för god hälsa är malnutrition vanlig bland barnen. Enligt officiell statistik lider minst 15 procent av barnen av detta.

Klassifikation av malnutrition

Malnutrition kan klassificeras på många olika sätt. Vanligen jämför man den aktuella kroppsvikten med den förväntade enligt åldern samt ser på förekomsten av ödem. Waterlow föreslog 1972 att man skulle jämföra vikten med längden och använda termerna *stunting*, kortvuxenhet – för kort längd för åldern och *wasting*, avmagring – låg vikt i förhållande till aktuella längden. Bland de äldre barnen i u-länder finns många med för låg vikt i förhållande till sin ålder, men grundorsaken är kortvuxenhet, som oftast är ett tecken på genomgången malnutrition.

Behandling av malnutrition

Behandlingen av malnutrition kan indelas i tre faser (2): den akuta fasen, konvalescentvården och rehabiliteringen i hemmiljö.

1. Akut fas.

Vid den akuta fasen gäller det att få barnet att överleva. Många barn kommer av olika skäl mycket sent till sjukhuset och av barnen med de svårare

formerna av malnutrition kan upp till 40 procent avlida trots insatt behandling.

2. Konvalescentvård

Efter cirka en vecka har barnets tillstånd vanligen förbättrats, eventuella infektioner har kommit under kontroll, diarréerna upphört, aptiten återkommit och apatin vänts i en försiktig avvaktande nyfikenhet på omgivningen. Konvalescensperioden därefter används till att genom tillräckligt födointag få upp barnets vikt, varvid samtidigt immunförsvaret förbättras, samt för stimulering av barnets psykosociala funktioner. Denna del av behandlingen bör av många skäl inte ske på sjukhus, där nya infektioner lätt kan tillstå och där vårdkostnaden är hög. Man bör dessutom sträva efter att aktivera modern i stället för att låta henne passivt sitta på sjukhuset i tron att malnutrition är en sjukdom, som skall botas med injektioner, blodtransfusioner etc. Denna konvalescentvård ges ibland på speciell nutritionsrehabiliteringsenhet. Intill KCMC byggdes en sådan enhet, NURU, vilket på kiswahili betyder ljus. Verksamheten har tidigare beskrivits i Läkartidningen (3). I korthet kan dock följande nämnas om principerna för denna typ av konvalescentvård av malnutrition:

– Inga onödiga mediciner ges. Mödrarna "botar" själva sina barn genom att tillaga och ge dem mat, som är balanserad i sin sammansättning, tillräcklig i mängd och fördelad under dygnet på ett flertal mål. Personal hjälper mödrarna med tillagningen av detta.

– Daglig undervisning ges i ett flertal ämnen, som rör nutrition, hygien, sjukdomar, betydelsen av regelbundna MVC- och BVC-besök etc. Även praktisk undervisning i trädgårdsskötsel, förvaring av föda, smådjursuppfödning, hantverk och liknande förekommer.

– Grundlig genomgång görs av de tänkbara orsakerna till malnutrition i det aktuella fallet och möjliga åtgärder för att kunna ändra situationen till det bättre diskuteras. Denna arbetsuppgift åvilar speciellt studenterna. Efter cirka tre veckor åker de flesta barn hem, vanligen i gott skick. Fördelarna med en nutritionsrehabiliteringsenhet är många, men det finns även en del nackdelar. En del mödrar tillåts inte vara borta från sitt hem för en vistelse på NURU. Många mödrar uppfattar det som ett socialt stigmata att sändas till

NURU. De känner sig stämplade som inkapabla att sköta sina barn och vill inte lämna barnavdelningen, där de "legitimt" sjuka barnen vårdas. Dessutom är det ganska arbetsamt på NURU med arbete och lektioner hela dagarna.

Isamband med hemskrivningen från NURU meddelas byledare om att mor och barn har vårdats på NURU och att de behöver stöd från byn för en fortsatt rehabilitering.

Hur bestående var de framsteg, som hade uppnåtts under vistelsen på NURU? Hembesök gjordes efter en tid och visade inte på bestående förbättringar i någon större utsträckning. Av 323 barn (4) som efterundersöktes, var 5 procent döda och endast en tredjedel i gott allmäntillstånd. Man fann vid utfrågning att hälften av mödrarna inte hade besökt BVC vid något tillfälle efter hemkomsten, trots att undervisning hade givits till dem om detta. Orsakerna var inte brist på kunskaper utan var som regel av praktisk natur, till exempel brist på busspengar, avsaknad av kläder till barnen, förbud från mannen att besöka BVC etc. Den teoretiska kunskapen mödrarna hade förvärvat på NURU föreföll de ha kvar. Kunskaper är alltså inte nog för att förebygga malnutrition.

Orsaker till malnutrition i Kilimanjaroområdet

Vilka är då orsakerna till malnutrition hos barn, som bor på sluttningarna av Kilimanjaro? Vulkanjorden är mycket

bördig och nästan varje kvadratmeter, som ej är bebyggd, är uppodlad.

Under ledning av Marja-Liisa Swantz (5) gjordes en detaljerad fältstudie av de första 42 NURU-familjerna ute i deras hembyar. Studenter, själva uppvuxna i byn, undersökte skillnaderna i socio-ekonomiska villkor mellan NURU-familjer och deras grannfamiljer, som inte hade malnutrierade barn. De faktorer som visade sig vara speciellt åtskiljande, var:

1) Tillgången på land att odla på, 2) Förekomsten av husdjur (animalt protein), 3) Bostadsstandarden, 4) Skolutbildningen, 5) Förekomst av alkoholism, 6) Sjukdom eller dödsfall hos föräldrarna, 7) Förekomst av ekonomiskt stöd från mannen, 8) Graviditetsintervall, 9) Utövande av "vidskepelse, häxkonster" etc.

Andra bidragande faktorer återfanns i familjestrukturen med ojämn fördelning av mat mellan man, kvinna och barn, synen på kvinnans roll etc.

Utredarna sammanfattar: Malnutrition inträffar oftast hos familjer, som lever på gränsen till fattigdom och som därför är sårbara och benägna att hamna under gränslinjen närhelst balansen i deras ekonomi rubbas. Nutritionsrehabiliteringsprogram, som inte integreras med den allmänna planeringen för förbättrat jordbruk och förbättrade ekonomiska villkor för folket, kan inte bli effektiva.

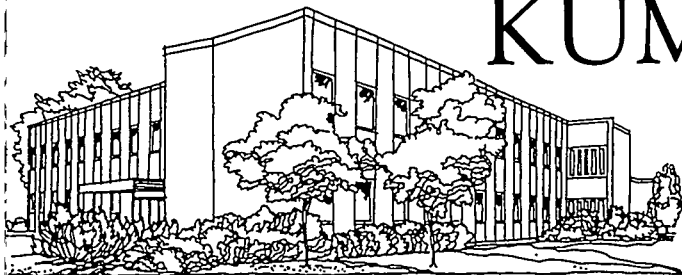
3. Rehabilitering i hemmiljö.

Den slutliga rehabiliteringen av barnfamiljer med malnutrierade barn mås-

te ske där orsaken till malnutritionen finns, det vill säga i hemmiljön. Efter-som den viktigaste underliggande orsaken är fattigdom och därmed följande oförmåga att uppföda barnen adekvat, snarare än bristande kunskap, fordras stöd från andra personer utanför familjen. Socialvård i vår bemärkelse existerar inte. Människorna måste själva klara av problem som uppstår. För detta fordras information till byledare och andra i ansvarig ställning. Det är till exempel absolut ingen självklarhet att det råder ett samband mellan nutrition och hälsa. Många uppfattar mat som något som finns för att stilla hungern. Det är därför viktigt med utbildning av byledare i ämnen av delvis samma typ som ges till mödrarna på NURU. Nödvändigheten av att gravida kvinnor och barn regelbundet besöker MVC och BVC måste särskilt framhållas. Dessutom måste byledare ges tillfälle att diskutera andra faktorer av betydelse för malnutrition, till exempel möjligheten att mildra alkoholismens negativa inverkan på familjeekonomin, möjligheten att förbättra vattenförsörjningen i byn m.m.

Från NURU anordnade vi flera sådana seminarier för byledare från mer än hundra olika byar på Kilimanjaro. Deltagarna visade stort intresse för informationen och deltog livligt i gruppdiskussionerna, som utmynnade i en mötesresolution. En sammanfattning av de punkter, som man enades om att försöka genomföra för att minska mal-

2 DISTRIKTSLÄKARE TILL KUMLA



Varför välja Kumla?

Kumla vårdcentral är en fristående och välutrustad vårdcentral med sjukhem, dagvård, sjukgymnastik, kura-tor samt en hemsjukvård under utbyggnad.

Från Kumla är det bara två mil till regionsjukhuset i Örebro – lagom avstånd för att få arbeta självständigt men samtidigt ha nära tillgång till specialistkliniker och konsultbesök.

Kumla ligger "mitt i Sverige" med goda kommunikationer åt alla håll. Det är nära till länsmetropolen Örebro och till fina fritidsområden.

Kumla har den medelstora ortens fördelar med nära och personligt samarbete med olika lokala myndigheter, ett differentierat näringsliv och länets lägsta skatt.

För ytterligare information om tjänsterna och Kumla, kontakta Blockchef Sigvard Avander, allm. läkarmottagning-en, Karlskoga lasarett, på telefonnummer 0586-364 00, eller Distriktsöverläkare Börje Lindgren, Kumla vård-central, på telefonnummer 019-709 20.

Ansökan ställd till Personalavdelningen, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro, ska vara oss tillhanda senast den 4 okt 1984.



ÖREBRO LÄNS LANDSTING

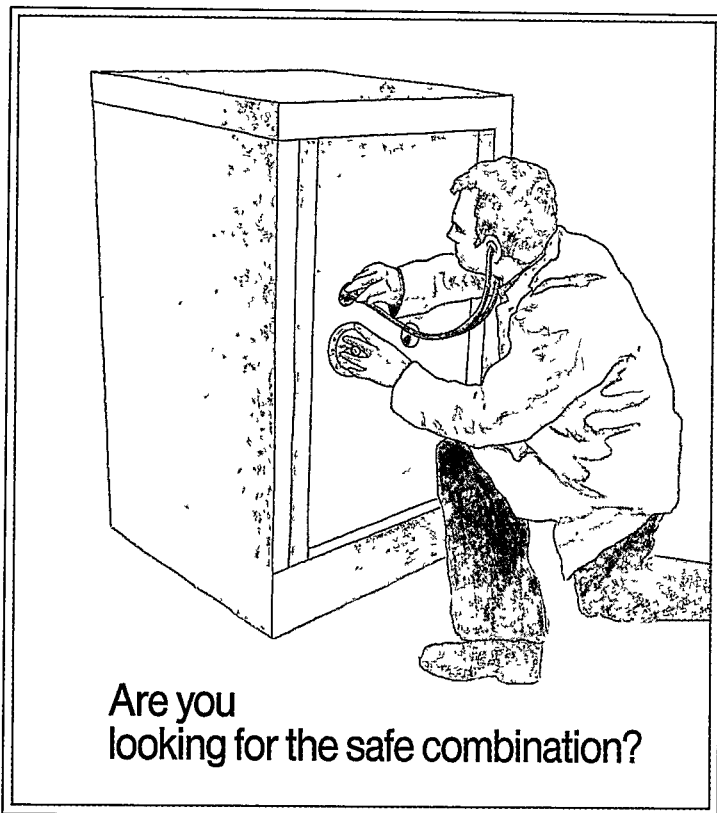
Vid vårdcentralen i Kumla finns sex distriktsläkartjänster samt AT- och Fv-läkare. En av tjänsterna innehas av chefen för vårdcentralen, som går i pension den 1 december 1984. Vi ledigförklarar nu tjänster för 2 distriktsläkare i allmänmedicin, varav den ena som vårdcentralchef från den 1 december 1984. Tjänsterna omfattar 40 timmar/vecka. Jourttjänstgöring 1-2 vardagsnätter i månaden fullgörs vid jourcentralen i Hallsberg (cirka 1 mil från Kumla). Lön utgår enligt avtal. I arbetsuppgifterna ligger alla primärvårdens uppgifter, bl a tjänstgöring vid barnavårdscentral, mödravårdscentral och ett sjukhem.

Primärvården prioriteras i Örebro län. Det har bl a inneburit att landstingets vårdcentraler och sjukhem fått en genomgripande upprustning. Landstinget arrangerar också regelbundet fortbildning för primärvårdspersonalen. Fortbildningen genomförs företrädesvis vid region-sjukhuset i Örebro, cirka 2 mil från Kumla, vars resurser också står till förfogande för vårdcentralerna.

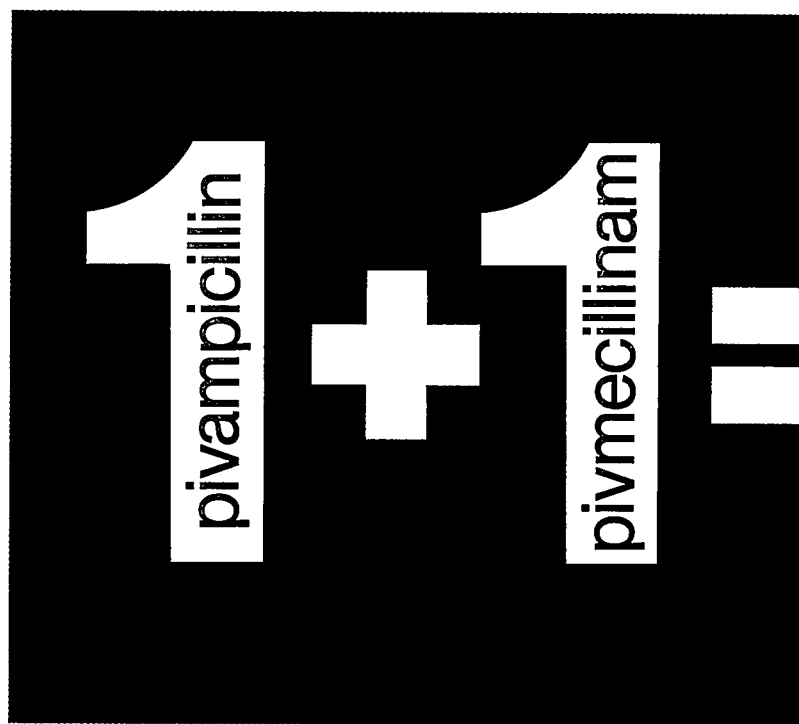
®

Alisaxid

pivmecillinam + pivampicillin

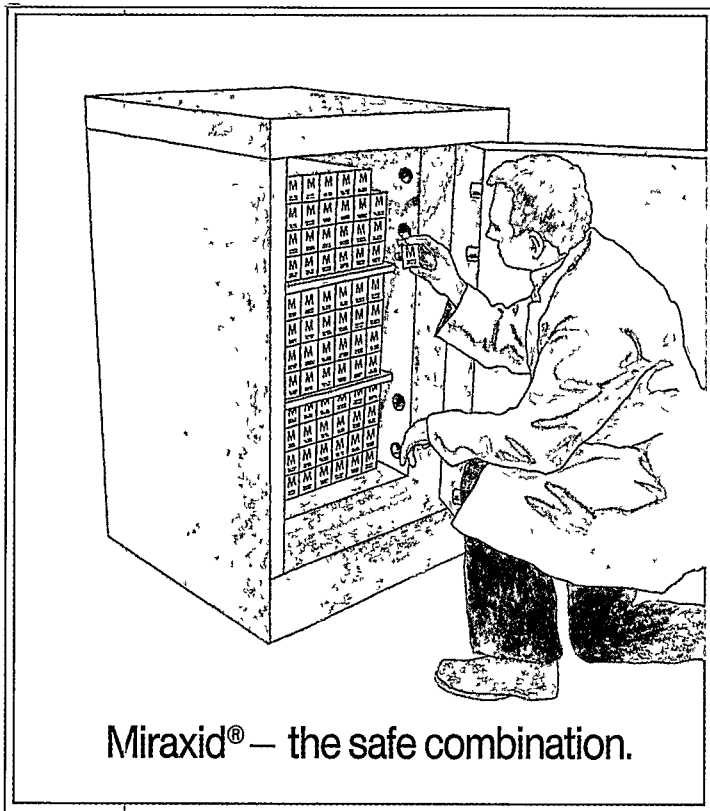


Are you
looking for the safe combination?



— penicillinkombinationen

**Snabbare baktericid effekt
Kompletterande antibakteriella spektra**



Miraxid® Tabletter

R

Pivmecillinam + pivampicillin

Grupp 7B 4020

Deklaration. 1 tablett MIRAXID innehåller: Pivmecillinam, hydrochlorid, 200 mg pivampicillin, 250 mg, constit. q.s.

1 tablett MIRAXID MITE innehåller: Pivmecillinam, hydrochlorid, 100 mg, pivampicillin, 125 mg, constit. q.s.

Egenskaper. MIRAXID är ett antibakteriellt medel som består av två penicillinestrar, pivmecillinam och pivampicillin, som vid absorption från mag- tarmkanalen hydrolyseras till antibakteriellt aktivt mecillinam och ampicillin. Båda dessa penicilliner har baktericid verkan genom att hämma bakteriernas cellväggssyntes, men angreppspunkterna är olika.

Kombinationen pivmecillinam och pivampicillin har en snabbare baktericid verkan än enkelkomponenterna och medför minskad risk för resistensutveckling. MIRAXID förenar mecillinams höga aktivitet mot gramnegativa stavar med ampicillins höga aktivitet mot gramnegativa kocker och grampositiva bakterier och har således ett brett antibakteriellt spektrum med effekt mot blå streptokocker inklusive *Streptococcus faecalis* (enterokocker), *Staphylococcus saprophyticus*, icke β -laktamasproducerande stammar av *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Salmonella*, *Shigella* och *Yersinia*. Vidare erhålles ofta synergistisk effekt mot bakterier inom släktet *Enterobacteriaceae* och mot *Haemophilus influenzae*.

Penicillinasproducerande stafylokocker, β -laktamasproducerande gramnegativa bakterier, *Pseudomonas* samt *Bacteroides fragilis* är resistent. MIRAXID absorberas nästan fullständigt från magtarmkanalen. Efter intag av 1 tablett MIRAXID uppnås efter ca 1 timme maximala serumkoncentrationer på ca 3 μ g/ml mecillinam respektive ca 8 μ g/ml ampicillin. Plasmahalveringstiden är för båda substanserna ca 1 timme. Proteinbindningsgraden är 5–10% för mecillinam och 15–20% för ampicillin.

Substanserna elimineras framför allt renalt. Inom loppet av 6 timmar utskiljes i urinen i aktiv form 40–50% av administrerad dos mecillinam respektive 70–80% av ampicillin, varför höga urinkoncentrationer uppnås. Vid nedsatt njurfunktion är eliminationen fördröjd. Vid ett kreatininclearance av 30 ml/min är plasmahalveringstiden 3–4 timmar. Vid hemodialys är halveringstiden för ampicillin och mecillinam ca 2 timmar. Då MIRAXID liksom andra penicilliner har mycket låg toxicitet, är dosreduktion normalt ej nödvändig vid nedsatt njurfunktion.

Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för MIRAXID, tex övre urinvägsinfektioner och komplicerade nedre urinvägsinfektioner.

Kontraindikationer. Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [A].

Mecillinam passerar ej över i modersmjölk. Ampicillin passerar över i modersmjölk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar. Allergiska reaktioner i form av exantem och urtikaria förekommer i samma frekvens som vid behandling med ampicillin- och amoxicillinpreparat. Anafylaktiska reaktioner kan förväntas förekomma i samma låga frekvens som vid annan peroral penicillinbehandling. Illamående och lätta gastrointestinala besvär kan förekomma. Diarré är sällsynt.

Dosering. MIRAXID kan tas oberoende av födointag, utan att absorptionen påverkas.

Vuxna: 1 tablett MIRAXID 3 gånger dagligen.

Barn 5–10 år: 1 tablett MIRAXID MITE 3 gånger dagligen.

Barn > 10 år: 2 tabletter MIRAXID MITE eller 1 tablett MIRAXID 3 gånger dagligen. Vid komplicerade infektioner ges dubbel dos. Tabletterna skall intagas med minst ½ glas vätska.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [A] grupp 7B 05 Penicilliner.

Förpackningar. MIRAXID: Tabletter (vita, runda, tvåskiktade, filmdragerade). 30 st, 100 st.

MIRAXID MITE: Tabletter (vita, runda, tvåskiktade filmdragerade). 30 st, 100 st.



Lövens Läkemedel
Box 404 20124 Malmö

med synergistisk effekt

Minskad risk för resistensutveckling Låg toxicitet liksom andra penicilliner

nutritionen, framgår av tabell 1. Resolutionen visar på god kunskap om faktorer av betydelse och på bra lösningsförslag, som inte fordrar större ekonomiska resurser. En uppföljning av seminariet några månader senare visade dock inte på förekomsten av någon större aktivitet att försöka förverkliga förslagen.

Samma resultat som vid eftersökning av NURU-mammorna kan anas. Kunskap enbart är inte tillräckligt, men den är naturligtvis en första förutsättning för att över huvud taget kunna arbeta i rätt riktning.

