

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

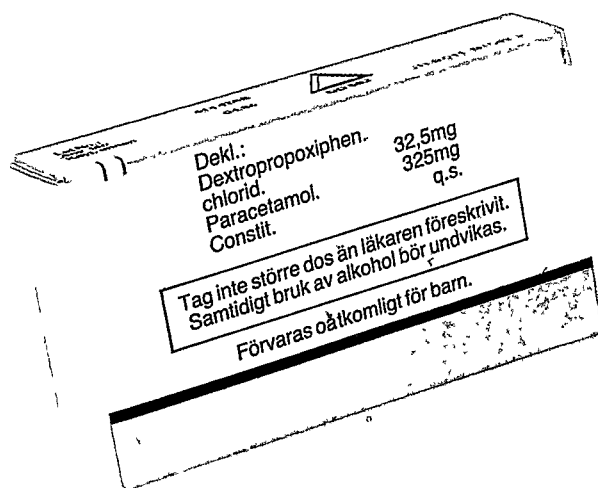


Verksamhets-
planering

6
1984

FoU-
utbildning

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.** Dextropropoxyfenhydroklorid 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. Missbruksrisken 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:

AllmänMedicin 5 år.
Bo Haglund 236

Föreningsnytt:

Medlemsförändring i svensk
förening för allmänmedicin. 237

Scandinavian Journal of
Primary Health Care 1984. 237

Nya medlemmar i SFAM. 237

Hälso- och sjukvård inför 90-talet
– HS-90. 238

Kurser och konferenser:

Forskarutbildningskurs i allmän-
medicin. 241

Värmlandsstämman 1984. 241

Handledarkurs i Dubrovnik. 241

Dalby-dagarna hösten 1984. 242

Debatt:

Vilka krafter styr sjukvården?
Gösta Brydolf 246

Läkemedelsförskrivning:

Finns indikationer för vitamin-
förskrivning i primärvården?
Bengt Järhult 249

Arbetsvård:

Arbetsvård i glesbygd – en studie
från Vilhelmina.
*Ingemar Hermansson,
Bertil Ottosson, Lena Ström* 253

Verksamhetsplanering i primärvård:

Primärvården som databas. Exempel
från Tumba-projektet.
Britt-Gerd Malmberg 258

Ny modell för verksamhetsplanering
i ett primärvårdsområde – positiva
erfarenheter från Sjöbo.
*Svetlana Broman, Bobby Hultberg,
Janerik Majewski* 263

Distriktsläkarens mottagningsarbete –
inte bara patientbesök.
Bo Rylander, Lars Berg 267

Samverkan primärvård – slutenvård:

Läkararbetstid i primärvård
och besök i öppen vård.
Thor Lithman 271

FoU-utbildning för primärvården.
Några erfarenheter från Stockholm.
*Gunnel Boström, Bo Haglund,
Leif Svanström* 273

Socialstyrelsen till regeringen:
Utred den alternativa medicinen! 277

Recensioner:

Varför blir vi sjuka?
Populärmedicinsk bok om de
viktigaste hälsoproblemen. 277

Missbildningsregistret – viktig
kontrollmöjlighet. 277

Gammal eller ung på äldre dar... 278

Gravt utvecklingsstörda kräver
ökade resurser. 278

Stort behov av föräldrautbildning. 278

Omslagsfoto: Bo Haglund

AllmänMedicin 5 år

L565773

AllmänMedicin har i och med 1984 utgivits i 5 år, med nuvarande layout. Annonserna har successivt ökat, vilket givit möjlighet till mera färg i tidningen. En redaktionskommitté bestående av Magnus Eriksson, Bo Haglund och Carl-Edward Rudebeck bildades under 1983. Den nya redaktionen har under år 1984 funnit sina arbetsformer.

Allmänmedicin enligt Svensk förening för allmänmedicin står på två ben, ett kliniskt och ett samhällsmedicinskt. Den kliniska kunskapen växer fram i patientmötena. Allmänläkarens huvuduppgift i dessa möten är att underlätta för människor att träffa val som gör att de stärker sin hälsa. Symptomen som framträder i det oselektade patientflödet "bräcker murarna mellan kropp, själ och samhälle". Ur vetenskapsteoretisk synpunkt är det här den kliniska praxis. Samhällsmedicinsk praxis – det andra benet – utgör grunden i det förebyggande arbetet. Allmänläkaren är i denna praxisform, samhällsmedicinaren i lokalsamhället.

Antalet artiklar som speglar klinisk praxis har ökat under året. Allmänmedicinens vetenskapliga innehåll har också diskuterats i några artiklar. Denna diskussion hoppas vi ökar under det kommande året. Inte minst viktigt är detta när allmänmedicinen som vetenskapligt ämne ifrågasättes.

Som tidigare har majoriteten av artiklarna under året varit organisatoriska till sin karaktär. Detta är naturligt då dessa problemställningar fortfarande dominerar i vardagspraktiken för flertalet distriktsläkare/allmänmedicinare.

Under året har ett temanummer publicerats; Primärvård i u-land – vad kan vi lära? Samhällsmedicinsk praxis dominerar vardagspraktiken i u-land. Primärvårdens läkare i u-land använder samhällsdiagnostiska metoder för att genomföra effektivt förebyggande arbete. Vi har mycket att lära och vår förhoppning är att vi i fortsättningen kan spegla mera av internationella erfarenheter genom utbildning, forskning och utvecklingsarbete.

Inför år 1985 är det redaktionen förhoppning att kunna beskriva pågående forsknings- och utvecklingsarbete i ytterligare några landstingsområden i form av temanummer. Diskussioner förs med Värmland, Skaraborg och Malmöhus län. Vi hoppas också under 1985 kunna ge utförligare presentationer av de allmänmedicinska institutionerna i Dalby och Uppsala.

Bo Haglund

AllmänMedicin

Manus-stopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1984/1985. 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 manusstoppdagarna.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1985.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
1	1/12-84	2
2	15/ 1-85	9
3	15/ 4-85	21
4	10/ 6-85	37
5	31/ 8-85	41
6	15/10-85	48

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1984/1985

	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.

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

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

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1984.

ISSN 0281-3513

Medlemsförändring i Svensk förening för allmänmedicin 1981-1984

Praktiskt taget samtliga kirurger är medlemmar i Svensk kirurgisk förening. Barnläkare är medlemmar i Barnläkarföreningen. Internmedicinare i Svensk internmedicinsk förening och så vidare. Däremot är fortfarande knappt hälften av Sveriges distriktsläkare medlemmar i SFAM. Denna andel varierar även avsevärt mellan länen i landet (tabell I). På basen av en undersökning i februari 1984 har därför en värvningskampanj inletts i de olika distrikten riktad framför allt till de områden där medlemsandelen var låg.

Föreningen har idag 1542 medlemmar, varav 90 är pensionärer. 851 av dessa är distriktsläkare, 226 FV-läkare i allmänmedicin och 212 är allmänpraktiker.

Samtidigt speglas i tabell II att den glädjande utvecklingen fortsätter med 187 nya medlemmar under året i föreningen. Huvuddelen av de nya medlemmarna är FV-läkare i allmänmedicin och nyss specialistkompetenta distriktsläkare.

Magnus Eriksson
Bo Haglund

Tabell I.

Antal medlemmar i distriktsläkarföreningen (DLF) och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) fördelat efter län, februari 1984.

Län	Antal medlemmar i Distriktsläkarföreningen (DLF)	Distriktsläkare också medlemmar i SFAM	%
Stockholm	259	107	41
Södermanland	37	16	43
Uppland	68	25	37
Malmö	22	8	36
Malmöhus	156	57	36
Kristianstad	57	27	47
Halland	51	18	35
Kronoberg	63	36	57
Blekinge	19	6	32
Kalmar	45	18	40
Göteborg	86	35	41
Göteborg o Bohuslän	85	37	44
Södra Älvsborgs län	32	16	50
Norra Älvsborgs län	42	24	57
Skaraborg	69	22	32
Östergötland	71	29	41
Jönköping	68	23	34
Kopparberg	78	36	46
Värmland	79	31	40
Norrbottnen	54	33	65
Västerbotten	61	26	43
Västernorrland	72	40	56
Jämtland	44	15	29
Gävleborg	80	49	61
Örebro	60	25	42
Västmanland	34	14	41
Gotland	14	4	29

Tabell II.

Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin fördelat efter specialistföreningen i Läkarförbundet, oktober 1981-1984.

Medlemsföreningar i läkarförbundet	Medlemmar i SFAM				Ej medlemmar i SFAM				Totalt 1984
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984	
DFL	469	631	746	851	984	1004	1015	1070 (56%)	1921
SPLF	336	273	217	212	945	1010	1056	1101	1313
SFLF	-	-	80	123	-	-	884	1050	1173
SYLF	-	-	212	296	-	-	-	-	11.338
Övriga	-	-	92	60	-	-	-	-	-
Totalt, SFAM	1004	1150	1355	1542	-	-	-	-	-

Scandinavian Journal of Primary Health Care 1984

Vår internationella tidskrift Scandinavian Journal of Primary Health Care börjar finna sin form. Tillflödet av artiklar är gott. Kollektivprenumerationen från Nordens allmänmedicinska föreningar har givit en ny stadga åt tidskriften. Den ges nu ut i nästan 4500 exemplar per nummer. De tekniska rutinerna är dock fortfarande bristfälliga. Varken sättning, tryckning eller distribution har fungerat tillfredsställande under året. Eftersom Scandina-

vian Journal of Primary Health Care samdistribueras med AllmänMedicin har det inneburit att även tidskriften AllmänMedicin föresenats vid utgivningen under året. Almqvist & Wiksell som ansvarar för tekniska rutiner har dock lovat förbättring inför 1985.

Bo Haglund

Svensk redaktör för
Scandinavian Journal of Primary Health Care

Nya medlemmar i SFAM

Ingrid Henriques, Rolf Henriques, Sören Bojesen, Hans Löfgren, Marie Walberg, Agneta Stattin, Kerstin Strömberg, Björn Carlsson, Ulla Eriksson,

Christina Pålsson, Göran Jonsson, Lars-Gunnar Lundquist, Lena Persliden, Hans Glingert, Gunilla Munnich, Märta-Lena Ahlin, Thure Aspehult, Karl Otto Aly, Lennart Spång, Bo Hallbrink, Gösta Rågnäs, Mats Rydberg, Sam Runeberg, Britta Klingwall, Torgny Lindgren, Hans-Åke Moberg, Anna Karin Fahlén-Johansson, Margareta Brodin, Bente Furunes, Christian Svensson, Sven Bengtsson, Pia Bjurefors-Petersson, Annika Farlow, Mikael Stolt, Ann Olsson, Ingemar Lönquist, Roger Karlsson, Björn Börsbo, Gunnar Wikström, Lars Rådmark, Conny Pettersson, Sven Hallén, Anders Harrtell, Nils-Anders Wikström, Ture Ålander, Anders Nordström, Gun Bolander, Niels Lynöe, Nils-Axel Bennedich, Björn Haaland och Hans Nielsen.

Hälso- och sjukvård inför 90-talet – HS-90. SFAM's Remissvar

SFAM har fått möjlighet att granska SOU 1984:39 Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (HS-90), huvudrapport, samt ytterligare elva delrapporter som var och en för sig tar upp skilda delar av svensk hälso- och sjukvård i framtiden.

Dessa rapporter kommer att få mycket stor betydelse. De är omsorgsfullt utarbetade och kommer oberoende av hur de behandlas i remissomgångar att få en stor genomslagskraft på skilda områden. Mycken kunskap går att hämta ur dessa publikationer.

Huvuddokumentet, som alltså är en sammanfattning av de elva delrapporterna, kommenteras och granskas nedan.

SFAM's sammanfattande synpunkter (1)

SFAM ställer sig bakom rapportens fyra huvudtemata:

- ökad satsning på förebyggande åtgärder,
- utbyggnad och anpassning av primärvården till de ökande kraven,
- befolkningens behov skall styra vårdens utformning och
- vården skall ske på lika villkor.

Följande medel för att uppnå dessa klart angivna mål är nödvändiga:

1. En utbyggd primärvård, där primärvårdens huvudregler: säkerhet, tillgänglighet och kontinuitet måste vara väl tillgodosedda.
2. Ökat utbildning av primärvårdspersonal. När det gäller läkare via grundutbildning i allmänmedicin, god kvalitet i AT- och FV-handling samt kraftfulla satsningar på fortbildning. All personal inom primärvården kräver en ökad utbildning i förebyggande åtgärder enligt intentionerna i nya hälso- och sjukvårdslagen.
3. För en förbättrad allmänmedicin/primärvård krävs utökade resurser till forsknings- och utvecklingsarbete.
4. En ökad satsning i det praktiska arbetet på förebyggande åtgärder, där WHO's hälsobegrepp om fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande skall vara en ledstjärna.
5. För att ovanstående punkter skall kunna uppfyllas är det nödvändigt med en ökad distriktsläkartäthet och SFAM's förslag är en distriktsläkare per 1500 invånare inför 90-talet.
6. En onödig polarisering mellan primärvård och sjukhusvård skall undvikas. Polaritet mellan vårdformer behöver ej skapas. Många arbetar idag i stället på att upplösa fiktiva gränser och

öka samarbetet i vården. Detta är en nödvändighet för en fungerande hälso- och sjukvård.

Kvalitetsbegreppen inom hälso- och sjukvården berörs endast marginellt. Hur vet vi att svensk sjukvård har den höga kvalitet som det sägs i rapporten? Talar man med befolkningen eller med människor som arbetar i sjukvården så får man ofta en annan uppfattning. Kvalitetsbefrämjande åtgärder är allt svårare att genomföra, mest på grund av en tröghet i beslutsprocessen. Den medicinska kunskapen och medicinska professionalismen måste tas tillvara för att den medicinska kvaliteten i vården skall garanteras. För att leva upp till befolkningens förtroende krävs sådan kvalitet.

Hälsoproblem och hälsorisker (2)

Mot bakgrund av de utgångspunkter och mål som inledningsvis beskrivits i rapporten försöker man här analysera hälsoproblem och hälsorisker i Sverige. Till grund för detta ligger dels befolkningsutvecklingen i vårt land fram till år 2000, dels de dominerande dödsorsakerna i olika åldrar samt sjukligheten där man beskriver de sex vanligaste sjukdomsgrupperna enligt fyra olika källor:

1. hjärt-kärlsjukdom
2. andningsorganens sjukdomar
3. rörelseorganens sjukdomar
4. tumörer
5. psykiska problem
6. skador

När det gäller mortalitetsstatistiken finns en inkonsekvens. Man påpekar riktigt att den ökande dödlighetstrenden bland medelålders män de senaste åren har brutits, vilket dock något längre fram har glömts bort. Analysen av kausaliteten framkommer ej riktigt, därför att man i de flesta fall på ett deskriptivt sätt rapporterar men inte drar slutsatser.

I flera av de elva delrapporterna definieras hälsobegreppet på välformulerat sätt, men i huvudrapporten har detta fallit bort. Detta gör att man i slutet av kapitlet får funderingar över de hälsopolitiska jämlikhetsmålen som uppställts. Betyder hälsopolitiskt jämlikhetsmål välbefinnande (lycka åt alla) eller att målet är att alla skall få så få sjukdomar som möjligt? De hälsopolitiska jämlikhetsmålen blir avhängiga av hur vi definierar ordet hälsa.

I efterföljande avsnitt införs begreppet hälsopolitiska riskgrupper. Alltså grupper som riskerar att bli sjuka oftare än andra. Med hänsyn till tidigare diskussioner borde gruppen medelålders män även föras hit.

Samhällsekonomiska villkor (3)

I detta kapitel behandlas de samhällsekonomiska villkoren för hälsopolitiken inför 90-talet. Man konstaterar att hälso- och sjukvården både tär på och stimulerar samhällsekonomin. Dessa relationer diskuteras varvid även samsättningsmässiga aspekter belyses. Man kommer in på fördyringen av hälso- och sjukvården. Som bakgrund till

detta diskuteras faktorer i den allmänna samhällsutvecklingen som den förkortade arbetstiden, nya lagar och avtal i avseende att förbättra personalens arbetssituation, ökat kvinnligt förvärvsarbete, migration och ökade förväntningar.

I ett avsnitt gör rapporten viktiga markeringar beträffande tänkbara politiska slutsatser när det gäller växelverken mellan den allmänna samhällsutvecklingen och hälso- och sjukvårdens villkor. Om en arbetstidsförkortning relativt sett drabbar hälso- och sjukvården hårt kan detta vara ett argument mot minskning av arbetstiden i samhället. Om lagstiftning för medbestämmande och arbetsmiljö ställer krav som innebär en försämring av hälso- och sjukvården kan detta föra med sig restriktioner när det gäller utformning av sagda lagstiftning. Rapporten visar här att man inte tvekar inför kontroversiella ställningstaganden och man ger på detta sätt, liksom i sin allmänna problembeskrivning, ett bra underlag för den hälso- och sjukvårdspolitiska diskussionen.

Den avgörande bristen i kapitlet är dock att man ägnat föga uppmärksamhet åt hur vi skall få bästa möjliga valuta för de resurser som satsas på hälso- och sjukvården. Hur skall vi få ett system där allmänpolitiska prioriteringar kan förenas med den enskildes önskemål om en för henne eller honom avpassad sjukvård? Hur skall vi få en så effektiv sjukvård som möjligt? Vilka krav ställer detta på att utveckla "flexibilitet"? Hur skall vi klara motvikten mellan sådana krav på flexibilitet och olikformighet å ena sidan och å den andra sidan kraven på en likformig sjukvård? En relativt okontroversiell väg kan vara en satsning på att utveckla effektkriterier och system för utvärdering av olika verksamheter.

Avslutningsvis saknar man också i kapitlet en diskussion om avgränsning och samverkan mellan landstingskommunal- och primärkommunal verksamhet. En närmare analys av dessa frågor ter sig särskilt angelägen med hänsyn till att primärvården i Norge och Finland sköts av kommunerna och att liknande försök även pågår i Sverige. De närmaste åren kommer att ge möjlighet till analyser av de ökade hemsjukvårdsinsatsernas betydelse för dessa frågor.

Förebyggande insatser (4)

SFAM anser detta vara ett av de viktigaste kapitlen i dokumentet. Kapitlet kompletteras dessutom med underlagsstudierna "Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom" (SOU 1984:43), "Att förebygga skada" (SOU 1984:42), "Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet, underlagsstudie" (SOU 1984:46) samt "Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet, huvudbilaga. Hälsoupplýsning" (SOU 1984:47). Vår nya HSL trycker på det nödvändiga i ökade förebyggande insatser, landstingen lagstadgas att för-

anställda om att sådana prioriteras i hälso- och sjukvården. Det är alltså bra att ett så omfattande arbete lagts ned på detta.

Kapitlet pekar först på att *förebyggande åtgärder är en uppgift för hela samhället* och nämner sedan de fem huvudlinjer som arbetet för hälsa och mot ohälsa i princip kan bedrivas efter:

- genom att främja, från hälsosynpunkt, goda och förbättrade allmänna levnadsvillkor för befolkningen,
- genom att motverka, helst eliminera, men i vart fall reducera mera specifika hälsorisker i den sociala, psykiska och fysiska miljön,
- genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker genom ökade kunskaper och insikter om hälsans villkor - hälsoupplysning, hälsofostran etc,
- genom att stärka den enskildes motståndskraft mot hälsorisker med specifika medicinskt förebyggande åtgärder som vaccinationer och andra skyddsmedel etc, samt
- genom att spåra sjukdomar och sjukdomsanlag i så tidiga faser att man kan vidtaga effektiva och enkla behandlingsåtgärder - hälsoövervakande verksamhet.

Man har för att illustrera hur HS-90-projektet har utvecklats satt upp en matris för samband samhällssektor/hälsoproblem där man på hälsosektorsidan sätter upp livsmedelssektorn, arbetsmarknadssektorn, boendesektorn, arbetsmiljösektorn och på hälsoproblemssidan skador, hjärt- och kärlsjukdom samt psykisk sjukdom.

Därefter övergår man till att exemplifiera denna matris ifråga om skador och hjärt- och kärlsjukdomar. Båda dessa exempel är väl valda och illustrerar både möjligheter och svårigheter i framtiden i ett förebyggande medicinskt arbete.

Det är Socialdepartementets Hälso- och Sjukvårdsberedning som lett framtagandet av de olika HS-90-arbetena. Det är därför inte helt oväntat att man i det förebyggande kapitlet föreslår att Hälso- och Sjukvårdsberedningens uppgifter breddas och utvecklas i riktning mot att kunna fullgöra funktionen som ett nationellt hälsopolitiskt råd. *SEAM ser positivt på detta förslag som dessutom stämmer väl överens med WHO's förslag om nationella hälsopolitiska råd.*

På landstingsnivå drar man fram vikten av de i uppbyggnad varande samhällsmedicinska enheterna som en viktig faktor för arbetet på det förebyggande området. Det är viktigt att kvalitetsmässiga aspekter tillgodoses vid uppbyggnad av sådana enheter på en bred tvärvetenskaplig hög nivå. Att förändra en, hos en befolkning, positiv attityd till en förändrad livsstil kräver inte slogans och kampanjer utan också direkt individ och gruppriktade psykologiska pedagogiska insatser av vetenskapligt skolad personal. För att

den etablerade hälso- och sjukvården utan misstänksamhet skall deltaga i ett förebyggande arbete krävs fortbildning med inriktning mot ett medicinskt preventivt tänkande.

I detta kapitel diskuteras forkning och man nämner då att statsmakterna ger hög prioritet åt "Hälsoforskning". Med detta förstår vi tvärvetenskaplig forskning med användande av epidemiologiska, samhällsvetenskapliga, beteendevetenskapliga och rent medicinska insatser. Här vill rapporten rekommendera ett stöd åt sektoriella forskningsorgan som Arbetarskyddsfonden, Delegationen för Social Forskning, Naturvårdsverkets Forskningsnämnd och Styrelsen för Teknisk Utveckling. *SEAM vill föreslå att man tillskapar en primärvårdsfond för stödjande av den allmänmedicinska och tvärvetenskapliga forskningen i primärvården.* Vi vill framhålla att den kunskap, rörande det medicinskt förebyggande arbetet, som vi hittills arbetat med framför allt har tillkommit via de medicinska fakulteterna och att man även fortsättningsvis måste stödja dessa, men dessutom även landstingens samhällsmedicinska enheter.

Vi finner det nödvändigt att hälso- och sjukvården får möjligheter att inhämta och förmedla internationella impulser från WHO och andra länder. Det yttersta ansvaret för de internationella impulserna skulle kunna ligga på tidigare nämnda nationella hälsopolitiska råd. Detta råd skulle också garantera utvecklingen inom primärvården och länssjukvården.

Vi finner det bra att man i dokumentet framhåller det viktiga i att primärvården utgör basen för det förebyggande arbetet, men vill framhålla att det är nödvändigt med ett samarbete med länssjukvård och region-sjukvård för att få en kunskapsstabilitet och kunskapsinflöde framför allt till och från landstingens samhällsmedicinska enheter.

Nödvändigheten av att detta skall äga rum har vi redan tidigare tryckt på i form av en förbättrad och utökad utbildning av primärvårdens personal, framför allt vad gäller statistik, epidemiologi, socialmedicin, yrkesmedicin och i det basala medicinska kunskapsområdet allmänmedicin.

Vård på lika villkor (5)

Ett av rapportens viktigaste bidrag är de underlagsstudier som visar att *det i vårt land fortfarande finns anmärkningsvärda skillnader mellan olika grupper vad beträffar sjukligheten.* Den geografiska tillgängligheten visar stora skillnader. Rapporten diskuterar tänkbara orsaker till den bristande jämlikheten i vården, vårdpolitiska jämlikhetsmål och vårdpolitiska riskgrupper. Rapporten framhåller önskvärdheten av jämlikhet i resursutbud, vårdutnyttjande och tillgänglighet med avseende på vårdens effekter. Som vårdpolitiska riskgrupper fram-

hålls äldre, gelsbygdsbor, invandrare, lågutbildade samt förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa.

Utredningen sammanfattar därefter förslag beträffande åtgärder för att få till stånd större jämlikhet, en jämnare läkarförsörjning, en utbyggnad av primärvården inklusive utökad hembesöksverksamhet, organisatoriska förbättringar, en begränsning av patienternas egna avgifter i sjukvården samt insatser för att främja sjukvårdens begriplighet. Utredningens beskrivning och analys av problemområdet utgör ett viktigt bidrag i den hälsopolitiska diskussionen och dess förslag borde inte vara kontroversiella.

Åldersgruppen 16-44 år har minst fasta läkarkontakter. Detta är en viktig grupp att nå för att i första hand påverka individen till en attitydförändring och därefter ytterligare ge impulser till livsstilsförändringar.

En utbyggd organisation för hälsokontroller som föreslagits i delrapport förefaller vara en möjlig väg att nå flera människor och påverka individerna att själva ta ansvar för en positiv hälso-utveckling.

Tillgängliga data visar betydande skillnader i sjuklighet mellan olika socio-ekonomiska grupper. *En utbyggd, och för alla tillgänglig primärvård, kan möta behovet av intensifierade, förebyggande och behandlande insatser för utsatta grupper.*

En förändrad vårdstruktur (6)

Statsmakterna och landstingen försummade under många år att se till att också vården utanför sjukhusen byggdes upp. Sjukvården i ett land ändrar inte snabbt utseende. Det finns tröghetsmoment såväl inom befolkningen som hos personalen och bland politiker. Det är viktigt att förändringen i fördelningen mellan vården på sjukhus och vården i primärvården får ske relativt långsamt. En utbyggnad av primärvården kräver ändringar i läkarnas grundutbildning, vidareutbildning samt fort- och efterutbildning. *Det kräver också av de medicinska fakulteterna en betydande FoU-insats för att ställa ny metodik och kunskap till förfogande.* Samtidigt måste de nya möjligheterna för primärvården och länssjukvården, att utöva en kvalificerad FoU-verksamhet, utnyttjas och beaktas i utvecklingen. I detta sammanhang är det anmärkningsvärt att primärvårdens akademiska anknytning, nämligen de allmänmedicinska institutionerna, idag endast finns i Lund och Uppsala och om ytterligare några månader även i Göteborg. Detta kan tolkas på två sätt. Antingen har man tänkt sig att primärvårdens utveckling skall få ske utan nämnvärt engagemang från de medicinska fakulteternas sida eller också föreligger det tveksamhet bland de styrande inför tanken på primärvårdens utbyggnad. Det är SEAM's uppfattning att de medicinska fakulteterna har en central

roll när det gäller utvecklingen av primärvården och att den planerade utbyggnaden av de allmänmedicinska institutionerna bör ske snarast. De samhällsmedicinska institutionerna på landstingsnivå, i samarbete med de akademiska institutionerna, borde utgöra grunden för ett kvalitativt högstående utvecklingsarbete inom primärvården.

Primärvårdens utbyggnad bör enligt fakulteten ske i samarbete mellan den slutna vårdens och den öppna vårdens företrädare. I spetsen för detta utvecklingsarbete bör de medicinskt ansvariga, det vill säga läkarna stå.

Primärvården skall enligt HS-90-rapporten stå för en rad nya uppgifter. Förgäves letar man i rapporten efter vilka resurser som skall stå till primärvårdens förfogande för att klara dessa stora arbetsuppgifter. Hur många läkare per tusen invånare skall primärvården kunna räkna med? Hur många ytterligare specialister inom organ- och åldersspecialiteter krävs för att klara den nödvändiga konsultativa medverkan? När det gäller minskningen på länssjukvården diskuteras mycket precisa nedskärningar av antalet vårdplatser. Varför finns det inte motsvarande mått när det gäller primärvårdens utbyggnad?

För att primärvården skall kunna klara sina nya uppgifter krävs som vi tidigare nämnt fler distriktsläkartjänster och vårt förslag är en distriktsläkare på 1500 invånare. Om detta kommer till stånd torde vi få betydligt bättre möjligheter att göra både primär- och sekundärpreventiva insatser, riktade till exempel mot människor med ett begynnande eller manifest alkoholberoende. Alkoholpolitiska slogans har ingen möjlighet att i praktisk verklighet få genomslagskraft såvida inte primärvården utgör basen i den förebyggande verksamheten.

Vi vill här tillägga att även distriktssköterskeorganisationen är av stort värde och föreslår även ökat antal distriktsskötersketjänster till minst samma relationstal som ovan är nämnt för distriktsläkare.