Befolkningens medansvar i hälsovården

Dumas, en fransk afrikaexpert, sammanfattade detta problem (6): Your policies are good, but your implementation is poor, det vill säga era planer är bra, men förverkligandet dåligt. Man får dock inte glömma att det för 20 år sedan knappast fanns någon liknande policy beträffande malnutrition. Den förebyggande barnhälsovården i form av "under-five-clinics" utvecklades under 1960-talet. Tidigare var kurativ vård, ofta i sent skede av sjukdomen, helt dominerande.

MCH (Maternal and Child Health)-verksamheten i Tanzania har successivt byggts ut och är som regel integrerad med kurativ verksamhet (7). Här kan malnutrition påvisas på ett tidigt stadium och åtgärder initieras.

Förutsättningarna för att nå resultat i bekämpandet av malnutrition förefaller således finnas genom ett utbyggt MCH-nät. Detta är ett stort framsteg men som framgått ovan inte tillräckligt. Hur kan man vidareutveckla arbetet? Detta kan bara tanzanianerna själva besvara. Ytterligare ett instrument finns; Tanzania är indelat i byar med egen organisation. I varje by skall finnas en hälsokommitté med speciell uppgift att handha hälsoproblem. Ett samarbete med denna är en förutsättning för att komma vidare.

WHO:s målsättning – Hälsa för alla år 2000 – skall genomföras genom utbyggnad av primärhälsovården (8), där medverkan av människorna själva – Health by the people – utgör en förutsättning. Idén är för de flesta ny och främmande – sjukvård är en service man erhåller. Att nå en sådan medverkan är inte så lätt och många planer "uppsifrån" har helt misslyckats, därför att planerna inte varit i samklang med folkets önskemål och åsikter. Planerna skall vara stödjande (supportive) och inte nertryckande (oppressive) enligt D. Werner (9). "Folket" är inte heller något enhetligt begrepp. Motsatsförhållande finns nästan alltid mellan vad som anses bra för de rikare och vad som är bra för de fattigare. Oftast vinner de rikare mest på de förbättringar som görs. Byledarna lyssnar av naturliga skäl oftare till deras synpunkter än till de fattigare, som har lägre status.

Förändringar på bynivå är därför ett drygt arbete. De medicinska insatserna

Tabell 1.

Åtgärder mot malnutrition i Kilimanjaroområdet – förslag av byledare på seminarieutbildning.

1. Utbildning.
Byledare, politiker och bybor behöver utbildning om nutrition.
2. Sociala problem och alkoholism.
Identifiera riskfamiljer, säkra en del av inkomsten direkt till mor och barn.
3. Brist på mat.
Undervisning om bästa odlingsmetoder, anskaffning av grönsaksland, undervisning om kaninuppfödning och hönsuppfödning under veterinärkontroll. Säkra tillgången på kycklingfoder.
4. Tabu och vanföreställningar.
Diskussion på bymöte.
5. MCH-aktiviteter.
Födelseregister i varje by. Familjeöverhuvud bör uppmanas till regelbundna kontrollbesök på MVC och BVC.
6. Familjeplanering.
Mer information om faran av frekventa födsler. Skyldighet att ge god utbildning till alla barnen.
7. Ökade inkomster.
Projekt för mera inkomster för kvinnor. Små hemindustrier.
8. Planering av byns produktion av föda.
Experter kan bidra med bättre planer för hela byns födoproduktion.
9. Ersättning för lantbruksprodukter.
Ansvariga myndigheter uppmanas att betala i tid för varor, som levereras till dem.

där måste främst bestå i en bedömning av behovet av olika hälsofrämjande åtgärder, information om detta till befolkningen, stöd och uppmuntran till dem i byn, som planerar förändringar som kan bidra till ökad hälsa samt regelbundna fortsatta kontakter och diskussion om fortsatta förändringar.

Dessa socialpediatriska insatser måste kombineras med en adekvat och integrerad kurativ och preventiv service, som har befolkningens förtroende (10). De viktigaste preventiva åtgärderna är familjeplanering, MVC, oral rehydrering, bröstuppfödning, vaccination och tillväxtkontroll.

Vägen till en slutlig lösning på malnutritionsproblemet är alltså lång, men det ges knappast några genvägar. Om man sänder hem ett barn, som "överlevt" den akuta fasen av malnutrition i tron att barnet därmed är "botat" ger detta kanske ett plus i sjukhusstatistiken, men visar på en skrämmande okunnighet om samspelet mellan medicinska symptom och deras socioekonomiska orsaker.

Skillnaden mellan u-land och i-land härvidlag är ibland kanske inte så stor.

Sammanfattning

1. För pediatrik i Tanzania gäller att barnen utgör cirka 50 procent av befolkningen, att cirka 20–25 procent dör före fem års ålder och att landets hälsobudget är cirka 1 procent av den svenska. Åtgärder måste därför prioriteras hårt, men både kortsiktiga och långsiktiga mål måste finnas med.
2. Malnutrition är en mycket viktig faktor bakom den höga sjukligheten och dödligheten hos barn.

3. Regelbundna hälsokontroller för gravida och barn på MCH är nödvändiga. I Tanzania är verksamheten integrerad med sjukvård, det vill säga den som söker för sjukdom passerar hälsovården.

4. Orsakerna till malnutrition är främst socioekonomiska, men symptomen medicinska. Den bakomliggande grundorsaken är fattigdom, vilket leder till inadekvat näringstillförsel. Fattigdomen är vanligen kombinerad med dålig kunskap och bristande insikt hos föräldrarna om hur förändringar skall kunna genomföras.

5. Förändringar måste initieras i det samhälle, där familjer med malnutrition lever, eftersom orsakerna finns där.

7. Byledare måste informeras om sambandet mellan såväl föda och hälsa som malnutrition och sjukdom. Sådan information för samhällsledare bör ges av kunnig medicinsk personal.

8. Åtgärder anpassade för de lokala förhållandena utarbetas av de ansvariga i byn.

9. Genomförandet är ofta besvärligt. En förutsättning är dock att realistiska åtgärdsförslag finns som befolkningen själva accepterar. Mycket arbete måste emellertid läggas ner på att försöka utreda orsakerna till svårigheterna med genomförandet av föreslagna åtgärder.

Litteraturlförteckning

1. JC Waterlow: Classification and definition of Protein-Energy Malnutrition i Nutrition in Preventive Medicine. WHO Monograph series no 62, 1976.
2. B Balldin: Handbook in Nutrition Rehabilitation NURU. KCMC. Moshi, 3 uppl. 1979.
3. B Balldin: Pediatrik vid Kilimanjaro – en fråga om prioritering. Läkartidningen 70:29, 1973.
4. B Balldin: The role of a nutrition rehabilitation centre i Pediatric Seminar, 12th postgrad. Seminar proceedings KCMC, Moshi, 1978.
5. M-L Swantz, U-S Henricson, M Zalla: Socio-Economic causes of malnutrition in Moshi District. BRALUP Research Paper no 38 University of Dar-es-Salaam. 1975.
6. Artikel i Daily News, Dar-es-Salaam 21 maj 1979.
7. RH Hart: Maternal and child health services in Tanzania. Tropical Doctor 7:4, 1977.
8. H Mahler: Primary health care: health for all and the role of the doctor. Tropical Doctor 13:4, 1983.
9. D Werner: Health care and human dignity – a subjective look at community – based rural health programmes in Latin America. Contact no 57, 1980.
10. SJ Kingma: That our Children may live. Contact no 76, 1983.

Författarpresentation:

Bo Balldin är överläkare i barnmedicin vid barnkliniken i Landskrona. Under perioden 1969–79 arbetade han under 6 år vid Kilimanjaro Christian Medical Centre, ett undervisningssjukhus i norra Tanzania, med barnsjukvård, mobil barnhälsovård och malnutritionsproblem.

Barnhälsa och landsbygdsutveckling i Guinea-Bissau

LARS SMEDMAN

Guinea-Bissau, söder om Senegal på Afrikas västkust, är ett av jordens fattigaste länder – i materiella termer. I mänskliga termer däremot är landet rikt. Där finns levande traditioner och kulturarv, men samtidigt stort intresse för nya idéer och modern utbildning. Där råder fred, stabilitet och säkerhet till liv och lem i ett mått som tyvärr är ovanligt i dagens Afrika. Där saknas exploaterande sociala relationer men det finns en fungerande politisk organisation på bynivå. Allt detta är saker som ger potential för ekonomisk och social utveckling, tycker man, men tvingas konstatera att ännu har inte mycket i den vägen syns till. Hälssituationen är också den prekär, särskilt bland barnen. Författaren, som är pediater, deltar i ett barnhälsoprojekt som ingår i landets satsning på primärvården. Projektet har utvecklat en metod för hälsoövervakning, som byggs på regelbunden vägning av barnen under fem års ålder kombinerat med dödlighetsregistrering. Enkla hälsobefrämjande åtgärder vidtas och utvärderas. En viktig målsättning är att mobilisera bysamhällets egen förmåga till problemlösning i en dialog kring den höga barnadödlighetens orsaker.

Nyckelord: Primärvård, hälsoövervakning, barn, metodik, U-land.

Området

Regionerna Cacheu och Oio utgör landets norra del och gränsar till Senegal och Atlanten. Se karta! Områdets yta är 9.900 kvadratkilometer och ligger på 12° nordlig bredd. Landskapet är låglänt med skogssavann i det inre och saltvattenstråk nära kusten och längs floderna, i vilka tidvattnet når milda inåt land. Den odlade marken finns mellan dessa båda vegetationszoner. Medeltemperaturen är 26°C med små variationer och luftfuktigheten hög hela året. Regntiden börjar i maj-juni och varar till november. Nederbörden överstiger 1.000 millimeter normala år, men några av de senaste har det regnat mindre.

Befolkning, ekonomi

De båda regionerna hade sammanlagt

291.700 innevånare 1979 (1). Majoriteten är självhushållande bönder, som lever i cirka 1.300 väsentligen traditionella byar. Produktion, tradition och levnadssätt varierar med etnisk grupp. Manjako-gruppen, som dominerar västerut, är animister, odlar mycket grönsaker och även kassava vid sidan om ris på våta fält. De skördar också oljepalmens frukter. Både män och kvinnor fiskar. Man håller kor, grisar, getter och höns. I Oio i öster är Balante den största gruppen. De är också animister med ett färgrikt arv av sånger, berättelser och drama. Deras liv är nästan en monokultur av ris, också på våta fält. Boskap och slakt fyller mest en rituell funktion. Man håller även smådjur. Mandinka-gruppen i Oio, är liksom Fula, "islamiserad", det vill säga muhammedansk med stark tillblandning av animism. Man odlar mest torr-ris, majs och millet. Fisket är obetydligt. Kvinnornas arbetsbörda i jordbruket är större än i de andra grupperna. Man håller boskap, höns etc men inte grisar. Polygami är regel i samtliga grupper. Födelsetalen är höga (40/1000) medan befolkningsökningen är liten (<2%). I den nationella folkräkningen var 16 procent barn under fem år. De unga männen i Cacheu och Oio säsongsarbetar i Senegal, något som har negativa verkningar på deras hembyars produktion där tillgången på arbetskraft, särskilt för de allra tyngsta sysslorna, är en nyckelfaktor.

SIDA stödjer ett program för landsbygdsutveckling i området. Det är en mångsidig satsning med tyngdpunkt på jordbruk – nya odlingsmetoder, gödning, utsäde, krediter till bönderna – men programmet berör också sådant som vattenförsörjning, undervisning och uppbyggandet av primärhälsovården.

Infektioner

Oio-studien 1975 (2) fann malaria-parasitemi hos 75 procent av ett urval barn mellan 2 och 9 år. Transmissionsindex (andelen barn 0–11 månader med parasitemi) var 19 procent. Detta talar för att malarian, huvudsakligen Plasmodium falciparum, är meso-endemisk. Att döma av omgivningsfaktorer borde myggorna och därmed sjukdomen snarast vara ännu mer förekommande i Cacheu-regionen. Hakmask är vanligt och svår anemi hos gravida, sannolikt av kombinationen malaria-hakmask, är en vanlig intagningsorsak på sjukhusen. Diarré förekom hos 17 procent (Cacheu) respektive 38

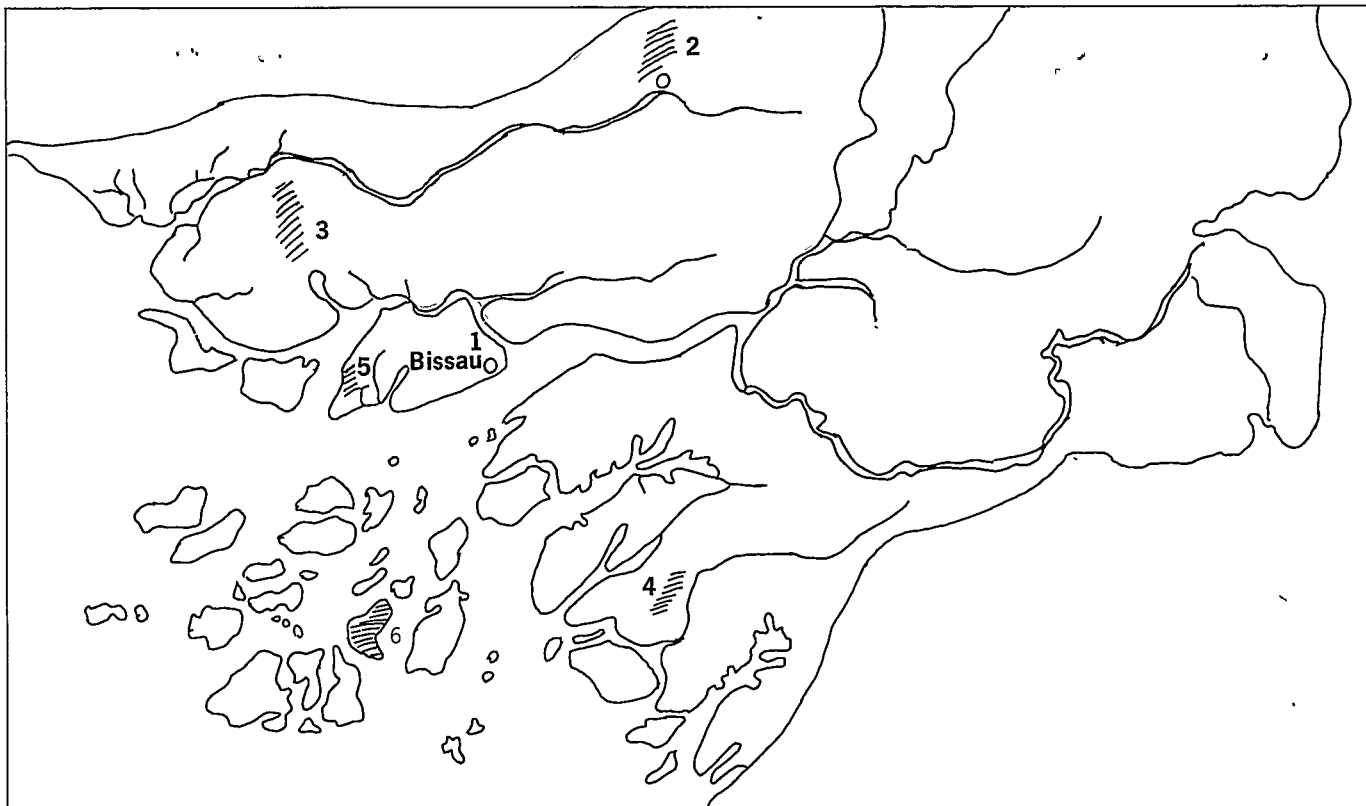
procent (Oio) av barnen 0–5 år i våra undersökningar, med en tydlig prevalenstopp omkring 1-årsåldern. Brunarna är grunda, sinner ofta och är bristfälligt skyddade från ytvatten. Mässling förekommer i epidemier i denna rätt utspridda befolkning, dödligheten är hög och komplikationer och följd-tillstånd som bland annat korneala ärr, är vanliga. 1982 förekom kikhosta hos många barn i flera byar i Oio, också denna sjukdom med hög mortalitet. Förlossningarna sker hemma och tetanus är en vanlig dödsorsak hos nyfödda. Schistosomiasis och oncocercos (flodblindhet) förekommer längst norrut i Oio. Trachom i tidiga stadier är vanligt hos barn. Immuniseringsläget är dåligt, som framgår av det ovan nämnda, men ansträngningar därvidlag har gjorts på senare år.

Nutrition

Amningsvanorna är rätt konstanta inom de etniska grupperna och figur 2 visar de typiska mönstren för amningens längd. Nappflaskor förekommer inte. I samtliga grupper föreskriver traditionen sexuell avhållsamhet under amningsperioden. Tilläggskost består i första hand av mjuk-kokt ris eller millet-gröt, ibland med tillsats av någon grönsak, olja eller någon animalisk produkt – dock aldrig ägg och bara sällan mjölkprodukter. Kosterna har hög vattenhalt och lågt energiinnehåll i förhållande till volymen och få mål ges. Figur 2 visar också åldersmönstret för introduktion av tilläggskost i de olika etniska grupperna. Manjakos ger fast föda tidigare än Mandinkas, som gärna väntar tills barnet fått sin första tand. Mango- och cajú-frukt ingår tidigt i småbarnens diet under respektive säsong. Dessa, liksom den röda palmoljan, är mycket A-vitaminrika. Cassava och sötpotatis och i högre åldrar jordnötter utgör sporadiska energitillskott mellan målen.

Sjukvården

Centralorten Canchungo i Cacheu-regionen har ett sjukhus med 100-talet sängar, operationsavdelning, förlossningsavdelning, laboratorium och röntgen. Sjukhuset i Farim i Oio är nybyggt, har förlossningsavdelning och mödravård samt laboratorium men saknar resurser för stora kirurgin. Det finns 30-talet hälsocentraler bemannade av sjukskötare. Några gör skäl för sin beteckning medan de övriga snarast fungerar på dispensär-nivå. Primärvårdsprogrammet, som är under



Figur 1.
Karta över Guinea-Bissau. Regionerna Cacheu och Oio samt de undersökta byarnas läge är markerade.

uppbbyggnad, arbetar på att etablera lokala apotek i större byar. Hittills finns ett 20-tal sådana i funktion i Chaceu och ungefär dussinet i Oio. Byborna själva uppför en enkel byggnad. Projektet utbildar en grupp hälsoarbetare (Agentes de Saúde de Base/ASB) från byn. Dessa turas om att utan ersättning dispensera klorokin, aspirin, sulfa, antiseptika och pulver för oral rehydrering mot de fem vanligaste symtomen – feber, huvudvärk, diarré, konjunktivit och hosta. Byn betalar kollektivt för läkemedelsleveranserna. ASB utbildas även för enkla preventiva uppgifter och samarbetar med sjukskötarna vid hälsocentralerna.

SAREC-projektet

Oio-studien fann hög förekomst av undernäring speciellt bland Mandinka-barnen och mortalitets-enkätens resultat talade för en barnadödlighet upp till 5 år på omkring 50 procent. Hälsoministeriet fick stöd av SAREC för en studie av barnens hälsa och nutritionstillstånd i några olika områden av Guinea-Bissau, avsedda att representera de viktigaste etniska, geografiska och ekologiska enheterna i landet. Fyra unga guineaner fick nutritionsutbildning i Portugal inför detta arbete. En tvärvetenskaplig grupp omfattande två socialantropologer, en nutritionist och en barnläkare (författaren) anställdes av SAREC och fältarbetet började i oktober -78.

Projektets syften var 1. att beskriva hälsoläget bland barnen i enkla, övergripande mått 2. att förstå ohälsa hos barn och särskilt undernäring i ett samhällsperspektiv 3. att involvera bybefolkningen i denna kunskapsprocess för att få igång självbärande lokala åtgärder för bättre barnhälsa och 4. att

utvärdera effekten av dessa åtgärder och återberätta de iakttagna resultaten till byborna själva, med sikte på en självgenererande positiv process.

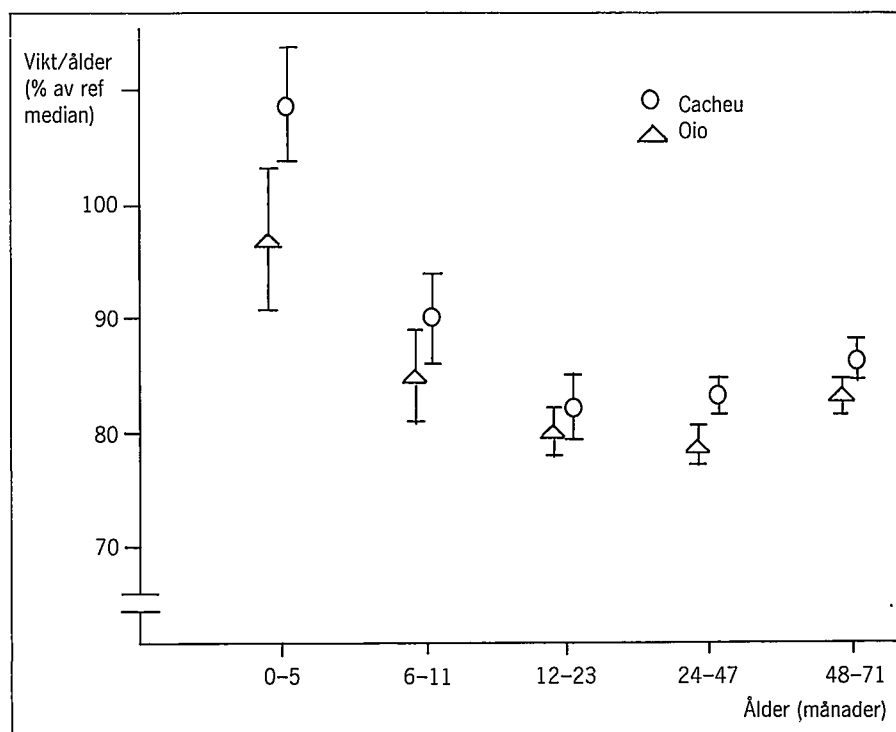
Undersökta grupper

I vardera regionen valdes fyra byar med sammanlagt ungefär 2.000 invånare, det vill säga 400 barn 0-5 år gamla och ungefär 80 födsler per år. I Cacheu innehåller detta urval bara Manjako-barn. I Oio ingår en by med Fula-befolkning och tre Mandinka-byar. Urvalskriterierna inbegrep byarnas storlek, representativitet i sociala

och ekonomiska termer och även deras belägenhet i förhållande till andra projekt som vi samarbetade med (en vuxen-skola i Cacheu och landsbygdsutvecklingsprojektet som planerades i Oio då). Vi undersökte inte Balante-gruppen i Oio men däremot i deras hjärtland, Tombali i söder. Dessutom ingick ytterligare två landsbygdsområden och ett område i Bissau i den inledande studien. (Se fig 1.)

Metoder

Arbetet inleddes med diskussioner med byns ansvariga och med allmänna



Figur 3.
Vikt för ålder ($\bar{x} \pm 0,95$) efter åldersgrupp hos barn i två områden i Guinea-Bissau.

möten där projektets syften förklarades. Så kartlades byn översiktligt, en folkräkning genomfördes bosättning för bosättning och barnen 0-5 år undersöktes. De vägdes och stående eller liggande längd mättes liksom armomfång. Mödrarna intervjuades enligt ett formulär och barnen undersöktes med avseende på ödem, mjälteförstoring, anemitecken och specifika bristsymtom. Äldrarna fastställdes med hjälp av den lokala jordbrukskalendern och kontrollerades mot biologiska kriterier. Dessa allmänna undersökningar har sedan upprepats varje halvår.

Enklare behandling ges vid behov – klorokin, kaliumpermanganat och benzylensoat, vissa råd. Vi vaccinerar mot mässling. Samma dag bearbetas resultaten preliminärt. Barn som tappat en standarddeviation i vikt/ålder sätts upp på en lista. Det understryks framför allt att de behöver fler mål dagligen. Dessa barn följs upp speciellt vid nästa besök. Beroende på hälsosituationen tas något preparerat tema upp i diskussionen med byborna – diarré och dess behandling, malaria etc. Den mobila gruppen av hälsoarbetare tar även upp bybornas egen beskrivning av hälsoproblemen i en kort rapport till sitt ministerium.

Vid varje besök registreras de gravida kvinnorna i byn. Nästa gång skaffar sig gruppen information om var och en av dessa graviditeter och även om alla de barn som undersöktes förra gången men inte denna. Så kan dödligheten i de följda dynamiska kohorterna beskrivas åldersspecifikt ända från nyföddhetsperioden med aktuarieteknik.

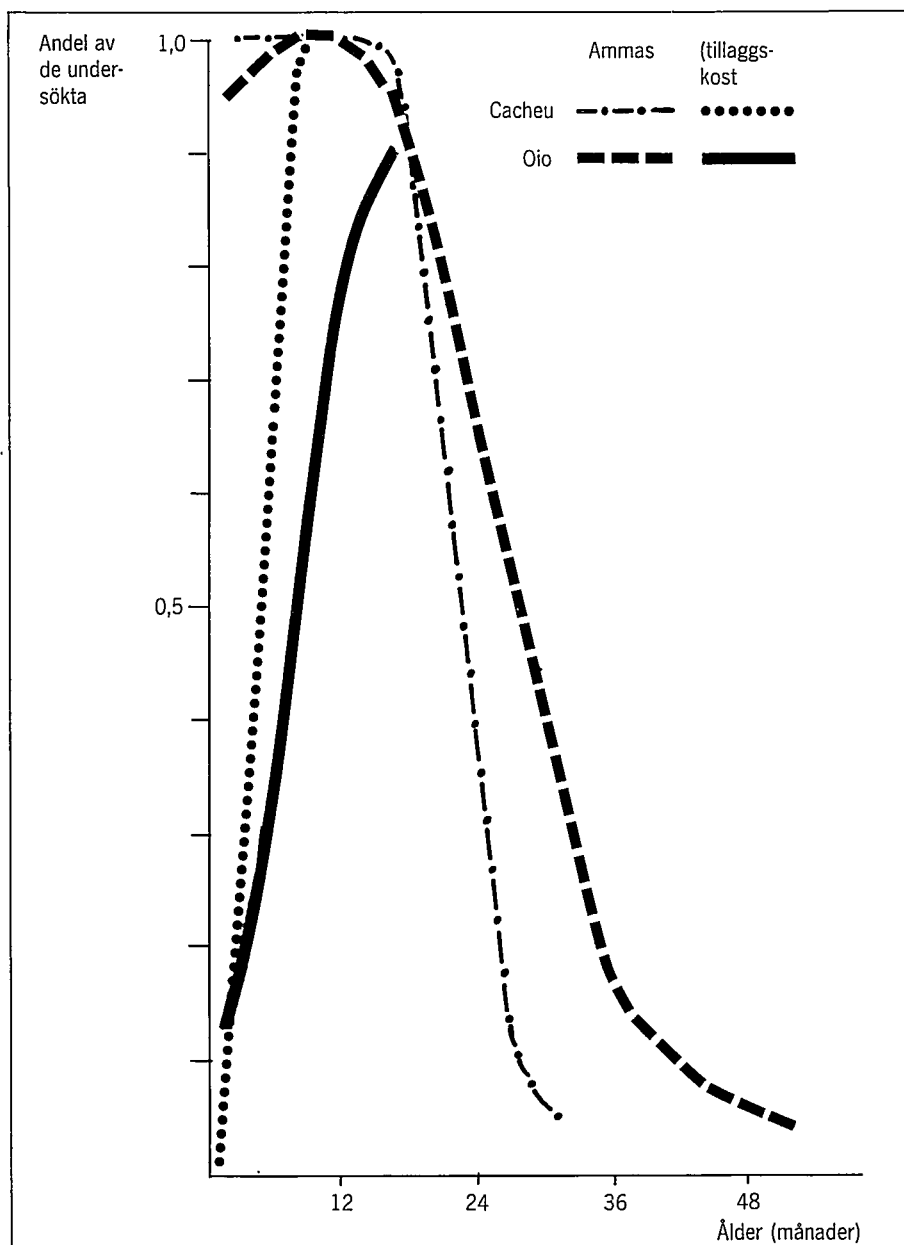
Intervjun med mödrarna är några enkla frågor om amning, tilläggskost, mässling, diarré och feber.

Resultat

Figur 3 visar vikt/ålder i procent av median-värdet i amerikanska National Center for Health Statistics (NCHS):s och WHO:s referensmaterial (3). Mandika-barnen ligger genomgående lägre än Manjakobarnen. Gemensamt är nedgången i vikt i slutet av första levnadsåret. Ett liknande åldersmönster finns även i de enskilda barnens viktökningar.

Tabellerna I och II visar fördelningen på intervall av vikt/ålder i den inledande surveyen. Under 80 procent brukar klassificeras som undernäring (underweight) och under 60 procent som marasm, om ödem inte samtidigt föreligger. I så fall talar man om kwashiorkor mellan 60 och 80 procent och om marastisk kwashiorkor under 60 procent av medianvärdet för barnets ålder.

Tio av de undersökta 486 barnen i Oio hade marasm och 2/366 i Cacheu. Vi fann två fall av ödem; ett var en flicka i Oio-samplet med vikt motsvarande 70 procent. Det andra barnet var inte undernärt. Samtliga fall av svår undernäring fann vi i Mandinkabyarna i Oio. Vi fann inga säkra fall av specifika vitaminbristtillstånd, och deras epide-



Figur 2.

Andelen barn* som ammas respektive får fast (tilläggs)kost efter ålder i två områden i Guinea-Bissau.

*Ungefärligt efter relativa frekvensen av mödrarnas ja-svar i de olika åldersgrupperna.

miologi gör det osannolikt att de förekommer enbart lindrigt och dolt.

Tabell III visar dödligheten efter åldersgrupp i de båda regionerna tillsammans. Medan livslängdstabell-tekniken gör liten skillnad mot klassiska definitioner under första levnadsåret, kan däremot siffran på dödligheten 1-4 år ("1q4") misstolkas. Den åsyftar sannolikheten att ett barn som överlevt sitt första år ska avlida under de fyra följande – om dödsriskerna alltså är de som vi iakttog i varje åldersintervall. Motsvarande siffra ur historisk svensk statistik är medtagna för jämförelse (4). De avser hela landet.

Diskussion

Den tillämpade metoden med upprepade vägning och reidentifiering/intervju ger relativt lättvindigt goda skattningar av två relevanta mått på barnens hälsa, samt också en övervakning av några nyckelfaktorer som amning och sjuklighet. Denna typ av registrering kunde lätt inkorporeras i häl-

soarbetet i de andra byarna i området. Projektets största svaghet hittills är att bara rudimentärt samarbete har kunnat utvecklas med hälsocentralernas personal och med ASB-projektet.

En annan intressant möjlighet, som har diskuterats, är samordning med landsbygdsutvecklingsprogrammet. Det vore av värde att få veta till exempel om nutritionstillståndet förbättras, eller specifika bristtillstånd uppträder, eller amningsperioden förkortas under loppet av den allmänna moderniseringsprocess som programmet säkert kommer att föra med sig. Naturligtvis borde sådana iakttagelser få påverka insatsernas utformning. Dessutom är barnhälsoparametrar intressanta utvärderingsmått på denna typ av insatser. Ökad produktion i jordbruket eller bättre tillgång på vatten är när allt kommer omkring bara medel, medan barnens överlevnad och tillväxt ryms inom det som är själva målet – ett bättre liv för folk i byarna. Och vad vore mer påtagligt än att kunna belägga minskad barnadödlighet i projektbyar,

nu när krav på dokumenterade resultat av bistånd framförs allt starkare här hemma?

Näval, en baslinje för utvärdering och hälsoövervakning, men säger oss resultaten ovan verkligen något som vi inte redan visste till ledning för vardagligt hälsoarbete?

De visar på skillnader i nutritionstillstånd mellan de undersökta grupperna, som det är frestande att förknippa med de nämnda skillnaderna i uppfödningssvanor, omhändertagande och jordbruksproduktion. En praktisk konsekvens kunde till exempel vara att några kvinnor stannade i byn även under intensiva perioder i jordbruket för att ta hand om och laga mat åt småbarnen. Nu lämnar man detta till flickor i nedre skolåldern, som inte klarar att åstadkomma nylagad mat utan på sin höjd värmer sådan som stått sedan morgonen. Åskådlig information om barnens tillväxt bör kunna stödja arbetet för en sådan organisering – som förstås inte kan åstadkommas av andra än bynnevanorna själva.

Visst är det sant att inga kroppsmått eller överlevnadsdata behövs för att kunna peka på mängder av saker i en afrikansk by som sannolikt är skadliga för barnens hälsa och även ange åtgärder. Däremot behövs en studie för att på rationella grunder avstå från (att föreslå) vissa åtgärder till förmån för andra som har större chans att ge utdelning. Dessutom behövs en inledande studie för att förstå vilka som är genomförbara åtgärder och vilka som inte är det. Alltför ofta fungerar vi västerlänningar som en muhammedansk hälsorådgivare som man kunde tänka sig kom till Sverige och fann, väl motiverat i och för sig, att Systembolaget borde stängas!

Av resultaten ovan framgår dessutom till exempel att det kan vara angeläget att propagera för tidigare introduktion av tilläggskost i Mandinkabyar i Oio men att detta knappast är värt besväret bland Manjakos i Cacheu. Det säger sig självt att primärvård under dessa förhållanden måste vara selektiv (5). Det blir den för övrigt antingen man vill eller inte. Frågan är bara i vilken utsträckning selektiviteten ska styras av beslutande personers förutfattade meningar respektive av systematiskt insamlad relevant information.

Om åldersmönstret i nutritionstillstånd får anses stämma med det förväntade, så visar dödlighetens åldersmönster å andra sidan något av speciellt intresse. En nyfödd löper åtminstone lika stor risk att dö under sin första månad som under alla de 11 följande månaderna tillsammans. På de höga risknivåer det är frågan om, torde enkla preventiva åtgärder kunna ha stor effekt även på den tidigaste dödligheten, och det handlar då rimligtvis om åtgärder redan under graviditet och förlossning. Som det varit hittills används bara en mycket liten del av hälsoresurserna i

Tabell I.

Fördelningen av vikt för ålder* efter åldersgrupp 0–5 år i fyra byar i regionen Oio.

Ålder (månader)	Antal barn	Vikt för ålder (% av ref median)				
		-59	60–79	80–99	100–119	120–
0–5	40	2	4	17	13	4
6–11	52	3	16	27	5	1
12–23	85	2	42	39	2	–
24–47	142	2	85	52	3	–
48–71	167	1	67	89	10	–
0–71	486	10	214	224	33	5

Tabell II.

Fördelningen av vikt för ålder* efter åldersgrupp 0–5 år i fyra byar i regionen Cacheu.

Ålder (månader)	Antal barn	Vikt för ålder (% av ref median)				
		-59	60–79	80–99	110–119	120–
0–5	27	–	–	5	16	6
6–11	44	–	8	29	6	1
12–23	69	1	28	38	2	–
24–47	120	1	45	71	3	–
48–71	106	–	25	72	9	–
0–71	366	2	106	215	36	7

*Referensmaterial från NCHS/CDC (3)

Tabell III.

Mortalitet (q_x) efter åldersgrupp 0–4 år i två populationer (per 1.000 barn som går in i intervallet).

Ålder	Population		Sverige 1860-talet (4)
	Cacheu-Oio 1979–82	n*	
1:a levnads månaden	128 (± 40) ⁺	39	47
Resten av 1:a levnadsåret	83 (± 27)	31	~92
1–4 år ($1q_4$)	169 (± 58)	30	~50

*Antalet dödsfall observerade i åldersintervallet.

(Uppföljningsperioderna täcker inte varandra helt, varför jämförelse mellan rader inte kan göras i denna kolumn.)

+10,95

Cacheu-Oio:s byapoteck och hälsocentraler till mödra- och förlossningsvård. Ändå är det ju där allting måste börja som blir viktigt senare – vikt kort, vaccinationer, amningsstöd etc. Här verkar dock en förskjutning av tyngdpunkten redan vara i gång. Ett speciellt projekt har startats för "Protecção Materno-Infantil". En kraftfull satsning på att minska spädbarnsdödligheten ter sig särskilt angelägen i samhällen som dessa där amningstiden är lång och kvinnorna iaktar sexuell avhållsamhet under den. Ett överlevande barn blir ju då också garanti för ett lämpligt uppehåll till nästa graviditet.

Även om en inledande kartläggning av problemen alltså är angelägen, får det förstås inte betyda att man ägnar sig åt att "på nytt uppfinna hjulet". De ingående studier av nutrition, amning, diarrésjukdomar, malaria och mässling som har gjorts i Mandinkabyar i Gambia under flera decennier är av stort värde för tolkningen av våra mer övergripande och, biologiskt sett, ytligare iakttagelser. Det är således onödigt att upprepa sådana specialundersökningar i Guinea-Bissau. För att igen anknyta till situationen under högsäsong i jordbruket, så har till exempel den snabba tillväxten av patogener i kallnande lokal småbarnskost beskrivits väl av Rowland och medarbetare (6). Vad beträffar ett visst hälsoproblem är förmodligen de bakomliggande orsakskedjorna sig rätt lika mellan de oli-

ka miljöer där problemet förekommer. På den nivån är därför generaliseringar mer berättigade än på den där våra resultat befinner sig.

Men det är på de övergripande hälsomåttens nivå som riktigheten och betydelsen av orsakssammanhang verkligen kan prövas. Om en misstänkt orsak till ohälsa kan avlägnas och detta följs av förbättring av överlevnad och tillväxt i relevanta grupper, är detta naturligtvis en bekräftelse så god som någon på denna orsaks betydelse. Förändring till det bättre blir både målet för själva verksamheten och ett vetenskapligt kriterium.

Referenser

- (1) Guinea-Bissaus Planministerium. Nationell folkräkning 1979. Bissau: Planministeriet, 1979.
- (2) Aschberg S, Bygren LO, Lindeberg A m fl. Hälsa i Oio. Stockholm 1975 (stencil).
- (3) WHO. Measurement of nutritional impact. Genève: WHO, 1979.
- (4) Statistiska Centralbyrån. Historisk statistik för Sverige. Del 1. Befolkning 2:a upplagan 1920–1967. Stockholm: SCB, 1969.
- (5) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med 1979; 301: 967–73.
- (6) Rowland MGM, Barrel RAE, Whitehead RG. Bacterial contamination in traditional Gambian weaning foods. Lancet 1978;i: 136–38.

Författarpresentation:

Lars Smedman, St Görans barnklinik, 11281 Stockholm

Mödrasjuklighet i Moçambique – ett forskningsprojekt

JERKER LILJESTRAND · STAFFAN BERGSTRÖM

Huvuddelen av all medicinsk forskning sker i i-länder. Behövs inte forskning i u-land? Kanske är i själva verket basal epidemiologisk kunskap ännu viktigare i u-land än i i-land dels med tanke på de knappa resurserna, dels med tanke på de mycket högre dödlighets- och sjuklighetstalen.

Här beskrivs en studie av gravida kvinnors hälsa i Moçambique, att användas som bas för fortsatt utveckling av mödra- och förlossningsvården i landet.

Nyckelord: MVC, morbiditet, mortalitet, forskning, planering, u-land, Moçambique.

Att arbeta som läkare i u-land innebär oftast en tung arbetsbörda. Det långsiktiga organiserandet av preventiva åtgärder konkurreras ofta ut av den dagliga akutsjukvården. Organisation och undervisning bör också ägnas tid. Det förvånar därför inte att specialstudium av enskilda frågeställningar – "forskning" – har svårt att rymmas i vardagen. Frågeställningar saknas inte! En ström av svårt sjuka människor som måste undersökas och behandlas på summariskt sätt väcker många frågor om etiologi och epidemiologi hos de vanligaste sjukdomarna. Resursknappheten gör egentligen forskningen viktigare än i i-land – hur bör kakan delas för att uppnå mesta möjliga effekt? Ska alla gravida ha järn eller är avparasitering viktigare?

För min del (J.L.) fick många frågor tas med obesvarade hem i bagaget efter 2 år som gynekolog i Moçambique. Hemkommen till en forskningsinriktad klinik blev det naturligt att skriva tillbaka till landets hälsovårdsminister och fråga huruvida en forskningsinsats var välkommen. Svaret var ja och man föreslog ämnet "Maternal morbidity and mortality" – något som hade hög prioritet. Tillsammans med min handledare (S.B.) lyckades jag få ett planeringsanslag från SAREC (Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries) och vår djupdykning i den gravida u-landskvinnans hälsosituation hade börjat.

3 år har gått sedan dess och vi har gjort 3 resor i landet, då vi har undersökt dryga tusentalet gravida eller nyförlösta kvinnor på landsbygden och i ett par städer. Vårt projekt har fått be-

gränsas till mödrasjuklighet, och våra initiala ambitioner att täcka all sjuklighet under graviditet och kring förlossning har efter hand fått kondenseras i några huvudpunkter. Målet för vår studie är att ge basdata för planering och förbättring av mödra- och förlossningsvård i Moçambique. Nuvarande mödravårdsrutiner är kopierade från andra länder, och relevansen är därför osäker. En lågutbildad sköterska på den fattiga landsbygden behöver enkla tumregler att hålla sig till, men helst tumregler som visat sig gälla i landet!

Delarna i vårt arbete har blivit följande:

1. Anemi. Hur utbredd är graviditetsanemi, och hur uttalad är den? Vilka är de viktigaste orsakerna? Hur bra är inspektion av slemhinnor som screeningstest?

Vi siktar mot att få fram ett enkelt och praktiskt vårdprogram för graviditetsanemier i miljöer där laboratorieresurser helt saknas (= i praktiken i hela landet utom i de största städerna).

2. Graviditetshypertoni. Att mäta blodtryck på gravida kvinnor tar mycket tid på en mottagning där en sköterska och ett biträde skall undersöka och behandla 80 kvinnor på en förmiddag. Blodtrycksmanschetter kostar pengar, går ofta sönder vid hårt slitage och måste dessutom kalibreras regelbundet för att vara tillförlitliga. Hur många kvinnor har hypertoni, hur snabbt uppstår den – hinner ett gles mödravårdsnät fånga upp dem? Skall vi mäta blodtrycket på alla gravida vid alla mödravårdsbesök?