Länssjukvårdens långsiktiga utveckling (7)

Som tidigare nämnts i detta remissvar kan ej primärvården fungera tillfredsställande utan ett förbättrat och utbyggt samarbete med länssjukvården. Vi anser att specialisterna bör vara länssjukvårdbaserade, men konsultativt även arbeta i primärvården. Denna konsultativa roll är till stora delar ny och rör icke enbart traditionsenlig patientvård, utan kommer i framtiden att få ett stort utbildningsmässigt innehåll, där man bara kan nämna handledning av AT- och FV-läkare, fortbildning av distriktsläkare, deltagande i funktionsronder på sjukhem etc.

HS-90-rapporten föreslår en minskning av resurser till länssjukhus och länsdelssjukhus. Detta tror vi skulle vara deletärt för inte bara länssjukvården utan även primärvården. Primärvården kräver en välfungerande länssjukvård. Vid prioriteringar skulle vi föreslå att man i detta sammanhang även ser över sjukhemmens vårdplatser. Behövs så många sjukhemsplatser som föreslagits vid en utbyggd hem-sjukvård? Samtidigt måste man också titta på relationen mellan länssjukvården och regionssjukvården. Krävs verkligen dessa enormt stora kostsamma sjukhus i våra stora städer? Är det inte bättre att satsa på en väl fungerande läns- och länsdelssjukvård?

Personal (8)

För att målen i HS-90-dokumentet skall kunna uppnås är det nödvändigt med en anpassning av personalens kvalitet och kunskap till dessa mål. Samtidigt kan vi konstatera att en ny hälso- och sjukvårdslag kräver en omfattning av både grund-, vidare- och efterutbildning med större hänsynstagande till kunskaper i förebyggande insatser. Från SFAM vill vi framhålla att det är ytterst viktigt att den medicinska personalen, då främst läkarna med den största teoretiska kunskapen i medicinska problem, får ett huvudansvar i det medicinskt förebyggande arbetet. Samtidigt är det viktigt att tvärvetenskapliga insatser görs på många håll och vi har där tidigare nämnt de samhällsmedicinska enheterna, där vi har krav på en mycket god kvalitativ kompetens, både inom samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga ämnesområden, vid sidan av de rent medicinska. Vi vill också framhålla att man tar hänsyn till de erfarenheter som den senaste tiden har uppnåtts i primärvårdens nya arbetsformer, där vi exempelvis kan nämna vårdlagsarbeten, som visar både positiva och negativa aspekter. Det gäller att här ta vara på det positiva, som framför allt är det helt unika områdesansvar vi har i Sverige.

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsstatistik (9)

Man pekar på tre principiella behov av hälso- och sjukvårdsstatistik, nämligen:

- befolkningens hälsoförhållande i avseende sjukdomsrisker samt det faktiska utfallet i form av sjukdomar och skador (hälsostatistik),
- hälso- och sjukvårdssystemets resurser (resursstatistik), och
- vårdåtgärder och verksamheter i övrigt (verksamhetsstatistik)!

Inom HS-90-arbetet har tonvikten på arbetet lagts på den egentliga hälsostatistiken som rör statistiken över sjukdomar.

Utredningens beskrivning, analys och förslag i detta avseende synes väl avvägda. Vad gäller basdata är det mest väsentliga att få långa serier på viktiga områden, varför man som utredningen

föreslår bör satsa på befintlig statistik inom hälso- och sjukvård.

Den nu diskuterade statistiken kan emellertid endast ge en bakgrund och en baslinje som i sig har ett relativt begränsat informationsvärde. Detta gäller även om informationsmängden utökas med yrkesvariabler och socioekonomiska variabler och om man åstadkommer en koppling till risker eller miljödata. För att få reda på befolkningens sjukdomar och effekten av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården krävs populationsstudier där man undersöker stickprov ur befolkningen och mäter förekomst av sjukdom, symptom och livsstil. Detta förutsätter tillgång till personbaserade register.

Man kan beklaga att HS-90 så ensidigt tagit upp hälsostatistiken, då en utveckling av *verksamhetsstatistiken ter sig lika angelägen*. Det är den som kan ge underlag när det gäller prioriteringar i utveckling av hälso- och sjukvården och det är den som kan *avgöra vilka strävanden som ger största möjliga valuta för de resurser som satsats på verksamheten*.

I utredningen talas om önskvärdheten av att utveckla hälso- och sjukvårdsforskning, men man diskuterar föga de möjligheter detta kan ge för en förbättrad sjukvård respektive de problem som föreligger när det gäller att utnyttja resultaten av utvärderingen av olika verksamheter. Det kan sägas att själva mätmetodiken knappast kommer att erbjuda några större problem. Det finns lovande metodutveckling i olika länder.

Problem erbjuder beredskapen hos politiker och administratörer att ta hänsyn till faktiska utvärderingsresultat. Ett ytterligare problem beträffande såväl hälsostatistik som resurs- och verksamhetsstatistik gäller kvaliteten hos den tillgängliga statistiken.

Forskning och utvecklingsarbete (10)

Det kommer att krävas en betydande satsning på forskning inom primärvård, gärna genom tidigare nämnd primärvårdsfond. Tvärvetenskapliga institutioner måste byggas upp på landstingsnivå med sluttjänster för läkare, medicinska sociologer, statistiker och ekonomer. Den tvärvetenskapliga kompetensen bör förankras inom den medicinska fakulteten på institutioner för allmänmedicin och samhällsmedicin samt inom landstingens samhällsmedicinska enheter.

Detta är nödvändigt för att forskningen skall få en god förankring i hälso- och sjukvårdssystemet. Intresse för utvärdering bör skapas såväl på sjukhusen som i primärvården. Det gäller att verka för speciella inventeringar och återkommande undersökningar. Det krävs en samverkan när det gäller utvärderingen mellan lokala instanser och regionala mera oberoende universitetsinstanser för att få en så mångsidig och dynamisk utvärdering som möjligt för att motverka opportunism.

För SFAM Bengt Linder, ordförande

*Institutionen för Allmänmedicin,
Uppsala universitet och Örebro läns
Landsting inbjuder till*

Forskarutbildnings- kurs i allmänmedicin

*Del I 30 januari–1 februari 1985
Del II 17–19 april 1985*

Målgrupp:

Kursen är öppen för alla intresserade av FoU-arbete i allmänmedicin. Företrädere ges dock åt forskarstuderande samt sökande från Uppsala-Örebro-regionen.

Kostnad:

1.600:- inkl kurslitteratur
exkl hotell- och matkostnader

Kurslitteratur:

Bertil Carlsson: Grundläggande forskningsmetodik för vårdvetenskap och beteendevetenskap.

Steinar Westin: Forskning i almenpraxis.

Plats:

Utbildningen ges huvudsakligen på Olaus Petri vårdcentral, Ribbingsgatan 6–8, Örebro.

Logi på intilliggande hotell.

Hotellkostnad; enkelrum ca 270:-/dygn.

Anmälan:

Sker på bifogade blankett till Forskningskommittén, Örebro läns landsting, Box 1613, 701 16 Örebro

Anmälningstid:

Anmälan bör vara inne senast 15 dec 1984

Förfrågningar:

Professor Gösta Tibblin,
tel 018/167664.

Distriktsläkare Lennart Holmquist,
tel 019/151893

Program – Del 1

Onsdag 30 januari 1983

09.00–10.00

Presentation av kursen och deltagarna
Gösta Tibblin

10.00–12.00

Från idé till projekt I
Steinar Westin

12.00–13.00

LUNCH

13.00–16.30

Från idé till projekt II
Steinar Westin

Kvällsprogram

Torsdag 31 januari

09.00–12.00

Studier av infektionssjukdomar inom allmänmedicin

– frågeställningar

– metodik

– samarbetsformer

PA Mårdh

12.00–13.00

LUNCH

13.00–16.30

Oftalmologiska studier

– frågeställningar

– metodik

– samarbetsformer

Bo Bengtsson

Kvällsprogram

Fredag 1 februari

09.00–12.00

Fall-kontrollstudier

Lars Alfredsson

12.00–13.00

LUNCH

13.00–15.00

Förebyggande försök

15.00–16.30

Köping-projekten

– enkätstudier

– intervjustudier

– registerstudier

Program – Del II

Onsdag 17 april 1985

09.00–12.00

Allmänmedicinsk forskning

– resurser

– nisch

– karriär

Multicenterstudie

Gösta Tibblin

12.00–13.00

LUNCH

13.00–14.00

Forts

14.00–15.30

Utvärdering av diabetesvård

Urban Rosenquist

15.30–17.00

Forskningsetik.

Urban Rosenquist

Kvällsprogram

Torsdag 18 april

09.00–10.30

Screening

Sven Larsson

10.30–12.00

Registerstudier

12.00–13.00

LUNCH

12.00–16.30

Databearbetning – statistik

Kvällsprogram

Fredag 19 april

09.00–10.30

Forskning och filosofi

10.30–12.00

Bibliotekskunskap

12.00–13.00

LUNCH

13.00–15.00

Omvårdnadsforskning

Elisabeth Hamrin

15.00–16.00

Kursutvärdering

Värmlands- stämman 1984

Den andra Värmlandsstämman ägde rum den 3 oktober. Arrangör är Värmlands läns landsting medan distriktsläkarkretsens utbildningsgrupp är ansvariga för programmet. Avsikten med Värmlandsstämman är att stimulera distriktsläkare och deras medarbetare ute i primärvården till forsknings- och utvecklingsarbete. Inför årets Värmlandsstämman hade i samarbete med socialmedicinska institutionen på vårdcentralen Kronan, Stockholm, genomförts en inventering av FOU-arbeten på vårdcentralerna i Värmland. Stig Andersson redovisade tolv sådana projekt i olika stadier samt gjorde en allmän översikt över möjligheter och svårigheter vid forskningsarbete på vårdcentraler. Christina Nerbrand rapporterade från sitt arbete om riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom och död.

Därefter framträdde dagens gäster. Bengt Järhult talade om olika faktorer som påverkar läkemedelsförskrivning. Arne Melander höll ett föredrag om farmakokinetik. Efter lunch diskuterades "problemgrupper" bland läkemedlen, framförallt psykofarmaca och analgetica. Vidare togs distriktsläkarens roll i läkemedelskommittéarbete upp för debatt.

Ett 45-tal distriktsläkare hade mött upp. Många visade ett påtagligt intresse för forsknings- och utvecklingsarbete och området "farmakologi i praktiken" erbjuder många problem att ta itu med.

Värmlandsstämman återkommer nästa år.

Stig Andersson
Distriktsoverläkare

Handledarkurs i Dubrovnik

För tredje året i rad arrangeras under tiden 22–26 april 1985 en internationell handledarkurs för allmänläkare i den jugoslaviska staden Dubrovnik vid Adriatiska havet. Leuvenhorstgruppen är arrangör, och kursledare är James D Knox, professor i allmänmedicin i Dundee, och Želimir Jakšić, professor i socialmedicin i Zagreb. Temat för 1985 års kurs blir "Specific objectives and methods of training".

Kursspråket är engelska. Arbetet bedrivs huvudsakligen i mindre grupper, där deltagarnas egna erfarenheter är den viktigaste kunskapskällan. En inspirerande vecka i fascinerande miljö kan utlovas!

Den som är intresserad kan få ytterligare upplysningar via Inter-University Centre of Post-graduate Studies, Frana Bulića, Yu – 50000 Dubrovnik, Jugoslavien, eller via Anna-Karin Furhoff, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 19123 Sollentuna, tel 08-968100.

Dalby-dagarna hösten 1984

Under den här rubriken kommer vi i fortsättningen att presentera abstracts från konferenser som SFAM:s vårmöten, höstmöten och från riksstämman.

Denna gång presenteras några abstracts från Dalby-dagarna 25-26 oktober 1984.

Riksomfattande studie av diabetesincidens hos 15-35-åringar

Bengt Littorin och Bengt Scherstén

Tidigare epidemiologiska undersökningar rörande incidens och prevalens av diabetes mellitus har visat på betydande geografiska variationer såväl inom som mellan länder. Undersökningarna har varit svåra att jämföra och värdera, bland annat på grund av metodologiska olikheter.

För åldersgruppen över 15 år är såväl den nationella som den internationella informationen sparsam. Endast mindre studier från Norge och Danmark har redovisats.

Sedan den 1 januari 1983 pågår i Sverige en landsomfattande prospektiv studie av diabetesincidensen i åldersgrupperna 15-35 år. Initiativtagare är Jan Östman, med klin, Huddinge sjukhus, Hans Arnqvist, med klin, regionssjukhuset i Linköping, Göran Blohmé, med klin, regionssjukhuset i Umeå, Bengt Scherstén, Centrum för samhällsmedicin i Dalby, Lars Wibell, med klin, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Undersökningen innefattar bland annat följande frågeställningar: Hur stor är andelen typ-I respektive typ-II diabetes fördelat på ålder och kön? Är incidensen av diabetes för dessa åldrar stabil från år till år? Föreligger det en årstidsvariation i insjuknandet? Hur stor andel av diabetiker debuterar under graviditet? Undersökningen skapar också grund för en prospektiv studie av diabetessjukdomarna liksom att pröva etiologiska hypoteser.

Undersökningen genomföres på följande sätt: Landet är indelat i sex registreringsregioner. Det södra av dessa omfattar sjukvårdsområdena Kronoberg, Blekinge, Kristianstad, Malmöhus, Malmö kommun och Hallands syd. Registreringscentral för den södra regionen är Centrum för samhällsmedicin vid vårdcentralen i Dalby.

Från samtliga invärtesmedicinska, endokrinologiska, pediatrika och gynekologiska kliniker samt från alla vårdcentraler insändes en enkel blankett med uppgifter om nydebuterade diabetiker. Blanketten informerar om patientens insjuknande, blodglukosnivå, längd/vikt samt vilken typ av diabetes som föreligger. Patienten informeras om studien.

Vid de olika klinikerna och vårdcentralerna finns kontaktmän utsedda. Dessa får regelbunden information om studiens resultat och får också ikläda sig ett visst ansvar för att registreringen av nydebuterade diabetiker fungerar.

Eftersom många läkare och kliniker är inblandade är risken för en underrapportering stor. Undersökningens tillförlitlighet har därför prövats i en validitetsstudie. Denna visar att en underrapportering förekommer men att den är liten och inte allvarligt påverkar resultaten.

Preliminära resultat föreligger nu för 1983. De visar att i åldersgrupperna 15-35 år insjuknade i hela landet 17,7 av 100 000 män och 9,8 av 100 000 kvinnor i insulinkrävande diabetes (typ I). I icke-insulinkrävande diabetes (typ 2) insjuknade 4,9 av 100 000 män samt 2,5 av 100 000 kvinnor.

Epidemisk spridning av erytromycinresistenta streptokocker

Margareta Rhedin, Poul Christensen, Gunilla Elleson och Birgitta Hovelius

De senaste 10 åren har världen över rapporterats en ökande frekvens av erytromycinresistens hos streptokocker. Från Japan har erytromycinresistens rapporterats hos upp till 70 % av isolerade grupp A streptokocker. År 1982 noterades den första epidemin med erytromycinresistenta streptokocker i Sverige, då man i Halmstadregionen isolerade cirka 100 sådana stammar. Vid bakt lab i Lund har man sedan 5 år tillbaka rutinemässigt utfört resistensbestämning av streptokocker och funnit enstaka erytromycinresistenta stammar. I februari 1984 isolerades i tre fall sådana bakterier. Dessa tre patienter var alla bosatta i Veberöd varför det bedömdes angeläget att spåra och begränsa en eventuell epidemi.

Material och metoder

Under tiden 14.2-31.3.84 togs vid vårdcentralen och hos distriktssköterskan svalgodling eller Streptokult på

alla patienter från Veberöd med misstänkt streptokockinfektion. Då fall med erytromycinresistenta streptokocker upptäcktes undersöktes om möjligt familj, familjedaghem, daghem och klass. Vid förekomst av grupp A streptokocker insattes behandling med penicillin V under 10 dagar, alternativt cephaclo eller trimetoprim-sulfa vid överkänslighet. Kontrollodling och urinprov (Neostix) togs 1-3 veckor efter avslutad behandling. Journalhandlingar på vårdcentralen respektive BVC genomgicks för alla erytromycinresistenta fall, likaså då mer än ett fall av streptokockinfektion förekommer i familjen. Vidare utsändes genom skola och daghem en enkät med frågor angående tidigare och aktuell sjuklighet i familjen, komplikationer och om hur informationen om streptokockepidemin uppfattas.

Resultat

Svalgodling togs på cirka 420 personer. Av de 116 isolerade grupp A streptokockerna tillhörde 89 (77 %) T-typ 12. Av dessa var 44 (50 %) erytromycinresistenta. Doxycyklinresistens påvisades hos 4 streptokockstammar, av vilka 2 också uppvisade erytromycinresistens. 17 (16 %) fall med erytromycinresistenta streptokocker noterades behandling med erytromycin under månaden före insjuknandet, medan endast 3 (8 %) av patienterna med familjär spridning av erytromycin känsliga streptokocker ordinerats sådan behandling inom 4 månader före insjuknandet. Hos barn på daghem påvisades streptokocker hos 44 % av 44 barn i flertalet fall med erytromycinresistenta streptokocker. I en 1:a klass påvisades sådana streptokocker hos 12 av 28 (42 %) av barnen. I en 3:e klass förekom streptokocker av flera olika T-typer hos 43 % av barnen. Svalgodling utfördes efter behandling hos 97 barn och 13 vuxna. Streptokocker av samma T typ och resistensmönster påvisades hos 32 % (31/97) av barnen och 23 % (3/13) av de vuxna. Hos 8 barn och en vuxen kunde samma typ av streptokocker påvisas vid 3 eller flera tillfällen. Hos ett förskolebarn påvisades vid upprepade tillfällen grupp G streptokocker trots behandling. Bland barn med förekomst av erytromycinresistenta streptokocker angavs luftvägsbesvär hos 48 %, medan sådana symptom rapporterades hos 32 % av barn med andra streptokocker. Frågeformuläret som utsändes i 312 exemplar besvarades av föräldrarna till 179 (57 %) barn. Av dessa ansåg 26 % att informationen ej varit tillräcklig.

Diskussion

Epidemisk spridning av streptokocker

förekommer framför allt inom familj och daghem och som framgår av denna undersökning också i skolan. Epidemisk spridning av erytromycinresistenta streptokocker fann vi såväl på daghem som i skola, medan spridning i andra åldersklasser huvudsakligen förklarades av familjära infektioner. Vi har i vissa familjer funnit en uttalad benägenhet till upprepade streptokockinfektioner eller långvarigt bärarskap utan symtom. Trots flera behandlingsförsök kunde hos några barn streptokocker isoleras vid upprepade tillfällen. Det kan noteras att kikhosta och mycoplasmapneumoni var relativt vanligt i Veberöd månaderna före denna epidemi med erytromycinresistenta streptokocker. Den större erytromycininkonsumtionen bland patienter med resistenta streptokocker talar för att detta har varit av betydelse för selektionen av dessa stammar. Det kan påpekas att trots tämligen intensiva åtgärder med svalgodling och behandling i familjen, daghem och skola blev epidemin tämligen långdragen och svårbemästrad. En förklaring till detta kan vara de stora institutionerna med skola, daghem och fritidshem i nära anslutning till varandra.

"Sänka", "Vita" och CRP vid akut luftvägsinfektion

Margareta Söderström, Jonas Blomberg, Poul Christensen, Birgitta Hovelius och Siv Olsson

Det är allmänt vedertaget att patienter med akut mediaotit och akut tonsillit skall behandlas med penicillin, även om en del av patienterna med dessa diagnoser har en virusinfektion. Det är däremot svårare att ge enkla regler för hur patienter med rinit, nasofaryngit och sinuit skall behandlas. Denna undersökning avser att belysa om sänka (SR), leukocyter (V) och C-reaktivt protein (CRP) kan underlätta ställningstagandet till antibiotikaterapi vid luftvägsinfektioner.

Material och metoder

Undersökningen omfattar patienter över 10 år för vilka behandlande läkare funnit antibiotikabehandling indicerad och diagnosen varit sinuit, tonsillit, bronkit eller bakteriell ÖLI. Näs-, svalg- och nasofarynxodling togs vid akutbesök och återbesök 2-3 veckor senare. SR och V togs vid första besöket, medan CRP bestämdes på frysta sera tagna vid akutbesöket och återbesöket. Med enzyme linked immunoabsorbent assay (ELIZA) bestämdes antikroppstiter mot influensa A och B, parainfluensa 1, 2 och 3, RS-virus, adenovirus och Mycoplasma pneumoniae vid akut- och återbesök. CRP bestämdes med elektroimmunoassay på bakt lab. Dessutom utfördes CRP-bestämning på samma prover på vårdcentra-

lén med en immunoturbidimetrisk metod (Prometer, Orion diagnostiska). Denna metod baserar sig på mätning av den turbiditet som CRP och dess antikroppar ger upphov till i en polyethylenglykolhaltig buffertlösning. Analys av enstaka prov tar cirka 60 min. CRP-bestämning utfördes även på färskt serum med de båda omnämnda metoderna på 49 andra patienter som ej ingick i studien.

Resultat

Streptokocker grupp A, C eller G påvisades hos 36 (26%) av de 138 patienterna, medan H. influenzae påvisades hos 16 (12%), pneumokocker hos 12 (9%) samt B. catharralis hos 8 (6%). Virus- eller mykoplasmainfektion kunde påvisas i 13 (11%) av 122 fall. Inga luftvägspatogener påvisades hos 40% av patienterna. Av 35 patienter med växt av streptokocker hade 10 (29%) förhöjd SR (>20). Bland de 28 patienterna med växt av H. influenzae eller pneumokocker hade 43% förhöjd SR. Förhöjd SR förekom hos 25% av patienterna med negativ odling. Hälften av patienterna med streptokocker hade leukocyter (>10×10⁹/l), medan endast 9% av patienterna med negativ odling uppvisade leukocyter. Av patienter med växt av streptokocker hade 78% förhöjd CRP (>12 mg/l), medan 54% med H. influenzae eller pneumokocker hade förhöjd CRP. Patienter med negativ odling hade i 39% av fallen positiv CRP. CRP bestämt med Prometer visade något sämre överensstämmelse med CRP utfört på bakt lab, då bestämningen skett på frysta sera (korrelationskoefficient 0,90) än då färskt serum använts (korrelationskoefficient 0,94).

Diskussion

SR och V anses vara av värde för att differentiera mellan virala och bakteriella febrila infektioner, medan undersökningar som belyser dessa provers sensitivitet respektive specificitet, vid den typ av infektioner som allmänläkaren möter, saknas. Vid luftvägsinfektioner finns det inga säkra objektiva fynd som gör det möjligt att särskilja bakteriella respektive virusinfektion. Vid till exempel sinuit påvisas luftvägspatogena bakterier endast hos cirka hälften av patienterna, vilket överensstämmer med resultatet i denna undersökning. Om man trots detta använder förekomst av bakterier som det objektiva kriteriet på bakteriell infektion har av SR, V och CRP, CRP högst sensitivitet men lägst specificitet. Av dessa tre prover har V högst specificitet, medan SR har lägst sensitivitet. Bestämning av CRP kan således vara av visst värde i diagnostiken av bakteriella luftvägsinfektioner, om provet kan utföras som "akutprov". Även om resultaten tyder på att den metod vi använt på mottagningen är tillförlitlig, har vi funnit den relativt komplicerad för rutinbruk på vårdcentral. Metoden har förenklats sedan undersökningen utfördes.

Symposium: Primärvården och de äldre

Ove Dehlin (moderator), Birgitta Brännström-Fors, Mogens Hey, Ann-Christin Jansson, Ingemar Nordlund och Gillis Samuelsson

Andelen äldre ökar i samhället och andelen äldre ensamstående ökar också. I framtiden kommer de äldre också att ha färre barn sannolikt än dagens gamla personer. Det här sammantaget gör att vi måste söka utveckla nya vård- och stödformer för äldre personer, så att de så långt möjligt kan bo kvar i eget boende även efter inträffad sjukdom eller handikapp. Redan nu har stora förändringar i vårdutbudet ägt rum. Den somatiska korttidsvården har minskat kvantitativt, institutionspsykiatri har minskat starkt och vi har parallellt med dessa förändringar fått en utbyggnad av sjukhemsvården och primärvården. Vi ska i det här symposiet belysa både öppenvårdsaspekter och slutenvårdsaspekter på primärvårdsanknuten äldreomsorg.

I Eslöv och Sjöbo har två hela populationer, 80 år och äldre, undersökts beträffande medicinska och sociala data. Undersökningen har gjorts i form av hembesök av distriktssköterska och hemvårdsassistent. Bostadsstandarden var genomgående god, likaså kontakten med barnen. Den informella omsorgen (exempelvis hjälp vid sjukdom) dominerade starkt över den formella. Värk och "älderssymtom" var vanliga. Cirka 2/3 av alla pensionärer var tidigare kända av distriktssköterskan. I Dalby läkardistrikt gjordes 1977 en totalinventering vad avser förekomsten av handikapp i befolkningen. Både fysiska och psykiska handikapp registrerades och totalt fann man en förekomst på 9%, med den högsta procentsatsen bland de äldre. Hösten 1983 gjordes en 7-års uppföljning av samtliga äldre, födda före 1918, där man noterade förändringar av handikappets art och omfattning, sociala relationer, hjälpbehov och mortalitet.

Av den ursprungliga undersökta gruppen från 1977 hade 46% avlidit. De avlidna hade, jämfört med de överlevande, vid den första undersökningen klart sämre rörelseförmåga och ADL-nivå och de hade haft större omsorgsinsatser. Vid uppföljningen bodde 13% av de överlevande på äldreomsorg eller sjukhem, övriga bodde kvar i sina hem.

I Dalby har vi haft en arbetsgrupp för att planera för äldreomsorgen för lång tid framöver. Vi har av den anledningen gjort besök på samtliga äldreomsorgshem/servicehus, gjort en inventering över samtliga som bedömts som långtidssjuka inom distriktet och mot den bakgrunden har vi skisserat på olika möjligheter för att tillgodose behovet av öppen och slutna äldreomsorg i

framtiden. Vi har diskuterat omfånget och konsekvenserna av kvällspatrull- och nattpatrullverksamhet och diskuterat olika sjukhemsalternativ, från inget sjukhem alls i stället avlastnings/sjukhemsplatser integrerat med äldreomsorgen/servicehusen ("rörlig sjukhemsfunktion") till modellen i den andra ändan av skalan med ett konventionellt sjukhem. Vi har försökt i arbetet att inte bara skissa en äldreomsorgsmodell utan en modell för hela primärvårdens slutenvårdsfunktion.

Miljöaspekter och kulturella aspekter har börjat diskuteras alltmer vid sjukhemsvård. Man har alltmer betonat boendet och avskildheten i vården mer än sjukvårdsinnehållet. Denna debatt har bland annat anförts inom ramen för Eslövsprojektet där bland annat ingår ett nytt sjukhem. Utformningen av boendemiljö och kultur har där lyfts fram och diskuterats och erfarenheter från planeringsarbetet redovisas. Målen ska där omvandlas till ett realistiskt genomförandearbete. Möjligheter, hinder och begränsningar diskuteras.

I anslutning till arbetet med utveckling av äldreomsorgerna i Dalby gjordes en inventering av distriktssköterskorna av samtliga som bedömdes långtidssjuka inom distriktet. Detta för att kunna planera för ett bättre omhändertagande av de långtidssjuka när hemsjukvården i Dalby blir utbyggd och en sjukhemsresurs har tillkommit. Distriktssköterskorna använde ett gemensamt frågeformulär och distriktssköterskorna kände som regel redan väl de flesta patienterna och det mötte därför inga större svårigheter att genomföra inventeringen. Praktiska synpunkter på hur en sådan inventering kan gå till, svårigheter, bemötanden med mera redovisas.

Med utgångspunkt från våra skilda erfarenheter redovisas hur vi tänker oss att en framtida äldreomsorgsmodell inom primärvården kan se ut.

Ny modell för screening av Reumatoid artrit i primärvården skapade möjlighet till tidig prevention och behandling

Leopoldt Recht och Thor Lithman

I Sjöbo kommun görs en uppsökande verksamhet för reumatoid artrit. Den bygger på en handtest, så enkel att den kan användas som egenvårdstest. Per-

soner som ej klarar testen kallas till undersökning på vårdcentralen.

Inledning

Reumatoid artrit är en folksjukdom med prevalens på cirka 1,5 %. Den är också en invalidiserande sjukdom med stora psykosociala och funktionella konsekvenser. En förutsättning för att kunna behandla denna sjukdom framgångsrikt är att patienten kommer till behandling i tid och detta innebär innan ledband, ledbrusk och ben har förstörts av sjukdomen.