3. Veneriska sjukdomar. Hur mycket syfilis och gonorré förekommer hos gravida kvinnor? Hur fungerar landets syfilisserologiska verksamhet, det vill säga hur tillförlitliga är svaren på det enda luesserologiska testet, VDRL? Är syfilisserologi viktig och kan den förbättras?

4. Kvinnans kroppslängd. Är liten kroppslängd en användbar indikator på ökad risk för bäckenförträngning hos förstföderskor? Var ska man i så fall sätta gränsen för remiss till sjukhusförlossning för förstföderskor?

5. Intrauterin fosterdöd. Vilka är de vanligaste orsakerna till denna företeelse som drabbar 3 procent av alla ofödda barn? Kan några av orsakerna förebyggas inom enkel mödravård av masstyp?

6. Hur bra förutsägbarhet har de nuvarande riskindikatorerna i mödravården? Är det rimligt att alla kvinnor som fött 6 barn eller fler skall förlösas på sjukhus – eller skall gränsen sättas vid åtta barn? Hur stor del av den gra-

Afrikagruppernas rekryteringsorganisation

Författarna Jerker Liljestrand och Staffan Bergström har båda arbetat i Moçambique i regi av Afrikagrupperna i Sverige (AGIS). AGIS började som en anti-apartheidorganisation mot det rasistiska förtrycket i sydafrika. Sedemera kom rörelsen att utvecklas till en solidaritetsrörelse till stöd för befrielse- och rörelserna i de före detta portugisiska kolonierna Moçambique, Angola, Guinea-Bissau och Cabo verde. AGIS har numera som målsättning att bekämpa apartheid, att avslöja och bekämpa ekonomiskt, politiskt och mänskligt förtryck i södra Afrika, speciellt där Sverige deltar, samt att stödja anti-imperialistiska befrielse- och rörelser i södra Afrika. Den är partipolitiskt obunden.

ARO, Afrikagruppernas rekryteringsorganisation, är en gren av AGIS med samma grundsyn men med inriktning på rekrytering av biståndsarbetare ("solidaritetsarbetare") till Moçambique, Angola, Guinea-Bissau och Cabo verde. ARO:s verksamhet är därmed en naturlig fortsättning på det stödarbete AGIS utförde under befrielsekampen i före detta kolonierna.

Enbart till Moçambique har ARO hitintills rekryterat mer än 130 solidaritetsarbetare, varav drygt 30 är läkare. ARO är därmed en av de största svenska läkarrekryterande organisationerna för utlandsarbete.

Afrikagrupperna är representerade i Läkarförbundets referensgrupp för u-landsfrågor. Nyligen (Läkartidningen 1984;81: 2837-50) har mötet med vardagsverkligheten i ett u-land, Moçambique, beskrivits av 12 svenska läkare, alla rekryterade av ARO.

Primärvårdens roll i Mexico

GUSTAF HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

I slutet på 1970-talet byggdes i Mexico under loppet av två år över 3.000 vårdcentraler och tillgången till sjukvård organiserades för över 17 miljoner av de mest underförsörjda på landsbygden, såväl som i vissa delar av de större städerna. Denna utveckling styrdes av ett revolutionärt tryck som bland annat var följden av att de redan flödande oljeinkomsterna hamnade hos de redan rika inom och utom landet. Primärvård i utvecklingsland är självfallet inte ett medicinskt problem. Primärvården har därför en stark social och hygienisk inriktning och ansluter därför till en modern internationell syn på primärvården. I utbyggnadsarbetet försökte man

också ta vara på folkmedicinens kunskaper och etablera ett samarbete med den västerländskt betonade sjukvården.

Artikeln bygger på erfarenheter från en studieresa till Mexico hösten 1982. Utförlig reserapport kan beställas från Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, 17283 Sundbyberg. (Se referenslista.)

Nyckelord: Primärvård, planering, Mexico, U-land.

Det skall genast sägas att Mexico inte är ett u-land i den mening vi vanligen förknippar med begreppet u-land. Man kan ju också fråga sig vad det är som skapar våra föreställningar och vår rätt att tala om "utvecklingsland". Det

finns exempel på personlig resning och kultur i många sådana länder som kunde vara föredöme för oss och i andra länders folk.

Men om det nu är orättvist att stämpla Mexico som ett u-land så är en studie av dess primärvårdssystem lika fullt lärorik, inte minst därför att det synes ha uppnått en anpassning och målmedvetenhet, som på många punkter kunde vara tillämpbart i andra länders primärvårdsproblem.

Sjukvårdsansvar

De två huvudansvariga myndigheterna för sjukvården är hälsoministeriet och ett försäkringssystem för privatanställda (IMSS, Instituto Mexicano de Seguro Social). Men dessa båda myndigheters organisationer täckte i mitten av 70-talet endast cirka 2/3 av landets 77 miljoner invånare, och som

vida populationen utgörs förresten av 6- respektive 8-föderskor, vad innebär ett sådant remitterande i transport- och vårdkostnader? Samma resonemang kan och bör föras för övriga riksindikatorer på mödravårdskortet.

Resorna har varit roliga och jobbiga. De praktiska problemen med logi, transporter och medhjälpare skall inte underskattas, särskilt inte i ett land som delvis är under krigsförhållanden. Vi har fått använda all vår uppfinningsrikedom, lokalkännedom och personliga kontakter för att kunna utföra studien. Arbetet hade varit otänkbart utan de föregående åren i landet. Att arbeta utan mat enstaka dagar lär man sig, liksom att medföra småverktyg för reparationer av fordon och utrustning. Undersökningar på bynivå är viktiga som hälsofrämjande åtgärder på platsen, ett led i mobiliseringen – konkret ordnade vi en "mobil mödravårdscentral" i byn för undersökningen, och försökte alltid få med oss ett vaccinationsteam ut. Dagen i byn bör avslutas med avrapportering till byäldste och eventuellt hälsovårdskunniga personer. Man kan lära sig en hel del av de gamla kvinnor som står för byns förlösningar, och kanske samtidigt ta upp frågan om till exempel för tidiga äktenskap i samhället.

Ur epidemiologisk synpunkt är situationen annorlunda än i välordnade Sverige när det gäller att få fram data som är representativa för landet som helhet. Adresser, telefonnummer, åldrar och namn är mjukdata eller saknas helt. Bortfallet i prospektiva studier blir lätt stort, om man inte väljer små geografiska enheter med utvecklad

samhällsstruktur. Bortfallet kan minskas om befolkningen erbjuds vaccinationer eller sjukvård i samband med undersökningen. Varje prevalensundersökning måste innehålla en analys av den studerade gruppens representativitet – vi är bortskämda med nära nog 100-procentig täckning till MVC och förlossningsvård i Sverige. Vem kommer till mödravårdscentral eller BB i u-land? Bättre än institutionsbaserade undersökningar är byundersökningar, svårigheten blir då att välja representativa orter och få en sann bild på orten (hitta *alla* kvinnor i byn, även de som är vid sina odlingslotter 2 dagsmarscher bort!) Att göra ett slumpmässigt urval i landet går helt enkelt inte, utan man får nöja sig med att göra sina undersökningar på de platser dit man kan komma fram. Hälsoläget kan vara betydligt sämre på otillgängliga platser utan samhällsstruktur – men dit når kanske inte heller mödravården.

Alla mätningar, intervjuer och laboratorieanalyser måste övervakas personligen eftersom utbildningsnivån är en helt annan än den svenska. Detta är synnerligen lärorikt, och mycket tid och kraft sparas om man i förväg kan gå igenom så många detaljer som möjligt med en kollega som har "fältforskningserfarenhet". Att välja, anskaffa, packa och transportera utrustningen till platsen är ett projekt i sig – det är inte roligt att stå långt ute på landet utan Hb-standard till exempel.

När vi nu i november skall presentera våra resultat enligt punkterna ovan hoppas vi att våra konklusioner kommer att uppmärksammas av personer på ansvarig nivå. I ett u-land åvilar det

undersökaren i högre grad än i Sverige att göra sina resultat hörda. När medarbetare, transporter och hårt arbetande jordbrukskvinnors tid utnyttjas för en vetenskaplig undersökning i ett fattigt samhälle är kravet stort på undersökaren att resultatet blir mer än en borglörd stencil eller en vetenskaplig artikel på andra sidan jordklotet.

Om man tänker använda sitt arbete som meritering i Sverige bör man alltså ända från början budgetera för tryckning i lämplig form och tillräckligt antal exemplar (på landets språk förstås), så att kunskapen verkligen når ut i värdlandet. Skräckinjagande exempel finns på motsatsen. Arbetet kan smitta av sig, inspirera medarbetare att gå vidare med liknande uppgifter. I ett land utan forskningstradition, där västerländsk sofistikerad i-landsforskning har attraktionskraft, är det viktigt och ansvarsfullt för i-landsundersökaren att hela tiden betona vikten av jordnära, prioriterade undersökningsmål. Landets hälsopolitiska prioriteringar måste komma i första hand.

Författarpresentation:

Jerker Liljestrand var då undersökningen genomfördes tf avdelningsläkare vid Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala, och är nu mödravårdsoverläkare i Blekinge.*

Staffan Bergström är överläkare vid Kvinnokliniken, Centrallasarettet, Eskilstuna, och tjänstgör sedan 2 år som chef på förlossningsavdelningen vid Centralsjukhuset i Maputo, Moçambique.

*Postadress: Kvinnokliniken, Centrallasarettet, 371 85 Karlskrona

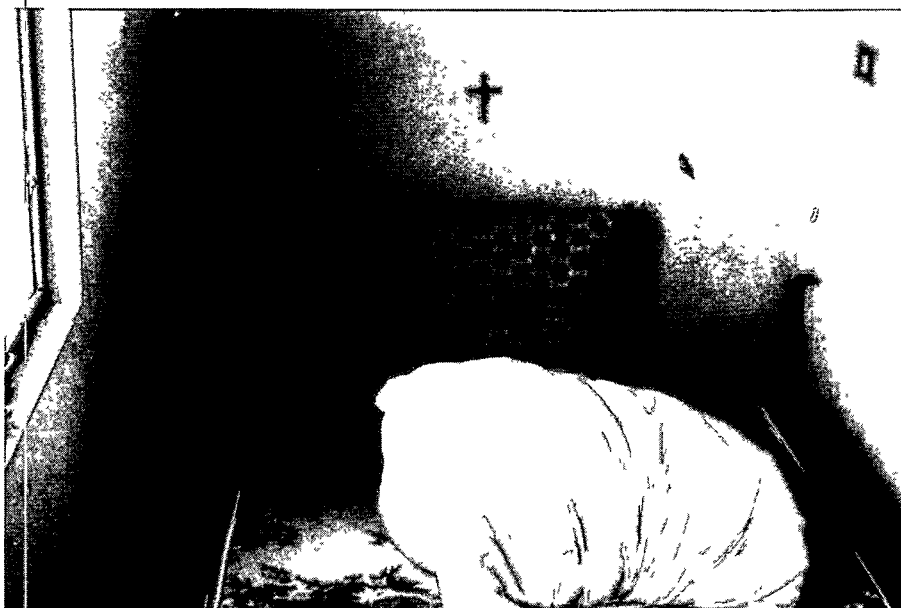
vanligt var det den fattigaste delen som
stod utanför.
1978 bildades "Coplamar", som är

en generell social stödorganisation,
vari sjukvården är en del. Organisatio-
nen underställdes presidenten direkt



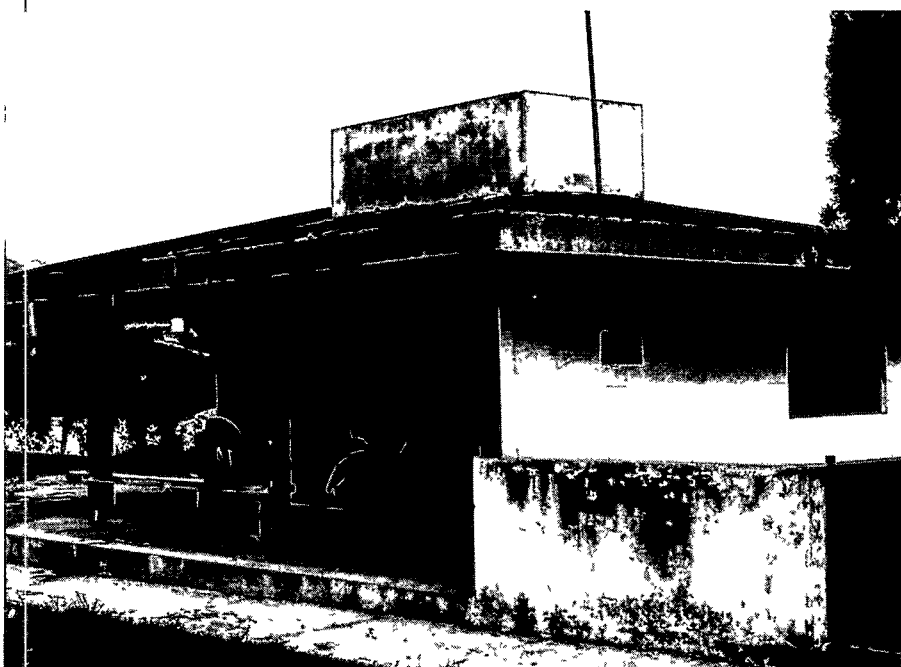
Mor och son på vårdcentralbesök.

(Foto: Leif Svanström)



AT-läkares bostad under 1 år.

(Foto: Leif Svanström)



Vårdcentralsexteriör.

(Foto: Leif Svanström)

för att undvika alla byråkratiska förhållningsmått. De handlade nämligen nu om att snabbt dämpa den revolutionära oro som blev följden av att de flödande oljeinkomsterna hamnade hos de redan rika inom och utom landet. 1979 samordnade IMSS och Coplamar till IMSS-Coplamar, där IMSS står för hälso- och sjukvården och Coplamar för byggnader, vägar, sanitet, skolor etc, det vill säga står för material och planering. Arbetet skall göras som dagsverken av byarnas befolkning, som på detta sätt får bygga upp något åt sig själva. Detta har skett med en energi och beslutsamhet som var imponerande. På knappt två år lyckades man bygga 3.000 vårdcentraler och organisera tillgång till sjukvård för över 17 miljoner av de mest underförsörjda på landsbygden. Men så låg det också ett revolutionärt tryck bakom.

Primärvård

Vissa delar av landet har sedan gammalt en primärvård organiserad direkt av hälsoministeriet. Man försöker inom till exempel Xalapa-området ge läkarna på centralerna ett visst stöd och fortsatt utbildning. Deras tjänstgöring är nämligen en obligatorisk ettårsavslutning av deras studier till full examen. Så kan man kanske göra med en hårdhänt styrning och ett stort läkaröverskott och därigenom uppfylla kravet på en rättvisare fördelning av hälso- och sjukvården. Men för många av de unga läkarna var denna tjänstgöring en alltför hårdhänt kontakt med en verklighet som de inte fått välja och därför också var fast beslutna att försöka lämna. Hellre försörja sig med att köra taxi i huvudstaden än att vara läkare i "rural areas". Denna inställning tycks vara vanlig!

Primärvård i utvecklingsland är egentligen inte ett medicinskt problem. Det hade man insett i Mexico och framgången för IMSS-Coplamar berodde säkerligen också på att man samtidigt tog itu med sociala och hygieniska miljöproblem som man erbjöd tillgänglig och nära sjukvård, som för övrigt också engagerade sig i hälsoupplysningens och utbildningens preventiva åtgärder. Man kan ofta minnas den lilla köksträdgården bakom mottagningen, där distriktsläkaren själv odlade och undervisade mödrarna om att plantera, bevattna och preparera växter som gav dem och deras barn oundgänglig tillskottsnäring. Vi bevittnade också läkarens överläggningar med byrådens ordförande om lämpliga åtgärder för att höja socialt och medicinskt hälsotillstånd i samhället.

Vikten av denna integrerade men ändå självständiga socialmedicinska arbetsmetod framstod alldeles klart vid jämförelsen med de enheter som drevs av hälsoministeriet, och där detta inte förekom. Dessa centraler var inte bara i allmänhet sämre utrustade och bemannade (på landsorten) utan levde i någon slags andlig tvinsot i brist

på identifiering med sin uppgift bland människorna i området.

Hälsovård i slumområden

Undantag utgjorde ministeriets specialorganisation för slumområdena i fyra av de största städerna. Denna inflyttningsslum kunde man lika litet reda upp här som någon annanstans i världen. Men detta är alltså inte u-landsproblem utan ett urbaniseringsproblem, där återigen de sociala bristerna blockerade alla möjligheter till medicinska resultat. Svårigheterna syntes oöverstigliga. För varje sluminvånare som fick arbete och bostad kom två nya invandrande från landsbygdens arbetslösa fattigområden. Kriminalitet och asociala levnadsformer kan inte undvikas i sådana anhopningar av mänsklig förnedring. Hälsovårdsministeriets insatser här var värda all respekt, men problemet är socialt/ekonomiskt, inte medicinskt.

Primärvården, särskilt i IMSS-Cop-lamar, styrdes av mycket strikta program för praktiskt taget varje aktivitet. Allt från behandling av olika sjukdomar till skötseln av utrustningen och förskrivning av läkemedel. Metoden var förmodligen nödvändig för att upprätthålla kvalitet och någorlunda jämn standard hos en stor personal med knapphändig utbildning. Men det medförde protester, särskilt från läkarna och deras handledare, som talade om tvång. Man ville där hellre se en sjukvård och socialvård som växte fram ur folkets medvetenhet om mänskliga rättigheter. Man menade att det starkt subventionerade systemet innebar att med oljepengar köpa sig fri från ansvaret för orättfärdigt förtryck och exploatering av lantarbetarna. Den revolutionära undertonen kunde väl märkas.

Hälsovård för indianbefolkning

Redan tidigt hade hälsoministeriet byggt ut en organisation för stöd åt Indianbefolkningen och även denna organisation INI (Instituto Nacional Indigenista) samordnades med Coplamar. Denna grupp indianstammar, den ursprungliga befolkningen, kunde tänkas representera de egentliga u-landsproblemen i Mexico. Så synes emellertid inte vara fallet, och det är kanske det mest värtaliga vittnesbördet om att be-teckningen u-land inte stämmer för Mexico. Indianerna hade tillgång till 6-årig skolgång. Diskriminering förekom inte på arbetsmarknaden eller i det offentliga livet. I sjukvårdssammanhang försökte man ta vara på folkmedicinens kunskaper och därigenom etablera ett samarbete och öka befolkningens förtroende för en västerländsk sjukvård. Man har på många håll funnit att de så kallade medicinmännen kan vara välbegåvade och väl bevandrade i naturmedicinens möjligheter. Det är kanske tid att se mer nyanserade inslag i den bild av medicinmännens djävulska trollkonster som särskilt en tidig och nitisk missionsverksamhet förmedlat.

Västerlänningarna har, oberoende av sitt ärende, ofta en nedlåtande och avskärmad hållning till människor av annan kultur, tradition och moral. Man har avhänt sig möjligheten att lära av dem som ofta hade en mycket längre historia bakom sig och representerade en långt äldre kultur. Man har gärna hävdats sin överlägsenhet inom sitt begränsade område utan att inse att u-landets kultur alltfjämt hölls samman av traditioner och regler med djupa rötter i folkets egenart. Innan vi erbjuder västerlandets välsignelser till u-land skulle vi kanske någon gång fundera över vem som egentligen representerar u-landet.

Referenser:

Haglund G., Svanström L.: Socialmedicin och primärvård i Mexico. Karolinska Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan. Röd serie nr 13. Sundbyberg 1982.

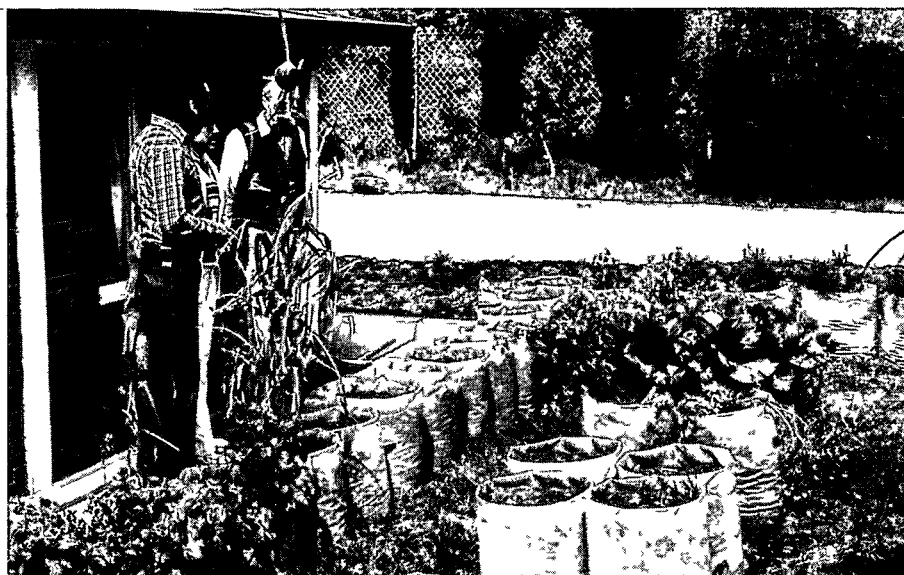
Författarpresentation:

Medicine hedersdoktor Gustaf Haglund är allmänläkare och före detta primärvårdschef i Olofström.

Professor Leif Svanström är verksam vid Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan (Karolinska Institutet) och tillika hälsovårdsöverläkare i Stockholms läns landsting.



Att bygga latrin är en del av vårdcentralens hälsovårdsarbete. (Foto: Leif Svanström)



Nyttoväxter i distriktsläkarens instruktionsträdgård. (Foto: Leif Svanström)



Mexico Citys värsta slumområden, mål för primärvårdssatsning. (Foto: Leif Svanström)

Tre om dagen brukar räcka

4 g

Vi-Siblin®S

PARKE-DAVIS

dosgranulat
annosrakeita

Inget socker. Inget krångel med pulver.
Tre påsar om dagen till mat och dryck,
eller bara i dryck normaliserar störd
tarmfunktion vid diarré eller obstipation.

Förpackningar: Dospåsar 4 g, 50 st, 250 st.

(testa i spaghula)
Vi-Siblin®S
Normaliserar tarmfunktionen

Nord- och Sydemen startar primärvård

INGEMAR HERMANSSON

Genomförbarheten av Alma-Ata-deklarationens principer om primärhälsovård beror på bland annat sociala, ekonomiska och politiska strukturer. Författaren diskuterar i artikeln förutsättningar och svårigheter i Arabrepubliken Jemen, där han deltog 5½ år i primärvårdsuppbyggnaden. En jämförelse görs med Demokratiska Folkrepubliken Jemen, där författaren gjort två studiebesök. Det landet har en annan politisk och ekonomisk struktur.

I Sverige borde vi lära av de okonventionella metoderna, sparsamheten och den stränga inriktningen mot primära, mänskliga behov, som karakteriserar tredje världens försök att skapa god primärhälsovård.

Nyckelord: Primärvård, hälsopolitik, u-land, Jemen.

Det stora som sker på primärhälsovårdens område idag är att många länder i tredje världen satt igång uppbyggnaden av byhälsovårdssystem och system för städerna enligt Alma-Ata-deklarationen 1978, "Hälsa för alla år 2000". Ingen av oss tror att alla människor skall vara friska år 2000, men det vore ingalunda omöjligt att ha hälsovårdssystem som täcker alla byar och städer färdiga då, kanske på en enkel nivå men med medel att fylla vissa primära behov på hälsovårdsområdet. Kan vi i ett av världens rikaste länder lära något av det som nu sker i tredje världen? Är det bara de som skall lära av oss? Endast en omsorgsfull analys, som inte skyggar för ekonomiska och politiska faktorer, kan leda till aktionsplaner som leder framåt. Varje samhälle har specifika problem, som de måste analysera, men det finns allmänna principer, allmänna problem, överstrukturer, giltiga över allt, som fås fram genom detaljanalys av ett land.

Jag hade förmånen att arbeta i Arabrepubliken Jemen (Nord-Jemen) 1977-1982, då landet drog igång sitt stora program för primärhälsovård, och kunde alltså genom att delta iakttaga svårigheter och problem. Jag beundrar den djärvhet landets hälsovårdsmyndigheter visade då de drog igång detta program, trots stora svårigheter. Jag hyser stor tacksamhet mot detta lands befolkning, där jag har

många vänner, och dess myndigheter, och belysning av vissa svårigheter innebär ingen kritik av landet. Ett lands struktur beror på en historisk-ekonomisk bakgrund, genom analys kan man skapa basen för handling, för förändring. Jag har också gjort två studiebesök i Demokratiska Folkrepubliken Jemen (Syd-Jemen), med helt annan politisk struktur, som också startat sitt primärhälsovårdsprojekt. I båda länderna blev jag mottagen med den storslagna, välkända, arabiska generositeten och en beundransvärd öppenhet. Jag kommer att diskutera svårigheter och lösningar i de båda länderna. Basen för aktiviteterna är Alma-Ata-deklarationen.

Vad säger egentligen Alma-Ata-deklarationen?

Hälsomässig ojämlikhet är oacceptabel. Hälsa är ett måste för utveckling. Det är folkets rätt och plikt att delta i uppbyggnaden av primärhälsovården, som är nyckeln till målet - hälsa för alla år 2000. PHV måste vara praktisk, vetenskaplig, socialt acceptabel och dessutom ekonomiskt uppnåelig för landet. Den skall vara befolkningens första kontaktpunkt med landets hälsovårdssystem, men inte bara det - den skall delta i utvecklingsansträngningarna. Den skall vara förebyggande, syssla med barna- och mödravård, vaccinationer, kunna klara enkla sjukdomars diagnostik och behandling, ha tillgång till enkla mediciner. För att allt detta skall genomföras krävs politisk vilja. Fred och avrustning kan frigöra resurser till detta stora program. Det är uppenbart att Alma-Ata är ett politiskt dokument.

David Werner har diskuterat primärhälsovårdarens roll och anser att han/hon bör vara en förändringsagent, vald av folket. Han/hon skall vara utbildad i enlighet med folkliga behov, skall leva bland folket. Han/hon skall arbeta för mänsklig värdighet, mot förtryckarstrukturer, vara en befriare, inte maktens lakej. Kritik har riktats mot Werner, därför att han skulle ha gett primärhälsovården en alltför politisk dimension.

Nord-Jemen och den primära hälsovården

I Nord-Jemens hälsovårdsplan - en del av femårsplanen - 1976/77-1981/82, ingick PHV som en viktig del. Förutom vad som nämnts skall PHV givetvis samla vitalstatistik, syssla mycket med hälsoupplysning och näringsinforma-

tion, epidemikontroll, remittera till högre nivåer. PVH-enheten skall täcka upp till 2500 invånare, nästa nivå i systemet är ett subcenter, som har litet större resurser, övervakar 4-5 PHV-enheter och alltså täcker upp till cirka 15000 invånare. Den tredje nivån är hälsocentra, som övervakar omkring 3-4 subcentra och täcker omkring 50000 invånare. Här hittar man för första gången läkare.

PHV-enheten skall betjänas av 1-2 primärhälsovårdare med 6-8 månaders utbildning samt av en "lokal" barnmorska, utvalda av "kommunala" myndighetspersoner.

Nord-Jemen är ett av världens minst utvecklade och fattigaste länder, som ligger på Arabiska halvön, hittills utan säkra oljefynd. Befolkningen är cirka 6,5 miljoner. Av manlig arbetskraft befann sig över 40 procent utrikes, mest i rika oljeländer, under planperioden för lönearbete. Genom hemsändande av medel skapas ganska stor köpkraft i landet, vilket leder till en importekonomi av osedvanliga mått, relationen export/import ofta mindre än 1/100. Den politiska prioriteringen av jordbruksutveckling är mycket svår att genomföra, då så stor del av arbetskraften är utrikes. Staten är också mycket fattig, då effektiv beskattning ej kan ske för närvarande. Beroendet av den västerländska ekonomin blir stort. Saud-Arabien ger stora bidrag till statsbudgeten. Analfabetismen är stor, kanske 75 procent av männen och upp till 98 procent av kvinnorna. Mot bakgrund av denna korta skiss skall jag diskutera genomförandet av planen fram till juni 1982 och tillfogar de detaljer om landet som är nödvändiga i sammanhaget.

Hinder och svårigheter för Nord-Jemens hälsovårdsplan

1. Natur och geografi

Nord-Jemen är ett mycket bergigt land, med höga berg upp till 4000 meters höjd och djupa dalar. Många byar är mycket isolerade, befolkningen är spridd på en yta ungefär motsvarande en tredjedel av Sveriges, cirka 85 procent bor på landet. Lokal resursmobilisering via de så kallade utvecklingsförbunden behövs för vägbyggen så att man får anknytning till de stora vägar, som byggts med hjälp av USA, Sovjet, Kina, Väst-Tyskland, Frankrike med flera (provkartan på länder är en indikator på stormakternas intresse för denna strategiskt viktiga del av

världen). Geografin är dock enormt svår, det kommer att behövas fyrhjulsdrivna, terränggående bilar i stor mängd, och motorcyklar för primärhälsovårdarna, åsnor och kameler, bärar kommer att behövas för att få en fungerande transportorganisation. Fortsatt uppbyggnad av telefonnätet behövs. Utan detta får man ingen jämlik hälsovård. Enorma resurser måste skapas. En svår uppgift för ett av världens fattigaste länder.

2. Ekonomisk organisation

En stor privat sektor ger en individorienterad sjukvård idag. Läkarna och andra grupper är intresserade av detta eftersom det ger dem stora, ibland skyhöga, inkomster. Myndigheterna är mycket medvetna om detta och försöker församhälleliga mer resurser, men motstånd från privilegierade sjukvårdsg grupper finns. Rika jemeniter kan också åka utrikes för god sjukvård.

Det är ingen tvekan om att detta är ett område där klassmotsättningar finns. Hur skall en fattig jemenit i en perifer by få hälsovård om läkarna sitter i städerna och tjänar grova pengar på bagatellsjukvård? Den nuvarande ekonomiska organisationen ger ingen grogrund för jämlikhetsideologiska tankar, som är en förutsättning för primärhälsovård enligt Alma Ata. Det finns ett par speciella problem inom ekonomin som berörs nu.

a) Lönesystemet inom sjukvården

Regeringsanställda (och hit hör sjukvårdsanställda) har mycket låga löner. Detta leder till komplettering med prestationsersättning, som vi svenskar kallar korruption – detta missgynnar starkt de fattiga. Dessutom skyndar man från sin samhällsanställning på förmiddagen till den privata mottagningen på eftermiddagen – det är där man tjänar den stora delen av pengarna. Man blir trött, orkar inte med sitt samhällsarbete riktigt. På en av våra kliniker arbetade åtminstone 37/98 med privat arbete på eftermiddagen och dessutom åtog sig sju mycket stor, tröttande övertid. På detta sätt får man inte personal villig att bygga ut PHV. Myndigheterna vet detta. Till att börja med satte man PH-vårdarnas löner lite högre än annan sjukvårdspersonals, men då tas ju "karriärstegen" bort. De övervakande, instruerande, skulle då få lägre lön än PH-vårdarna. Ansträngningar sker på området, men hälsovårdsministerier i tredje världen är oftast svaga, hur skall de kunna kapa åt sig medel i den magra nationalbudgeten i konkurrens med till exempel försvarsministeriet.

b) Den öppna importekonomin

Nord-Jemen är ett så kallat kapitalistiskt tredjeverldsländ med utvecklade kontrollmekanismer. Livsfarliga mediciner, exempelvis Novalgin (metamizol), Enterovioform och allehanda exklusiva antibiotika säljs alltså

hänsynslöst fritt över disk i nästan varje by. Medicinimporten 1979 uppgick till 155 miljoner rialer, mer än hela den offentliga hälsovårdsbudgeten, 90 procent av denna import gick genom privata kanaler. Så får medborgarna genom transnationella bolags utnyttjande av en gynnsam försäljningssituation föreställningen att en massa mediciner är vägen till hälsa. Samma förhållande fanns på området bröstmjölksersättningar där även efter FN:s beslut marknadsföringen skedde på otillåtna vägar. Detta kan inte ett struktursvagt land klara, även om de gärna, som i Nord-Jemens fall, ville det. I åldern 3–5 månader flaskuppföddes år 1979 43 procent av Jemens barn (Millers nationella nutritionsundersökning). Under- och felnäring var extremt vanligt – över 50 procent i vissa delar av landet och åldersgrupper. Mot detta fordras en hård kamp från PHV:s sida. Jag har sett en PH-vårdares försök i en by där en konkurrerande, kommersiell sjukvårdare med alla världens mediciner tillgängliga etablerat sig och tjänade grova pengar på människors brist på kunskap. Sådant ser TNF:s ansikte ut i den lilla byn i tredje världen. Det är ingen tvekan om att transnationella företag på detta sätt gjort sig till fiender till PHV.

3) Sociala förhållanden, utbildningsfrågor

Kvinnans underordnade ställning gör det svårt att rekrytera "lokala" barnmorskor för utbildning. Alla accepterar inte att kvinnan deltar i kurser eller yrkesarbetar. Ibland måste till och med en manlig släkting vara den som bestämmer om man skall söka för ett sjukt barn. En del stamstrukturer finns i norra och östra Jemen, det är splittande och utgjorde länge hinder för hälsoministeriets plan för uppbyggnad av PHV i de delarna av landet.

En del traditionella religiösa är alltför fatalistiska, en hård tillvaro har tvingat dem till det. PHV kräver mänsklig aktivitet. Folkmedicinska behandlingstraditioner är ibland ett hinder för vetenskaplig PHV. Jag tror inte alls att islam på något sätt skulle utgöra hinder för god PHV. Man kan till exempel nämna att islam inte motsätter sig familjeplanering som katolska kyrkan.

PHV kräver en stor mängd utbildade på alla nivåer inom hälsovårdssystemet, allt hänger ihop. Övervakning, stöd, underhåll behövs. Möjligheten att bygga PHV hänger alltså intimt ihop med de övriga nivåernas utvecklingsgrad. Hela befolkningen måste också medvetandegöras. Det blir en enorm uppgift för PHV.

Antalet färdiga och antalet under utbildning inom hälsovården i Nord-Jemen är mycket lågt. Man når på det sättet snabbt ett tak även för PHV, om man inte sätter in enorma resurser på utbildning inom hälsovården. Varifrån kan man få resurser till detta? Svårig-

heterna vid uppbyggnad av PHV är i sanning mycket stora. Ett stort hinder i detta sammanhang är också att man inom det medicinska etablissemangen, som nämnts ovan, är rädda för att mista sina favörer.

4) Politik, maktstruktur, ideologi

Nord-Jemen är en "arabisk, islamisk och oberoende stat", "den islamiska Sharia är källan till alla lagar". I islam finns ett starkt jämlikhetsideologiskt tänkande, en styrka för PHV enligt Alma-Ata. I Jemen finns på byplanet en sorts kommunal demokrati, en viss grad av folklig mobilisering, som är nödvändig för skapande av resurser till PHV. Verkligen basdemokrati saknas dock. På det nationella planet finns ingen demokrati i vår mening. De nämnda gynnsamma faktorerna är dock ganska starka kort för att möjliggöra uppbyggnad av PHV. Hälsoministeriets progressiva inställning utgör också förutsättningen, med en speciell primärhälsovårdsenhet.

Politisk vilja betyder mer att folkmajoritetens vilja och behov kan komma till uttryck än att centrala potentater fattar beslut. Detta är kärnproblemet när Alma Ata efterlyser den politiska viljan. Det gäller folkmajoritetens möjlighet att påverka de styrande. Den är otillräcklig i nästan alla av tredje världens länder.

Om "folkviljan" inte kan göra sig hörd får man instabilitet, konflikter. Nord-Jemen levde under större delen av den nämnda planperioden i ett politiskt ytterligt labilt läge, även med krigshandlingar. Det är ingen grogrund för god PHV, resurserna binds upp av militärmakten. En stor skuld till detta är världsmakternas maktspel i denna strategiskt viktiga del av världen. Detta och det faktum att klasstrukturen i Jemen inte fått sin rätta bild i maktapparatens var säkert huvudorsaken till att programmet PHV:s start fördröjdes i många år. Stora vapenköp, införande av allmän värnplikt skedde samtidigt. Var finns den fred och avrustning som Alma Ata talar om? Det är desto mer beundransvärt med många jemeniters och hälsoministeriets stora ansträngningar att dra igång detta program för jemeniternas hälsa.

5) Biståndsfrågor

Alma Ata-deklarationen har blivit en schlager som alla vill sjunga på sitt eget sätt. En stor amerikansk organisation med stora finansiella resurser drog igång PHV på sitt eget sätt. De stoppades av jemenitiska myndigheter. Andra organisationer startade på olika sätt, det ledde till tidsödande diskussioner om hur detta skulle integreras i landets system. Inom svenska Rädda Barnen arbetade vi huvudsakligen med jemenitiska resurser inom landets egen planering och med utbildning av jemenitisk sjukvårdspersonal. "Våra" kliniker visade sig också vara de överlägset bäs-

ta för start av PHV-programmet. Ett stort problem var dock att vi inte kunde följa landets låglönesystem för sjukvårdspersonal. Då hade vi inte kunnat genomföra programmet. Så länge jag var där accepterade myndigheterna dock våra högre löner, trots att de själva stod för fiolerna – många ansåg till och med att vår lösning var föredömlig. Men om samma löner (och samma krav på personalen) genomfördes på det nationella planet, varifrån skulle då hälsoministeriet få resurserna? Kanske går det så småningom att genomdriva denna förutsättning för god PHV.

Bistånd framför allt på PHV-området får inte vara en lekstuga för äventyrslystna "biståndare". Det rör nationella frågor, kommunalt resursskapande. "Biståndare" som inte underordnar sig tredje världens egna myndigheter har ingenting där att göra.

Följden av svårigheterna

Det är en stor sak att Nord-Jemen kommit igång med planen. Visserligen skulle man enligt ursprungliga planen ha täckt 20 procent av landet med PHV i mitten av 1981. Det var först då utbildningen kom igång. En reviderad plan ville täcka 10 procent av landet i slutet av 1983. Ovanan på alla nivåer gör naturligtvis att massor av fel begåtts, den i många avseenden ogynnsamma strukturen, som berörts ovan, hindrar, men Nord-Jemen kämpar vidare med detta program – småningom kommer man att samla erfarenheter från ministeriet ned till byns ansvarige. Kanske täcks Nord-Jemen år 2000 av en hyggligt fungerande PHV.

Syd-Jemen och den primära hälsovården

Demokratiska Folkrepubliken Jemen, arabernas "Cuba", fick en annan historia än Nord-Jemen genom engelsmännens kolonisering av Aden 1839. Det är idag en socialistisk stat. Dess yta är hälften av Sveriges, befolkningen omkring 2 miljoner. Geografiskt liknar förhållandena Nord-Jemens. Trots systemolikheter gör Nord- och Syd-Jemen stora ansträngningar att förenas, den historiska bakgrunden är gemensam. Syd-Jemens ekonomi är centralplanerad, man försöker stoppa onödig import. Landet gör stora ansträngningar på utbildningens område och försöker bygga upp en intern ekonomi.

I Syd-Jemens andra femårsplan, 1979–1983, fanns en hälsoplan. Satsning sker på PHV. Planen liknar Nord-Jemens men genomförandet skall ske i en socialistisk struktur. 26 procent av landet skulle vara täckt år 1983.

Hinder och svårigheter

Planen själv nämner följande: Personalens ovillighet att tjänstgöra på landsbygden, personalbrist, dåliga vägar, telefonbrist, svår finansiering. Nord-Jemens plan nämnde samma saker och dessutom svårigheten att

samordna de lokala utvecklingsförbundens ansträngningar.

1) Natur och geografi

Samma svårigheter som i Nord-Jemen, dessutom är landet större och glesbefolkat. Övervakning av PHV-enheter blir svårorganiserad. Lokal resursmobilisering borde gå lättare genom de lokala socialistiska enheterna, samordnade av Jemens socialistparti. Allmän resursbrist är ett allvarligt hinder.

2) Ekonomisk organisation

Privata kliniker är förbjudna. Sjukvårdsresurserna står till samhällets förfogande. Dock är läkare och annan personal koncentrerade till städerna. Skall tvång eller stimulansåtgärder användas för att sprida dem? Hittills har man gått mycket försiktigt fram.

Troligen finns inga stora klassmotsättningar. De beslutna flydde i stort antal till Nord-Jemen vid revolutionen. Dock finns motsättningar mellan det moderna, västerländska Aden och resten av landet, där traditionella sydarabiska strukturer dröjer sig kvar. Syd-Jemen är inte importsamhälle av samma grad som Nord-Jemen, inget konsumtionssamhälle. Man satsar på en allmän sektor. Resurser kan tas tillvara för allmän utveckling, inkluderande PHV. "Fria marknadskrafter" som rasar fritt, gynnar oftast de redan rika. Syd-Jemens politik bör ge större förutsättningar för utbyggnad av PHV – under förutsättning att det ekonomiska systemet producerar ett överskott, som tas tillvara för det gemensammas bästa.

a) Lönesystemet inom sjukvården

Sjukvårdspersonalens löner är goda, högre än lärarnas. En högt specialiserad läkare har cirka fem gånger högre lön än en städare på sjukhuset. Man behöver inte ruinera sig för en bostad, hyresreglering råder. För PH-vårdarna, "hälsoguiden" har man ingen lön utan litar till ideologisk stimulans. En hälsoguide skall ansvara för 800 invånare. Risken med att inte betala är att intresset så småningom försvinner. En del ansvariga i Syd-Jemen tvivlar på att man kan fortsätta utan lön till denna grupp.

b) Den centralplanerade ekonomin

En högre läkemedelskommitté bestämmer läkemedelspolicy. Man försöker följa WHO:s rekommendationer och vill så småningom begränsa urvalet till essentiella läkemedel. Generiska namn skall användas. All import sker genom National Drug Company, som också säljer till privata apotek, som tillåts ta 15 procent i förtjänst. Ingen läkemedelspropaganda är tillåten. Bröstmjölksersättningar importeras endast genom National Drug Company, bara 3–4 märken, som till 50 procent distribueras genom allmänna kanaler. Syd-Jemen försöker alltså stoppa

de transnationella företagens framfart. Den väg man slagit in på är en förutsättning för att hindra ohämmad läkemedelsspridning och flaskuppfödning. Importregleringar och kontrollstrukturer är nödvändiga.