Då minst 80 % av patienter med reumatoid artrit kontrolleras inom primärvården har man de senaste åren arbetat mycket med att få fram vårdprogram och kontrollsystem så att patienten remitteras till specialist vid rätt tidpunkt.

Dessa kontrollsystem och vårdprogram är väsentliga då det inom primärvården finns stora kunskapsbrister om rörelseorganens sjukdomar. Ett viktigt kontrollsystem har varit att bedöma ledfunktionen som ett uttryck för sjukdomens aktivitet. Man har saknat enkla system för ledfunktionsbedömning. Ett sådant system publicerades hösten 1983 från Gighospitalet i Graasten i Danmark (Helin, Rasmusen, 1983). I detta kompendium finns en handtest som definierar en normal handfunktion.

Material

Utan uppsökande verksamhet finns det ett stort antal patienter med reumatoid artrit som är okända på alla vårdnivåer. I en studie jämfördes Skurup och Sjöbo kommuner och det framgick att mindre än 50 % av det förväntade antalet reumatiker i Sjöbo kommun var kända för den offentliga sjukvården (Recht, Lithman, Scherstén 1982).

Metoder

Alla personer mellan 40 och 70 år i Sjöbo kommun (åldersgrupperna med stor prevalens av reumatoid artrit) tillfrågades i en brevenkät om de kunde klara den handtest som medföljde brevet såväl i text som i illustrerad bild. De som icke kunde genomföra denna handtest erbjöds undersökning på Sjöbo vårdcentral. Denna görs av reumatologiskt kunnig distriktsläkare i samarbete med personal från vårdlagen i Sjöbo.

Resultat

Enkäten omfattade 5250 personer. Svarsfrekvensen var 90 %. Av dessa kallas drygt 15 % till fortsatt undersökning. Preliminära resultat visar att av de som kallats till undersökning hade cirka 20 % inflammatoriska ledsjukdomar, cirka 43 % degenerativa ledsjukdomar och cirka 27 % annat handikapp. Mer än 2/3 av dessa var okända för den offentliga sjukvården.

Diskussion

Med denna studie vill vi undersöka hur

en enkel handtest kan appliceras i en totalbefolkning med epidemiologiska tekniker.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården kartlägga befolkningens hälsotillstånd och arbeta preventivt. Uppsökande verksamhet är nödvändigt för att dels skaffa sig information om sjukdomars prevalens och olika patientgruppers vårdbehov och för att ge patienterna adekvat behandling innan det är för sent.

Kan man ställa diagnos med Zonterapi?

Inger Brunkstedt

Intresset för den alternativa medicinen, såsom bland annat zonterapi, tycks under senare åren ha ökat.

Teorin bakom (fot)zonterapi kan sammanfattas på följande sätt. Kroppens organ finns ur reflexsynpunkt projicerade på fotsulorna men även delvis på fotryggarna. Organen är representerade med höger kroppshalva på höger fot och vice versa. Huvudet projiceras på tårna och därefter följer de olika organen i caudal riktning. Zonterapeuterna menar att vid sjukdom i ett organ reflekteras detta till en punkt på foten som därvid i samband med tryck reagerar med smärta. Genom att sedan behandla den smärtsamma punkten med knogar, tummar etc anser man sig kunna lindra eller bota den aktuella sjukdomen. Om behandlingen är lyckosam blir de smärtsamma områdena på fötterna allt mindre ömma för varje behandlingsomgång i takt med patientens successiva tillfrisknande.

Föreliggande studie avsåg att undersöka huvudviden det är möjligt att ställa diagnos med hjälp av ömma zoner på fötterna.

Material och metod

Patienterna utvaldes från den ordinarie mottagningen på vårdcentralen i Lomma av läkare som ställde 1-3 diagnoser per patient. En erfaren zonterapeut med flera tusen behandlingar bakom sig utförde undersökningarna av de sjukas fötter under övervakning av läkare. Varken denne eller zonterapeuten var upplyst om patienternas sjukdomstillstånd.

Patienterna fick under undersökningarna ligga tillbakalutade i en vilstol. Kropparna täcktes från hals till vader av ett badlakan, medan fötterna lämnades nakna. Patienterna var instruerade att endast vägleda zonterapeuten genom att ange graden av smärta vid tryck på olika delar av fötterna.

Efter tryckbehandlingarna ställde zonterapeuten diagnoser baserade på de ömma områdenas lokaliseringar på fötterna. Med hjälp av patienternas beteende, deras kroppsspråk och deras

tal, försökte övervakande läkare komma fram till rätta diagnoser. Respektive diagnosförslag förseglades i separata kuvert. Först sedan hela studien var genomförd jämfördes överensstämmelsen av de behandlande läkarnas diagnoser med zonerapeutens och den övervakande läkarens diagnosförslag.

Resultat och konklusion

55 patienter deltog varav 34 kvinnor och 21 män. Tre kvinnor uteslöts då de ej uppfyllde urvalskriterierna. Sammanlagt ställdes 75 diagnoser på de 52 patienterna. Man finner en dålig förmåga att ställa diagnos på detta sätt. 59 av zonerapeutens diagnosförslag var helt fel respektive 52 av övervakande läkarens. Då zonerapeuten uppgav att han ofta tvekade mellan olika diagnoser har materialet bearbetats även med tanke på detta utan att man finner något väsentligt bättre resultat.

Zonerapins grundprincip är att kroppens organ relfexmässigt avspeglar sig på fötterna. I denna studie har inget sådant samband stått att finna, varför metoden ej torde kunna användas vid sjukdomsdiagnostik. Som en naturlig reflektion följer att man starkt kan ifrågasätta huruvida tryckbehandling av fotsulorna kan vara en användbar metod för att bota sjukdomar. I likhet med andra typer av alternativ medicin så kan zonerapi säkerligen ha en suggestiv och psyko-terapeutisk effekt. I så måtto kan den kanske vara till viss hjälp för en sjuk människa som inte funnit bot inom den etablerade sjukvården.

Dödlighet i kronisk obstruktiv lungsjukdom i Malmöhus län och dess relation till riskfaktorer

Staffan Gyllerop, Thor Lithman och Lars Olofsson

Inledning

Prevention betonas i hälso- och sjukvårdslagen. Obstruktiva lungsjukdomar är delvis miljöbetingade och borde därför vara lämpade för förebyggande åtgärder.

Malmöhus län är ett av de län som har en hög dödlighet i kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och syftet med detta arbete är att försöka belysa orsakerna till detta med en enkel metodik.

Material och metoder

Uppgifter om dödlighet hämtades ur SPRI Rapport 122/1983, rökning ur SPRI Rapport 82/1982 och luftföroreningar ur Miljöstatistisk årsbok 1979. Samband mellan riskfaktorerna och dödligheten beräknades. Aldersgruppen 15-74 år studerades.

Resultat

Dödligheten i KOL var 19 % högre ($p < 0.001$) i M-län än riket för män och 20 % högre ($p < 0.003$) för kvinnor.

Av kommunerna i länet var det endast Malmö som hade en signifikant högre dödlighet i KOL än länet.

Vid länsvis jämförelse förelåg ett signifikant samband mellan andelen rökare och dödlighet i KOL i respektive län ($r = 0.76$, $p < 0.001$).

Det förelåg även ett signifikant samband mellan andelen rökare och dödlighet i andra rökrelaterade sjukdomar som luncancer ($r = 0.82$, $p < 0.001$) och urinblåsecancer ($r = 0.74$, $p < 0.001$) vid länsvis jämförelse.

Något samband mellan luftföroreningar i form av SO_2 -utsläpp och dödlighet i KOL gick ej att påvisa vid länsvis jämförelse.

Diskussion

Den höga dödligheten kan förklaras av det stora antalet rökare i länet. Den högre dödligheten i Malmö är svårtolkad då man hade en mycket högre obduktionsfrekvens.

Dödligheten i KOL bedöms vara ett alltför grovt mått att spåra luftföroreningarnas eventuella skadliga inverkan på hälsotillståndet.

Resultaten skall tolkas med försiktighet då gruppvisa jämförelser använts och vi ej gått in på individnivå.

Polycythemia hypertonica gaisböck – ett alkoholsyndrom?

Elisabeth Carneskog-Pahlm, Nilsåke Ingvarsson, Per-Gunnar Nilsson och Åke Nordén

Gaisböck beskrev 1905 18 patienter med hypertoni, plethora och högt antal röda blodkroppar. Mjälten var ej förstörd som vid polycythemia vera. Han kallade tillståndet polycythemia hypertonica. Med införande av metoder att mäta plasmavolymen kunde Keith et al (Arch Intern Med 1915; 16: 547) visa att blodvolymen var minskad till skillnad från vid polycythemia vera. Genom märkning av de röda blodkropparna med radioaktivt fosfor demonstrerade Lawrence och Berlin (Yale J Biol Med 1952; 24: 498) att den totala röda blodkroppsvolymen var normal och plasmavolymen reducerad. Patienterna var män omkring 45 års ålder. De var stressade och drabbades ofta av hjärt-kärlsjukdomar. Den nya rubriceringen blev stress-polycythemi. Ibland led patienten dessutom av levercirrhos och då blev diagnosen Mosse syndrome (J.b. Miale Lab Med Hematol, CV Mosby Co, St Louis 1967).

Etiologien till Gaisböck's syndrom har varit oklar. Pranker (Proc Roy

Soc Med 1966; 59: 51) rapporterade att aldosteronutsöndringen var sänkt och opåverkad av saltrestriktion. Yusef och Bakell hade uppmätt sänkt anti-diuretisk hormonaktivitet under natten och dessutom nedsatt REM sömn (JAMA 1972; 220: 864).

Brown et al (Am J Med 1971; 50: 200) förklarade Gaisböck's syndrom a non-existing disease. Smith och Lucie (Lancet 1973; 1: 637) skildrade en väletablerad ämbetsman som sökte för trötthet och depression. Han hade Hb 200 g per l. Sedan 20 år hade han varje kväll druckit en flaska söt sherry. Hans totala röda blodkroppsvolym var normal men plasmavolymen var reducerad. Man övertalade honom att reducera konsumtionen av söt sherry. Plasmavolymen steg och Hb normaliserades. De fann anledning fråga "Alcohol a cause of stress erythrocytosis?"

Vid vårcentralens alkoholmottagning i Dalby har vi av och till lagt märke till anmärkningsvärt höga Hb-värden. I 11 fall under 18 månader var Hb 180 g per l eller högre. Alla var män, ålder 17-72 år, stressliknande symptom hade förekommit i 9 fall, plethora i 5, uppgift om rökning fanns ej alltid men flera hade slutat röka, någon hade aldrig rökt. I 9 fall var det diastoliska trycket 90 mm Hg eller högre. I 9 fall hade man bestämt GT: i ett var GT 2,1 μ kat per l, i två 0,7, i två 0,5, i övriga lägre.

De kliniska diagnoserna visade ett heterogent mönster. Gaisböck's syndrom förekom ej. Fyra patienter hade hjärt-kärlsjukdomar, en diabetes, en kronisk bronkit och gastrit, en hematuri, en näsblödning, en ÖLL, en kontroll efter halsinfektion, en kontroll i samband med rattfylleri. Det vi funnit mest anmärkningsvärt är 3 patienter i åldern 17, 20, 22 med Hb-värden 182-194 g per l. Som regel har man tagit om provet och då funnit att det ej varit lika högt och därmed låtit sig nöja eftersom patienten i övrigt titt sig frisk. Två av de 3 unga är kända missbrukare, den tredje son till två missbrukande föräldrar förekommer i missbrukarkretsar, är omhändertagen av omsorgsstyrelsen och förmodas lida av en variant av Fetal Alcohol Syndrome.

Mycket höga Hb-värden kan vara ett observandum även sedan diagnosen polycythemia vera utesluts. Hypertoni och förhöjt GT kan motivera en penetration av patientens alkoholvanor.

Vilka krafter styr sjukvården?

GÖSTA BRYDOLF

Rubriken vid den avslutande paneldiskussionen vid Läkar-sällskapets Örebrodag var: "Vilka krafter styr sjukvården?" Panelen var uppdelad på två avdelningar. Med hänsyn till ämnets omfattning hade pane-len att belysa några på förhand uppställda frågeställningar.

De fyra "situationerna" som panelen hade att belysa var i kort sammanfattning:

1. Varför har primärvårdssatsningen inte blivit sådan som man centralt beslutat.
2. Varför är det så svårt att lägga ner små kirurgskötta BB-avdelningar.
3. Har politiker bland annat via pressen tvingats att fatta beslut om utlandsvård för transplantationer?
4. Cityakuten och fritidspraktiker tycks motsvara många behov. Styr ersättningssystemet sjukvården?

Primärvården representerades i paneldebatten av Gösta Brydolf från Sundsvall. Han är distriktsläkare och tjänstgör som primärvårdschef i Medelpad. I debatten deltog vidare Anna Christensen, Bo Hjern, Ingemar Lindberg, Åke Ortmark, Ragnar Samuelsson, Barbro Westerholm och Lars Östman.

Nyckelord: Hälsopolitik, planering, primärvård.

Under det senaste halvåret har jag frågat ett otal personer: Vilka krafter styr sjukvården. Många har svarat generande: Ja, inte är det politikerna. Ja, inte är det läkarna. I svaren har funnits en underton som låter en förstå att de som inte styr borde styra i större utsträckning.

En stencilerad lapp med frågan: Vilka krafter styr sjukvården? har jag presenterat för direktionen, klinikchefs-kollegiet, cheftjänstemän och distriktsläkare. Massor med krafter har angetts. Det enda gemensamma är att den tillfrågade gruppen i regel placerat sig själv långt ner på listan. Politikerna anser att det är läkarna, läkarna anser att det är facken, etc. Förvånansvärt få anger att sjuk- och hälsovårdsbehoven ute i folkhavet styr sjukvården.

I mängder av styrkrafter har jag valt att belysa tre:

1. Den medicinska fakultetens interna värderingar.
2. Den befintliga sjukvårdsstrukturen i vårt land.
3. Stockholms sjukvården.

När det gäller att förklara varför 15 års enhålliga beslut och upprepade deklarationer om en upprustning av primärvården gått så pass trögt, anser jag att de här tre krafterna betytt mycket.

Först till den manligt dominerande medicinska fakultetens interna värderingar:

Medicinarutbildningen bedrivs vid de stora universitetssjukhusen. Utbildning förmedlar inte bara kunskap utan också värderingar och attityder. Medicinarutbildningen har vissa likheter med det gamla skråsystemet på gott och ont, där mästare via gesäller utbildar och präglar sina lärjungar. Den unga medicinaren konfronteras under en tidig formbar period i sitt liv med den högt specialiserade, teknologiskt avancerade storsjukhusvården. Han möter tidigt i utbildningen ett selekterat patientmaterial och lär sig inte att från början bemöta och behärska den oselektade befolkningens sjukvårdsbehov, där ofta en rad faktorer långt utanför den strikt naturvetenskapliga medicinens område också måste vägas in. Vid universiteten upplever nog många att det finns en oskriven rangskala där till exempel de opererande specialiteterna har ett högre anseende än till exempel långvård och psykiatri. Den politiskt prioriterade allmänmedicinen kommer långt ner på listan. För de flesta är det mer eftertraktat att tjänstgöra vid regionssjukhus än på länsdelssjukhus. Generellt vågar man nog påstå att sjukhusverksamhet smälter högre än arbete i primärvården. De här värderingarna präglar alltså de unga medicinerna och vid de regelbundet återkommande introduktionerna av At-läkarna på hemmaplan berättar många att de under sin utbildning bibringats uppfattningen att allmänmedicin och primärvård är någonting man både kan ha och mista. Många studenter berättar att många ämnesföreträdare under grundutbildningen närmast nedlåtande redogör för primärvårdens möjligheter och ofta hållfullt raljerar om de mål primärvården strävar mot.

Den här inställningen och den här attityden påverkar de unga medicinar-

na men påverkar självfallet också sjukhusadministratörer och politiker.

Som Lennart Kaj mycket träffsäkert uttryckte det vid den senaste Riksstämman blir det en tidig andlig kollektivanslutning till rådande värderingar.

Jag vill alltså påstå att den medicinska fakultetens interna värderingar varit en viktig kraft som tillsammans med många andra bidragit till att primärvården fortfarande brottas med så pass stora problem.

En annan viktig kraft som medfört att primärvårdssatsningen går trögt är den befintliga sjukvårdsstrukturen i vårt land. Den är hårt cementerad i det svenska urberget.

Om vi skulle utgå från Sveriges karta utan inprickad sjukvård. Hur skulle man då efter det så moderna konsensusförfarandet rita upp den nya sjukvårdskartan med utgångspunkt från noll. Hur många regioner skulle vi ha? Var skulle länsjukhusen ligga? Var skulle länsdelssjukhusen ligga? Skulle vi överhuvudtaget ha tre sjukhusnivåer? Hur skulle relationerna vara mellan primärvård och sjukhusvård? Kartbilden skulle med all säkerhet bli en helt annan än den vi har idag och bland annat fakta ur Socialstyrelsens skrift Sjukvårdsresurser och sjukvårdsutnyttjande från 81 och från HS90 materialet tycker jag bekräftar att just strukturen i stor utsträckning styr sjukvården.

Det blir alltså i kraftfältet mellan befintlig struktur och behov av strukturförändring som en rad styrande krafter exponeras. En på många håll aktuell fråga som just belyser strukturens betydelse är de små kirurgskötta BB-avdelningarna med ibland förlossningar varannan dag utan tillgång till vare sig gynekolog eller barnläkare.

I BB-frågan är det ju så att de lokala massmedia på ett mycket tidigt stadium tar ställning och driver sedan frågan ensidigt utan att beakta de spelregler som finns för press, radio och TV. I portalparagrafen heter det bland annat: Massmedias roll i samhället och allmänhetens förtroende för dessa medier kräver korrekt och allsidig nyhetsförmedling.

Vi har vidare fackens agerande där omstrukturering och förändring i regel framställs som hot om avsked eller reduktion av arbetstillfällen.

Man försöker sällan presentera alternativet innebärande bibehållna jobb men andra arbetsuppgifter på grund av nya behov.

Vi har också de lokala politikernas vacklande hållning där perspektivet ofta inte sträcker sig längre än till morgondagens trycksvärta i ortstidningen eller lokalradions hårt vinklade omdömen.

Men jag anser också att läkarna på orten i många fall ger prov på flatthet och brist på civilkurage. Inte sällan går ortens medicinare främst i ledet med plakat om bevarande, trots att de vet att en enig medicinsk expertis med argument grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet är rörande överens om att en nedläggning är att rekommendera.

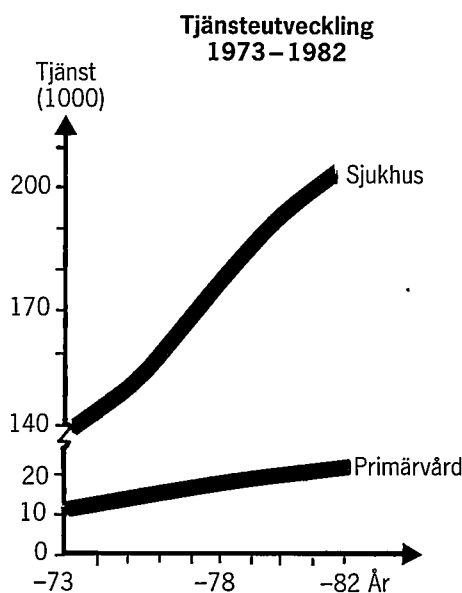
I materialet som finns utsett inför läkardagarna och som berör primärvårdssatsningen sägs:

"Trots stor enighet bland de centrala organen har utvecklingen lokalt inte blivit sådan som intentionerna av centrala beslut varit."

En del anser att primärvårdssatsningen varit för kraftig och gått för snabbt. Andra anser att vi visserligen haft en minst sagt imponerande verbal satsning på primärvården, men att den reella upprustningen gått långsamt och varit otillräcklig.

Vad har det egentligen hänt under den 15-årsperiod man politiskt sagt sig vilja prioritera bland andra primärvården och något bromsa expansionstakten inom sjukhussektorn?

I L-KELP 83 Redovisning av tjänsteutvecklingen under 70-talet är bilden den här:



Ur Läkartidningen 6/83 citerar jag bland annat följande:

"Inom öppenvården är nära 11 % eller 235 av tjänsterna inom allmänmedicin vakanta. Sammantaget finns alltså hälften av alla 800 vakanser inom de tre politiskt prioriterade områdena."

"Antalet vidareutbildade läkare utan förordnande, det vill säga vikarier, har under de senaste tre åren ökat med drygt 11 % årligen. Det framgår att inom flertalet sjukvårdsområden antalet vikarier ökat jämfört med 81. Fram-

för allt gäller det län med läkarutbildning."

I Spri-analysen vad primärvårdssatsningen egentligen inneburit säger man bland annat följande:

"16 års strukturuomvandling har ökat andelen allmänläkartjänster med 3 % av det totala antalet läkartjänster"

Till den här korta redovisningen vill jag dessutom erinra om att år efter år har huvudmännen inte inrättat det antal allmänläkarblock man centralt rekommenderat, medan man samtidigt önskat överskrida de antal block man rekommenderat inom icke-prioriterade områden. Vi vet också att avgången från allmänläkarblock varit hög. Vi har ingen exakt siffra men runt en fjärdedel av de som startar på allmänläkarblock har bytt till andra block eller övergått att vikariera sig fram utanför blocksystemet inom icke-prioriterade områden.

Vist har primärvården förstärkts men jag tycker att det här gått långsamt och jag vill med eftertryck hävda att förstärkningen definitivt inte skett på bekostnad av sjukhusexpansionen. De som hävdar detta är antingen dåligt informerade eller bedriver medveten falsk propaganda.

På många håll i landet präglas primärvårdens vardag fortfarande av: Brist på lokaler, obesatta tjänster, svårt att få vikarier, avhopp från blocken.

Samtidigt åläggs primärvården ständigt nya uppgifter. Vi har ju nu till och med fått en lag som ålägger primärvården en central roll i den framtida sjuk- och hälsovården i vårt land.

Inledningsvis nämnde jag att jag skulle belysa tre krafter, min tredje kraft är Stockholmssjukvården.

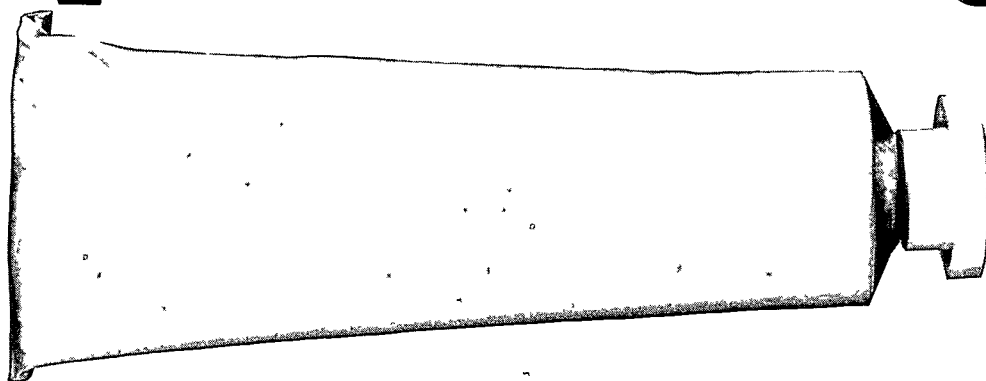
Lättillgänglighet och snabb service är för patienten viktigt och centralt. Dessa kvaliteter inom sjukvården har det sista året associerats med den via rikspress och etermedia rigoröst bevakade Cityakuten i Stockholms innerstad. Det är väl ingen tvekan om att Cityakuten har utgjort något av en väckarklocka för delar av den offentliga sjukvården, men företeelsen Cityakuten är mångfasetterad. Den skall inte ses som en isolerad sjukvårdsfråga, utan har i stället fått stå litet som symbol för de mycket starka krafter som idag hävdar: Privat = service och effektivitet, offentligt = dålig service och ineffektivitet.

Det är nämligen värt att påpeka att sedan år tillbaka har på flera håll i landet offentligt drivna vårdcentraler fungerat på ungefär samma sätt som Cityakuten. Förutom lättillgänglighet och snabb service till de grupper Cityakuten vänder sig till har man också kunnat erbjuda service till hela befolkningen i området inkluderande till exempel missbrukare och psykiskt sjuka. Man har vidare svarat för barnhälsovård, skolhälsovård och i ökat utsträckning hemsjukvård. Jag vill peka på några exempel: Älsbyn, Lerum, Dalby, Habo och Frösön. Det finns många

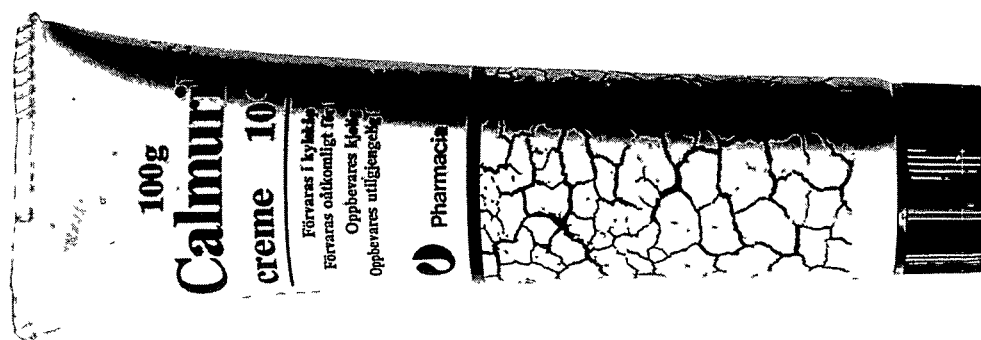
fler. Att befolkningen i området erbjudits fullgod service har bekräftats via enkäter i upptagningsområdet.

Det som däremot skiljer dessa vårdcentraler från Cityakuten är att de inte råkar ligga i Stockholm. Stockholmssjukvården bevakas via rikspress och etermedia. Myndigheter, konferenser och symposier förläggs i stor utsträckning till Stockholm och behandlar med kraftig slagsida lokala problem. Tunga beslutsfattare konfronteras dagligen med de här problemen, inte minst i egenskap av vanliga samhällsmedborgare. Jag vill påstå att förhållandena, eller kanske ibland missförhållandena i Stockholm icke är representativa för landet i övrigt. Men genom det oproportionerligt stora intresse som ägnas åt Stockholm och dess problem blir Stockholmssjukvården något av en styrkraft för hela landets sjukvård. Det är djupt olyckligt.

Varför betala 85:- för apoteksberedningen,



när det redan finns en färdig karbamidkräm?



Apotekstaxan för ex-tempore-beredningar av mjukgörande karbamidkrämer är 85:- upp till 110 grams förpackningar och ännu högre däröver.

Kostnaden drabbar varken patienten eller läkaren, men den är inte mindre onödig för det.

Calmuril Crème innehåller nämligen redan 10% karbamid och dessutom vattenbindande mjölksyra.

Calmuril är ett utmärkt komplement till hydrokortisonbehandling och vid nedtrapp-

ning av behandling med starkare steroider. Det förskrivs också i allt högre grad vid generell torrhudsbekämpning.

Calmuril Crème kan receptförskrivas i 50, 100 och 3 × 100 gram till priset 22:90, 34:20 respektive 75:50. Calmuril finns även som lösning (125 ml) för underhållsbehandling vid seborroiskt eksem och psoriasis i hårbotten.

 **Pharmacia**

Pharmacia AB, Box 159, 751 04 Uppsala. Tel 018-16 30 00.

Finns indikationer för vitaminförskrivning i primärvården?

BENGT JÄRHULT

För distriktsläkaren finns några få avgränsade tillstånd i vardagsarbetet, där vitamintillskott/terapi är befogat. Merparten av receptförskrivningen sker emellertid på ej godkända indikationer skriver Bengt Järhult i en sammanfattning av ett föredrag vid Socialstyrelsens "workshop" om vitaminer (1).

Nyckelord: Vitaminer, behandling, mediciner, primärvård.

Det föreligger mycket stora skillnader mellan län och länsdelar i försäljningen av vitaminer, och än större variationer framkommer mellan olika primärvårdsområden (2) utan att detta är kopplat till skillnader i sjuklighet. På vårdcentraler, som saknar gemensam forskrivningspolicy, skiljer det sig också mycket kraftigt doktor och doktor emellan. Den ena förskriver vitaminpiller och tonicum frekvent, framför allt till äldre patienter, medan den andra har veckor emellan ett enda vitaminrecept.