3) Sociala förhållanden, utbildningsfrågor

Den nationella planen vill bryta ned ogynnsamma strukturer för PHV, till exempel kvinnoförtryck och ovetenskaplig folkmedicin. Samhällsplaneringen skall vara vetenskaplig, detta kommer att ta tid. Man beräknar fylla sina behov av utbildade inom hälsovården på fem år, ganska sannolikt genom de enorma satsningar som sker. Den första kullen läkare examinerades 1982. Övriga personalgrupper utbildas i stort antal vid Hälsoinstitutet i Aden, med stöd av svenska Rädda Barnen. Jämfört med Nord-Jemen har Syd-Jemen relativt sett omkring fem gånger fler elever i sina hälsovårdsskolor. Man har också täckt landet med primärskolor, vilket inte är fallet i Nord-Jemen. För PHV betyder höjd folkbildning mycket. Det bör vara möjligt att inom överskådlig framtid täcka Syd-Jemen med PHV. I utbildningen försöker man också hindra att ett medicinskt etablissemang, mest intresserat av sina egna villkor, växer fram.

4) Politik, maktstruktur, ideologi

Med socialistiska ideal om jämlikhet försöker Syd-Jemen utveckla sitt land. Om försöken till folklig mobilisering lyckas finns goda förutsättningar att skapa PHV grundad på lokala resurser. Jemens socialistparti med generalkonferenser, centralkommitté och politbyrå försöker samarbeta med massorganisationer som fackföreningar, kvinno- och ungdomsförbund. På den lokala nivån finns "folkets försvarskommitté" för utveckling, med en person ansvarig för hälsovården. En risk är att elitism, centralbyråkrati tar över, att interna strider i ledningen binder resurserna, att folket passiviserar. Symptom på inre maktstrid har förekommit strax före den nämnda planperioden. Stormaktsintresset för området är labiliserande. Spänningen gör att stora resurser avsätts för militära ändamål. Dock finns inom staten en medveten vilja att satsa på jämlikhet och folklig mobilisering.

5) Biståndsfrågor

Syd-Jemen har stort stöd av Cuba bland annat för den medicinska fakultetens uppbyggnad. Sovjet, Östtyskland och Kina ger stöd. Svenska Rädda Barnen ger stort stöd till hälsovårdssektorn. En centralplanerad ekonomi kan lättare styra bistånd och slipper kanske råka i händerna på utländska intressenter?

Följder av svårigheterna

Syd-Jemen drog snabbt igång PHV sedan planen fastställdes, men föredrog

Vi slår fast!

TETRALYSAL®
lymecyklin
vid chlamydiainfektion



Tetralysal®
Farmitalia Carlo Erb

Kapslar 150 mg och 300 mg

Tetracyklinderivat

Deklaration. 1 kapsel innehåller tetracyclin. 0,15 aut 0,3 g, q.s.

Egenskaper: Den verksamma lymecyklin är aktiv mot grampositiva och gramnegativa bakterier samt de flesta bakterier som är resistenta bakom kocker, streptokocker, streptocyklinresistens.

Lymecyklin ges i kombination. Detta i kombination med fysiologiska pH-nivåer i kanalerna blir ringarna vid intag på fast mage. SAL absorberas snabbt i koncentrationer (>1,0 µg/ml) uppnås inom en timme inom 2-3 timmar. Dubbelkoncentrationerna. Absorptionen påverkas endast obetydligt av mjölk och andra födoämnen. Proteinbindningsgraden uppgår till 45% och halveringstiden är 10-12 timmar. Eftersom TETRALYSAL ges två gånger/dygn fås en jämnare koncentration i plasma än med tetracykliner som doseras en gång/dygn. Ca 60% av tillförd peroral dos utsöndras i aktiv form via urinen. Vid normaldos fås därför en urinkoncentration av ca 300 µg/ml. Vid dubbelring av dosen erhålles en 60% ökning av utsöndringen i urinen.

Indikationer. Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för lymecyklin.

Försiktighet. Barn under 8 års ålder bör endast behandlas med TETRALYSAL på sträng indikation, på grund av inlagring i det växande skelettet samt risk för emaljhypoplasi.

Graviditet och amning. Kategori D. Se speciellt avsnitt märkt . Tetracykliner kan under den tid då barnets tänder mineraliseras (sista hälften av graviditeten, neonatalperioden och upp till ca 8 års ålder) framkalla emaljhypoplasi och missfärgning av tänderna. Tetracykliner in-

lagras också i det växande skelettet därmed undvikas under sistast. Lymecyklin passerar över i placenta påverkan på fosteret.

R. förekomma men är sällsynta vid exposition för behandling med tetracykliner under den tid då tänderna mineraliseras kan emaljhypoplasi samt missfärgning uppkomma.

Lever: Vid nedsatt njurfunktion under den tid med muling i serum och vävnader med eventuell levertoxicitet som följd.

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. Liksom vid all tetracyclinbehandling kan överväxt av icke-känsliga mikroorganismer förteckning kan föreligga för selektion av tetracyclinresistenta tarmbakterier.

Dosering. Normaldosering för vuxna: 300 mg morgon och kväll. Vid svåra infektioner kan dosen ökas. Lägre dos, 150 mg morgon och kväll, kan ges som underdos och till barn vid speciella indikationer. Kapslarna sväljas hela. Det bör beaktas att utsöndringssättet för tetracykliner är sänkt vid njursufficiens även normal dosering kan leda till ackumulering av dessa förhållanden rekommenderas sänkt dos med eventuell kontroll av serumnivåer.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt . Tetracykliner, där kliniskt betydelsefulla, särskilt markerats.

Observera. Patienter med känd fotosensibilisering bör instrueras att undvika direkt solljus under behandlingstiden.

Förpackningar och priser. Kapslar 150 mg
25 st 51:80
100 st 172:10
Kapslar 300 mg (vita)
14 st 52:30
20 st 71:60
30 st 98:10
50 st 150:30
100 st 289:30



FARMITALIA CARLO ERBA AB
Box 3511, 183 03 TÄBY

Programmerbar fickkalkylator – en ovärderlig hjälp vid bearbetning av undersökningsresultat (I)

BENGT BENGTTSSON · CALLE BENGTTSSON

Medicinska Institutionen II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

I den snabba utveckling som skett på datorsidan har fickkalkylatorn fortfarande en central plats vid bearbetning av data. En programmerbar fickkalkylator ligger idag på en prisnivå som gör att var och en som sysslar med bearbetning av data kan skaffa sig en sådan. I vår undersökning av Göteborgs kvinnor har den revolutionerat vårt arbete. Vi finner det därför angeläget att vidarebefordra våra erfarenheter i förhoppning om att kunna underlätta bearbetningen av data för andra som ägnar sig åt vetenskapliga undersökningar och stimulera till ökad aktivitet på detta område ute på fältet.

Nyckelord: Databehandling. Fickkalkylator.

Val av kalkylator

Det finns åtskilliga olika fickkalkylatorer som är användbara i detta sammanhang. Vi har själva kommit att fastna för Casio Fx-602P (pris i affär omkring 700 kr). Vi kommer att redovisa våra erfarenheter av programmering och uträkningar med denna modell, men vi

vill än en gång understryka att det finns många andra modeller som är användbara för dessa ändamål.

Programkapacitet

Casio Fx-602P har 512 positioner för programmering. Vi kommer att visa hur den används för enklare statistiska bearbetningar och har här valt att ge förslag till programmering för att utföra χ^2 -test och Student's t-test.

χ^2 -test

Om två grupper skall jämföras med varandra för att utröna om en egenskap är vanligare i den ena gruppen än i den andra är χ^2 -test ofta en lämplig statistisk metod.

Formeln för χ^2 -test:

$$\chi^2 = \frac{(ad-bc)^2 (a+b+c+d)}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

där a, b, c och d är antal som har respektive inte har en viss egenskap i två olika grupper som jämförs.

Inprogrammering kan ske som följer: MODE 2 PO INV ALPHA INV X (grön bokstav) 2 - TEST (gröna bokstäver) INV ALPHA INV PAUSE LBL 1 AC INV MAC HLT Min 01 Min 07 Min 08 Min 09 HLT Min 02 M+ 07 M+ 08 Min 10 HLT Min 03 M+ 07 M+ 09 Min 11 $\times$ MR 02 = Min 06 MR 03 HLT Min 04 M+ 07 M+ 10 M+ 11 $\times$ MR 01

- MR 06 = INV X² $\times$ MR 07 $\div$ MR 08 $\div$ MR 09 $\div$ MR 10 $\div$ MR 11 = Min F (svart bokstav) INV RND-FIX (två knappar) 3 INV ALPHA INV X (grön bokstav) 2= INV #INV ALPHA HLT GSB INV P8 GOTO 1

INV P8 Min F (svart bokstav) 2.706 INV X $\geq$ F GOTO 6 3.841 INV X $\geq$ F GOTO 7 6.635 INV X $\geq$ F GOTO 8 10.828 INV X $\geq$ F GOTO 9 INV ALPHA P (grön bokstav) INV < (grönt tecken) 0.001 INV ALPHA GOTO O LBL 6 INV ALPHA N (grön bokstav) INV SPACE S (grön bokstav) INV ALPHA GOTO O LBL 7 INV ALPHA P (grön bokstav) INV < (grönt tecken) 0.1 INV ALPHA GOTO O LBL 8 INV ALPHA P (grön bokstav) INV < (grönt tecken) 0.05 INV ALPHA GOTO O LBL 9 INV ALPHA P (grön bokstav) INV < (grönt tecken) 0.01 INV ALPHA LBL O HLT MODE 1

Med denna programmering får man också med signifikansnivåer direkt, eftersom χ^2 -gränsvärden lagts in i programmet. Nöjer man sig med att få fram ett χ^2 -värde för att sedan slå upp det i statistiska tabeller, kan programmeringen göras kortare, men kalkylatorn har så pass god minnesfunktion att vi kan kosta på oss denna lyx.

För att testa programmet kan vi hämta ett exempel från vår undersök-

snart att starta endast som pilotprojekt. Man måste analysera uppkommande problem. Alla måste vara mobiliserade, medvetna. Allt måste vara samordnat. Finns resurser för framtiden? Förutsättningarna att skapa god PHV synes vara goda i Syd-Jemen.

Kort slutdiskussion

Jag har försökt belysa problem i samband med PHV i två länder i tredje världen, ett med kapitalistisk, ett med socialistisk struktur. I första fallet grundar sig mina observationer på 5 1/2 års deltagande i arbetet, i andra fallet

på två studiebesök, intervjuer med ett flertal ansvariga samt dokumentstudier. Givetvis ger detta en snedhet åt framställningen. Det utesluter dock inte bedömningar av den typ jag gjort.

Vad kan vi i Sverige, ett av jordens rikaste länder, lära av försöken att organisera god PHV i två av jordens fattigaste länder?

Källor

Framställningen utgör ett koncentrat av en 40-poängsuppsats 1982 från kursen för u-landskunskap vid Uppsala universitet. Ingemar Hermansson: Hälsa för alla i

Nord- och Syd-Jemen år 2000? Avd för u-landsfrågor, Uppsala universitet, 1982.

Jag riktar ett varmt tack till docent Lars Rudebeck, Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet, som genom goda impulser och positiv kritik starkt bidragit till skriftens utformning.

Författarpresentation:

Ingemar Hermansson*, distriktsläkare i Vilhelmina. Sju år verksam i Tredje världen, därav 1977-1982 med primärvårdsutveckling i Nord-Jemen.

*Postadress: Vårdcentralen, 912 00 Vilhelmina

ning av Göteborgs kvinnor. Vi vill se om andelen 50-åriga kvinnliga rökare som slutat att menstruera (är postmenopausala) skiljer sig från motsvarande andel hos 50-åriga kvinnor som inte röker.

	Postmeno- pausala	Premen- pausala
Rökare:	n= 80	n= 43
Ikke-rökare:	n= 81	n= 125

Vi gör vår statistiska analys enligt följande:

PO (för att få in rätt program), därefter: 80 EXE 43 EXE 81 EXE 125 EXE

Vi får fram ett χ^2 -värde på 20.388 och kan sedan använda oss av en tabell över χ^2 -värden med en frihetsgrad för att få ett p-värde ($p < 0.001$). Eftersom vi även programmerat in gränsvärdena för signifikansnivåerna, får vi emellertid här direkt fram ett p-värde på < 0.001 genom att ytterligare en gång trycka på EXE. Om vi i stället hade fått ett p-värde > 0.1 skulle fönstret ha visat NS ("no significance").

När uträkningen är avslutad trycker man ånyo på EXE och proceduren kan upprepas.

Ändring av program

Om det blivit fel i programmet eller om programmet av andra skäl skall ändras, kan detta ske som följer.

- Tryck på MODE 2 för att komma till programmeringsmoden.

- Tryck på PX, där X är det program som skall ändras (P1 om exempelvis programmet finns i program P1).

- Stega fram till den felaktiga positionen eller den position som av andra skäl skall ändras (eller till den sista som är korrekt, om enbart ett tillägg skall göras) med hjälp av FST eller BST. FST för framåt och BST för bakåt.

- När den instruktion som skall ändras står längst till höger i fönstret tas den bort genom att trycka på C (vit bokstav).

- Lägg in den korrekta eller aktuella instruktionen som vanligt. Den skjuts automatiskt in efter den instruktion som står längst till höger i fönstret.

När ändringen är gjord, tryck på MODE 1 och fickkalkylatorn är klar för uträkningar. Det kan vara värt att komma ihåg att INV inte kommer med i fönstret, att "ALPHA" ersätts med enbart " och att det i stället för RND-FIX står enbart FIX.

Student's t-test

För att jämföra medelvärden för två grupper används ofta Student's t-test.

Formeln för Student's t-test är som följer:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \quad \text{där } S_p^2 =$$

$$\frac{S_1^2 (n_1 - 1) + S_2^2 (n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2}$$

där n_1 , $\bar{x}_1$ och S_1 respektive n_2 , $\bar{x}_2$ och S_2 är antal, medelvärde och standard-

deviation för de två grupper som jämförs, $S_p^2 =$ "pooled variance".

För att kunna applicera denna formel kan följande programmering väljas:

```
MODE 2 P1 INV ALPHA STUD (gröna bokstäver) . - T (grön bokstav) INV
ALPHA INV PAUSE LBL 1 AC INV
MAC HLT Min 01 Min 03 INV 1/X
Min 08 MR 01 HLT Min 07 HLT Min
09 INV X^2 Min 05 MR 09 HLT Min 02
Min 04 INV 1/X M+ 08 MR 02 HLT
M- 07 HLT INV X^2 Min 06 1 M- 03
M- 04 MR 03 + MR 04 = INV 1/X x (
MR 05 x MR 03 + MR 06 x MR 04 ) x
MR 08 = INV 1/X x MR 07 =
Min F (svart bokstav) INV RND-FIX
(två knappar) 3 INV ALPHA INV T
(grön bokstav) = INV # INV ALPHA
HLT GOTO 1 MODE 1.
```

Vi vill ge ett exempel på hur fickkalkylatorn kan användas när den inprogrammerats enligt ovan. Exemplet är hämtat från vår populationsundersökning av kvinnor i Göteborg och visar medelvärden för serumkolesterol för 50-åriga kvinnor som alltjämt menstruerade (premenopausala) och för sådana som slutat att menstruera (postmenopausala). Förutsättningen för att kunna göra denna uträkning är att vi känner antal, medelvärde och standarddeviation för de två grupper vi vill jämföra, och att fördelningarna är väsentligen normalfördelade, samt att spridningen i de bakomliggande populationerna är likartad.

Premenopausala 50-åringar: $n = 164$, $MV = 6.90$ mmol/l, $SD = 0.96$ mmol/l.

Postmenopausala 50-åringar: $n = 162$, $MV = 7.42$ mmol/l, $SD = 1.19$ mmol/l.

Med den programmering vi gjort slår vi nu in siffrorna enligt följande:

P1 (för att få in det program vi önskar), 164 EXE 6.90 EXE 0.96 EXE 162 EXE 7.42 EXE 1.19 EXE.

Vi finner då ett t-värde på -4.345, och med hjälp av statistiska tabeller för t-värden kan vi se vilket p-värde detta t-värde motsvarar. I detta fall finner vi att skillnaden är signifikant ($p < 0.001$).

Genom att ånyo trycka på EXE är kalkylatorn redo för en ny tillämpning av Student's t-test.

Eftersom p-värdet är beroende av antalet frihetsgrader kan signifikansnivåerna inte inprogrammeras för Student's t-test.

Andra statistiska analyser

Vi har valt att ha våra fickkalkylatorer inprogrammerade enligt ovan, och vi har dessutom inprogrammerat Mantel-Haenszels formel, som är mycket användbar när man jämför fördelningar och måste ta hänsyn till andra faktorer, exempelvis ålder. Det finns dessutom utrymme för att göra tillfälliga egna program på enklare uträkningar som upprepas ofta, och i en följande artikel kommer vi att presentera förfarandet vid Mantel-Haenszels test och

vid beräkningar enligt enklare tillfälligt använda formler.

Sammanfattning

Användning av programmerbara fickkalkylatorer är ett billigt och smidigt alternativ för att göra enklare statistiska beräkningar och har på ett närmast dramatiskt sätt underlättat för oss att bearbeta data. Vi har därför önskat dela med oss av våra erfarenheter och i detta första av två delarbeten visar vi hur man med hjälp av fickkalkylator snabbt kan applicera χ^2 -test och Student's t-test på våra material - två användbara test vid statistiska beräkningar.

Programmable pocket calculator - an invaluable aid in processing of study findings (I)

Abstract

Despite the fast development of computer technology a pocket calculator still assumes a central position in the processing of data. A programmable pocket calculator is today available at a price level enabling anyone who is engaged in the processing of data to buy one. And it has revolutionized our work on our study of Gothenburg's women. We therefore find it important to communicate our experiences in order if possible to facilitate the processing of data by others who are engaged in scientific investigations and to stimulate increased field activities in this area.

Författarpresentation:

Bengt Bengtsson, teknologie studerande, databearbetningskonsult i projektet Populationsstudien av kvinnor i Göteborg.

Calle Bengtsson, docent, biträdande överläkare vid Medicinska kliniken II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, projektledare för Populationsstudien av kvinnor i Göteborg.

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.

Programmerbar fickkalkylator – er ovärderlig hjälp vid bearbetning av undersökningsresultat (II)

BENGT BENGTTSSON · CALLE BENGTTSSON

Medicinska kliniken II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Vi har i en första delartikel redogjort för hur fickkalkylatorer kan användas för att beräkna signifikansgränser vid χ^2 -test och Student's t-test. Vi kommer här att på motsvarande sätt visa hur Mantel-Haenszels test (1, 2) kan användas vid statistiska beräkningar. Mantel-Haenszels test är utomordentligt användbar när någon annan variabel skall tas med i bedömningen, till exempel ålder. Vi kommer också att ta upp hur man programmerar in formel "för tillfälligt bruk".

Nyckelord: Databehandling. Fickkalkylator.

Mantel-Haenszels test

Nedan presenteras formeln för Mantel-Haenszels test:

$$X^2_{(n)} = \frac{\left(\sum_{j=1}^n a_j - \sum_{j=1}^n \frac{N_{1j} M_{1j}}{T_j} \right)^2}{\sum_{j=1}^n \frac{N_{1j} M_{1j} N_{0j} M_{0j}}{T_j^2 (T_j - 1)}}$$

där j = antalet grupper, $M_{1j} = a_j + c_j$; $N_{1j} = a_j + b_j$; $M_{0j} = b_j + d_j$; $N_{0j} = c_j + d_j$; $T_j = M_{1j} + M_{0j} = N_{1j} + N_{0j} = a_j + b_j + c_j + d_j$.

Inprogrammering kan ske enligt följande: MODE 2 P2 INV ALHPA M A (gröna bokstäver) . - H A E (gröna bokstäver) . INV ALPHA INV PAUSE LBL O AC INV MAC 5 (eller det antal grupper man tror sig oftast komma att arbeta med) Min 00 INV ALPHA 5 (eller det antal grupper man tror sig oftast komma att arbeta med) INV SPACE GRUPPER (gröna bokstäver) INV ? INV ALPHA HLT Min 00 LBL 1 AC HLT Min 01 M+ 05 HLT Min 02 M+05 HLT Min 03 M+ 05 HLT Min 04 M+05 MR 01 M+ 06 + MR 02 = x (MR 01 +

MR 03) ÷ MR 05 = M+ 07 x (MR 02 + MR 04) x (MR 03 + MR 04) ÷ MR 05 ÷ (MR 05 - 1) = M+ 08 MR 01 x MR 04 ÷ MR 05 = M+ 09 MR 02 x MR 03 ÷ MR 05 = M+ 10 0
Min 05 INV DSZ GOTO 1 MR 06 - MR 07 = INV X² ÷ MR 08 = Min 11 INV RND-FIX (två tecken) 3 INV ALPHA INV X (grön bokstav) 2 = INV # INV ALPHA HLT GSB INV P8 MR 09 ÷ MR 10 = Min F (svart bokstav) INV RND-FIX (två tecken) 3 INV ALPHA R R (gröna bokstäver) = INV # INV ALPHA HLT 1.96 ÷ MR 11 INV √ +/÷ + 1 = Min 12 MR F (svart bokstav) INV X^Y MR 12 = Min 13 INV RND-FIX (två knappar) 3 HLT MR 13 ÷ MR F (svart bokstav) INV X² = INV 1/X Min F (svart bokstav) INV RND-FIX (två tecken) 3 HLT GOTO 0 MODE 1

Denna programmering förutsätter att den del av programmet vi tidigare beskrivit för χ^2 -testen, som börjar med INV P8, redan finns i kalkylatorns minne (här i P8, som kommer att vara gemensamt för båda testen).

För att pröva Mantel-Haenszels test använder vi oss av siffror hämtade från populationsundersökningen av kvinnor i Göteborg. Vi studerar här mortaliteten under en 12-årsuppföljning hos kvinnor som vid första undersöknings-tillfället 1968-69 hade förhöjda serumtriglyceridvärden (här definierat som triglycerider ≥ 2.2 mmol/l.) Kvinnorna som vi undersökte var i fem olika åldrar (1968-69 var de 38, 46, 50, 54 eller 60 år gamla), och eftersom triglyceridvärdena är åldersberoende och mortaliteten är högre i de övre åldersgrupperna, måste hänsyn tas till ålder. Mortaliteten under 12-årsuppföljningen var i de olika åldrarna (ålder vid studiens början):

Avlidit under 12-årsperioden?

	38 år		46 år		50 år		54 år		60 år	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Höga triglycerider	0	12	1	25	3	18	3	12	4	1
Låga triglycerider	6	352	15	389	18	358	12	153	13	63

För att se om mortaliteten hos kvinnor med höga respektive låga triglyceridvärden skiljer sig åt slår vi in siffrorna enligt nedan. Programmet är här gjort så att man genom att trycka på EXE direkt kan påbörja räkningen, om det är 5 grupper som är aktuella. Annars trycker man in siffran för aktuellt antal grupper och därefter EXE, varefter uträkningen kan påbörjas.

P2 EXE (eftersom det rör sig om 5 grupper) 0 EXE 12 EXE 6 EXE 352 EXE 1 EXE 25 EXE 15 EXE 389 EXE 3.....4 EXE 1 EXE 13 EXE 63 EXE

Kalkylatorn behöver en liten tid på sig efter varje grupp om 4 siffror, och en nolla skall komma fram i fönstret, innan nästa grupp om 4 siffror påbörjas.

Vi får fram ett χ^2 -värde (med en frihetsgrad), här = 10.578, och genom att trycka ner EXE får vi signifikansnivån, här $p < 0.01$. Genom att ånyo trycka på EXE får vi direkt "risk ratio" eller "relative risk", vilket betyder risken för kvinnor med initialt höga triglycerider att dö under 12-årsperioden jämfört med kvinnor med låga triglyceridvärden. Vi får också med den programmering vi gjort det 95-procentiga konfidensintervallet för "risk ratio" eller "relative risk" genom att trycka på EXE ytterligare två gånger. "Risk ratio" eller "relative risk" blev i detta fall 3.261, och det 95-procentiga konfidensintervallet 1.599-6.647. Det χ^2 -värde som vi fått fram (10.578) kan vi också slå upp i en tabell för χ^2 -värden med en frihetsgrad.

Att det är en signifikant skillnad framgår också av att konfidensintervallet för "risk ratio" ligger utanför 1.0, vilket ju skulle vara det förväntade värdet om risken för kvinnor med höga

och låga triglycerider hade varit den-
samma.

Som ovan nämnts är programmet
specialgjort för 5 grupper. Emellertid
tillåter programmet vilket antal som
helst. När fönstret visar "5 grupper?"
trycker man i så fall ner siffran för an-
talet grupper och därefter EXE. Om
man oftast räknar med annat antal
grupper trycker man redan vid inpro-
grammeringen in siffran för detta antal
i stället för de två femmor som trycktes
in i början av programmet. När uträk-
ningen är klar och konfidensinterval-
let tryckts fram, kan man genom att
trycka på EXE starta från början igen.

Formler för "tillfälligt bruk"

När det gäller uträkningar som uppre-
pas flera gånger lönar det sig att pro-
grammera för att på så vis snabbt kun-
na slå in siffrorna i följd utan att ta hän-
syn till multiplikation, division, paren-
teser, kvadreringar etc. Det finns ut-
rymme för sådana programmeringar
för tillfälligt bruk. Här nedan lämnas
exempel på viktindex, även kallad Bro-
cas formel, som ser ut som följer:

$$\text{Viktindex} = \frac{\text{vikt (kg)}}{\text{längd (cm)} - 100}$$

Programmering:

MODE 2

(Uppgift erhålles då om vilka minnen
som är lediga och antalet program-
steg.)

P3 (som är ledigt) AC (för att "stä-
da") HLT Min 01 HLT Min 02 (då är al-
la inlästa, sedan följer uträkningen).
 $\text{MR } 01 \div (\text{MR } 02 - 100) = \text{MODE } 1.$

Vi lägger först in variablerna i var
sitt minne, och låter därefter kalkyla-
torn räkna enligt formeln.

Uträkningen för varje person går i
och för sig snabbt, men skall procedu-
ren upprepas flera gånger, vinner man i
tid och också i säkerhet genom att sätta
in siffrorna i den inprogrammerade
formeln. Vi har här ett exempel på fem
kvinnor från populationsundersök-
ningen. Längd och vikt anges:

- A 156 cm 68 kg
- B 162 cm 71 kg
- C 166 cm 76 kg
- D 168 cm 62 kg
- E 165 cm 65 kg

Uträkningen för kvinna A blir enligt
följande:

P3 68 EXE 156 EXE

Vi får då ett viktindex på 1.21.

Vid nästa uträkning trycks P3 ner på
nytt.

På samma vis kan viktindex räknas ut
för de övriga:

B: 1.15, C: 1.15, D: 0.91 och E: 1.00.

Sammanfattning

I två delartiklar har användningen av
fickkalkylator för bearbetning av un-
dersökningsresultat diskuterats. Vi har
visat hur några av de mest använda sta-
tistiska metoderna kan programmeras

in och hur dessa program kan använ-
das praktiskt. Fickkalkylatorn är ett
utomordentligt värdefullt hjälpmedel
vid sammanställning av vetenskapliga
resultat genom sin tillförlitlighet, en-
kelhet att använda, och den betingar
numera också ett förhållandevis lågt
pris.

Referenser:

1. Mantel N. Chi-square tests with one de-
gree of freedom; extensions of the Mantel-
Haenszel procedure. *Am Stat Assoc J* 1963;
690-700.

2. Miettinen O. Estimability and estimation
in case-referent studies. *Am J Epidemiol*
1976;193: 226-35.

Författarpresentation:

*Bengt Bengtsson, teknologie stude-
rande, databearbetningskonsult i pro-
jektet Populationsstudien av kvinnor
i Göteborg.*

*Calle Bengtsson, docent, biträdande
överläkare vid Medicinska kliniken
II, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg,
projektledare för Populationsstudien
av kvinnor i Göteborg.*

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

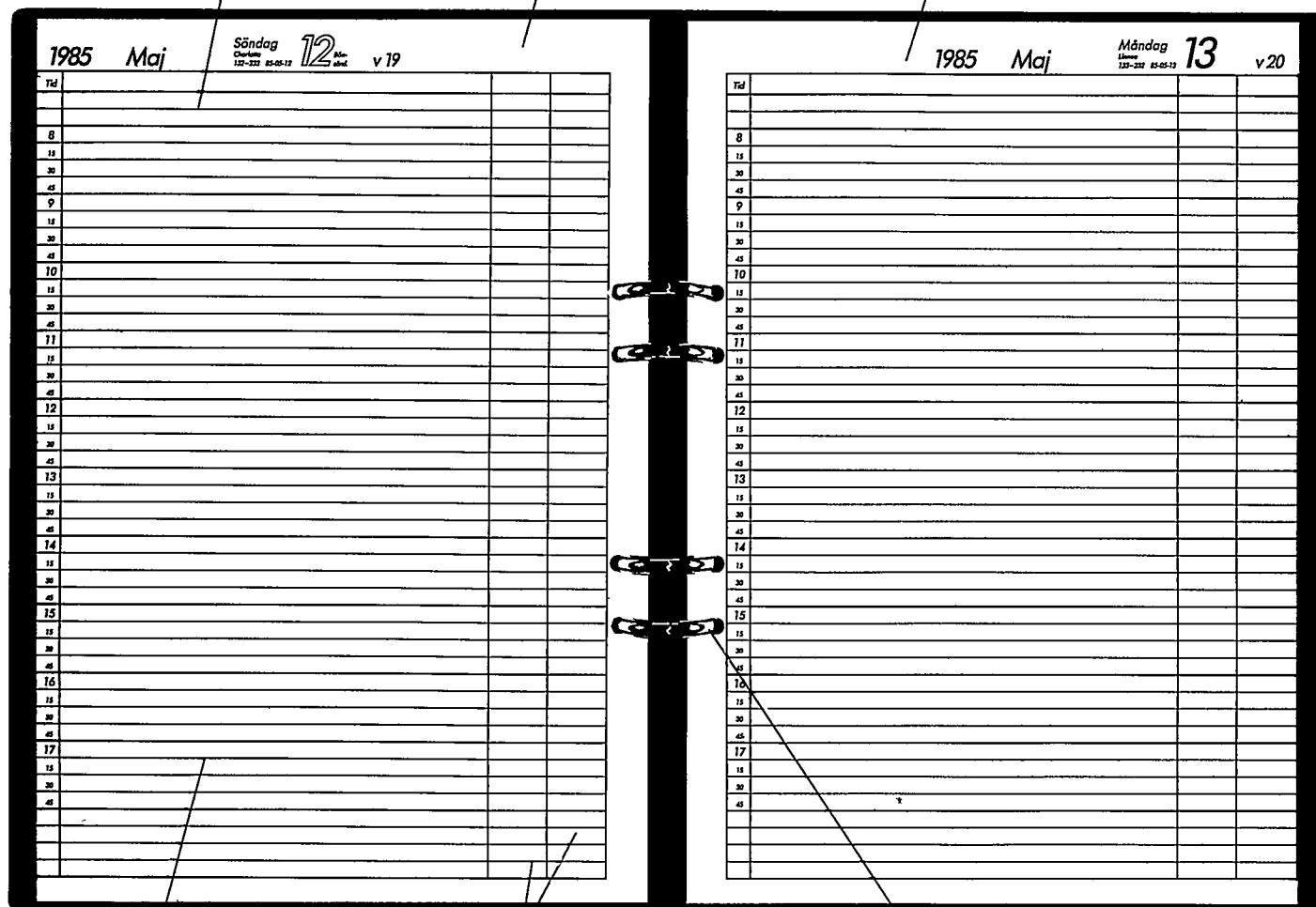
utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Den idealiska Dagkalendern för läkare, tandläkare, sjukgymnaster, sköterskor och andra på mottagningar som arbetar med tidsbokning.

Indelning i kvartar från 8.00 till 17.45 plus reservplats före och efter.

En sida för varje dag, även lördag och söndag.

Lösbladsystem. Lätt att hantera, kopiera och arkivera.



Gott om plats för noteringar.

Två orubricerade kolumner. Du kan t ex föra in patientavgifterna och få bokslut för varje dag.

Årssats med 368 sidor. Standardringpärm i A4-format.

Tid är pengar. Beställ nu Dagkalendern för 1985. Det lönar sig.

agenda-förlaget/malmö ab

Box 16039, 200 25 Malmö. ☎ 040-93 63 15

Jag vill hålla tiden

Därför beställer jag Agenda-Förlagets Dagkalender för tidsbokning 1985.

..... st årssats med ringpärm á 86:- exkl moms.

..... st årssats utan ringpärm á 72:- exkl moms.

Namn

Adress ☎

Postnr Postadress

Frankeras
ej
Adressaten
betalar
portot

Agenda-Förlaget AB

Svarspost

Kundnummer 26392 001
200 25 Malmö

Debatt

Matteusprojektet talar för BVC typ II

I sin slutrapport om barnhälsovården vid Matteus vårdcentral (AllmänMedicin 1, 1984 supplement 8) konstaterar Boström och medarbetare en hög tillfredsställelse hos föräldrar avseende BVC-verksamheten. Någon säker skillnad mellan BVC typ II, försöksområdet, och de två referensområdena med BVC typ I i Stockholms innerstad framkommer ej. I sina enkätsvar på frågor om hur man upplevt kontakten med sjuksköterskan och läkaren på BVC och om man fått den rådgivning och hjälp som man önskat är flertalet föräldrar mycket eller ganska nöjda. Författarna menar att "de farhågor som framförts om att distriktsläkare och distriktssköterskor inte förmår sköta barnhälsovård på ett kvalificerat sätt ej funnit stöd i den gjorda undersökningen".

Rapporten präglas av den entusiasm som utan tvekan varit en god tillgång för det utvecklingsarbete som bedrivs vid Matteus vårdcentral. Det är välkommet att erfarenheter om hur BVC fungerar presenteras. Det behövs utvärdering av olika sidor av verksamheten till exempel effekt av hälsokontroller, vårdkonsumtionens storlek och fördelning på olika befolkningsstrata, vårdtyngd, effekter av daghemshälsövård och föräldrautbildning eller, som i detta fall, föräldrars attityd till hälsovården.

Samtidigt visar artikeln på svårigheterna vid attitydmätning av detta slag. Särskilt är begreppet tillfredsställelse problematiskt. Det kan till exempel vara svårt att avgränsa objektet för sin tillfredsställelse om man kommit i kontakt med flera BVC, vilket författarna också påpekar. Men man måste också göra klart för sig att begreppet innehåller flera komponenter: tillfredsställelse med vårdgivarens kunskaper, erfarenhet och färdigheter, med hans personliga egenskaper och attityd och med tillgängligheten och kontinuiteten i vården. De två sista komponenterna är bland annat beroende av den tid vårdaren kan ägna sig åt patienten och alltså i hög grad en resursfråga.

I en försöksverksamhet med ökad personaltäthet bör man vänta sig en högre tillfredsställelse med väntetider, telefontillgänglighet och kontaktmöjligheter oavsett personalens yrkeskompetens. Svagheten i undersökningen är att de tre områdena som jämförs

inte är likvärdiga vad det gäller personaltäthet sett mot ett befolkningsunderlag på cirka 1.000 barn i varje område.

Som framgår av delrapporten "2 Distriktssköterska" kunde var och en av de 15 distriktssköterskorna i försöksområdet avsätta 1/3 av sin arbetstid för barnhälsovård. Det innebär 200 timmar per vecka för området. Även om något av denna tid torde användas för sjukvård är skillnaden ändå betydande gentemot referensområdenas 80 timmar för barnhälsovård (2 heltids BVC-sjuksköterskor i varje område). I delrapport "4 Distriktsläkare" finner man att läkarna i försöksområdet satt på BVC två timmar i veckan motsvarande totalt 15 timmar vilket skall jämföras med två halva dagar, det är sju timmar, per vecka i varje kontrollområde.

Det är många faktorer som måste vägas in när man jämför olika typer av BVC-verksamhet. Om man skall dra någon slutsats av Matteusundersökningen så är det att kontrollområdenas BVC typ I förefaller ha tillfredsställt föräldrar lika mycket som Matteus BVC typ II men att detta skett med resurser som varit betydligt mindre kostsamma!

Rapporten lyfter också fram föräldrautbildningen. Härvidlag har försöksområdet kunnat erbjuda denna verksamhet i större utsträckning än vad som varit fallet vid de barnavårdscentraler som man jämför sig med. Här måste emellertid påpekas att Matteusprojektet fått avsevärt mera handledningsresurser än flertalet BVC och att verksamheten på många håll befunnit sig i sin linda beroende på lokalfrågor, samordning med MVC etc. Mycket i föräldrautbildningen återstår att utvärdera, till exempel i vilken utsträckning som barnomsorgsgruppens målsättning har kunnat uppfyllas. Ett sådant mål är att få sammanhållna grupper av åtta till tio föräldrar från MVC och som övertas av BVC. Det är väl just här man haft farhågor att verksamhet vid BVC typ II med få barn skulle erbjuda ett hinder, en fråga som fortfarande hänger i luften.

Vi anser det viktigt att man ytterligare belyser och analyserar för- och nackdelar med BVC typ I och typ II i tätort. Flera modeller för barnhälsovårdens inlemmande i vårdlag bör provas på lika villkor med utgångspunkt från gemensamma mål för föräldrautbildning, hälsoövervakning, daghemshälsövård, samarbete med socialtjänst och utbud av vardagssjukvård.

Göran Aurelius
Barnhälsovårdsöverläkare, SLL

Patrick Olin
Barnhälsovårdsöverläkare, SLL

Kommentar

till Göran Aurelius och Patrick Ohlins debattartikel angående Matteusprojektet och Barnavårdscentralen.

Författarnas tolkning av slutrapporten angående BVC typ 2 vid Matteus vårdcentral är förvånande och andas det sedvanliga vänliga överseendet. Författarna kommenterar knappt hälften av det material som är presenterat i arbetet, det som avser attityder till den givna vården. Arbetets övriga innehåll avseende sjukvårdskonsumtionen etc tycks inte väcka samma intresse. Problemet att mäta attityder är vi överens om att de existerar, men genom att använda samma metod i olika områden och jämföra dessa minskar den felkällans betydelse. Enskild kvantitativ skattning görs ej i arbetet.

Det är vidare intressant att konstatera Aurelius och Ohlins tilltro till resurser när de skriver att man bör förvänta sig högre tillfredsställelse med ökad personaltäthet. Dessvärre finns många exempel på hög personaltäthet och dålig tillfredsställelse. Det argumentet håller dåligt.

Vad gäller avsatta resurser vill jag beklaga en ottydlighet som har smugit sig in i suppl nr 6, Slutrapport distriktssköterska, AllmänMedicin 1, 1984. Under rubriken resultat framgår att 1/3 av distriktssköterskornas arbetstid används till *barnfamiljer*. Medan det däremot i diskussion och sammanfattning står att 1/3 av distriktssköterskornas arbetsuppgifter har ägnats åt *barnhälsovård*. Diskussionen är här behäftad med *ett feltryck*, vilket jag beklagar, å andra sidan är de siffror som redovisas under resultat i ett arbete de som gäller. Med andra ord distriktssköterskornas insatser har inte motsvarat de 200 tim som författarna hävdar. En korrekt jämförelse mellan barnavårdscentral typ 1 och 2 vid Matteus vårdcentral är att distriktssköterskorna på Matteus vårdcentral har avsatt tillsammans 90 tim per vecka för barnhälsovårdsarbete enligt de föreskrifter som finns för barnhälsovård i Stockholms läns landsting avseende barn i åldern 0-7 år. Detta faktum kan inte vara obekant för Aurelius som ju är barnhälsovårdsöverläkare i det aktuella området. Tjänstgöringsscheman för sköterskor och läkare vid Matteus BVC har godkänts och fastställts av Aurelius själv.

Sammanfattningsvis avseende resurser skiljer det sig i ringa omfattning mellan de tre undersökta områdena och författarnas argument om stora resursinsatser som orsak till resultaten har ringa trovärdighet.

Slutligen skriver författarna att vi har fått särskild handledning för föräldrautbildning på Matteus vårdcentral. Det är måhända korrekt, men storleksordningen är inte beskriven. Detta faktum hävdas vara orsaken till den

större andelen föräldrautbildning vid Matteus BVC. Denna förklaring är osannolik och även den behäftad med byråkratisk övertro på resursernas betydelse för kvaliteten i vården.

Det visar sig nämligen vid genomgång av Stockholms läns landstings barnhälsovärdsverksamhet 1981 att distriktssköterskor generellt i landstinget sköter en större andel föräldrautbildning än barnsjuksköterskor, vilket Tabell I visar. I flera kommuner finner man att distriktssköterskorna handhar 2 eller 3 gånger större andel föräldrautbildningen än vad man borde förvänta sig av deras antal. Detta gäller sålunda kommuner som Stockholm, Norrtälje, Haninge, Sollentuna som några exempel. I hela landstinget har de nästan dubbel andel mot för-

väntat. Egentligen är det inte oväntat att så sker. Distriktssköterskor, som i sitt arbete arbetar med hela familjen och med alla generationer, borde rent logiskt ha bättre förutsättningar att driva och sköta föräldrautbildning än de som enbart inriktar sin utbildning och sitt arbete på barnen. *Det är ju ändå inte barnen som utbildas utan föräldrarna.* Distriktssköterskorna är utbildade med det socialmedicinska perspektivet och prevention i alla dess aspekter är ett centralt utbildningsmål för distriktssköterskorna.