Dessa stora skillnader i vitaminförskrivning är särskilt intressanta, då såväl primärvårdsläkare, som nog allmänhet, är medvetna om att vitaminbristtillstånd egentligen inte förekommer i dagens Sverige om man äter så kallad "husmanskost". Uppenbart fyller vitaminförskrivning och vitaminkonsumtion (via handköp) oftast andra behov än rent medicinska för såväl doktor som patient/allmänhet. Vilka är dessa behov?

Vad påverkar konsumtionsmönstret? Socialstyrelsens översyn av vitaminförskrivningen har initierats av ekonomiska skäl (3). Staten vill så att säga inte längre subventionera svenskens vitaminberikade, dyrbara urin via läkemedelsrabatt. Men merparten av vitaminer försäljs via handköp och förbrukningen är sålunda inte annat än till en mindre del åtkomlig genom en uppstramning och reglering av läkares receptförskrivning.

Det räcker alltså inte att fastslå medicinska sakskalet till extra vitaminintag. Hela problemkomplexet överkonsumtion av vitaminer måste beaktas och såväl det privatekonomiska som det samhälleliga slöseri detta innebär. Det räcker inte att precisera indikationsområden för vitaminer, då läkemedelsrabatt gäller. Den enkla men

svåra frågan måste besvaras: varför vill den friske svensken äta vitaminer, som han inte behöver?

Kan inte befolkningens kunskap och föreställningar om vitaminer förändras kommer sannolikt konsumtionsmönstret att bli väsentligen oförändrat under åren framåt. Detta innebär i sin tur en fortsatt press på läkaren, inte minst distriktsläkaren, att samtidigt som han/hon skriver recept på andra mediciner lägga till den "profylaxdos" av olika vitaminer, som patienten anser sig behöva.

Det har inte blivit lättare att arbeta som läkare på gräsrotsnivå under de senaste åren och ständigt ta denna debatt och konfrontation med patienter. När nobelpristagare och specialister av olika slag påstår att C-vitamin förhindrar/botar förkylning och att nu också A-, C- och kanske E-vitamin skyddar mot cancer, varför skall då allmänläkaren förvägra patienten detta skydd? Som ett stort antal patienter ser det, är det bara snokigt av läkaren att inte skriva recept på sådana vitaminer kostexperter och specialister förordar i press och TV. För allmänläkaren kan det också vara svårt att hänvisa till paragrafer i läkemedelslagstiftningen, som förvisso är inkonsekventa och svårtolkade på vitaminområdet (så även för Socialstyrelsen [4, 5]) och allmänläkaren har ju en särskild ambition att vinna patientens/familjens förtroende som grundkapital i en fortsatt, kanske mångårig kontakt/behandling. Kanske är det inte så underligt att ett och annat vitaminrecept slinker emellan även för den principiellt restriktive läkaren!

Varför blir expertisen ej trodd?

Varför har så stora delar av befolkningen så liten tilltro till Socialstyrelsen och den farmakologiska expertisen, då dessa fastslår att vitamintillskott inte botar/förhindrar olika sjukdomar, bland annat övre luftvägsinfektion? Det är inte bara en fråga om kunskap och möjligheten att inhämta kunskap om vitaminer. Kvinnor och ensamstående äter mer vitaminer än män respektive sammanboende men faktorn utbildning slår också igenom i konsumtionsmönstret, så att personer med längre utbildning använder mer järnmedicin och mer vitaminer än de med kortare utbildning. En av tre manliga lärare tar vitaminer mot en av tio av den arbetande befolkningen totalt (6)! torde vara att befolkningen tycker sig

ha erfarenhet av den professionella medicinens misstag på läkemedelsområdet. Efter katastrofer som Neurosedyn och SMON, modeflugor som hyperlipedemibehandling med klofibrat och kanske personlig erfarenhet av läkares föreskrivning av icke ändamålsenliga preparat anser befolkningen sig själv nog kompetent att bedöma risk-benefitkvoten för vitaminter.

Det omfattande bruket av farmaka på ett icke rationellt sätt i svensk sjukvård (7,8), inklusive falska löften om vad mediciner åstadkommer, är sannolikt en viktig förklaring till varför stora befolkningsgrupper är på glid mot homeopati, kvacksalveri, naturmedel och obefogat vitaminintag. Kunde läkares föreskrivning av vitaminer, som har få biverkningar, ske helt enligt vetenskap och på Socialstyrelsens godkända indikationer, skulle detta sannolikt verka kvalitetshöjande på föreskrivningen av andra, så mycket mer biverkningsbelastade, läkemedelsgrupper!

Vilka indikationer finns i primärvården?

Beroende på lokal organisation har distriktsläkaren i Sverige olika spännvidd i sin verksamhet. Utifrån den gemensamma nämnaren allmänmedicin vill jag diskutera de vanligaste indikationer, där primärvårdsläkaren själv tar ställning till vitaminbehandling, och berör därför inte närmare vitamintillskott inom till exempel mödra- och barnhälsovård. Inte heller tas ovanliga vitaminbristtillstånd upp, som ibland handläggs av allmänläkaren, eller den patientgrupp allmänläkaren sköter på remiss för fortsatt vitaminsubstitution och föreskrivning efter utredning inom specialistvården, till exempel vissa skelt och tarmsjukdomar.

Primärvården, framför allt distriktsköterskor/barnsjuksköterskor, är engagerad i AD profylax under de första levnadsåren. Inte minst av historiska skäl (minnen och berättelser om rakit) känner sig personalen motiverad att delta i detta arbete och få ifrågasätter nog om profylaxen fortfarande är berättigad (förbättrat nutritionsstatus, berikning av barnmat etc). Ett helt annat problem, som berör primärvården, kan uppkomma under de närmaste åren med A-vitamintillförsel genom till exempel AD-droppar eller A-vitamintabletter, om befolkningen tror sig förebygga cancer med extra vitaminintag. Det är en allmän föreställning att vitaminer är nyttiga och saknar giftighet även i höga doser. Få vuxna torde vara medvetna om den smala marginalen till vitamin A - intoxication. För de primärvårdsläkare som använder vitamin A på vissa ej dokumenterade men i FASS godkända indikationer, till exempel ökad infektionsbenägenhet i andningsvägarna, finns särskild anled-

ning att beakta intoxikationsrisken, då vissa A-vitaminpreparat innehåller mycket höga doser vitamin A och behandlingstiden kan bli långvarig.

B-vitaminer

Missbruksproblem och alkoholassocierade sjukdomar är mycket vanliga i primärvården. B-vitaminbehandling är aktuell, framför allt vid poliklinisk avgiftning, och på många håll sker vitaminbehandlingen som en del i en standardiserad avgiftningsrutin, ett vårdprogram. Inte allt för nergångna alkoholmissbrukare klarar sådan öppen avgiftning. Svårt nergångna alkoholister eller avgiftningspatienter, där psykotiska reaktioner med stor sannolikhet kan förutses, remitteras vanligen till sluten vård.

Wernicke-Korsakows syndrom är mycket ovanligt och sannolikt extremt ovanligt i den patientgrupp som avgiftas vid vårdcentraler. Ändå borde på sina håll i primärvården B-vitamin nog mer konsekvent användas vid avgiftning av alkoholmissbrukare. Vid neuropati anses parenteral/oral B-vitaminbehandling indicerad och ett perifert nervstatus bör alltid göras då missbrukare söker vård.

Det finns en behandlingstradition på många håll i Sverige för parenteral B-vitaminbehandling, ibland långvarig, vid diabetesneuropati, ospecifika neurologiska symtom, vid asteni etc, detta utan misstanke på B-vitaminbrist. Dokumentation av denna behandlingstradition efterlyses!

Ett annat område där polyvalenta B-vitaminpreparat förskrivs på ett icke rationellt sätt är vid hårsjukdomar och vissa hudsjukdomar utan misstanke på pellagra, och dessa förskrivningstraditioner torde bidragit till befolkningens stora tro på konsumtion (via handköp) av B-vitaminer vid allehanda åkommor. B-vitamin har till exempel inte håravfall som godkänd indikation och rekommenderas inte i moderna läroböcker (9). Allmänläkaren bör betänka att patienter i primärvården inte har krav på läkemedel och inte känner sig sämre omhändertagna, om de lämnar läkarexpeditionen utan recept vid de sjukdomar, där initialt ingen specificerad diagnos kan sättas eller specifik terapi kan ges (10).

Vitamin B₁₂

Förskrivningen av vitamin B₁₂ borde vara likartad i Sverige och följa prevalensen av pernicios anemi. Perniosa är en väl definierad diagnos och efter initial högdosbehandling sker underhållsterapi genom dagligt tablettintag av 1 mg hydroxocobalamin eller perenteral injektionsbehandling med 1 mg var annan till var tredje månad. Vitamin B₁₂ har alltså ett mycket smalt indikationsområde, men många läkare skriver ut det som allmänt stärkande medel åt äldre. Betydande skillnader föreligger mellan länen och i många kan man tala om en kraftig överförbrukning (11).

Genom en förenklad diagnostik under de sista 10-15 åren sköts nu perniciosapatienter i hög utsträckning i primärvården och många patienter, som tidigare handlagts vid internmedicinska kliniker och mottagningar, har flyttat över till sin distriktsläkare för vidare vitaminsubstitution och kontroll. Ospecifika neurologiska symtom, till exempel känselrubbingar i nedre extremiteterna som kan finnas tidigt vid perniosa (även med normalt Hb), är mycket vanliga i ett oselektat primärvårdsklientel och allmänläkaren är numera flitig att skicka serumprov för B₁₂-analys.

Vid en epidemiologisk studie i Olofströms primärvårdsområde (Järhult-Romelsjö) kartlades samtliga patienter med B₁₂-substitution. Majoriteten av patienterna bedömdes ha en osäker diagnos, i 56 av 90 fall (exklusive ventrikelreccerade) grundad på i huvudsak en bestämning av B₁₂/s (oftast biologisk metod). Endast 26 av de 90 patienterna hade anemi och på 14 av patienterna var inte Hb taget eller Hb återfanns inte i journalhandlingar. Efter utredning med Shillertest (0,5 µC, urinsamling 2 dygn) kunde terapin ut sättas hos 53 av de 90 patienterna. Liknande resultat med brister i utredningskvalitet för perniciosapatienter i primärvården har redovisats från Tierp (12). Att överbehandling även med till synes billiga vitaminpreparat kan ha stora ekonomiska konsekvenser illustrerar Olofströms-materialets ende patient med myelopati.

Han hade fått sin diagnos på 50-talet, ställts på initial högdosbehandling men denna hade av okänd anledning inte avvecklats. Distriktsköterska hade i cirka 20 års tid fyra gånger i veckan rest till patienten för att ge honom injektioner. Patienten var sönderstucken och överbehandlingen hade kostat samhället 1/4 miljon kronor extra i jämförelse med rekommenderat injektionsintervall (efter initial högdostera-pi). För att tackla patientens psykologiska motstånd inför en förändring av substitutionen skedde en överenskommelse och samarbete mellan distriktsköterska, distriktsläkare och invärtesmedicinsk specialitet och utan egentliga problem gick det att föra över patienten till tablett Behepan 2 mg/dag.

Folsyra

Under universitetsårens utbildning betonas att folsyrebrist inte alls är ovanligt bland till exempel äldre med dåligt kosthåll, alkoholmissbrukare och hos patienter med tarmsjukdomar. Som kliniskt problem i primärvården är dock folsyrebrist förvånansvärt sällsynt. Oftast är denna vitaminbrist en "laboratoriesjukdom" för allmänläkaren; han/hon får i samband med bestämning av vitamin B₁₂/s på grund av diffusa neurologiska symtom (oftast med normalt Hb) automatisk folsyra och finner då till sin förvåning lätt sänkta folsyrevärden i serum eller helblod. Kostinformation och en kor-

tare tids folsyresubstitution brukar då ges. Hur mycket nytta denna vitaminterapi gör jämfört med den så mycket större populationen odiagnostiserade, subnormala folsyrevärden kan diskuteras. I mycket sällsynta fall, där läkaren inte finner B₁₂-brist som orsak till megaloblastanemi, beror denna på en folsyrebrist. Medvetenheten torde vara god i primärvården om att folsyresubstitution inte får ges vid en megaloblastanemi (misstänkt perniosa) såvida B₁₂-brist inte säkert utesluts.

C-vitamin

Upplysning och förbättrade socioekonomiska förhållanden har medfört en förändring av befolkningens kostvanor under 1900-talet och därmed har sjukdomar förorsakade av askorbinsyrabrist försvunnit. Det förekommer inte ens hos gravida, som äter normal kost, eller äldre med risk för malnutrition på grund av lågt energiintag (13). Kronisk alkoholism sägs kunna åtföljas av C-vitaminbrist. Tillståndet är förvisso aktuellt i primärvården men patientföljksamheten för läkemedelsordination är urusel under de förhållanden som råder vid kronisk alkoholism. Efter en period med högt alkoholintag brukar kosthållat vara tillfylles, i enstaka fall kompletterat med en kortare periods behandling med C-vitamin i till exempel en multivitamin-tablett.

Den förskrivning av C-vitamin, som sker av primärvårdsläkare och andra läkare inom sjukvården, torde nästan fullt ut representera förskrivning på icke godkända indikationer, ovetenskapligt underlag och ej beprövad erfarenhet. C-vitaminprofylax och terapi vid förkylning är här kanske vanligast och när läkare skriver detta på recept är det inte så konstigt om befolkningen tror att generellt C-vitaminprofylax sker med sakkunskapens välsignelse (13). En annan patientgrupp får C-vitamin-tillskott som allmänt roburerande eller som placebo-preparat för diverse åkommor, där läkaren tror att patientens tillfrisknande gynnas av ett piller. Allmänheten, och kanske inte heller läkare i gemen, torde inte vara på det klara med att C-vitamin i höga doser faktiskt kan ge upphov till biverkningar hos disponerade personer (13).

I hopp om att förstärka effekten av det i sig dåligt dokumenterade methe-naminhippurat (Hiprex) har en omfattande förskrivning av C-vitamin skett i Sverige, under början av 70-talet i daglig dosering, sedan intermittent i gramdoser. En annan behandlingstradition, som förvisso inte utgått från primärvården, är att tillföra C-vitamin vid järnterapi i hopp om att förbättra absorptionen av järn. Behandlingsproblemen vid recidiverande urinvägsinfektioner och sideropen anemi löses inte med C-vitamin och allmänläkaren bör inte laborera med vitamintillskott utan kräva godkänd indikation för dessa behandlingstraditioner, om än de fått vidsträckt användning på många sjukhus.

D-vitamin

Bland metabola skelettsjukdomar är egentligen endast osteoporos (och profylax mot osteoporos) aktuell i primärvården och behandlingsrutinerna torde nära överensstämma med rekommendationer från till exempel Socialstyrelsens läkemedelskommitté (14). Allmänläkarna försäkras sig om ett adekvat kalciumintag hos patienten, i första hand som mjölkprodukter. Vid etablerad osteoporos kan extra tillägg av kalcium vara aktuell liksom vitamin D i fysiologiska doser till äldre patienter. Nya syntetiska, potenta D-vitaminanaloger har inte fått någon spridning i primärvården.

E-vitamin

E-vitamin förskrivs i viss omfattning i primärvården, framför allt vid claudication intermitens. Uppfattningen om värdet av denna behandling är uppenbart mycket olika bland specialister och tills dess enighet och ett bättre vetenskapligt underlag föreligger bör allmänläkaren inte införliva E-vitamin i sin behandlingsarsenal. E-vitaminterapi kan – även om preparatet visar sig ha en viss effekt – göra mer skada än nytta genom att läkemedelsbehandlingen ersätter andra så mycket viktigare åtgärder mot riskfaktorer. Inte minst patienten i sin svåra situation griper efter lättköpta segrar, när diabeteskontroll, rökavvänjning och intensiv gångträning kräver hård disciplin.

Det finns en utbredd föreställning i befolkningen om att E-vitamin förbättrar till exempel den fysiska prestationsförmågan, potensen, fertiliteten och hudelastisiteten vid solexposition. Då E-vitaminterapi i hög dos är dyrt ställs särskilt här allmänläkaren inför patientönskemål om att få vitaminet skrivet på recept. Att E-vitamin enligt pressuppgift till befolkning förhindrar cancer gör inte trycket på den läkemedelsförskrivande allmänläkaren mindre. Möjligen har Socialstyrelsens preciserade råd om när vitaminförskrivning är rabattberättigat underlättat diskussionen med patienten på gräsrotsnivå (4).

Multivitaminer

Förekommer multivitaminbrist i ett primärvårdsklientel? I Olofström har en utbyggd hemsjukvård möjliggjort skötsel av svårt sjuka människor/terminalvård i primärvården. Inte ens bland dessa patienter har jag sett *kliniska* vitaminbristtillstånd; det är grundsjukdomens nedbrytande av kropp och personlighet som präglar patienten. I hemmiljö med dess gynsamma psykologiska faktorer behövs inte vitamin-tabletter som placebo eller piller för att upprätthålla skenet: att medicinsk bot står läkare/patient till buds. Symtom på vitaminbrist kan dock vara diskreta och svårtolkade och på de lokala sjukhemmen, möjligen i framtiden också i hemsjukvården, kan enstaka patienter finnas med mycket lågt energiintag under mycket lång tid, vilka kan behöva multivitaminintillskott.

mycket lågt energiintag under mycket lång tid, vilka kan behöva multivitaminintillskott.

Ett ökat ansvarstagande av primärvården för långtidssjuka måste kopplas till en översyn av kostfrågor på lokala sjukhem, ålderdomshem och inom hemsjukvården (bland annat utbildning av hemsamariter i kostfrågor). Det är inte minst viktigt nu när landstingen skall spara och ekonomiska direktiv till ekonomi/sjukhemsföreståndare gör det nästan omöjligt för dem att individualisera och specialkomponera måltider till svårt långtidssjuka patienter med litet totalt energiintag. Skall vitaminbristtillstånd i framtiden åter bli en klassfråga?

Nu förskrivs och konsumeras multivitamin-tabletter av helt andra befolkningsgrupper. De som *inte* behöver multivitamin-tabletter köper dem/får dem på recept och de som skulle behöva dem, till exempel ensamboende äldre ringar med extremt dåligt kosthåll, får dem oftast inte, då de inte söker sjukvård eller är svåra att identifiera för allmänläkaren. Ett annat problem med konsumtion av multivitamin-tabletter innehållande B₁₂ och/eller järn är att diagnosen perniciousa kan försvåras/fördröjas (15) respektive anemi på grund av gastrointestinal blödning inte – som vid järnbrist – blir varningssignal för gastrointestinal tumor (16).

Tonicum

I den farmakologiska gruppen kombinationer av vitaminpreparat ingår så kallade tonicum. Dessa läkemedel är en blandning av vitaminer, sprit eller andra lösningar och diverse tillsatser och har enligt FASS bland annat trötthet, långvarig konvalescens och aptitlöshet som indikation. Malvitona, ett av marknadens största preparat, kan dessutom ges som "adjuvans vid antibiotikabehandling". Ur medicinsk synpunkt, vilka patientgrupper kan avgränsas i primärvården med behov av till exempel Malvitonas innehåll av äppelvin plus polyvalenta B-vitaminer eller Optonicums innehåll av alkohol, mald lever och absinth? Står förskrivningen i någon rimlig proportion till behovet?

En uppfattning om kvantitet och kostnaderna på lokal nivå för några preparat ger en undersökning från Emmaboda primärvårdsområde (17). Under 1980 gick 600 flaskor Malvitona 700 ml över disk till en kostnad av 14 500 kronor. 420 flaskor Optonicum, 1 000 ml, utlämnades till en kostnad av 16 000 kronor.

Statssubventionerat starkvin är naturligtvis populärt i befolkningen och de patienter som tillfälligt ordinerats tonicum, ofta insatt under sjukhusvistelse, vill gärna ha det fortsättningsvis av sin allmänläkare. Gruppen medelålders – äldre kvinnor är här betydande. I kostnaderna för tonicum bör också de många timmar inräknas som läkare ägnar åt diskussion fram och tillbaka

angående förskrivningen av dessa preparat.

Allmänläkaren sitter i en orättvis position. Samhället förväntar sig att han skall förskriva läkemedel enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och i sitt arbete också beakta kostnaderna för sjukvård/läkemedel. Samma samhälle godkänner emellertid just sådana läkemedel, som varken ur medicinsk eller ekonomisk synpunkt bör förskrivas, detta trots att Socialstyrelsen under senare år fått legal möjlighet att snabbt monstra ut obsoleta läkemedel. Det är en rimlig begäran från de allmänläkare, som försöker praktisera rationell farmakoterapi, att Socialstyrelsen begär in dokumentation från företagen, vilka styrker indikationerna för dessa tonicum. Sannolikt skulle denna enkla åtgärd lösa hela problemet, då modern dokumentation för dessa preparat torde saknas.

Litteratur:

1. Vitamins. Socialstyrelsens läkemedelskommitté, 1984; 1.
2. Lindqvist B, Rosenberg S, Lundgren E. Recipundersökning oktober 1982, Rapport Ekensbergs vårdcentral, Nyköping 1983.
3. Läkemedelskostnaderna. Revisionsrapport, Stockholm. Riksrevisionsverket 1981.
4. Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning Nummer 4 1983.
5. Rättelse angående artikel "När är förskrivning av vitaminer och mineralämnen berättigad? Brev till Sveriges läkare från Socialstyrelsen 1983.
6. SPRI-rapport 82/1982, Stockholm. SPRI 1982.
7. Fichtelius K.E. Läkemedel i primärvården – ändra förskrivningstraditionerna. Läkartidningen 1983; 80: 2319–2320.
8. Järhult B. Rationell farmakoterapi i primärvården. AllmänläkARBOKEN 2, Lund Studentlitteratur 1983.
9. Rorsman H. Dermatologi/venerologi, Lund. Studentlitteratur 1976.
10. Thomas K.B. The consultation and the therapeutic illusion. British Medical Journal 1978; 1: 1327–1328.
11. Nilsson M. Står läkaren fri mot medicinkommersan? Intervju Bengt Lundh. Apoteksteknikern juli 1981.
12. Tyrberg E, Smedby B. B₁₂-behandling och vårdkvalitet. Läkartidningen 79: 1116, 1982.
13. Elfsborg L. Brug og misbrug af C-vitamin. Nordisk Medicin 94: 299, 1979.
14. Läkemedel vid metaboliska skelettsjukdomar. Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation 1983:1, Socialstyrelsen 1983.
15. Hast R. Tre fall av pernicious anemi vid 30 års ålder. Läkartidningen 77: 1758, 1980.
16. Reizenstein P et al. Overprescribing iron tablets to elderly people in Sweden. Br Med J 2:962, 1979.
17. Nilsson P. En studie inom öppenvården. Förskrivs rätt läkemedel? Rapport, Landstingets hälsovårdsenhet, Kalmar 1982.

Författarpresentation:

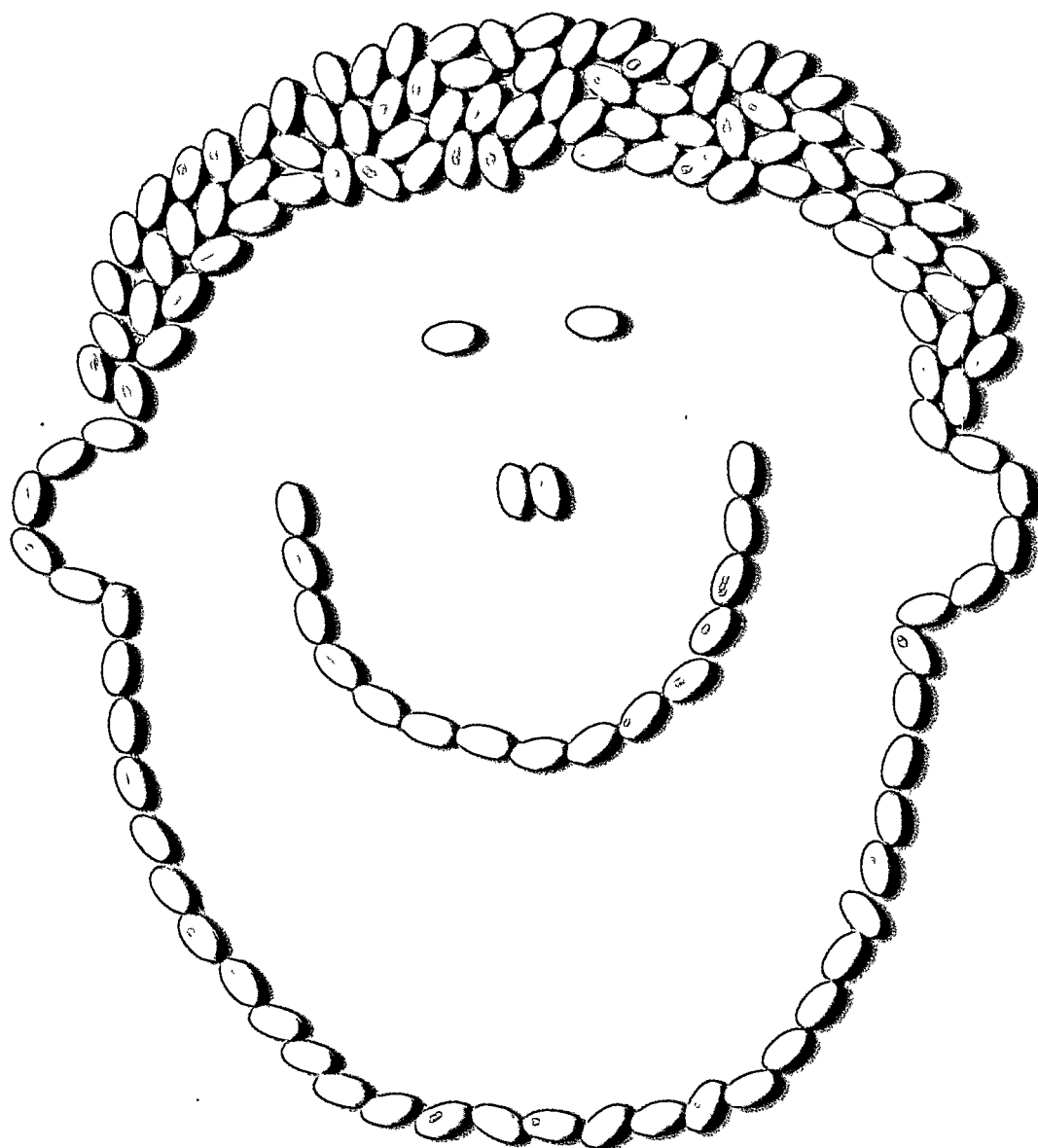
Bengt Järhult, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Olofström och Utvecklingsenheten för primärvården i Blekinge; Vårdcentralen, 293 00 Olofström.

BEVISAT:

Den hittills mest omfattande långtidsstudien av en tiazid (Salures-K) vid blodtrycksbehandling har nu slutförts vid Sahlgrenska sjukhuset. I denna studie* har man under 10 år följt ett 100-tal män med mild till medelsvår hypertoni. Två patientgrupper har behandlats med Salures-K respektive Inderal. Salures-K gavs i rekommenderat låga doser, 1-2 tabletter dagligen, som engångsdos. Denna unika 10-årsstudie har bland annat bevisat att

✓ urinsyrevärdena låg inom normalvärdesgränserna; ingen gikt har utlösts

✓ ingen förändring i triglycerider eller kolesterol inträffade



*publicerad i Observanda Medica Ferrosan 1984 vol. 11 sid 98-101 (4/84) plus ytterligare publikationer inom kort.
Salures-K (Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg, kaliumklorid 0,57 g)



FERROSAN

Box 839
201 80 Malmö

Arbetsvård i glesbygd – en studie från Vilhelmina

INGEMAR HERMANSSON · BERTIL OTTOSSON · LENA STRÖM

Arbetsvården vid arbetsförmedlingen skall stödja dem som av medicinska eller andra skäl hotas av utslagning från arbetsmarknaden.

I det följande presenteras en studie över arbetsvårdsfall i Vilhelmina arbetsvårdsexpeditions upptagningsområde från 1980. Resultaten ger upplysningar om utslagningsproblem i den moderna glesbygden och i artikelns diskussionsavsnitt sättes resultaten in i ett större samhällsligt perspektiv.

Nyckelord: Primärvård, arbetslöshet, arbetsvård.