Slutsatsen, sammantaget med föräldrautbildningen i centrum, är att det inte är osannolikt att distriktssköterskor är den yrkeskår som är mest lämpade att sköta barnavårdscentraler i framtiden.

GÖRAN SJÖNELL

Matteusprojektet

Tabell I.

Andel distriktssköterskor av alla sköterskor vid BVC och andel föräldrautbildning i olika kommuner.

Kommun	Andel dsk vid BVC		Andel föräldrautbildn (antal deltagare av given föräldrautbildn)	
	antal	%	antal	%
Stockholm	15/ 98	15	226/ 545	41
Norrtälje	11/ 17	65	167/ 169	99
Haninge	3/ 17	18	41/ 85	48
Sollentuna	2/ 14	14	181/ 472	38
Solna	1/ 8	13	57/ 102	56
Upplands Väsby	5/ 13	38	59/ 100	59
Stockholms läns landsting	69/357	19	1066/3368	32

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.

Förfarande 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

Recensioner

MOTPOL Nr 2-3/1 1984

Pris: 13 kr, prent 70 kr

postgiro 509015-4

I sitt senaste nummer har MOTPOL – tidskrift för hälso- och sjukvårdsdebatt, presenterat ett nytt och intressant material om ämnet "Klass – ohälsa i Sverige". Här ges en samlad framställning av aktuella rön kring klassbetingad sjuklighet i befolkningen. En bärande tanke är att folkhälsans dominerande program: hjärt-kärlsjukdomar, cancer, ledsjukdomar, missbruk etc inte kan analyseras och åtgärdas om man inte tar hänsyn till hur den sociala klassfaktorn påverkar sjukdomspanoramat. Detta ämne har fått en ökad betydelse i svensk vårddebatt sedan tillkomsten av den nya Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1/1 år 1983 i sin paragraf 2 stadgar "en god vård på lika villkor för hela befolkningen").

I MOTPOLs nya nummer ger först Ulf Högberg en historisk exposé över ohälsans panorama i Sverige under gångna århundraden och hur den fattiga befolkningen, främst kvinnor och barn, led av en markant överdödlighet i sjukdomar som nu anses möjliga att förhindra meddelst prevention. I två följande artiklar av Åkerlund och Nilsson redogöres för det aktuella dagsläget för klassbetingad ohälsa i Sverige och England. Det finns avsevärda skillnader mellan dessa två länder vad beträffar ekonomisk struktur och sociala skyddsnät men även en hel del likheter vad beträffar ohälsans fördelning i befolkningen. Enligt färsk statistik från Socialstyrelsen överväger arbetarklassens patienter bland dem som vårdas på olika kliniker och avdelningar. Man kan allmänt säga att efter införandet av den så kallade "7-kronorsreformen" inom svensk sjukvård för 15 år sedan så har själva vårdutnyttjandet demokratiserats, medan däremot klasskillnaderna beträffande hälsotillståndet består (enligt de så kallade levnadsnivåundersökningarna som baserade sig på intervjudata från 1968, 1974 och 1981). I England har man kunnat iakttaga en ökande hälsoklyfta mellan högsta och lägsta socialgrupp under de senaste decennierna.

Två Uppsala-sociologer presenterar i en artikel en ny klassanalys av den svenska befolkningen och jämför den med tidigare modeller. Man kommer fram till att cirka hälften av befolkningen tillhör arbetarklassen när man väger in faktorer som: ägande av kapital och grad av inflytande på arbetsprocessen. I en översiktsartikel om samband mellan ekonomiska svängningar och ohälsa tar Nilsson upp den amerikanske nationalekonomen Harvey Brenners teorier. Denne samkör stora

datamaterial om olika länders ekonomiska utveckling, löneläge, arbetslöshet etc med mått på ohälsa och dödlighet. Detta är tidigare gjort i USA och England. Nu visar Brenner med svenska siffror att försämring i ekonomin går att avläsa i ökad sjuklighet och dödlighet. Det är med denna bakgrund man skall se dagens ekonomiska debatt om aktievinster i kontrast mot sänkta reallöner för stora delar av befolkningen. Thomas Faresjö vid Tema-H-institutionen i Linköping skriver om svensk fördelningspolitik och dess konsekvenser för den viktigaste välfärdsparemetern: hälsan. Den till Radiumhemmet knutne läkaren Gunnar Steineck tar upp "Cancer och klass" samt påvisar att över 85 procent av alla cancerformer beror på risker i miljö och livsstil, främst rökning. Dessa livsfaktorer är även de klassbundna varför de flesta cancerformer visar en sned social profil. I en brett upplagd artikel om hjärt-kärlsjukdomar och sociala samband skriver professor Töres Theorell och laborator Kristina Orth-Gomér (vid Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin) om hur dessa sjukdomar influeras av stress i arbetslivet kombinerat med låg grad av inflytande samt bristande stimulans att lära sig nya saker i arbetet. Chefen för Rättshspsykiatriska stationen i Linköping, överläkare Leif Öjesjö redovisar delar av sitt avhandlingsarbete om missbruk, alkoholism och klassfaktorer. Tandläkare Göran Bergkvist skriver om dålig tandhälsa och klass samt privatvårdens metoder. Numret avslutas med den översikt av socialmedicinaren Per-Olof Östergren om begreppet sociala nätverk. Folk ur arbetarklassen har genomgående sämre sådana nätverk och blir därmed mer "sårbara" vid flyttning eller till exempel arbetslöshet.

Röker en så röker alla.

Det mesta av röken går ut i luften som alla andas. Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

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

Vad är Motpol?

Tidskriften MOTPOL ägs och utges av Föreningen MOTPOL. Föreningen är liksom tidskriften partipolitiskt obunden. Vi vill belysa sambandet mellan samhällsstruktur, ohälsa och hälso- och sjukvårdspolitik. Syftet är att bidra till en offensiv hälso- och sjukvård, nationellt och internationellt.

Du är välkommen som medlem i föreningen! Du har då möjlighet att delta i stämmor och konferenser, få och ge idéer och samtidigt få kontakt med andra sjukvårdsarbetare med sjukvårdspolitiskt intresse.

Betala in 75 kronor på postgiro-nummer 509015-4, skriv att det gäller medlemskap. Då får du även tidningen. Har du redan den kostar bara medlemskapet 20 kronor.

Beställnings-blankett

Härmed beställes ett antal ex enligt nedan av det nya tema-numret "Klass-ohälsa i Sverige" av MOTPOL Nr 2-3/84 att sändas till av mig angiven adress med bifogad faktura.

Ordinarie pris är 13 kr men vid köp av ett flertal på denna blankett erhålles pris-reduktion till 10 kr per nummer.

Härmed beställes till mig/min institution/min förening/min tidning: följande antal av MOTPOL 2-3/84.

5 ex	50 kr
10 ex	100 kr
25 ex	250 kr
50 ex	500 kr
75 ex	750 kr
100 ex	1.000 kr
.....ex	kr

Sändes till adress:

.....
.....
.....

Upplagan är begränsad till 1.500 ex för extern försäljning. Prioritet kommer att ges till studieförbund, fackliga organisationer, socialmedicinska institutioner samt lokala studiecirkel. I mån av tillgång kommer även orderingång från tidningar och privatpersoner att expedieras.

SKYNDAS PÅ ATT BESTÄLL, innan upplagan tar slut!

Insändes till:
Peter Nilsson
Tackjärnsvägen 48
39470 Kalmar

Hälso- och sjukvården har en nyckelroll i arbetet med att minska tobaksskadorna

Hälso- och sjukvården spelar den dominerande roll i samhället när det gäller att komma till rätta med tobaksrökningens skadeverkningar. För att bryta tobaksvanan kan ett råd från en läkare eller en sköterska vara den avgörande faktorn. Hälso- och sjukvården är dessutom den viktigaste kanalen för hjälp och stöd under själva avvänjningsprocessen.

För att hälso- och sjukvårdens tobaksbudskap ska vara trovärdigt måste man hålla rökfritt i sina egna anläggningar. Ett omfattande arbete med att göra vården rökfri pågår också ute i landet, men flera undersökningar bland vårdpersonalen (läkarna undantagna) visar att man är mycket tveksam till att bedriva tobaksupplysning bland patienterna. Orsaken till denna tveksamhet är flera. Att man själv röker är förmodligen det största hindret. Idag röker nästan vartannat sjukvårdsbiträde och var tredje sjuksköterska medan "bara" var femte läkare är rökare. En annan anledning är att många ser rökningen som en fråga om patienternas integritet.

För att förbättra patientinformationen om rökning har socialstyrelsen i samarbete med landstinget i Malmöhus län samt med Trelleborgs sjukvårdsdistrikt bedrivit en treårig försöksverksamhet i Trelleborg. Projektet har nu utvärderats och i rapporten "Rökning - en fråga för hälso- och sjukvården" (h-rapport 22) redovisas verksamheten. Enligt socialstyrelsens rapport rökte dagligen 35 procent av personalen (läkarna undantagna) 1983 mot 40 procent 1980. 1983 rökte 28 procent av sjuksköterskorna, 47 procent av undersköterskorna och 44 procent av biträdena i Trelleborg dagligen. Samma år var riksgenomsnittet för vuxna kvinnor 28 procent.

Den främsta effekten av försöksverksamheten, som pågick 1981-83, är en ökad medvetenhet bland personalen om hälso- och sjukvårdens ansvar beträffande tobaksupplysning. Så har till exempel 31 procent av sköterskorna utökat sina samtal om rökning med patienter under projektets gång. Verksamheten har också lett till ökade krav på rökfria utrymmen, bättre kunskaper om rökningens skadeverkningar samt fler diskussioner om rökning bland personalen.

Socialstyrelsens rapport ger en detaljerad beskrivning av försöksverksamheten i form av rökavvänjning, föreläsningar och avdelningsträffar samt intensifierade aktiviteter på en öron-näsa-halsmottagning samt på mödra-

vårdcentraler, BB och barnavårdscentraler. Rapporten pekar på de svårigheter man möter i arbetet med att motivera hälso- och sjukvården att ta ett ansvar i arbetet med att minska tobakens skadeverkningar.

Rapporten kan i enstaka exemplar gratis rekvireras från socialstyrelsens distributionscentral, 10630 Stockholm.

Information: Byrådirektör Margareta Haglund eller Ulf Ellemark, byrån för hälsoupplýsning, telefon 08/14 06 00 samt projektledare Annelis Jönsson, lärarhögskolan i Malmö, telefon 040/32 00 00.

Allmänmedicinens ABC

Recension av "En introduktion i allmänläkarvård" av DC Morrell i svensk bearbetning av Bengt Mattsson, Studentlitteratur, 1983.

Allmänmedicin är i Sverige en ny akademisk disciplin, medan allmänläkare alltid förekommit i en eller annan form. En förutsättning för utveckling av det akademiska ämnet allmänmedicin är en lärobok, som är byggd på erfarenhet från svenska förhållanden. Den behövs i första hand i grundutbildningen men också i vidareutbildningen. Den kommer till en början att också vara viktig i efterutbildning av allmänläkare. Läroboken kan hjälpa till att avgränsa ämnet och bidra till en starkare identitet bland allmänläkare.

Men en ung akademisk disciplin har i dagens ekonomiska läge nog med att försöka överleva och tanken på att skriva läroböcker får därför skjutas på framtiden några år. I det läget är det ett utmärkt initiativ av Bengt Mattsson från den lilla men livaktiga allmänmedicinska avdelningen vid Umeå universitet att översätta och bearbeta en för svenska förhållanden allmänmedicinsk klassiker "An Introduction to Primary Medical Care" av engelsmannen DC Morrell.

Det är naturligt för en ung disciplin att knyta an till framgångsrika aktiviteter utomlands. De svenska allmänläkarna har framför allt sina förebilder i England, Holland, Canada, Australien och Nya Zeeland. Här finns väl fungerande allmänläkarvård och, inte minst viktigt, akademiska traditioner.

Morrell arbetar i London vid en "group practice" ungefär motsvarande en svensk 4-läkarstation där han är kliniskt verksam ett par dagar i veckan. Boken berättar i sex välskrivna kapitel om anamnes, undersökning, diagnostik, prognos och behandling av allmänmedicinska fall. Som avslutning har Bengt Mattsson skrivit ett kapitel om

utvecklingen inom svensk allmänläkarvård.

På drygt 100 sidor illustrerar Morrell fint vad som är unikt med allmänmedicinen. Han visar att sjukhusvärldens patienter är selekterade fall och att slutsatser från sjukhusmaterial sällan gäller inom allmänläkarvården. Detta må gälla diagnos, prognos eller terapi.

Det starkaste intrycket av boken gör dock beskrivningen av hur den engelske allmänläkare (GP) arbetar. Varje GP har cirka 2500 patienter på sin lista. Registrering är en form av kontrakt, och till denna läkare vänder sig sedan patienterna för alla sina besvär. Sjukhuset tar endast emot patienter på remiss från allmänläkare. Detta leder till förbluffande god kontinuitet. Inom loppet av ett år ser allmänläkare 70 procent av patienterna på sin lista och inom 5 år 90 procent. I Sverige ser en allmänläkare på sin höjd någon procent av invånarna inom sitt upptagningsområde och högst några procent inom 5 år. Morrell påpekar att allmänmedicinen bygger på kunskap om människors sjukdomar och hur de reagerar på dem. En förutsättning är en återkommande kontakt mellan läkare och patient under en längre tid. Han betonar att detta gäller speciellt kroniska sjukdomar. I bokens olika avsnitt dyker det ständigt upp påpekanden hur mycket lättare det är att ställa rätt diagnos, ange en vettig prognos och föreslå en adekvat behandling om läkaren känner patienten. Är det inte dags att vi i Sverige i något sammanhang prövar ett kontrakt mellan en läkare och en individ eller ett hushåll? Modellen har varit framgångsrik och inte bara i England utan även i Holland, Canada och Danmark. Förslaget går visserligen stick i stäv med vårdlagstänkandet. Det innebär också ett minskat behov av företagsläkare, fritidspraktiker och akutbesök på sjukhuset. Däremot skulle sjukhusläkaren få en namngiven samarbetspartner som väl känner patienten.

Morrell har lyckats förmedla och belysa de speciella problem som möter allmänläkaren som har "första kontaktfunktionen". Till dem hör sjukdomarnas första vaga symtom och svårigheten att urskilja "nya" sjukdomar i patienternas ordinarie symtombrus. Som en röd tråd genom boken går budskapet att det är viktigt att se patienten som en fungerande del i ett socialt sammanhang. Helheten människan måste belysas både ur biomedicinsk och psykosocial synvinkel.

Morrells bok är en utmärkt introduktion i allmänläkarvård. Den kan med fördel användas under grundutbildningen, varför inte som kompletterande litteratur under medicinterminen? Boken är också lämplig under AT-tjänstgöringen och kompletterar fint "allmänläkarböckerna" inom vidareutbildningen.

Gösta Tibblin, professor

Institutionen för Allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 781 85 Uppsala

Barnsjukvård 1970-81:

Fyra barn av tio vårdas på vuxenklinik. Bättre möjligheter att klara svåra fall

Under perioden 1970-81 minskade antalet platser inom slutna barnmedicin liksom medelvårdstid och beläggning. Antalet vård dagar minskade i en högre grad. Däremot ökade antalet inläggningar kraftigt. Idag är medelvårdtiden inom barnmedicin bara drygt 4 dagar. Det framgår av socialstyrelsens nya bok "Barnsjukvård" (PM 69/84) som presenterar en aktuell studie inom ramen för socialstyrelsens vårdkonsumtionsstudier. Under den aktuella perioden har vården inom barnmedicin blivit allt tyngre. Idag vårdas färre barn med banala infektioner medan alltmer resurser satsas på barn med elakartade sjukdomar samt på för tidigt födda barn. För båda dessa grupper har överlevnadschanserna förbättrats kraftigt sedan 1970.

Socialstyrelsens studie avslöjar stora skillnader i vårdresurser inom barnmedicin mellan olika sjukvårdsområden, både beträffande vårdplatser och tjänster. *Särskilt anmärkningsvärda är de stora skillnaderna i tillgången på barnläkare i primärvården.* Dessa skillnader beror bland annat på de enskilda landstingens varierande målsättning för barnmedicin inom primärvården. Även inom den slutna barnmedicinska vården varierar tillgången på barnläkare i hög grad. Därtill kommer att anmärkningsvärt många korttids-tjänstgörande blivande allmänläkare tjänstgör vid barnklinikerna samtidigt som endast hälften av sjuksköterskorna fullgjort vidareutbildning avseende hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Tillgången på andra viktiga personalgrupper som förskollärare, kuratorer, psykologer och sjukgymnaster varierar också kraftigt.

I takt med att omfattningen av den egentliga barnmedicinen minskat har barnklinikerna övertagit vården av barn från andra specialiteter. Denna utveckling stämmer väl med socialstyrelsens åsikt att barn som behöver slutna sjukvård i första hand bör vårdas på barnklinik. Trots denna omfattande överföring av barnpatienter från vuxenkliniker så bedrivs fortfarande en stor del av den slutna barnsjukvården (40 procent 1979) på vuxenkliniker. Möjligheten för föräldrar att delta i vården av sina barn och stanna på sjukhuset saknas fortfarande på många av dessa vuxenkliniker.

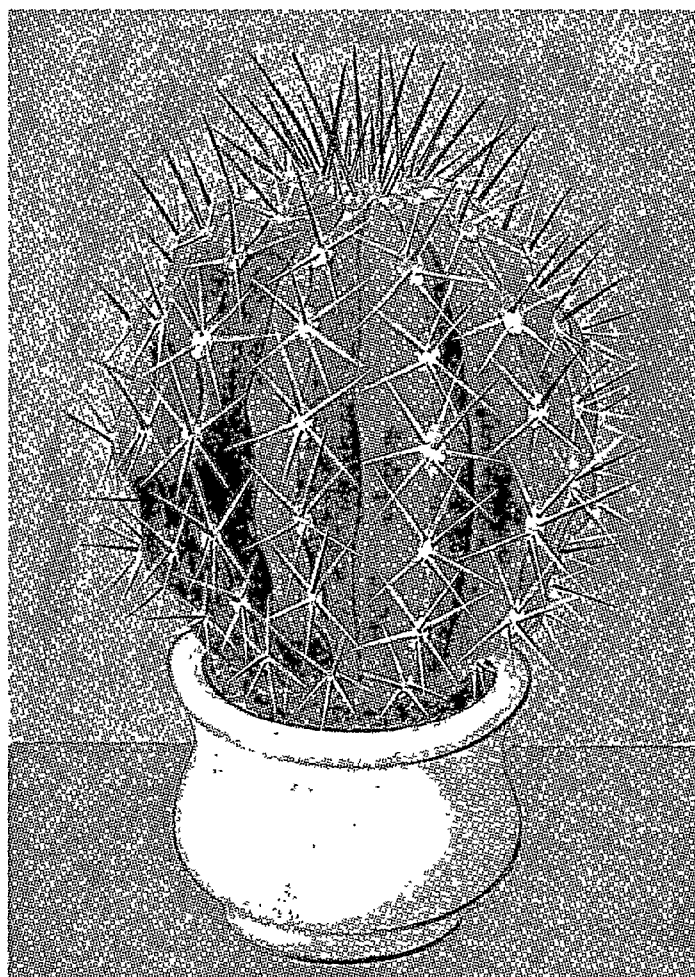
Information: Byrådirektör Carin Lyckéus, byrån för läns- och region-sjukvård, telefon 08/14 06 00.

Scheriproct[®]N

Rektalsalva, suppositorier

prednisolon caproas: mild kortikosteroid
cinchocainhydrochlorid: lokalanestetikum
clemizolundecylen

Mot hemorrojder!



För ytterligare information se FASS

BÄTTRE ATT SPARA ÄN ATT FÖRSÖKA ERSÄTTA

Amilorid är ett kaliumsparande medel som ingår i Midamor® och tillsammans med ett diuretikum i Moduretic® och Moduretic® mite.

Amilorid motverkar hos många patienter inte bara förluster av kalium, utan även förluster av magnesium^{1,2}.

Det är väsentligt att magnesiumförlusterna motverkas, eftersom balansen mellan intra- och extracellulärt kalium kan rubbas vid magnesiumbrist. Detta kan leda till ökad frekvens hjärtarytmier³.

Midamor®
(tabl. amilorid/MSD 5 mg)

Moduretic®
(tabl. amilorid/MSD 5 mg, hydroklortiazid/MSD 50 mg)

Moduretic® mite
(tabl. amilorid/MSD 2,5 mg, hydroklortiazid/MSD 25 mg)

- 1) Widman L, Dyckner T, Wester PO. Acta Med Scand 1982; suppl. 661:33-5. 2) Ryan MP, Ryan MF, Counihan TB. Acta Med Scand 1981; suppl. 647:153-61.
3) Dyckner T, Wester PO. Acta Med Scand 1982; suppl. 661:27-31.



· Patienter med akut njurinsufficiens, svår tilltagande försämring av njurfunktionen och anuri, skall inte behandlas med kaliumsparande läkemedel som amilorid.

Merck Sharp & Dohme Hjärta-kärl. Box 20520, 161 20 Bromma.

Vid förskrivning se Fås

02-85-MOD-4-SW-6-J