Vid vårdcentralen, arbetsvårdsexpeditionen och forskningsenheten i Vilhelmina har de 101 förstagångsinskrivna vid arbetsvårdsexpeditionen i Vilhelmina från 1980 kartlagts. Kartläggningens syfte var att beskriva klienterna utifrån en del sociodemografiska data, deras arbetsbakgrund och sjukdomar. Arbetsvårdens åtgärder och resultatet av dessa bemödanden skulle också studeras. Ett arbetsvårdsmaterial kan användas för att bedöma aspekter av utslagning. Studien är gjord januari 1984.

Det undersökta området, geografi och befolkning

Undersökningsområdet består av kommunerna Vilhelmina, Dorotea och Åsele med en total befolkning på 17 000 invånare. Området har skogs- och fjällterräng och befolkningstätheten är endast omkring 1 invånare per kvadratkilometer. En urbanisering i smått har gjort att ungefär hälften av befolkningen bor i kommunernas centralorter. År 1966 bodde där endast en tredjedel. Det är mycket långt till stora centralorter. Åldersgrupperingen visar en ogynnsam befolkningspyramid med ett högt antal äldre människor och låga födelsetal.

Näringsliv inom området

Näringslivet är ensidigt inriktat men en viss förbättring sker med differentiering av arbetsmarknaden. Jord- och skogsbruk sysselsätter i dag omkring 15 procent, gruv- och tillverkningsindustri omkring 20 procent, byggnadsindustri omkring 16 procent, handel

omkring 9 procent, och offentlig förvaltning och andra tjänster omkring 30 procent.

Sysselsättningsläget är dåligt med en förvärvsarbetande befolkning av ungefär 40 procent av totalbefolkningen mot cirka 50 procent i Sverige som helhet. Höga arbetslöshetssiffror föreligger, ibland upp mot 10 procent. Arbetslösheten är en starkt bidragande orsak till utslagning av människor med fysiska eller psykiska svagheter.

Det undersökta klientelet

1980 förstagångsinskrevs 49 kvinnor och 52 män vid Vilhelmina arbetsvårdsexpedition. De flesta remitterades från försäkringskassan, rehagrupper spelade här en stor roll. Från läkare och annan terapipersonal kom cirka 15 procent och från arbetsförmedlingen 38 procent. I stor utsträckning sökte man på eget initiativ eller genom anhörig och det tyder på en positiv inställning till samhällets rehabiliterande organ.

Åldersfördelningen framgår av diagram 1. Åldersgruppen omkring 60 år och däröver som förr varit en tung grupp inom arbetsvården, har bortfallit genom arbetsmarknadspensionering. 32 procent av klienterna var under 30 år och en del av dessa är primärt utslagna. De har aldrig kommit in på arbetsmarknaden. Av personerna under 30 år var 59 procent män. I åldersgruppen 30–49 år är andelen kvinnor överrepresenterad med 63 procent.

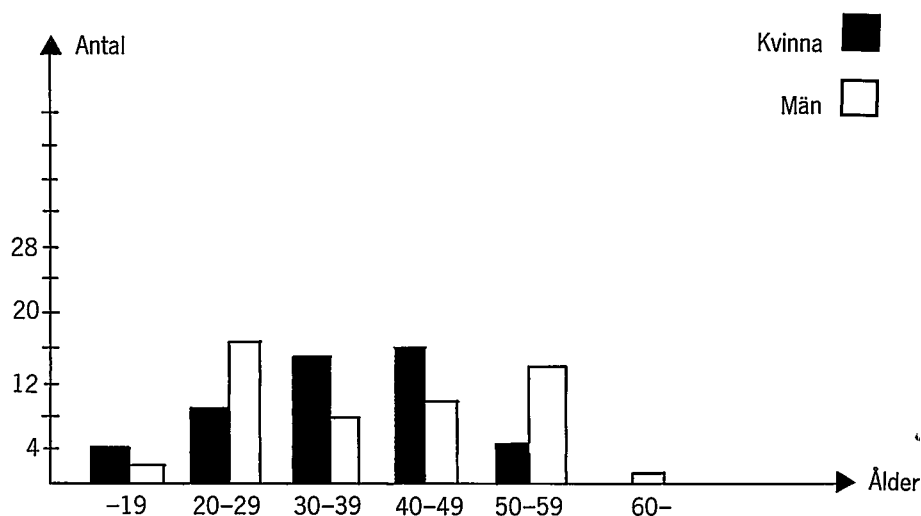
Antalet gifta var cirka 50 procent medan ytterligare 25 procent levde som sambo. De sökande har ofta försörjningsplikt och många bor i egen bostad vilket leder till ekonomisk ansvarsställning. De sökandes yrkesbakgrund visar ett brett spektrum. Arbetsmarknadens differentiering har dock inte förmått ta bort utslagningen. Rörligheten mellan olika yrken är i dag stor och många personer har haft tre-fyra olika yrken. "Den dolda ekonomin", det vill säga till exempel jakt, fiske, hjälp till grannar, hemarbete, har varit betydande i glesbygd men har troligen avtagit i betydelse. Vård och serviceyrken är vanliga.

De sökandes skolbakgrund visar att 50 procent endast haft sex- eller sjuårig grund/folkskola. 14 procent av de sökande hade gymnasial skolbakgrund. De flesta med skolning över grund/folkskola har dock endast kurser eller en kort påbyggnadsutbildning. Det rör sig således om en grupp med undergenomsnittlig skolutbildning. Utbildning skyddar dock inte mot utslagning.

Klienternas sjukdomar

Sjukdomarna framgår av tabell I. I 26 procent av samtliga fall saknas medicinsk diagnos. Vanligen har då sociala eller psykologiska faktorer lett till kontakten med arbetsvården. LAN-läkaren har i flera av dessa fall bedömt ärendet och uttalat sig om lämpligheten till utbildning. I 8 procent av fallen förekommer mer än en diagnos på lä-

Diagram 1.
Ålders- och könsfördelning 1980 (absoluta tal).



karintyget. De huvudsakliga medicinska diagnoserna är spondylos – arthros, högt blodtryck, kärl- och hjärtsjukdomar och allergiska sjukdomar. Alkohol som orsak till arbetsvård är relativt ovanlig. Sannolikt beror det på sekretessförhållanden mellan myndigheterna som gärna sätter en annan etikett.

AMS har en egen gruppering av arbetshinder som framgår av tabell II. Rörelsehinder anges som den största orsaken till kontakt med arbetsvården, för kvinnor är siffran hela 56 procent. Psykisk sjukdom visar däremot en låg siffra. De sökande har dock i mycket liten utsträckning bedömts psykiatriskt eller psykologiskt.

Arbetsvårdsåtgärder och resultat

Arbetsvården står till tjänst med utredningar, arbetsprövningar, utbildning, lönebidragsanställningar (samhället betalar en större eller mindre del av lönen), näringsbidrag (ekonomiska bidrag till småföretagare), tekniska hjälpmedel på arbetsplatsen, skyddat arbete och beredskapsarbete. Den allmänna strävan är att klienten skall anställas på den öppna marknaden.

I en tredjedel skedde endast en kontakt med arbetsvården, ibland beroende på att klienten avvisade föreslagen utredning. Problemet löstes då på annat sätt. Antingen skedde det genom den sökande själv eller genom att andra samhälleliga organ kopplades in. En del av dessa klienter har dock återkommit de följande åren. I vissa fall löstes problemet genom en engångskontakt.

Kvar i yrket, oftast efter stödåtgärder, är i dag 18 procent av klienterna. Sjukpension och sjukbidrag utgick till endast 4 procent. Här spelar förenklade pensionsregler in, de äldre registreras inte inom arbetsvården. Beredskapsarbete är i dag en ovanlig åtgärd. Arbetsvården har nu bättre resurser, till exempel lönebidragsanställning, som utbetalas till cirka 15 procent av klienterna. Cirka 10 procent fick skyddat arbete.

Preliminär bedömning av resultaten Den samhällsekonomiska synpunkten

Vi har bedömt att som en lyckad lösning innebär det att kvarstå i eget yrke eller att vara på den öppna arbetsmarknaden. Dessa klienter utgör 25–30 procent av hela gruppen. Som delvis lyckade lösningar bedömer vi dem som har skyddat arbete, lönebidragsanställning och motsvarande. Dessa utgör också 25–30 procent av hela gruppen. De utnyttjar delvis allmänna medel men är fortfarande kvar i produktionen. Misslyckade lösningar är endast pensions- och sjukbidragsfallen samt några som lever helt på samhällsstöd. Den gruppen utgör 5 procent. Det återstår en stor restgrupp på omkring 35 procent som är svårbedömda här.

Tabell I.
Diagnoser, fall med läkarintyg.

	Antal i procent		
	Kvinnor	Män	Totalt
1. Spondylos-arthrossjukdom	31	25	28
2. Psykiska sjukdomar (intelligensdef – psykoser – neuroser)	11	2	6
3. Högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom	4	13	8
4. Följder av olycksfall	0	5	3
5. Astma och allergi-sjukdom, kronisk bronkit	15	13	14
6. Alkoholbesvär	2	2	2
7. Andra sjukdomar (tex Diabetes, syn-hörselskada, njursjukdom)	11	15	13
8. Ej registrerad (inget läkarintyg)	26	25	26
	100	100	100

Tabell II.
Arbetshinder enligt AMS-gruppering.
(Grupperingen gjord av arbetsvårdens tjänstemän.)

	Antal i procent		
	Kvinnor	Män	Totalt
1. Hjärt-, kärl- och/eller lungsjukdom	4	14	9
2. Hörselskada	4	2	3
3. Synskada	4	3	4
4. Rörelsehinder ¹⁾	56	45	50
5. Övriga somatiska arbetshandikapp och nedsatt arbetsförmåga	27	22	24
6. Psykiska arbetshandikapp	–	5	3
7. Förståndshandikapp – utvecklingsstörd	–	2	1
8. Socialmedicinskt arbetshandikapp	2	5	4
9. Ej med i akten	4	2	3
	101 ²⁾	100	101 ²⁾

1) Jämför tabell I, punkt 1.

Till grupp 4 har här förts klienter också ur punkt 2, 4, 7 och 8 i tabell I.

2) Avrundningsfel.

Ur klientens synpunkt

Om fast arbete eller pension kan betraktas som lyckad lösning är gruppen ungefär 50%. 10 procent har sjukbidrag eller andra temporära åtgärder och det kan betraktas som tämligen lyckat medan det är svårt att här bedöma gruppen "misslyckade fall".

Vi har inte analyserat huruvida klienternas resurser kan tas tillvara på annat sätt. Det är en annan viktig bedömningsgrund som gjorts av andra bedömare, (1).

Kort jämförelse med vår tidigare undersökning

Det går att i viss mån jämföra de aktuella erfarenheterna med vår tidigare undersökning från åren 1966–70. Undersökningsområdet var då större och omfattade även kommunerna Stensele, Tärna och Sorsele (2, 3). Kommunerna är geografiskt likartade, de har likartade tendenser i utveckling av näringsliv och befolkningstal men utslagningstendenserna pekar åt olika riktningar för året 1966 jämfört med åren 1980–84.

Kvinnorna utgjorde år 1966 bara 15 procent, nu är de 50 procent. Åldersfördelningen visar också en förskjutning mot yngre åldersgrupper. En tidigare mer ensidig yrkesbakgrund, huvudsakligen skogs-, grov- och diversarbete, har nu ersatts av ett bredare yrkesspektrum. Klienternas skolbakgrund har förbättrats. Diagnospanoramat har också förändrats med relativt lägre antal spondylos/arthros,

och hjärt-, kärlsjukdomar. Detta sammanhänger sannolikt liksom åldersfördelningen med den sedan 60-talet introducerade arbetsmarknadspensioneringen av patienter kring 60-årsåldern. Äldre människor registreras inte längre som arbetsvårdsfall. Våra siffror och våra dagliga erfarenheter visar att allergiska sjukdomar ökat inom arbetsvårdsklientelet.

Diskussion i ett bredare sammanhang

Marknadsekonomiska mekanismer är en bidragande orsak till glesbygdsproblemen i dag. Periferins beroende av det ekonomiska centrum är stort (4). Levande glesbygdsområden behövs i Sverige. Det kräver kraftfyllda politiker som agerar å glesbygdssamhällets vägnar och glesbygdsskissionen bör alltid ske i ett bredare perspektiv. Här följer några påpekanden mot bakgrund av det tidigare nämnda.

1.

Kvinnorna har mobiliserats på arbetsmarknaden. Det förefaller som om de i dag slås ut huvudsakligen genom symptom från rörelseorganen. Det motsvarar ungefär den manliga skogsarbetarens svårigheter på 60-talet. Tunga vårdyrken, städerskejobb, enformigt kontorssittande spelar här roll. Ergonomiska förebyggande åtgärder måste vidtas men arbetsmarknaden för kvinnor måste också breddas. Pressen på kvinnorna är i dag sannolikt stor också psykologiskt.

2. Arbetsvårdsklientelet innehåller stora grupper yngre människor, vilket är ett allvarligt problem. Det kan ge livslånga effekter såväl socialt som psykologiskt och som motsvarar den rena ungdomsarbetslösheten.

3. Arbetsplatsanpassningar är en god förebyggande åtgärd mot arbetsvårdsbehov. Ett ökat intresse för arbetsplatsen som sjukdomsframkallare måste åstadkommas. Allergiska sjukdomar intar en framträdande plats i vår diagnosgruppering och ett förebyggande arbete här måste prioriteras.

4. Arbetsmarknadspensionering, den förenklade förtidspensioneringen, är inte enbart gynnsam. Den tillvaratar inte alltid individens resurser, har lätt för att minska självrespekt och kreativitet och är ofta ingen bra lösning av samhällsproblem. Dessutom avtar samhällets totalproduktion genom sådana åtgärder.

5. I primärvårdsdebatten har behovet av samarbete med sociala myndigheter poängterats. Allmänläkare skall ha helhetssyn på patienten och ett samarbete med arbetsvården ger en mängd information om arbetslivet och, dess

återverkan på människorna. Det minskar risken för medikalisering av arbetsmässiga problem. I läkarutbildningen måste ingå god arbetsmarknadskunskap.

6. Primärvården bör i framtiden i högre grad kopplas till forsknings- och utvecklingsarbete. Det kräver emellertid tid och resurser. Även enkla undersökningar av denna typ kan dock bidra till en belysning av människors problem och samhällets situation och det är viktigt. En effektiv rapportering av resultaten måste ske till ansvariga personer. Uppmärksamheten måste inriktas mot ogynnsamma förhållanden i samhället och man får inte bortse från stora ekonomiska och politiska strukturer. På det sättet kan primärvården bidra till samhällsförändringar i riktning mot en bättre tillfredsställelse av mänskliga behov.

Litteratur:

1. Weinehall L. Soc Med Tidskr 1984; 2: 85-89.
2. Hermansson I, Nilsson U. Glesbygden som arbetsvårdsproblem. Soc Med Tidskr 1968; 8: 450.
3. Hermansson I, Nilsson U. Treårsresultat av arbetsvård i glesbygd. Soc Med Tidskr 1971; 4: 228.
4. Blomström M, Hettne B. Beroende och underutveckling. Prisma Stockholm 1981.

Författare:

Ingemar Hermansson, distriktsläkare i Vilhelmina samt LAN-läkare vid arbetsvårdsexpeditionen Vårdcentralen Vilhelmina.*

*Bertil Ottosson, arbetsvägledare, Arbetsförmedlingen i Vilhelmina.
Lena Ström, socionom, utbildningsassistent, Forskningsenheten, Vilhelmina.*

*Postadress: Vilhelmina vårdcentral, 912 00 Vilhelmina

Utvecklingsmöjligheter för TVÅ DISTRIKTSLÄKARE i Örnsköldsvik

Till vår två-läkarmottagning i Domsjö, ca 5 km från centrala Örnsköldsvik, söker vi två distriktsläkare, ref nr 794-795.

En av distriktsläkarna blir vårdcentralschef som tillsammans med vårdcentralsförstandaren har ledningsansvaret för hälso- och sjukvården inom vårdcentralsområdet. (Ny organisation sedan våren 1983).

Landstingets satsning på primärvården inom vår sjukvårdsförvaltning innebär en planerad läkartäthet med en distriktsläkare på 2.200 innevånare.

Vi vill inte direkt se det som en utmaning men för att bedriva verksamheten i önskad riktning krävs ett offensivt arbete i ett väl fungerande arbetslag.

Vi vill helst berätta mycket mer om arbetet, orten, utbildningsmöjligheter, fri-

tiden m m men detta är ej möjligt i en annons. Däremot är vi beredda att per telefon eller vid besök lämna all information som är intressant.

Ring primärvårdschef Christer Gunnarsson tel 0660-813 00 eller t v personalchef Gunnar Kriström, tel 0660-890 00.

Ansökan skall tillsammans med betygsskrifter vara märkt med ref nr och inkommen senast den 19 december 1984 till Örnsköldsviks sjukhus, personalavdelningen, Box 700, 891 01 Örnsköldsvik.



**Landstinget
Västernorrland**

Varsågod

Det finns Link för varje behov.

LINK BLÅ — den milda — vid symptomatisk behandling av epigastralgi og halsbränna.

LINK RÖD — den starka — vid ulcus ventriculi s. duodeni.



"Link Blå"

Link mixtur 150 mg/ml

10 ml mixtur binder

ca 40 mmol HCl

Förpackningar:

250 ml och 1000 ml.

De aktiva komponenterna i Link, aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat, neutraliserar överskottet på magsyra utan att ge sekundär syraproduktion.

Dosering: 1–2 tabletter resp. 5–10 ml mixtur 1 och 3 timmar efter måltid eller efter behov. Link-tabletterna hjälper lika snabbt som mixtur och är med sin milda mintsmaak behagligare att ta. Tabletterna finns i praktisk fickförpackning. Priset är lågt.



"Link Blå"

Link tuggtabletter 700 mg

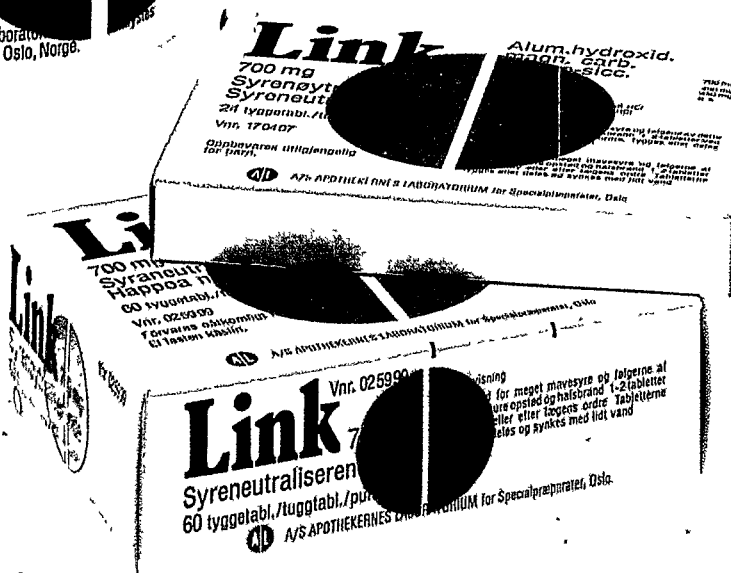
Varje tablett binder

ca 20 mmol HCl.

Förpackningar:

24 st, 60 st,

5×60 st, 10×60 st.



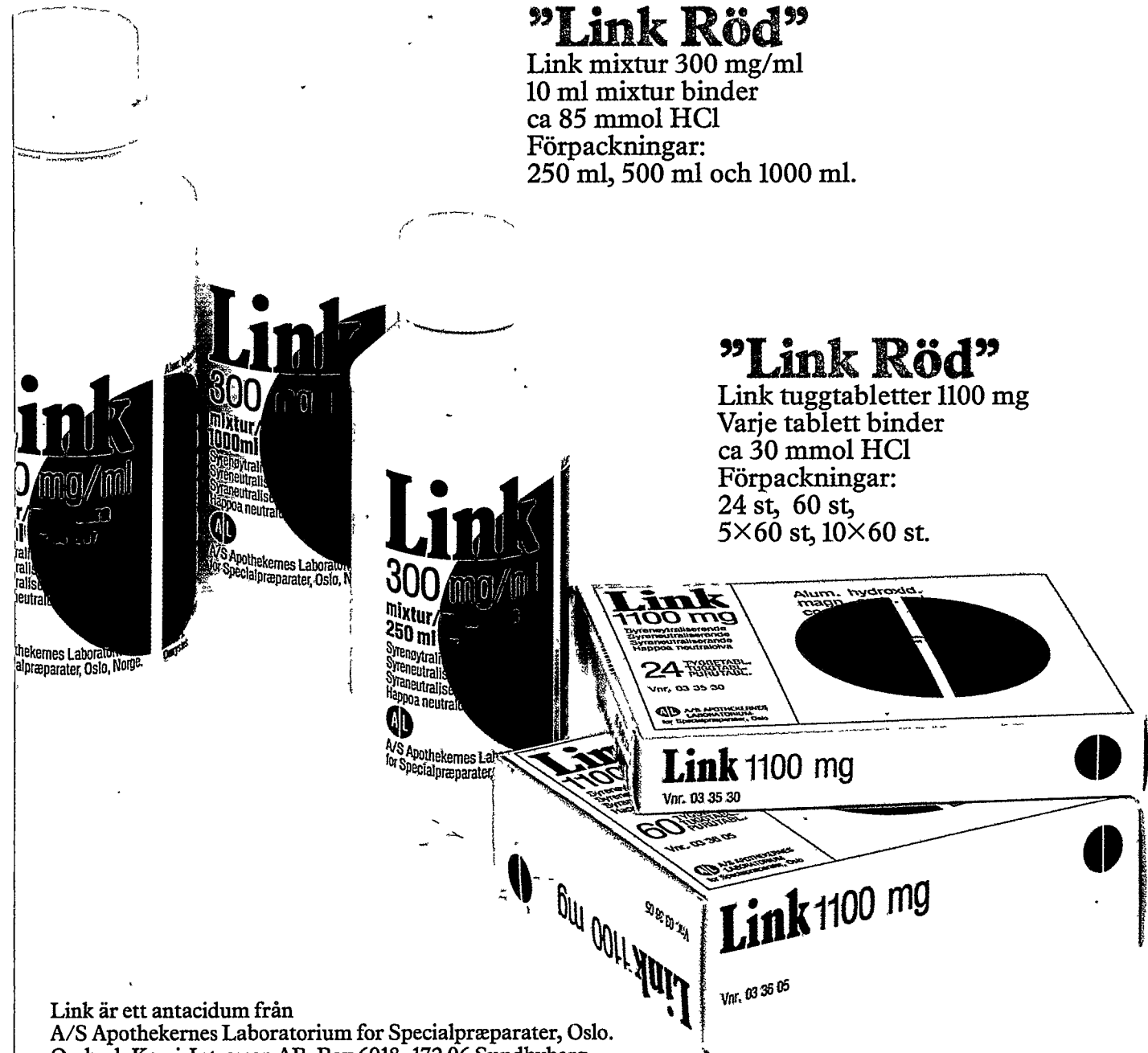
och välj!

"Link Röd"

Link mixtur 300 mg/ml
10 ml mixtur binder
ca 85 mmol HCl
Förpackningar:
250 ml, 500 ml och 1000 ml.

"Link Röd"

Link tuggtabletter 1100 mg
Varje tablett binder
ca 30 mmol HCl
Förpackningar:
24 st, 60 st,
5×60 st, 10×60 st.



Link är ett antacidum från
A/S Apothekernes Laboratorium for Specialpræparater, Oslo.
Ombud: Kemi-Intressen AB, Box 6018, 172 06 Sundbyberg.

Primärvården som databas

Exempel från Tumbaprojektet

BRITT-GERD MALMBERG

Under rubriken "Att mäta primärvård" hölls detta föredrag på Svenska Distriktsläkarföreningens årsmöte maj 1983 i Sollefteå. Föredraget tar upp något om basdata i primärvården och en del problem med mätningar inom primärvården. Med utgångspunkt från ett utvecklingsprojekt förlagt till Tumba vårdcentral belyses en del mätproblem (till exempel huvuddiagnos, övriga diagnoser). Datorstödda, väl strukturerade journaler i primärvården, gärna problemorienterade, kommer att betyda mycket och kommer att behövas om primärvården skall kunna fungera som databas.

Nyckelord: Basdata, registrering, primärvård, problemorienterad journal, ADB, kontaktorsaker, Tumba.

Inledning

Med utgångspunkt från vårdcentralen och dess betjäningssområde kan vi som distriktsläkare ha en del funderingar kring vår befolkning, våra patienter och även om oss som arbetar där. Det finns många frågor vi då och då bör ställa om vår verksamhet, både när vi uttalar oss inför politiker, administratörer och beslutsfattare eller kolleger och annan vårdpersonal. Hur representativa är de patienter som kommer till oss? Hur väl har vi dokumenterat vad vi gör? (1) Hur stor del av problemen i befolkningen "täcker" vi av? Vad betyder begreppet "täckningsgrad" för oss?

Hur stor andel i olika åldrar som avlagt besök till oss kan vi få en god uppfattning om genom att studera journalarkivet, under förutsättning att vi har kontroll över in- och utflyttning. Det kan räcka att kontrollera till exempel ett 10-procentigt stickprov, titta efter i journalen hur många besök vederbörande avlagt senaste året, med hur många och för vilka olika diagnoser eller problem. Men en patient har vanligen haft kontakt med många olika vårdgivare även inom primärvården ej att förglömma, varför vi bland annat måste verka för gemensamt journaldokument.

Att mäta

Begreppet att mäta ger för oss distriktsläkare ofelbart associationer till det antal besök/år och distriktsläkare,

Tabell I.

Fördelning efter ålder och kön för patienter som besökt allmänläkare under sex tvåveckorsperioder 1980–82.

Ålder	Män	Kvinnor	Totalt	Index* män	Index* kvinnor
0–14	115	115	230	0,46	0,29
15–44	470	751	1 221	0,93	0,96
45–64	248	415	663	1,23	1,30
65–74	125	213	338	2,54	2,19
75–	64	149	213	3,31	2,60
Ej svar	1	2	3		
Totalt	1 023	1 645	2 668		

*Index = Procentuell andel patienter i respektive åldersgrupp.
Procentuell andel av populationen i respektive åldersgrupp.

Figur 1.

Basdata om kontakter i primärvården.

Registreras vid	Minidata	Tilläggsdata
	Besök	Inledande kontakter Besök Kontakter för uppföljning
PATIENTEN	– Personnummer – Kön	– Civilstånd – Nationalitet – Yrke/arbetsplats – Vårdlags/distrikts- sköterskas betjäningssområde
VÅRDGIVAREN	– Mottagning – Personalkategori	– Identifierad vårdgivare
KONTAKTEN	– Datum – Kontaktsätt	– Initiativ – Kontaktens innehåll – Kontaktorsaker – Problembeskrivningar
MEDICINSK INFORMATION	– Diagnoser/Problem- beskrivningar	– Sjukdomsorsaker – Åtgärder

den så kallade produktiviteten, som så hett har debatterats under åtskilliga år. Bättre är dock att vi "mäter" patienter/individer/del av populationen som söker primärvård. Det i anglosaxiska länder så omhuldade ämnet "denominatorproblemet" (som innebär att finna en lämplig nämnare till täljaren) slipper vi här i Sverige då vi har en geografisk indelning. Visst har vi problem med att beskriva populationen, dess flyttningsrörelser, men det går oftast att kontrollera.

Ett exempel från Tumbaprojektet (2) beskriver de vårdsökande i förhållande till Tumba vårdcentralens betjäningssområde (tabell I).

Vi kan också studera speciella patientgrupper till exempel med en viss diagnos eller med ett visst symptom och

jämföra med alla som har sökt oss under till exempel 1 år. Det är ett annat sätt att mäta och beskriva våra patienter, som blir användbart om man kan göra jämförelser mellan olika vårdcentraler eller om man kan beskriva förändringar mellan olika år. I övrigt vill jag hänvisa till det kapitel i basdatagruppens rapport som tar upp mätproblem (1).

Basdata och databaser

"Primärvården som databas" måste ses mot all den verksamhet som sker i primärvården. Idag utgör i första hand olika journaldokument databaser men på många håll används också Registrerings-Planeringsblanketter som informationsbärare. Vid vissa vårdcentraler används också olika besöksformulär.

för att mäta primärvård? Vilka problem finns?

Om vi inte har individrelaterad information kan vi enbart behandla de variabler vi dokumenterat statistiskt (stickprovsurval), vilket i och för sig kan räcka för till exempel den vårdcentral som vill veta något om sin verksamhet och därigenom kunna jämföra den med andras. Men det är ju ändå patienter/individer som söker vård och som vi vill följa upp. Vill vi komma en bit på väg ifrån antalet besök i primärvård behöver vi personnummer och adress. Då kan vi relatera våra patienter till vårdlag etc eller vårdcentralens betjäningsområde (tabell I) och vi kan också beskriva kontinuiteten. Men vi behöver veta mera om våra patienter. In- och utflöde (inte enbart beskrivet som nybesök/återbesök/akutbesök/kontrollfall) och därigenom vårdcentralens tillgänglighet låter sig beskrivas med användning av basdata om kontakter.

För detta behöver vi veta något om kontakten, kontaktdatum och vem som tog initiativet till kontakt med vårdcentralen. Vi behöver en del medicinsk information (kontaktsaker,

diagnoser, åtgärder) och vi behöver veta om hur uppföljning sker (remisser till distriktssköterska etc).

När vi mäter något måste vi kunna korrigera för ålder och kön och göra jämförelser med populationen. Men ibland är ett vårdlag och till och med vårdcentralens betjäningsområde för litet för att tillåta detta. Här måste vi kunna slå ihop flera vårdcentralers betjäningsområden.

Visst måste vi då kunna tillåta oss att göra jämförelser för en viss patientgrupp mot till exempel alla som söker allmänläkare (tabell II). I denna redovisning har jag valt ut ett par diagnosgrupper från Tumba-projektet men skulle lika väl ha kunnat valt patientgrupper beroende på kontaktsaker. Denna typ av information som återfinns i tabell II förefaller kanske ointressant för "forskaren", (det är faktiskt svårt att finna material för jämförelser mellan yrkesfördelning i populationen/yrkesfördelning hos patienter), men visst ger det kött på benen för allmänpraktiken. Att sedan kunna göra jämförelser mellan olika vårdcentraler när vi börjar bli mera överens om vilka system vi vill använda vid registrering och klassificering öppnar nya möjligheter för forskning och utvecklingsarbete inom primärvården.

Vi är alla mer eller mindre vana vid diagnosregistrering och dokumentation årligen ifrån vissa vårdcentraler (Tierp, Dalby med flera). Vi kan också beskriva vårt sjukdomspanorama vid Tumba vårdcentral ålders- och könsrelaterat (tabell III, IV). Men vanligen får vi problem att beskriva hur många patienter statistiken omfattar (tabell V, VI, VII). Vanligen kommer ju inte patienter med endast ett problem eller en diagnos utan har både två, tre och fyra problem samtidigt. Patientstatistiken bygger vanligen på första diagnosen. Tabell V och VI belyser dels relationerna mellan patient- och besöksstatistik, dels första och andra diagnosen inom kapitlet hjärt/kärlsjukdomar.

Önskemål

Vi bör snarast se till att våra "databaser" i primärvården blir individrelaterade, bland annat med tanke på att vi träffar patienter och inte statistiska urval. Vi önskar också att informationen om våra patienter relateras till kontakter med primärvården och till de problem som man söker för. Jag vill också slå ett slag för korta men heltäckande studier och att vi "fångar" in data där de ändå fyller en funktion, det vill säga från journaler och från RP-blanketter. Jag vet att ett datorstöd för informationsbehandling i primärvården inte är långt borta. Vi ser till exempel i Stockholms läns landsting att ett helt sjukvårdsområde registrerar alla besök till öppenvårds-mottagningar. I Finland och i Norge har man journaler på data, Dalby har sitt behändiga sätt att hämta information ifrån journalen (10, 11). Vid vårdcentralen Kronan prövar vi

Tabell II.

Yrke/sysselsättning för patienter med nack- och ryggbesvär som besökt allmänläkare under sex tvåveckorsperioder 1980–82.

	Patienter ned nack- och ryggbesvär		Samtliga patienter (2668) Procent
	Antal	Procent	
Kort yrkesutbildning	117	58	27
Yrkessutbildning	33	16	8
Högre utbildning	12	6	11
Egen företagare	4		
Studerande	3		
Hemarbetande	7		
Ålderspensionär	16	8	21
Förtidspensionär, sjukpensionär	2		
Ej svar	8		
Totalt	202	100	100

Tabell III.

Diagnosstatistik, antal besök 1981 till allmänläkarmottagningen vid Tumba vårdcentral. Alla besök fördelning och efter ålder och kön.

	0–14	15–44	45–64	65–	Totalt
Män	475	2159	1388	1156	5178
Kvinnor	473	3349	2187	1905	7914
Totalt	948	5508	3575	3061	13092

Tabell IV.

Cirkulationsorganens sjukdomar (1:a diagnos)*

	0–14	15–44	45–64	65–74	75–	Totalt
Män	–	67	329	284	199	879
Kvinnor	1	94	392	411	411	1309
Totalt	1	163	721	695	610	2188

*Antal besök 1981 till allmänläkarmottagningen vid Tumba vårdcentral. Fördelning efter ålder och kön.

Tabell V.

Patientstatistik 1980 vid allmänläkarmottagningen Tumba vårdcentral, "patient-nivå"

Diagnos	1:a diagnos**		2:a diagnos	
	Antal	%	Antal	%
Hjärt-kärlsjukdomar	987	10,4	130	12,7
Symtom från cirkorganen	117	1,2	21	2,0
Totalt årsmaterial	9454	100	1021	100

* "Patientnivå" = antal patienter med minst en diagnos.

** 1:a diagnos är i de flesta fall den diagnos, som huvudsakligen lett till besök.

Tabell VI.

Besöksstatistik 1980 vid allmänläkarmottagningen Tumba vårdcentral, "besöks-nivå"

Diagnos	1:a diagnos**		2:a diagnos***	
	Antal	%	Antal	%
Hjärt-kärlsjukdomar	1982	14,0	522	25,5
Symtom från cirkorganen	152	1,1	30	1,5
Totalt årsmaterial	14171	100	2051	100

***Besöksnivå = antal besök där minst en diagnos registrerats.

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 ispaghula)
Vi-Siblin®S
Normaliserar tarmfunktionen

PARKE-DAVIS Box 4130 - 171 04 Solna - Tel 08/82 03 50

Tabell VII.
Diagnosstatistik för hjärt-kärlsjukdomar 1980 vid allmänläkarmottagningen
Tumba vårdcentral.

Diagnos	Besöksnivå***			
	1:a diagnos**	2:a diagnos	Antal	Antal
Reumatisk hjärtsjukdom	4	1		
Benign essentiell hypertoni	1259	203		
Akut hjärtinfarkt	15	8		
Angina pectoris	154	68		
Annan ischemisk hjärtsjukdom/cardioscleros	125	62		
Symtomatisk hjärtsjukdom	204	99		
Annan eller ospec hjärtsjukdom	23	16		
Cerebrovasculär sjukdom	14	8		
Arterioscleros	24	22		
Flebit och tromboflebit	25	7		
Varicer på nedre extremiteterna	52	11		
Hemorroider	34	5		
Postural hypotension	14	2		
Andra sjukdomar i cirkulationsorganen	35	10	1982	522
Prekordiella smärtor	77	7		
Palpitationer	31	1		
Tachycardi	10	5		
Blekhet, cyanos	1	-		
Syncope	9	-		
Ödem	7	9		
Lymfkörtelförstoring	17	8	152	30
Totalt			2134	552

** Se tabell V

***Se tabell VI

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 nästan 1.400 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEICIN – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkaryrd och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

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

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

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

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

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1985 automatiskt tidskrifterna ALLMÄNMEICIN och SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKIRAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

datorstöd för journaler (12) med start hösten 1984 och som ett komplement till DASIS-projekten (13). Vi avser att pröva en "gemensam" där alla i vårdlagen dokumenterar i samma problemorienterade journal.

Referenslitteratur:

1. Sprirapport 142/83. Basdata om kontakter i primärvården.

2. Malmberg B-G: Tumbaprojektet. Beskrivning av kontakter med sjukvården. Rapport nr 9, Stockholms läns landsting 1982.

3. Grundjournal – anpassning till problemorienterad journalföring. Spriproj. Pers medd.

4. Sprirapport 3/77. Handbok för löpande vårdplanering.

5. ÖVR – ett ADB-system för registrering av besök i öppen vård. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting. Stencil 1981.

6. Morrell DG, Gage HG, Robinson NA: Symptoms in general practice. J Of Royal college of General Practitioners 1972; 22: 297.

7. Malmberg B-G: Tumbaprojektet. Förslag till klassifikation av kontaktorsaker i primärvården. Rapport nr 8, Stockholms läns landsting, 1982.

8. Dahlin B, Malmberg B-G. Ett försök till kontaktorsaksklassifikation i primärvården. Appendix till Sprirapport 142.

9. SCB. Alfabetisk yrkesförteckning med tillhörande koder för socioekonomisk gruppering av förvärvsarbetsande individer, 1978.

10. Bäckman L, Dahlin B, Gerdin Jelger U et al: Finstar – ett datorbaserat informationssystem av intresse för svensk primärvård. Landstingets hälsovård, Stockholms läns landsting. Röd serie nr 1, 1983.

11. Eilertsson G: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning.

12. Hallqvist J, Malmberg B-G, Tillgren P, Svanström L: Datorbaserat informationssystem på vårdcentralen Kronan – Kronstar. Landstingets Hälsovård, Stockholms läns landsting. Svart serie nr 5, 1983.

13. DASIS – projektet som skall datorisera journalerna. Datorer i vården. Läkartidningen 1983; 80: 2831-4.

Författarpresentation:

Britt-Gerd Malmberg är distriktsläkare vid Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg och tidigare verksam vid Tumba vårdcentral.*

*Postadress: Vårdcentralen Kronan
172 83 Sundbyberg
Tel 08/98 91 00

VERKSAMHETSPLANERING I PRIMÄRVÅRD · 2

Ny modell för verksamhetsplanering i ett primärvårdsområde – positiva erfarenheter från Sjöbo

SVETLANA BROMÅN · BOBBY HULTBERG · JANERIK MAJEWSKI

Primärvårdens arbetssituation och ledning kan förbättras genom klarare målformulering och utvecklad verksamhetsplanering. För att praktiskt pröva detta genomförde Spri och Sjöbo primärvårdsområde ett gemensamt utvecklingsarbete inom ramen för det så kallade KULO-projektet (Klinikens Uppgifter, Ledning och Organisation). En klar struktur utarbetades för primärvårdens verksamhetsbeskrivning. Den kan användas både för planering och uppföljning. Ett engagerat deltagande i planeringsprocessen av hela personalen – såsom arbetet i Sjöbo visar – är ett villkor för att verksamhetsplaneringen blir ett effektivt verktyg i utvecklingsarbetet.

Nyckelord: Primärvårdsområde, verksamhetsplanering, planeringsprocess, Spri, Sjöbo.

En utveckling av primärvården mot de mål som anges i Hälso- och sjukvårdslagen ställer stora krav på den personal som är verksam inom vården. Bland annat krävs ett omfattande arbete för att anpassa primärvårdsorganisationen till de nya uppgifterna. Områdesbaserade vårdlag är ett bra exempel på en sådan organisation (1). Områdesansvaret kräver en ny och intimare relation till allmänheten präglad av ömsidigt utbyte. Att samarbeta med politiker både på lokal och central nivå är en annan förutsättning, liksom ett ökat samarbete med olika organisationer, politiska, fackliga och ideella. Områdesansvaret, som innebär ett totalansvar för att varje invånare i området vid behov får rätt vård, kräver en nära samverkan med länsdelsjukhuset och andra vårdgivare.

En viktig förutsättning för ett samarbete mellan alla dessa intressenter är att det finns en samlad beskrivning av verksamheten och dess utveckling. Den naturliga formen för en sådan beskrivning är verksamhetsplanen.

När vi talar om verksamhetsplan i primärvården menar vi både mera långsiktiga planer, primärvårdsplan och flerårsplan, och kortsiktiga planer,

oftast för det kommande året, driftplaner.

Samarbete mellan Spri och Ystads sjukvårdsdistrikt

Spri har under ett antal år arbetat med väsentliga frågor som rör klinikens och primärvårdens utveckling. Inom KULO-projektet (KULO = Klinikens Uppgifter, Ledning och Organisation) har uppmärksamheten fokuserats på klinikens och vårdcentralens roll som självständig basenhet. För att praktiskt pröva de utvecklingsidéer och förslag som KULO-projektet gav upphov till träffades våren 1982 en överenskommelse om ett fältsamarbete mellan Spri och Ystads sjukvårdsdistrikt i Malmöhus läns landsting. Syftet var att förbättra klinikernas och primärvårdens arbetssituation, självständighet och ledning. Detta skulle uppnås genom bättre målformulering, utvecklad driftplanering och ökat samarbete med andra vårdenheter. Projektet avslutades hösten 1983. Insatserna vad gäller primärvården koncentrerades till Sjöbo primärvårdsområde.

Ett flertal utvecklings- och forskningsprojekt har genomförts i Sjöbo under de senaste åren. Primärvården i Sjöbo arbetar enligt vårdlagsprincipen med gemensam områdesindelning både för öppen och för sluten primärvård (1, 2).

Driftplanearbetet – ett sätt att aktivt leda primärvårdens utveckling

I Sjöbo beslöt man att använda planeringsprocessen för att stärka greppet om verksamheten och dess utveckling. Verksamhetsplaneringen genomfördes under 1983 inom ramen för ordinarie driftplanearbete. Syftet med verksamhetsplaneringen vidgades till att omfatta:

- För primärvårdens ledning: att få en verksamhetsbeskrivning med en enhetlig struktur både för planering och uppföljning, exempelvis verksamhetsberättelse. Vidare skulle det vara möjligt att granska och jämföra verksamhetens utveckling över tiden. I sin tur skulle detta resultera i förslag till förändringar.

- För primärvårdens personal: att genom en utvecklingsprocess få en ökad

insikt i verksamheten, att öka medvetandet om målen och därmed stärka förmågan att agera självständigt i vårdarbetet, att förbättra "vi-känslan" inom vårdlagen och att klarare inse vad som behöver förändras.

- För primärvårdens samarbetsparter, både kliniker inom länsdels- och läns-sjukvården och primärkommunala organ och privata vårdgivare i området: att klargöra primärvårdens åtagande gentemot andra enheter och vårdgivare, och att formulera primärvårdens krav på dessa.

- För huvudmannen: att beskriva vilken verksamhet som primärvården förbinder sig att bedriva under planperioden i utbyte mot begärda resurser.

Verksamhetsbeskrivningen måste vara åskådlig

En genomarbetad och logiskt strukturerad verksamhetsbeskrivning har ett stort informationsvärde, dels i årliga verksamhetsgenomgångar med all personal inför driftplanearbetet, dels vid introduktion av ny personal i primärvården, och dels i förhållande till externa intressenter.

Därför anser vi åskådligheten vara en viktig egenskap hos en verksamhetsbeskrivning. Den skall redovisa varje enhets arbete och samverkan med andra enheter. Varje anställd inom primärvården bör kunna "hitta sig själv" i beskrivningen och se om den stämmer med hur det varit, hur det är och hur det planeras bli. För att uppnå denna åskådlighet krävs både en logisk struktur och ett engagerat deltagande i planeringsprocessen från all personal.

Verksamhetsplanens huvudrubriker

1. Bakgrund: beskrivning av primärvårdsområdet (kommunbeskrivning).
2. Egen verksamhet: beskrivning av primärvården i området.
3. Samverkan med länssjukvården och andra vårdgivare.
4. Organisation, personal och ledning.
5. Sammanfattning: planerade förändringar.

Planen kompletteras med statistik, prognoser, särskilda studier, samt med budgethandlingar enligt de rutiner som gäller i landstinget.

Varje avsnitt bör innehålla en beskrivning av:

- nuläge (här behövs ibland en hänvisning till genomgången utveckling)
- planerade förändringar på längre sikt
- planerade förändringar för det kommande budgetåret.

Vid beskrivning av förändringsbehov bör det klart markeras vilka förändringar som kan genomföras inom ramen för befintliga resurser, och vilka förändringar som kommer att kräva tillskott av resurser.

Av de ovan nämnda fem huvudrubrikerna utvecklas i det följande endast rubrikerna "Egen verksamhet" samt "Samverkan med länssjukvården och andra vårdgivare". Modellen i sin helhet är utförligt beskriven av Spri (3).

Struktur för verksamhetsbeskrivningen

Beskrivningen utgår från ett område med väl utvecklad primärvård och vårdlagsorganisation. Strukturen redovisas i Figur 1. Enligt denna modell kan verksamheten beskrivas både för varje enhet i organisationen och för varje funktion eller aktivitet. Matrisen i Figur 1 anger endast huvudrubriker för verksamhetsbeskrivningen och återspeglar den organisation som finns i Sjöbo. Naturligtvis blir indelningen annorlunda i primärvårdsområden med en annan organisation. Indelningen i funktioner och aktiviteter följer den indelning som rekommenderas av Spri (4).

All *mottagningsverksamhet* av läkare, distriktssköterskor och andra behandlas under denna rubrik. Här redovisas även fördelningen under dag- och kvällstid, akuta respektive planerade besök samt omfattningen av jour och beredskap, telefonrådgivning och tidbokning.

Med *sjukvård i hemmet* menas all sjukvård som bedrivs utanför sjukvårdsinrättningar. De två största verksamheterna under denna rubrik är långtidssjukvård i hemmet (det vill säga det som tidigare hette hemsjukvård) samt distriktsvårdens hembesök. På flera håll i landet utvidgas nu begreppet sjukvård i hemmet till att omfatta även vissa former av akutsjukvård, till exempel läkarbesök i hemmet. Hit kan även föras läkar- och distriktssköterskesamverkan på servicehus.

I avsnittet om *förebyggande verksamhet* beskrivs både individ- och miljöinriktad prevention. Mödra- och barnhälsovård, uppsökande verksamhet bland riskgrupper samt hälsoupplysning och samarbete med kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd är exempel på aktiviteter inom detta område.

Det är inte bara sjukhemmens personal som bedriver *sjukhemsvård*. I Sjöbo primärvårdsområde är även sjukhemsvården indelad i samma geografiska områden som den öppna primärvården. Det betyder att varje vårdlag

Figur 1.

Struktur för beskrivning av egen verksamhet i ett primärvårdsområde. (Med kryss markerade verksamheter är bara exempel.)

Funk- tioner och akti- viteter	Organisa- toriska enheter	Vård- lagen	Sjuk- hems- vård	Övrig medicinsk verksamhet		Paramedicinsk verksamhet				Serviceenheter								
				MVC	Etc	Sjuk- gymna- stik	Arb- te- rapi	Diet- tist	Etc	Medicinsk service		Övrig service						
										Labo- rato- rium	Etc	Sekr	Led- ning	Vakt- mäst	Kök	Städ	Etc	
1. Mottagnings- verksamhet		X		X		X	X	X		X		X						
2. Sjukvård i hemmet		X	X			X	X											
3. Förebyggande verksamhet		X		X		X	X	X										
4. Sjukhemsvård samt dag- resp nattvård		X	X			X	X											
5. Hälso- och sjukvårds- service till primärkommu- nala verksam- heter		X	X	X		X	X											
6. Övriga akti- viteter		X	X									X	X	X	X	X		

har "sin" vårdgrupp och "sina" patienter på sjukhemmet. Vårdlagets läkare sköter "sina" sjukhemspatienter. Hela vårdlaget samarbetar med sin vårdgrupp inför sjukhemsintagningar och utskrivningar av patienter som tillhör vårdlagsområdet. Även sjukgymnaster och arbetsterapeuter är områdesindelade och spelar en viktig roll inom sjukhemsvården (2).

Hälso- och sjukvårdsservice till primärkommunala verksamheter kan gälla service till förskolor och skolor, medverkan i olika samarbetsorgan med mera.

Bland *övriga aktiviteter* beskrivs primärvårdens administrativa funktioner. Administrativa åtgärder som innebär patientkontakt - till exempel rådgivning och tidbokning - eller planering av enskilda patientärenden bör dock tas upp under respektive aktivitetsrubrik ovan. Även journal- och arkivfunktionerna kan vara områdesindelade som i Sjöbo. I övrigt redovisas här utbildning, undervisning och handledning, lednings-, samråds- och utvecklingsfrågor, samt underhålls- och försörjningsfunktioner.

Samverkan med länssjukvården och andra vårdgivare

Beskrivningen omfattar främst samarbetet med det länsdelssjukhus som betjänar primärvårdsområdets befolkning. Även samverkan med läns- och regionsjukvården bör belysas, liksom samarbetet med områdets privatpraktiker, företagshälsovård med flera. I samverkansavsnittet beskrivs även de krav på insatser som primärvården ställer på länsdelssjukhusets kliniker, primärkommunala organ och andra vårdgivare.

För de flesta primärvårdsområden är länsdelssjukhuset den helt dominerande samarbetsparten. Beskrivningen av samarbetet med detta kan struktureras enligt samma principer som redovisades i Figur 1, men med andra funktioner och aktiviteter. Exempel på sådana samverkansfunktioner återfinns i Figura 2.

I primärvårdens ansvar ingår att följa upp sin befolknings totala vårdkon-

Figur 2.

Exempel på aktiviteter i samverkan mellan primärvården och länsdelssjukvården.

1. Vårdprogram och annat vårdssamarbete, till exempel fastställande av vårdnivå/vårdbehov.
2. Remiss- och meddelanderutiner.
3. Konsultverksamhet.
4. Jour och beredskap.
5. Utbildning och handledning.
6. Övrigt informationsutbyte mellan primärvården och sjukhuskliniker.
7. Information till befolkningen.

sumtion, alltså även dess utnyttjande av öppen och slutet vård på sjukhus. Detta ställer nya krav på sjukvårdens informationssystem: uppgifter om verksamheten bör i framtiden registreras och bearbetas på ett sätt som möjliggör statistiska sammanställningar för primärvårdsområdet. Exempelvis bör primärvårdsledningen i Sjöbo ha aktuell kunskap om Sjöbobefolkningens vårdkonsumtion på de olika kliniker vid lasaretten i Ystad och Lünd. Detta ger nödvändiga fakta för samsarbetsdiskussioner mellan primärvården och sjukhusvården.

I fortsättningen av artikeln redovisas hur verksamhetsplanering enligt denna modell praktiskt tillämpats i Sjöbo primärvårdsområde under utarbetande av flerårsplan 1984-88 och driftplan 1984.

Hur vi planerade tidigare

En första verksamhetsbeskrivning tillkom i oktober 1980. Den bildade underlag för driftplanerna 1980-83. Planerna utarbetades av några få personer i primärvårdsledningen. Personalen hölls informerad om planerade verksamhetsförändringar men deltog inte i planeringsprocessen. Detta ledde till skillnader mellan ledningens och personalens kunskap och beredskap inför förändringar.

Det ledde också till avvaktan och misstänksamhet från personalen när förändringar diskuterades eftersom man inte kände att man kunde påverka utvecklingen. Man var också rädd att ta egna initiativ eftersom man var

oklar över organisationens mål och egna befogenheter. Därtill var man osäker på sin ställning i organisationen eftersom man saknade överblick över denna. Sammanlagt ledde allt detta till en rädsla för förändringar – man slog vakt om sin egen roll.

För att försöka engagera all personal i förändringsarbetet ordnades hösten 1981 tre seminarier som behandlade primärvårdens målsättning, pågående verksamhet, och kommande utveckling. Seminarierna avslutades med en diskussion om verksamhetens inriktning tillsammans med företrädare för kommunen, direktionen och landstingets centralförvaltning. Detta ledde i viss grad till ökad kunskap inom primärvårdsområdet, men upplevdes för abstrakt och ledde inte till några verkliga förändringar eftersom processen inte var direkt kopplad till verksamhetsplaneringen.

Ett nytt sätt att arbeta

Denna koppling blev däremot naturlig genom KULO-projektet. Ett led i arbetet blev den utvärdering av de områdesbaserade vårdlagen som tidigare beskrivits i Läkartidningen (1). Under utvärderingen diskuterades ånyo ingående mål och uppgifter. Som underlag användes både HSL och landstingets planer. Vårdlagen gavs i uppgift att under våren 1983 avsätta tid för intern diskussion om verksamhetens inriktning och att utarbeta förslag till förändringar. Ett delmål var att stärka vårdlagens roll som självständiga arbetslag.

Samtidigt pågick bearbetningen av en enkät utsänd till ett representativt urval av befolkningen i Sjöbo kommun med syfte att få uppgifter om vad som var bra och dåligt i primärvården och att registrera önskemål om framtida förändringar (5). I samband med att enkäten bearbetades gavs vårdlagen tillfälle att själva arbeta med enkät-materialet från sitt område. På så vis fick vårdlagen en direkt återföring från sin befolkning.

Under våren 1983 fick samtliga enheter inom primärvårdsområdet formella anvisningar inför arbetet med 1984 års driftplan. I slutet av maj hölls ett seminarium för all personal med förnyad genomgång av planeringsunderlaget. I början av juni genomgicks med varje enhet deras förslag till verksamhetsplan och driftplan.

Nu fick ledningen, på ett helt annat sätt än tidigare, direktkontakt med samtlig personal och möjlighet att föra en dialog om verksamheten. Mängder med konkreta förslag på förändringar kom fram. Ofta var dock dessa förändringar kopplade till önskemål om ökade resurser (1).

Exempelvis var man angelägen om att öka tillgängligheten inom primärvården. Detta ville man lösa genom flera akuttider per vårdlag och genom att införa kvällsmottagning. Vidare önskade man att ha läkare i beredskap

övriga tider på dygnet. Man önskade också att utöka tiden för akuta hembesök av läkare. Genom att förstärka resurserna för sjukvård i hemmet ville man förbättra situationen för långvarigt sjuka.

Samverkan med länssjukvården

Samtidigt som arbetet inom primärvårdsområdet bedrevs hade ledningen täta kontakter med företrädare för medicin- och kirurgklinikerna på lasarettet i Ystad. Inom ramen för KULO-projektet analyserades data om verksamheten, vilket gav värdefulla kunskaper. Data som beskrev var Sjöboborna sökte vård ledde till diskussion om ansvarsfördelning mellan primärvården i Sjöbo och lasarettet i Ystad och Lund. Ur dessa möten växte det fram förslag om ett samrådsorgan som kunde fortsätta även efter att KULO-projektet avslutats. Därför bildades YSAK (Ystads SAKkunniga) bestående av företrädare för samtliga primärvårdsområden, klinikledningarna från lasarettet i Ystad och sjukhusdirektören. YSAK:s uppgift är att fungera som ett rådgivande organ till direktion och distriktsledning och att ansvara för helhetsbilden av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom distriktet (6).

Inom YSAK har hittills behandlats de avsnitt i driftplanerna som kräver utökad samverkan mellan enheterna. Exempel på sådana frågor är omfattningen av den öppna vården på kirurgkliniken, medicinkliniken och i primärvårdsområdena. En annan fråga är utveckling av konsultverksamheten mellan enheterna. Arbetet i YSAK har bland annat lett till konkret vårdnivådiskussion mellan överläkarna på medicinkliniken och läkarna verksamma inom primärvården i Sjöbo. Målet med dessa möten är att komma överens om en arbetsfördelning mellan medicinkliniken på lasarettet i Ystad och Sjöbo primärvårdsområde. Motsvarande vårdnivådiskussioner har också inletts med kirurgkliniken.

Driftplanens sammanställning och ledningens roll

Ledningen sammanställde och strukturerade materialet enligt den modell som beskrivits ovan. Förslaget har sedan vid flera tillfällen diskuterats i basrådet för Sjöbo primärvårdsområde. Basrådet består av primärvårdsadministratören, distriktsöverläkaren och arbetsledarna för de olika enheterna inom primärvården samt fackliga företrädare. I detta slutskede koncentrerades arbetet på prioriteringsfrågor. Planen överlämnades i början av oktober till direktionen för sjukvårdsdistriktet.

Förutsättningen för att denna planeringsprocess skall kunna genomföras och leda till ett konstruktivt resultat är ledningens engagemang och ansvar. I inledningsskedet måste ledningen klargöra de övergripande målen samt sammanställa relevant material för

analys av pågående verksamhet. Sedan måste ledningen diskutera planeringsunderlaget med varje enhet. Det är viktigt att ledningen under hela processen är lyhörd för personalens synpunkter och förslag och stimulerar till fortsatt diskussion inom och mellan enheterna. Ledningen måste se till att varje enhet får tid avsatt för planering och stötta dem i deras arbete, men samtidigt undvika detaljstyrning.

I ledningens ansvar ingår vidare att se till att processen resulterar i konkreta förslag. Därefter är det ledningens uppgift att sammanställa och strukturera förslagen inför prioriteringsdiskussioner och behandling av eventuella målkonflikter. Slutligen åligger det ledningen att genomföra diskussioner med sjukhuskliniker och andra vårdgivare.

Fortsatt arbete i Sjöbo

Verksamhetsplanen för 1984 var den första ordentligt genomarbetade planen för primärvården i Sjöbo. Det var också den första verksamhetsbeskrivning som tagits fram i nära samarbete med berörda personalgrupper och arbetsenheter. Eftersom det var första gången processen genomfördes fick emellertid enheterna utarbeta sina driftplaner utan direkt samband med övriga enheter och utan stöd av en fullständig bild över primärvården i Sjöbo. Inför arbetet med 1985 års verksamhetsplan är förutsättningarna betydligt bättre. Nu har all personal redan deltagit i processen en gång. Vidare kommer den första verksamhetsplanen att ge den överblick och det sammanhang som krävs för att respektive enhet skall ha möjlighet att diskutera sin egen verksamhet i förhållande till övriga delar av primärvårdsområdet och sjukvårdsdistriktet.

De bättre förutsättningarna kommer att underlätta arbetet med 1985 års verksamhetsplan. Mindre kraft behöver läggas ned på att förklara och få accepterat arbetets syfte. Arbetet med att strukturera materialet till en logisk helhet kommer att ta mindre tid eftersom stommen redan finns. I år kommer vi istället att lägga större tonvikt på en fördjupad analys och diskussion av materialets innehåll och de konsekvenser olika förslag får. Sett i detta sammanhang är det inte resultatet som sådant, det vill säga det renskrivna av direktionen antagna plandokumentet, som är viktigast, utan den process inom primärvårdsområdet som leder fram till resultatet.

En viktig del i det kommande planeringsarbetet blir med nödvändighet att föreslå verksamhetsförändringar inom ramen för i stort sett oförändrade resurser. Detta innebär inte att utveckling omöjliggörs utan vi kommer istället att använda befintliga resurser på delvis nya sätt. En genomtänkt verksamhetsplan som tagits fram av berörd personal i samråd med ledningen tror vi är en av de viktigaste förutsättningar

Mercks salva Unguentum Merck

Skyddar och är mjukgörande

Unguentum Merck behandlar torr och känslig hud. Är en unik vehikel som genom sin sammansättning förenar krämens och salvans egenskaper. Genom sin konstruktion kan Unguentum Merck appliceras på såväl vätskande som torra hudförändringar.

Mjukgörande, gör huden elastisk

Hindrar sprickbildning och uttorkning. Unguentum Merck tränger in i huden, vilket ger en salvas skyddande och uppmjukande effekt utan att ge en känsla av kladdighet.

Skyddar huden

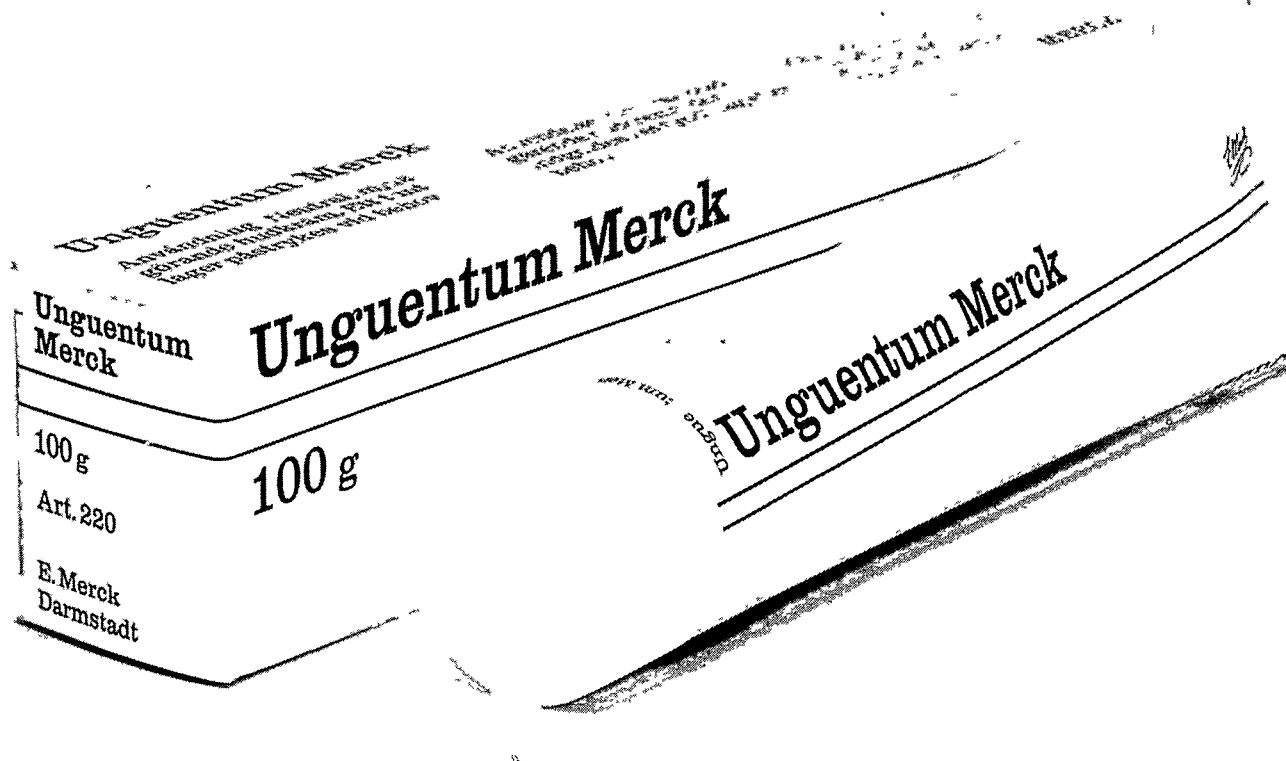
Unguentum Merck innehåller 60 % fett, vilket absorberas och skyddar huden mot vatten och rengöringsmedel.

*Blandbar med ett 30-tal olika substanser.
Rekvirera blandbarhetstabell.*

*Fri från konserveringsmedel.
Oparfymrad.*

MERCK

Sturegatan 8, 114 35 Stockholm. Tel. 2021 22



Distriktsläkarens mottagningsarbete – inte bara patientbesök

BO RYLANDER · LARS BERG

Distriktsläkarens arbetsuppgifter utgörs inte bara av mottagningsarbete. Mottagningsarbete består inte enbart av patientbesök. Vid en tvåveckors registrering av patient-läkarkontakter vid vårdcentralen i Tibro var antalet besök (= direkta kontakter) vid allmänläkarmottagningen 465 st medan antalet indirekta kontakter var 649. Åtgärderna vid 101 st av dessa indirekta kontakter, var av en sådan omfattning och med ett sådant innehåll att kontakten kan jämföras med ett patientbesök. Studien utgör ett projektarbete av en FV-läkare i allmän medicin vid vårdcentralen i Tibro.

arna för att ett sådant arbete skall lyckas.

Litteratur:

1. Hultberg B, Ottosson I, Westerstad J-A. Tre års erfarenheter av vårdlag i Sjöbo. Läkartidningen 1984;9: 738-740.
2. Pikwer P, Cudzo M, Hultberg B. Nya vårdformer i Sjöbo skapade ökad trygghet hos patienterna. Läkartidningen 1984; 15: 1499-1500.
3. Spri. Förslag till innehåll i en verksamhets- och resursplan för ett primärvårdsområde. Stockholm: Spri, 1984 (under publ).
4. Spri. Primärvårdens organisation. Stockholm: Spri, 1983. (Spri rapport 147).
5. Hultberg B, Åhgren B. Sjöbo-enkäten. Sjöbo: Malmöhus läns landsting, 1983.
6. Spri. Bättre organisation för samverkan i ett sjukvårdsdistrikt – ett fältsarbete i Ystads sjukvårdsdistrikt. Stockholm: Spri, 1984 (under publ).

Abstract

A new model for planning of activities in a Primary Health Care District has been tested with good result in Sjöbo. The model originating from Spri gives a total description of both ongoing and planned activities. The planning process which actively involves all staff in the district becomes an effective tool for development. Collaboration with hospitals is also made easier.

Författarpresentation:

Svetlana Broman, utredare, Spri, Box 27310, 10254 Stockholm.

Bobby Hultberg, distriktsöverläkare, Sjöbo primärvårdsdistrikt, vårdcentralen, Björkvägen 3, 27500 Sjöbo.

Janerik Majewski, primärvårdsadministratör, Sjöbo primärvårdsdistrikt, vårdcentralen, Björkvägen 3, 27500 Sjöbo.

Nyckelord: Distriktsläkarens arbetsuppgifter, mottagningsarbete, registrering av kontakter, åtgärdsregistrering.

Bakgrund

Mottagningsarbetet på vårdcentralerna har förändrats under det senaste årtiondet. Sköterskebaserad patientrådgivning med tidbokning medför en aktiv styrning av akuta och tidsbeställda besök för att vårdcentralen skall kunna tillgodose befolkningens behov av vård på rätt nivå inom rätt tid. Diabetes- och hypertoni-patienter sköts i ökad utsträckning av sjuksköterskor. Undersköterskor deltar tillsammans med hemsamariter i omvårdnaden i hemmen.

Distriktsläkaren har flera indirekta kontakter angående patienter idag än tidigare. Funktionen tenderar många gånger mera att likna konsultens eller rådgivarens. Läkaren avlastas besök men drabbas kanske i gengäld av fler "störningar" på grund av förfrågningar angående patienter från medpersonalen.

Eftersom vårt intryck var att antalet störningar i mottagningsarbetet för distriktsläkaren successivt tilltagit ville vi närmare studera mängden kontakter, innehållet i dessa och om man "spårade" besök genom dessa kontakter.

Det finns idag en tendens att tillföra primärvården allt fler arbetsuppgifter. Arbetsituationen för distriktsläkaren kan bli allt mer splittrad och i förlängningen ge ineffektivitet. Det är därför väsentligt att närmare studera olika delar i distriktsläkarens arbete.

Distriktsläkarens arbetsuppgifter har också i olika sammanhang diskuterats. Distriktsläkarförbundets bemaningsprogram för vårdcentraler våren 1983 och de regionala överläggningarna mellan läkarförbundet och huvudmännen angående totalbemannning på vårdcentraler och sjukhus är exempel på detta. I ett bidrag till en vårdplaneringsmodell beskrevs distriktsläkarens arbetsuppgifter och planerad tidsåtgång för vårdcentralen i Tibro i ett framtidsperspektiv (1).

Den föreliggande undersökningen kan sägas vara en fördjupad studie av en del av distriktsläkarens arbetsuppgifter.

Syfte

Att studera patient-läkarkontakter vid en allmänläkarmottagning.

Definitioner

Patient-läkarkontakterna indelas i enlighet med An International Glossary for Primary Care (2) i följande grupper:

1. Direkt kontakt – patienten och läkaren möts ansikte-mot-ansikte, det vill säga ett besök.

- a) besök på mottagningen
- b) hembesök

2. Indirekt kontakt – ingen fysisk kontakt eller möte ansikte-mot-ansikte mellan patienten och läkaren. Subindelning kan ske beroende på kommunikationssätt, exempelvis genom telefonkontakter, brevvkontakter, meddelanden, epikriser, laboratorieresvar, tredje part och så vidare.

För att kunna belysa innehåll, omfattning och vårdplaneringsaspekter för de indirekta kontakterna har vi i undersökningen gjort tre egna subindelningar på följande sätt:

A. Innehåll:

Denna indelning bygger delvis på "An International Glossary for Primary Care" ovan. Den exakta indelningen framgår av tabell III! Den är en kombination av kommunikationssätt, innehåll och åtgärder för de indirekta kontakterna.

B. Omfattning:

a) Motsvarande ett besök – en skattning av innehåll, åtgärder, omfattning och tidsåtgång för den indirekta kontakten. Ett läkarbesök bedömdes nödvändigt om denna kontakt inte hade ägt rum.

b) Mindre än ett besök – den indirekta kontakten är av mindre omfattning än vad som krävs för a) ovan.

C. Vårdplanering:

För ej tidsplanerade indirekta kontakter:

a) bufferttid (denna tid används också delvis för att utjämna tidsöverdrag vid besök)

För tidsplanerade indirekta kontakter:

- b) telefontid
- c) uppföljningstid
- d) tid för samarbete

Vårdplaneringstermerna för både direkta och indirekta kontakter beskrivs mera ingående nedan.

Beskrivning av vårdplaneringstermer Patientmottagningstid:

Planerad tidsåtgång för patientbesök till läkare enligt modifierad Lerums-

modell, med minsta modul 10 minuter, normalt 20 minuter, 30–40 minuter för patienter med flera, komplicerade eller sammansatta problem eller en del äldre patienter, 60 minuter vid exempelvis en del hembesök.

Bufferttid:

Tider som sprängs in i mottagnings-schemat för följande ändamål: icke föranmälda jourbesök, extratid för AT/FV/vikarierande läkare för att hinna med patienter och fråga ordinarie läkare, tid för ordinarie läkare att besvara frågor från icke ordinarie läkare, tid för "störningar" från mottagningspersonal eller andra instanser gällande patienter, lagstadgade raster samt tidsmarginal för att avsluta arbetet för dagen.

Telefontid:

Tid för telefonkontakter med patienter samt för inringning av telefonrecept. Patienten rings i regel upp av läkaren.

Uppföljningstid:

Avsatt tid för granskning av provsvar, remissvar, genomgång av journalanteckningar, intygsutfärdande.

Tid för samarbete:

Tid för formaliserade sammankomster med försäkringskassan, socialförvaltning, vårdplaneringsgrupp och eventuellt övriga instanser.

Material och metoder

Studien utfördes på allmänläkarmottagningen vid vårdcentralen i Tibro under tiden 16–27 maj 1983 (vecka 20–21), det vill säga under 9 arbetsdagar. Tibro primärvårdsområde omfattar 11200 invånare. Sex ordinarie di-

striktläkartjänster finns inrättade vid vårdcentralen. Vid tiden för studien tjänstgjorde 2 ordinarie distriktsläkare, 3 AT/FV-läkare samt en vikarierande läkare.

Vid tjänstgöringen på mottagningen registrerades via R/P-blankett samtliga patient-läkarkontakter. R/P-blanketten förbereddes av patientmottagare eller sekreterare så att patientdata och

eventuella övriga data inte enbart var ifyllda vid besök och telefonkontakter utan även när provsvar, remissvar eller epikriser erhöles. Vårdpersonal som kom med förfrågningar angående patienter medförde R/P-blankett med patientdata ifyllda.

På R/P-blanketten noterade läkarna i löpande text vilken eller vilka typer av åtgärder som vidtogs vid patientkontakterna. Omfattningen och innehållet vid indirekta kontakter har bedömts och skattats av en och samma läkare enligt den tidigare beskrivna definitionen. Vid tveksamheter har diskussion skett med ytterligare en läkare.

Ur tjänstgöringsschemat kunde tillgänglig läkararbetstid för olika arbetsuppgifter framräknas.

Resultat

Totalt registrerades under tvåveckorsperioden 1114 kontakter.

Tabell I.

Läkarbesök (direkta patient-läkarkontakter) vid allmänläkarmottagningen vårdcentralen i Tibro vecka 20–21 1983 (9 arbetsdagar).

Typ av besök	Antal
Besök på mottagning varav på distriktssköterske- mottagningen 27	463
Besök i hemmet	2
TOTALT	465

Tabell II.

Indirekta patient-läkarkontakter*) vid allmänläkarmottagningen vårdcentralen i Tibro vecka 20–21 1983 (9 arbetsdagar).

Kontakttyp	Bufferttid	Telefontid	Uppföljning
Indirekta kontakter motsvarande besök	undersökning sköterska	telefon- samtal	intyg journal
Indirekta kontakter mindre än besök	konsultation kollega	telefon- samtal	åtgärd
	diskussion sköterska	recept	diktat
	recept via personal	(telefon)	genom- läsning
Totala antalet in- direkta kontakter	649	98	175
			376

*) Närmare beskrivning av innehållet i de indirekta kontakterna finns i tabell III!

Tabell III.

Beskrivning av innehållet i patient-läkarkontakterna i tabell II.

BUFFERTTID:

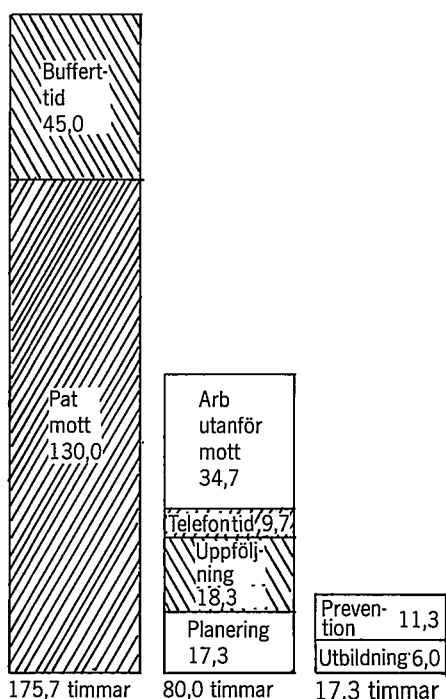
Undersökning sköterska	Patient bedömd på RP-blankett efter provtagning och bedömning av sköterska.
Konsultation kollega	Diskussion med kollega i patientärende.
Diskussion sköterska	Diskussion med sköterska, kurator, sekreterare i patientärende.
Recept via personal	Utfärdande av recept som hämtas eller skickas per brev – vid behovsmedicinering eller kronisk medicinering som itereras.

TELEFONTID:

Telefonsamtal	Telefonsamtal med patienter för exempelvis meddelande om provsvar som föranleder ny eller ändrad behandling eller utredningsgång, för rådgivning, förlängning av sjukintyg.
Telefonsamtal	Telefonsamtal (<5 min) till exempel meddelande om provsvar, bedömning om patienten behöver läkartid.
Recept	Telefonrecept – vid behovsmedicinering eller kronisk medicinering enligt medicinlista.
(Telefon)	Telefonsamtal där patienten ej är anträffbar.

UPPFÖLJNING:

Intyg	Utfärdande av intyg, till exempel läkarintyg om hälsotillstånd, eftervård, arbetsskada, förlängning av sjukintyg (efter annan kontakt än per telefon).
Journal	Omfattande journalgenomgång eller bedömning.
Åtgärd	Svar som föranleder någon åtgärd, till exempel remiss, ny tid, utvidgad provtagning, medicinändring.
Diktat	Diktat och eventuellt brev till patienten med anledning av inkommande provsvar, epikriser, remissvar.
Genomläsning	Genomläsning och eventuell signering av inkommande provsvar, epikriser, remissvar eller utgående brev.



Figur 1. Distriktsläkarnas arbetsuppgifter vid allmänläkarmottagningen vårdcentralen i Tibro vecka 20–21 (9 arbetsdagar) uttryckt i timmar. Tillgänglig arbetstid 273 timmar, sedan ledighet 16 timmar, frånvaro på grund av kongress 56 timmar och sjukdom 8 timmar fråndragits.

Antalet besök var 465 st. Fördelningen i undergrupper framgår av tabell I.

Indirekta kontakter framgår av tabell II. Tabellen är konstruerad så att subindelningen i vårdplanering, omfattning och innehåll framställs i enbart en tabell. Av utrymmesskäl ges därför en närmare beskrivning av innehållet och åtgärderna separat i tabell III.

Någon schemalagd tid för samarbete fanns inte under tvåveckorsperioden, varför denna kolumn inte är medtagen i tabell II.

Av totalt 649 indirekta kontakter var 101 st av en sådan omfattning att de motsvarade besök. Huvuddelen av dessa kontakter var planerade och utgjordes främst av telefonsamtal samt utfärdande av olika intyg.

Indirekta kontakter av mindre omfattning än patientbesök utgjorde 548 st. Uppföljningskontakterna dominerade till antalet, men bestod oftast av åtgärder av mindre karaktär. De mera omfattande åtgärderna var oftast oplanerade och bestod i konsultation av kollega eller diskussion med sköterska eller annan vårdpersonal angående patienter.

Arbetsuppgifter och planerad tidsåtgång framgår av figur 1. Denna är enligt "Tibro-modellen" (1) uppbyggd i tre staplar med den principiella uppdelningen med behandlande insatser till vänster och preventiva insatser till höger. Tiden redovisas i figur 1 dock i timmar istället för 20-minutersmoduler och tidsperioden omfattar 2 veckor (9 arbetsdagar) istället för en vecka.

Av total läkartid på 353 timmar avgår 16 timmar för planerad ledighet, 56 timmar i frånvaro för kongressdeltagande samt 8 timmar för sjukdom, var efter 273 timmar kvarstår som tillgänglig läkartid.

Totalt disponibel tid på mottagningen för besök och indirekta kontakter (skuggad i figur 1) under 2-veckorsperioden blir 203 timmar, det vill säga 74 procent av tillgänglig läkartid.

Diskussion

Studien visar att antalet indirekta kontakter vid en allmänläkarmottagning överstiger antalet besök. Många indirekta kontakter är av mindre karaktär men det är ändå väsentliga beslut, åtgärder och ställningstaganden som sker.

Vid en undersökning i Umeå (3) fann man att för 1 000 besök gjordes ytterligare 400 st indirekta kontakter med en sådan omfattning att de motsvarade besök. Omräknas vår undersökning på liknande sätt finner man att för 1 000 besök görs ytterligare 217 indirekta kontakter motsvarande besök. Skillnaden förklaras sannolikt till stor del av att våra kriterier för att en indirekt kontakt skall motsvara patientbesök har varit betydligt högre ställda.

Det kan vara riskabelt att göra en extrapolering av en 2-veckorsstudie till ett år, men vi gör ändå en omräkning för att ge en grov uppfattning om stor-

leksordningen. Man finner för en vårdcentral med ett upptagningsområde på drygt 11 000 invånare att:

- antalet läkarbesök är cirka 13 500 per år;
- indirekta patient-läkarkontakter är cirka 19 000 per år, varav cirka 4 000 per år har en sådan omfattning och innehåll att kontakten motsvaras av ett besök.

Undersökningen visar att användningen av läkarbesök som underlag för ersättning från försäkringskassan och som ett mått på produktionen vid en vårdcentral är otidsenligt. Beskrivningen av samtliga patient-läkarkontakter vid en allmänläkarmottagning utgör ett bättre mått på verksamheten.

I vilken utsträckning kan man då planera indirekta kontakter och därmed minska störningarna i mottagningsarbetet för den enskilde distriktsläkaren?

De kontakter som är planeringsbara, det vill säga telefonkontakter, uppföljningsarbete och samarbete, utgjorde i vår studie 85 procent av alla indirekta kontakter. De icke planerbara kontakterna sker ofta mellan besök och för dessa bör bufferttider placeras in i schemat. Storleken av denna buffert bör variera beroende på bland annat antalet tjänstgörande läkare, andelen AT/VF och vikarier i tjänst och beroende på vilket skede i tjänstgöringen dessa befinner sig i.

I distriktsläkarföreningens bemanningsprogram (4) används begreppet "bufferttid" (intyg, laboratoriedata, telefontid med flera uppgifter av basarbetstidskaraktär), vilket i vår studie närmast motsvarar den tid som bör sättas av för indirekta kontakter. I programmet anges 1,5 timmar per dag och doktor som en rimlig tid att avsätta.

Hur stämmer detta med förhållandena i Tibro för de två undersökningsveckorna?

För telefontid och uppföljningstid var 0,8 timmar per dag och doktor avsatt och för icke planerade kontakter i bufferttid 1,3 timmar per dag och doktor, det vill säga totalt 2,1 timmar.

Orsaken till att bufferttiden var så väl tilltagen var att den genomsnittliga schemalagda tiden per patient och besök under de två undersökningsveckorna var alldeles för kort, endast 16,8 minuter per patient. Många av besöken gällde återbesök, ofta äldre patienter. Andelen AT/FV-läkare och vikarier var hög i förhållande till antalet ordinarie läkare. Detta gjorde att bufferttiden företrädesvis fick användas för att klara patientbesöken. Idag är den schemalagda tiden per patient längre och följaktligen behovet av bufferttid mindre.

Ett problem vid diskussioner om bemanningsfrågor är att en gemensam terminologi för arbetsuppgifterna saknas. Enligt vår mening kan de indirekta kontakterna med fördel indelas mer än vad som är fallet i distriktsläkarföreningens bemanningsprogram.

Slutsatser

1. Registrering av enbart besök beskriver verksamheten otillräckligt. En registrering av samtliga patient-läkarkontakter återspeglar verkligheten bättre.
2. De flesta indirekta kontakter är planerbara och kan schemaläggas för att minska störningarna för distriktsläkaren i mottagningsarbetet.
3. En gemensam terminologi behövs för att kunna jämföra och beskriva kontakter både vad beträffar omfattning, innehåll, åtgärder och vårdplanering.

Litteraturreferenser:

1. Berg L, Haglund B. Distriktsläkarens arbetsuppgifter - ett bidrag till en modell för rationell vårdplanering. SFAM-nytt nr 3 1982.
2. Bentsen, Bent Guttorm. An International Glossary for Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care Nr 1 1983.
3. Söderström U, Westerlund U, Westerlund-Sandberg S, Singmark C-O. Omvärdering av arbetsuppgifter ger högre effektivitet på vårdcentral. Läkartidningen nr 35 1980.
4. Svenska Distriktsläkarföreningen. Bemanningsplanering. Januari 1983. Stencil.

Författarpresentation:

Bo Rylander, FV-läkare i allmän medicin vid vårdcentralen i Tibro.*

Lars Berg, distriktsläkare vid vårdcentralen i Tibro.

*Postadress: Box 275, 543 01 Tibro
Telefon 0504-140 00

Jämförelse

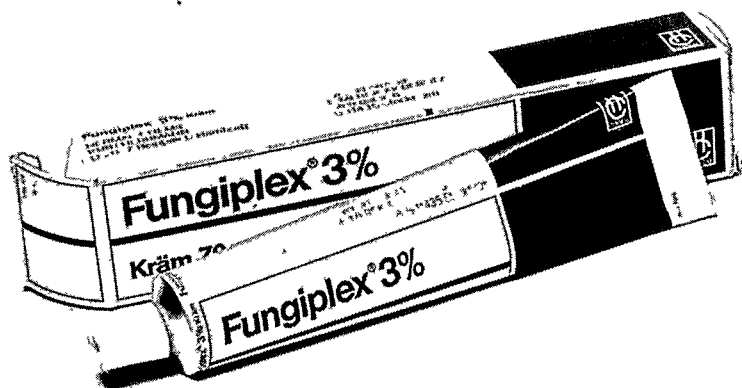
av Fungiplex — kräm
och ett Imidazolpreparats (Canesten — kräm)
effekt vid behandling
av dermatomykoser.

Dubbel blind studie, där 30 slumpvis utvalda patienter med dermatomykos behandlades 2 ggr dagligen under 4 veckor.

Den kliniska effekten hos de 15 Fungiplexbehandlade och hos de 15 Canestenbehandlade patienterna registrerades med hjälp av direktprov och svampodling.

Fungiplex ger en torr behandling.

Är oparfymrerad och fri från gifter.



Priser* och förpackningar

Cr. Fungiplex	30 g	31:50	1:01 kr/g
Cr. Canesten	20 g	33:30	1:67 kr/g 59 % dyrare
Cr. Fungiplex	70 g	56:50	0:81 kr/g
**Cr. Canesten	50 g	62:90	1:26 kr/g 55 % dyrare
* Sept 1983			
** Receptbelagd			

MERCK

Sturegatan 8, 114 35 Stockholm. Tel. 20 21 22

Effekten av behandling av dermatomykoser med Fungiplex och Canesten under 2 respektive 4 v. Siffror för 2 veckor inom parentes.

	Fungiplex	Canesten
Klinisk läkning	10 (6)	11 (6)
Mycket förbättrad	2 (6)	2 (6)
Lätt förbättrad	2 (2)	(1)
Ingen effekt eller försämring	1 (1)	2 (2)
	15 (15)	15 (15)

Ingå biverkningar noterades. De kosmetiska egenskaperna hos de bägge preparaten bedömdes som goda i samtliga fall.

Konklusionen blir vid denna mindre studie att effektmässigt ingen skillnad mellan de bägge preparaten kunde noteras.

Fungiplex Hermal-Chemie

Salva 3 %, kräm 3 %

Antidermatomykotikum

Grupp 16D 1017

Deklaration. 1 g salva innehåller: Sulbentin. 30 mg, macrogol. 200, "Eutanol G", isopropyl. myrist., monostearin., glyceryl. distear., cetylän., lauro-macrogol. et acetone. q. s. aq. purif. ad 1 g.

1 g kräm innehåller: Sulbentin. 30 mg, macrogol. 200, "Carbopol 934", lauro-macrogol, acetone. et natr. hydroxid q. s. aq. purif. ad 1 g.

Egenskaper. Verksam substans är sulbentin (3,5-dibenzyltetrahydro-1,3,5-thiadiazin-2), som har ett brett antimikrobiellt spektrum. Vid behandling av svampbetingade hudaffektioner bör FUNGIPLEX kräm användas på hudtor som är fuktiga eller våtskande, medan FUNGIPLEX salva bäst lämpar sig för torra hudförändringar.

Se även FUNGIPLEX MED PREDNISOLON.

Indikationer. Hudmykoser av olika art och lokalisering, tex tinea, pityriasis versicolor, erythrasma, otomykoser, ytliga candida mykoser.

Användning

Efter grundlig rengöring av de angripna hudområdena påföres FUNGIPLEX morgon och kväll. Effekt av behandlingen erhålles i allmänhet inom några dagar till ett par veckor, men patienten bör tillrådas fortsätta terapin ca 3 veckor efter det symptomen försvunnit för att undvika reinfektion.

SAMVERKAN PRIMÄRVÅRD – SLUTENVÅRD

Läkararbetstid i primärvård och besök i öppen vård

THOR LITHMAN

Samverkan och samarbete mellan primärvård och lasarettsvård kan bäst utvecklas om man öppet redovisar och analyserar alla de data som kan belysa förändringar i vårdkonsumtion och så småningom, kanske också i befolkningens hälsoläge. Här görs därför ett försök att något utveckla metoder för att mäta vårdkonsumtion i relation till förändringar i insatt läkararbetstid. Eftersom förändringar i befolkningsstrukturen också påverkar vårdkonsumtionen visas också på en metod att hålla dessa under kontroll.

Nyckelord: Samverkan, primärvård – slutenvård, vårdutnyttjande, läkararbetstid.

Introduktion

Syftet med denna rapport är att analysera data som belyser om ökade resurser i primärvården leder till att vårdkonsumtionen minskar vid lasaretten. De mått som används är besök i öppen vård och läkararbetstid i öppen vård.

I Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsplan är sagt att ett förbättrat omhändertagande bör prioriteras före ett ökat antal besök. Vissa data tyder på att detta nu sker. Antalet besök ökar inte längre utan tenderar att minska trots befolkningsökning och en högre andel äldre personer.

Antalet läkartimmar ökar också procentuellt mer i primärvård än vid lasarett. Läkararbetstiden i öppen vård ökar dock mer vid lasaretten än i primärvården. Det är en följd av att läkare vid lasarett förskjuter sin arbetstid från slutet till öppen vård. Sammantaget ger detta uttryck för dels satsningen på öppen vård i stället för slutenvård, dels satsningen på primärvård. Samspelet är komplicerat och för att avläsa effekterna behövs ingående undersökningar, där man också tar hänsyn till vårdproblemens art, till exempel genom att registrera diagnos.

I denna undersökning har endast grova jämförelser kunnat göras. Man finner dock att ökningen av arbetstid i primärvård tycks leda till att antalet besök hos specialister minskar. Relationstalet tycks ligga strax under 0,5,

Tabell I.

Antal besök per invånare vid lasarett/psykiatri samt primärvård 1979 efter ålder.

Summa	Lasarett/psykiatri	Primärvård
0-14	1,07	0,86
15-44	1,16	0,95
45-64	1,41	0,92
65-74	1,60	1,21
75-w	1,70	1,40
Summa	1,27	0,98

vilket betyder att en 50-procentig ökning av arbetstiden i primärvård kan leda till en 20-procentig minskning av antalet besök hos specialist.

Hypotes

Det finns olika mått som belyser vårdens omfattning. Antal besök är enklast att registrera och använda, men det har många svagheter. Arbetsinsats uttryckt i tid är ett annat mått som ofta bättre speglar resursinsatserna. I Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsplan har till exempel framhållits att ett förbättrat omhändertagande bör prioriteras före ett ökat antal besök. Under de senaste åren har detta givit utslag i ett minskat antal besök per läkartimme.

För primärvårdens del med dess ansvar för befolkningens hälsotillstånd bör denna princip ha störst genomslagskraft. Trots att resurserna ej är tillräckliga försöker man finna utrymme för att ta sig an de vård sökande så att man också beaktar andra faktorer i sjukdomsbilden än de rent medicinska.

I lasarettsvården, med dess krav på hög effektivitet, kan detta vara svårare. Resursinsatserna i tid räknat påverkas också av förändringar i vårdstrukturen. En överföring från slutet till öppen vård bör rimligen leda till att arbetstiden per besök ökar. Även andra faktorer såsom till exempel att besökens svårighetsgrad kan ha betydelse för hur lång tid man ägnar åt varje besök. För att renodla dessa samband krävs mycket ingående undersökningar.

Detta talar för att de lämpligaste måtten för att studera sambandet primärvård/lasarettsvård är arbetad tid i primärvården och antal besök i lasarettsvården. Eftersom såväl besök som

tid registreras mest ingående för läkare används läkartid och besök hos läkare som mått.

Som bakgrund till denna analys ges dock också relationen besök hos läkare i primärvård respektive vid lasarett. Vidare ställs läkararbetstiden i primärvård mot läkararbetstiden vid lasarett. För lasarettens del redovisas också hur arbetstiden fördelas mellan öppen och slutenvård.

Material

Besök i öppen vård räknas och sammanställs sedan 1972. Sammanställningarna avser respektive vårdenhet per månad och kalenderår.

För att se effekten av en utbyggd primärvård är uppgift om totala antalet besök dock icke tillfylles. Man måste också ha uppgift om besök av utomlänspatienter, eftersom ett förändrat antal utomlänspatienter kan dölja ett direkt samband mellan Malmöhus läns landstings befolknings besök i primärvård och deras besök vid lasarett. Det är också viktigt att dela upp besöken på olika geografiska befolkningsgrupper. Då kan en förändring av resurser i ett visst primärvårdsområde relateras till dess befolknings besök vid olika vårdenheter.

Dessa uppdelningar är möjliga sedan andra halvåret 1977, då samtliga läkarbesök i Malmöhus läns landsting började dataregistreras. Nyckeln till en viss befolkningsgrupp är patientens postnummertillhörighet.

Läkarnas arbetstid registreras från och med 1980 i Malmöhus läns landsting i ett datasystem för personalresursuppföljning. Det nya systemet bygger på lönerapporteringar. Ett sådant system har tidigare varit i bruk från 1974. Det har dock varit problem att beräkna arbetstiderna. Eftersom materialet är kört årsvis 1975-1978 med samma program bör dock förändringarna i redovisad arbetstid i hög grad spegla de faktiska förändringarna.

I systemet redovisas inte fördelning av arbetstid mellan till exempel öppen och slutenvård. I denna analys kan materialet därför endast användas för primärvården, där ju större delen av arbetstiden ägnas åt öppen vård. För lasarettsvården går materialet däremot inte att använda.

Uppgift om hur stor del av arbetsti-

den som ägnas åt arbete i öppen vård finns i de så kallade LATT-undersökningarna vecka 11 år 1977 och 1979 samt läkararbetstidsredovisningen vecka 39 år 1979. För såväl primärvård som lasaretsvård finns uppgifter över arbetad tid i öppen vård totalt för Malmöhus läns landsting för LATT-veckorna. För vecka 39 år 1979 finns också en uppdelning per kommun och sjukvårdsdistrikt.

Kontroll av materialets tillförlitlighet

Då lönestatistiken för primärvården jämförs med statistik från LATT-veckorna och vecka 39 befins antal läkartimmar vara något högre i lönestatistiken. LATT-veckorna har ju valts så att de ska infalla under en full arbetsvecka. Om faktisk arbetad tid LATT-veckan 1977 multipliceras med 52 blir summan 184 652 timmar. I lönestatistiken redovisas 231 208 timmar samma år. Denna skillnad beror huvudsakligen på att i lönestatistiken ingår all betald tid, alltså också betald ledig tid, medan övrig statistik baseras på arbetad tid.

Dessa skillnader betyder dock att läkararbetstiden enligt dessa olika källor måste analyseras var för sig. För att kunna räkna upp läkarnas arbetstid för 3 olika enveckorsperioder till längre tidsperioder och därefter ställa det mot antal besök under ifrågavarande perioder krävs att enveckorsperioderna icke avviker från de längre perioderna på olika sätt för olika perioder. Detta kan testas genom att från månadsstatistiken över antal besök jämföra mars månad med helår dels för 1977 och dels för 1979 (LATT-veckan ligger i mars månad).

För primärvården var andelen besök under mars 1977 1,09/12 och under mars 1979 1,04/12 av totala antalet besök respektive år. Siffrorna ligger nära varandra, dock med en viss sänkning 1979, vilket kan ge en smärre underskattning av den faktiska arbetstiden under 1979. Det bekräftas också av en jämförelse med arbetstiden vecka 39 år 1979. Ökningen av arbetstiden mellan LATT-veckorna 1977 och 1979 var 203 timmar. Den genomsnittliga ökningstakten var därmed 1,95 timmar per vecka. Från LATT-veckan 1979 till vecka 39 år 1979 ökade arbetstiden med 72 timmar vilket ger en genomsnittlig ökningstakt med 2,57 timmar per vecka. Denna skillnad tas hänsyn till i bearbetningen av materialet.

I primärvården minskade antalet besök mellan 1977 och 1979. Samtidigt ökade arbetstiden för öppen vård. Ett direkt samband ger alltså ökad tid per besök, vilket är helt i enlighet med målsättningen ovan. För att testa om så verkligen var fallet bör det ha skett en förskjutning i förhållandet nybesök/återbesök och akutbesök/planerade besök mot relativt fler nybesök och akutbesök. Andelen nybesök var 62,6 procent år 1977 och 62,5 procent år 1979 medan andelen akutbesök var

49,2 procent respektive 50,2 procent. Dessa förändringar bekräftar icke att ett minskat antal besök skulle bero på att man i ökad utsträckning klarade av patientens problem vid ett och samma besökstillfälle.

Analysmetod

Analysen avser hela Malmöhus läns landsting där uppgifter över läkararbetstid i primärvården baserat på data från LATT-veckorna och vecka 39 ställs mot antal besök i lasaretsvården. Eftersom antal besök med uppgift om patientens hemort finns tillgängligt först från andra halvåret 1977 jämförs detta tidsintervall med andra halvåret 1979. För att beräkna läkararbetstid under respektive period har de 3 veckor som finns redovisade lagts in i en tidsaxel. De 3 mätvärdena har därefter anpassats till en rät linje för hela perioden. Därmed kan arbetstiden för de 2 perioderna beräknas.

För att testa mätvärdenas avvikelser från regressionslinjen beräknas korrelationskoefficienten ($r = 0,9986$). Mätvärdena har därmed god överensstämmelse med regressionslinjen.

Förändringar dels i befolkningens storlek och dels dess fördelning efter ålder påverkar antalet besök. Under perioden 1977-12-31 - 1979-12-31 ökade befolkningen i Malmöhus läns landsting från 503 663 till 508 022 personer. Likaså förändrades fördelningen efter ålder mellan de två tidpunkterna. Genom att applicera talen för antalet besök per invånare 1979 på befolkningen 1977 kan beräknas vilken effekt befolkningsförändringarna teoretiskt borde ha haft på vårdkonsumtionen. I tabell 1 framgår antalet besök per invånare för inomlänspatienter 1979.

Vårdkonsumtionen vid lasarett/psykiatri borde på grund av befolkningsförändringarna öka med 0,97 procent. För primärvård var talet 1,08 procent. Ökningen gällde hela 1979 jämfört med hela 1977, men kan generaliseras till att gälla andra halvåret 1979 jämfört med andra halvåret 1977.

Genom att ställa dessa tal dels mot den faktiska förändringen av antalet besök vid lasarett/psykiatri för inomlänspatienter, dels mot förändringen av läkararbetstid i primärvården kan man konstruera storleken av dessa förändringar rensade från influens av befolkningsförändringar.

Resultat

Fördelningen av besök för patienter från Malmöhus läns landsting visar en smärre förskjutning mot högre andel besök i lasaretsvård mellan 1977 och 1979. Skillnaderna är emellertid obetydliga.

Av den totala läkararbetstiden i öppen vård i Malmöhus läns landsting svarade primärvården för 40,9 procent LATT-veckan 1977, 40,3 procent LATT-veckan 1979 och 39,6 procent vecka 39 år 1979.

Av den totala arbetstiden för öppen och slutna vård vid lasarett svarade öp-

pen vård för 29,5, 30,2 och 33,1 procent respektive LATT-vecka och vecka 39.

Enligt enveckorsregistreringarna kan arbetstiden i öppen vård för läkare i primärvården beräknas till 81 888 timmar andra halvåret 1977 och 87 427 timmar andra halvåret 1979. Det ger en ökning med 6,76 procent. Eftersom befolkningsförändringarna tog i anspråk 1,08 procent återstod i reell ökning för en oförändrad befolkning 5,68 procent.

Vid somatiska lasarett gjorde befolkningen i Malmöhus läns landsting 312 551 respektive 308 655 besök andra halvåret 1977 respektive 1979. Vid psykiatriska enheter gjordes 13 636 respektive 12 569 besök. Totalt gjordes 326 187 respektive 321 224 besök. Minskningen var 1,53 procent. Befolkningsförändringarna borde medfört en ökning med 0,97 procent. Den reella minskningen för en oförändrad befolkning var därför 2,50 procent.

Under förutsättning att befolkningen hålls konstant till såväl storlek som sammansättning efter ålder medförde en ökning av arbetstiden i primärvård med 5,68 procent en minskning av antalet besök vid lasarett/psykiatri med 2,50 procent under perioden. Det ger en faktor på 0,44 (2,50/5,68).

Diskussion

I en del diskussioner har förts fram att en utbyggd primärvård icke avlastar specialistvården utan kanske i stället medför ett högre tryck på specialistvården. Det skulle vara en följd av att man med flera patienter i primärvården också ökar remitteringen till specialistvården.

Denna studie bekräftar dock hypotesen att en utbyggd primärvård minskar antal besök vid lasarett eller att de åtminstone inte ökar. Det är dock möjligt att även andra faktorer som inte beaktas i denna studie kan förklara minskningen av lasaretsbesöken (1). Det vore av värde att testa sambandet med fler undersökningar och med andra tekniker, så att, om hypotesen stämmer, ökade resurser i primärvården kan påverka resurserna i lasaretsvården.

Författarpresentation:

Thor Lithman är doktor i medicinsk vetenskap och arbetar som epidemiolog vid Malmöhus läns landstings miljömedicinska funktion. Han är också knuten till centrum för samhällsmedicin i Dalby.

Adress:
Malmöhus läns landsting,
Miljömedicinska funktionen
Box 1
221 00 Lund

Referenser:

1. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in Swedish urban area. Stockholm: Imprimé, 1984.

FoU-utbildning för primärvården. Några erfarenheter från Stockholm

GUNNEL BOSTRÖM · BO HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

Behovet av utbildning inom forsknings- och utvecklingsarbete (FoU-arbete) inom primärvård är stort genom de krav som bland annat ställs i HS-90-utredningen. För närvarande pågår olika försök med att utforma utbildningsprogram i FoU-arbete i Sverige. Erfarenheterna från en 1-årig FoU-utbildning i Stockholm, som redovisas i artikeln, kan därför vara utgångspunkt för en diskussion.

Nyckelord: Efterutbildning, Forsknings- och utvecklingsarbete, primärvård, Stockholm.

Svensk primärvård genomgår för närvarande en snabb förändring. För att primärvårdsarbetet skall utvecklas i enlighet med sina mål krävs forsknings- och utvecklingsarbete (FoU-arbete). Samtidigt finns det begränsad erfarenhet av sådant arbete på bred front, då utvecklingsarbete i Sverige fram till de sista åren varit koncentrerat till några utvecklingsvårdcentraler (1). Det finns därför stort behov av utbildning i FoU-arbete för primärvårdspersonal. Syftet med denna artikel är att presentera innehållet samt diskutera några erfarenheter av en 1-årig utbildning i FoU-arbete för primärvårdspersonal som organiserats ifrån Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg.

Institutionen för Socialmedicin är för närvarande den enda primärvårdsinstitutionen vid Karolinska Institutet i Stockholmsområdet. Till institutionen har dessutom knutits två landstingsenheter, socialmedicinska enheten och hälsovårdsenheten. Dessa enheter har bland annat till uppgift att vara stöd för FoU-arbete i primärvården i Stockholmsområdet. Därför påbörjades under våren 1981 regelbundna seminarier i FoU-arbete. Vid dessa framkom ett behov av fördjupad kunskap när det gäller teori-metodik-frågor. Samtidigt växte också motsvarande behov fram utifrån handledarkurserna för distriktsläkare i Stockholmsregionen.

En enkät till samtliga vårdcentraler genomfördes under våren 1983 för att kartlägga utbildningsbehovet. Ett stort intresse både från distriktsläkare och

annan personal vid vårdcentraler förelåg. Inom ramen för seminarier i FoU-arbete arbetades därefter ett kursförslag fram.

Erfarenheter av liknande kurser fanns från Sverige dels i Örebro dels från Skaraborgs län. Vi fann också att liknande kurser genomförts både i Danmark och i Norge, men att den kurs som bedrivits vid Institut för Allmänmedicin i Oslo under ledning av Dag Brusgård var mest lämpad som förebild (2).

Dessa erfarenheter visade också att kurserna fungerade bäst om det fanns krav på deltagarna i kursen i form av egna projektidéer, som fungerade som "inträdesbiljetter" till kursen. Vidare

borde kurserna bestå av regelbundet återkommande hel- eller halvdagar så att kunskaperna under kursens gång på ett naturligt sätt "mognade".

Kursdeltagare

I den första kursen deltog 15 personer, hälften distriktsläkare och hälften sjuksköterskor. I figur 1 redovisas de projektidéer som kursdeltagarna i den första kursen har arbetat med. Några deltagare samarbetade runt en gemensam projektidé.

Projektet som utgjorde inträdesbiljetter hade i ett vetenskapsteoretiskt perspektiv till lika delar sprungit fram ur klinisk och samhällsorienterad praktik (3).

Figur 1.

Projektidéer som utgjorde "inträdesbiljetter" till kurs i forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården.

1. Trygghetslarm som en faktor av de insatser som skapar möjlighet för de äldre till ett längre hemmaboende.

Huvudmål: att studera effekterna av larm hos patient och personal i kvälls- och nattpatrullverksamheten i Skarpnäck.

2. Äldrehälsövård inom vårdlag Tureberg Västra.

Huvudmål: att utveckla förebyggande hälsovårdsrutiner för vissa grupper ålderspensionärer.

3. Effekten av diabetesbehandling vid vårdcentral.

Huvudmål: att studera effekterna av en systematiserad diabetesrådgivning och medikamentell behandling.

4. Nedre urinvägsinfektion hos vuxna kvinnor i primärvården. Rationell diagnostik och behandling.

Huvudmål: att studera diagnostik och behandling vid distal urinvägsinfektion hos vuxna kvinnor för att söka finna enkla och säkra rutiner.

5. Personer med yrsel i primärvård.

Huvudmål: att beskriva personer med yrsel som söker allmänläkare.

6. Första mötet på MVC.

Huvudmål: att förbättra första mötet på MVC för patienter och personal.

7. Personalmedverkan vid hälsoarbetet.

Huvudmål: att få en bredare personalmedverkan för att kunna utveckla hälsoarbetet.

8. Effekten av kostrådgivning till hypertoner.

Huvudmål: att studera effekten av distriktsköterskans kostrådgivning till hypertoner, som enligt läkare ej är i behov av akut medicinering.

9. Läkemedelskonsumtionen hos svenska och turkiska invandrabarn aktuella på BVC i Västra Flemingsberg.

Huvudmål: att beskriva aktuell läkemedelskonsumtion hos svenska och turkiska invandrabarn aktuella på BVC i Västra Flemingsberg samt eventuella skillnader mellan dessa grupper.

10. Hur fungerar det lokala samarbetet vårdcentral/apotek?

Huvudmål: att beskriva den patientrådgivning som sker vid vårdcentral/apotek och studera likheter och skillnader.

11. Olycksfall och förgiftningar som drabbar barn.

Huvudmål: att anpassa informationen angående barnolycksfall och förgiftningar till rätt åldersgrupper.

12. Uppsökande verksamhet bland äldre med speciell inriktning på olycksfallsförebyggande arbete inom Skarpnäck.

Huvudmål: att minska incidensen av olycksfall bland pensionärer i Skarpnäck.

Kursens utformning

Kursen som avslutades oktober 1984 har pågått under ett helt år. Den startade med 2 heldagar som till största delen upptogs av att formulera objekt (Vad är det jag till studera?), huvudmål och delmål.

Därefter har hel- eller halvdagsutbildning hållits en gång i månaden. Kursen har försökt besvara några kritiska frågor i forskningsprocessen.

1. Vilket är problemet (objektet) du vill studera? Vilken är målsättningen med din studie?

Mycken tid har ägnats åt att diskutera detta för att precisera målsättning och eventuellt också ställa upp hypoteser för studien. Grundtanken har varit att ett preciserat objektval och lika preciserad målsättning skall styra material- och metodval – ej tvärtom. Dessa moment samt bakgrundsbeskrivning har utgjort huvuduppgifterna i det "hemarbete" deltagarna genomfört under året och sedan redovisat skriftligt.

2. Hur vill du studera problemet?

Huvuddelen av kursen har ägnats åt att beskriva olika möjligheter att studera problem som beskrivits i målsättningen. Således har olika material och metodval belysts, så att en ökad kunskap om möjligheter skulle vidga deltagarnas perspektiv. Budskapet har varit: "Allt är tillåtet – allt är möjligt"

3. Vad fann du?

4. Vad betyder fynden?

Dessa frågeställningar har inte berörts annat än ytligt i slutet av kursen när diskussioner förts om hur man skriver sina resultat, sammanfattning, diskussion och referenser. Målsättningen med årskursen har varit att nå fram till en genomtänkt projektplan. Deltagarna har nu påbörjat sina empiriska delar, vilka kommer att följas upp i seminarieform och eventuellt i en fortsättningskurs.

Kursens program i dess helhet redovisas i figur 2.

Programmet som redovisas i figur 2 utgör det preliminära program som planerats för den kurs som genomförs 1984/85.

Programmet bygger på de erfarenheter som erhöles vid genomförandet av den första kursen.

Diskussion

För närvarande pågår olika försök med att utforma utbildningsprogram i FoU-arbete i Sverige. Stockholmserfarenheterna kan därför vara ett bidrag i detta arbete.

Den stora svårigheten i allt FoU-arbete är att beskriva målsättningen adekvat. Mycken tid har därför ägnats åt detta i samband med genomgången av kursdeltagarnas egna projekt. Steinar Westins bok "Forskning i almenpraxis" (4) har visat sig vara bra att använda framför allt i bristen av inhemskt material. På sikt måste emellertid sådant utvecklas. I den första kursen fanns avsnittet om vetenskaps-

Figur 2.

Program för forsknings- och utvecklingskurs i primärvården

Dag 1–3 (Internat 2 1/2 dagar)

DAG 1

Pass 1.

Introduktion. Vad är forskning? Vad är utvecklingsarbete? Vad är syftet med kursen?

Leif Svanström

Pass 2.

Resultat från inventeringen av primärvårdsforskning i Stockholm: Forskningsobjekt och målsättning samt metodik.

Gunnel Boström

Pass 3.

Erfarenheter från primärvårdsforskning (1) – en distrikts-sköterska som varit med och gjort en telefonrådgivningsstudie i Tumba.

Pass 4.

Förankringsarbete på vårdcentraler – problem och glädjeämnen.

Mall Kriisa
Britt-Gerd
Malmberg
Agneta Vigborg

Pass 5.

Erfarenheter från primärvårdsforskning (2). Problem i den personliga processen. Egna vedermödor.

Anna-Karin
Furhoff

Pass 6.

Gruppdiskussioner

DAG 2

Pass 1.

Forsknings- och utvecklingsprocessen

Bakgrundsbild. Hur utgår man från sin egen personliga kunskap och kombinerar den med litteraturgenomgång för att se vad den samlade vetenskapen står idag? Vad är forskningsobjekt? Diskussion utifrån deltagarnas PM om vad som är deras egentliga objekt. Uppställande av huvudmålsättning för verksamheten dvs att studera objektet samt hur huvudmålsättningen kan brytas ned i delmålsättningar.

Leif Svanström

Pass 2.

Gruppdiskussion

Pass 3.

Uppsummering av gruppdiskussionen

Leif Svanström

Pass 4.

Vetenskapsteori

Björn Söderfeldt

Pass 5.

Gruppdiskussioner

DAG 3

Pass 1.

Från idé till projekt. Presentation av Steinar Westins bok "Forskning i almenpraxis".

Finn Diderichsen

Pass 2.

Grupparbete. Presentation och diskussion av objekt, huvudmålsättning och delmålsättning.

Pass 3.

Uppsummering av grupparbete. Utvärdering av internatdelen.

Leif Svanström

DAG 4. (Heldag)

Att kunna beskriva sin bakgrund och hitta i litteraturen.

Pass 1.

Introduktion. Vad syftar en litteratursammanställning till mot bakgrund av informationen under dag 1 och 2?

Ingrid Chambert

Pass 2.

Praktiska erfarenheter från litteratursammanställningar gjorda under forsknings- och utvecklingsarbete i primärvårds-sammanhang. Hur skriver man sina referenser?

Anders Romelsjö

Pass 3.

Litteratursökning. Först gemensam introduktion i föreläsningsform och sedan under en timma uppdelning på två grupper där den ena först sysslar med praktisk sökning via terminal och den andra bekantar sig med dels vårt tidskriftssystem (Märta) och dels med vårt bibliotek (Hans).

Ingrid Chambert
Märta Lundström
Hans Rosendahl

Andra bibliotek, vad har de att erbjuda primärvårdsforskare?

Pass 4.

Bibliotek inom Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Birgitta Hedensjö

Pass 5.

Karolinska Institutets bibliotek och informationscentral.

Ingrid Chambert

Pass 6.

SPRI:s bibliotek

Arne Jakobsson

Pass 7.

Gruppdiskussioner

DAG 5. (Heldag)**Material och metoder**

Pass 1.

Vilka metoder kan jag använda

Gunnel Boström

Pass 2.

Kliniska studier i primärvård.

Del 1: Biologiskt naturvetenskapligt orienterade studier.

Göran Sjönell

Pass 3.

Del 2: Socialmedicinskt orienterade studier.

Anders Romelsjö
Leif Svanström

Pass 4.

Uppsummering och diskussion.

DAG 6. (Heldag)

Pass 1.

Omvårdnadsforskning

Töres Teorell

Pass 2.

Aktionsforskning. – Åskådar- och aktörsparadigmpprinciper. Aktionsforskningens historia. Processen i aktionsforskning – några konkreta exempel.

Viveca Urwitz

DAG 7. (Halvdag)**Genomgång och handledning** av kursdeltagarnas projekt.Gunnel Boström
Bo Haglund
Leif Svanström
Agneta Viborg**Dag 8. (Heldag)****Epidemiologins grunder**

Pass 1.

Introduktion. Epidemiologi i primärvård.

Grundläggande epidemiologi med koncentration på olika sjukdomsmått och designer på undersökningar (exempelvis Case-control och Cohort).

Leif Svanström

Pass 2.

Praktiska datainsamlingsmetoderIntroduktion. **Befolkningsundersökningar** som grund för primärvårdsforskning.

Leif Svanström

Pass 3.

KlassifikationssystemBritt-Gerd
Malmberg**DAG 9. (Halvdag)****Forskningsetik.** Etiska kommittéer.Urban
Rosenquist**DAG 10. (Heldag)**

Pass 1.

RegisterstudierBo Haglund
Olle Palm

Pass 2.

Praktisk datahantering. Hur använder man en terminal eller en mikrodator?Anders
Lindeberg**DAG 11. (Heldag)****Praktiska datainsamlingsmetoder forts.**

Pass 1.

Enkät- och intervjuteknik

Gunnel Boström

Pass 2.

Screening och hälsokontrollBo Haglund
Johan Hallqvist**DAG 12. (Heldag)**

Pass 1.

Genomgång och handledning av kursdeltagarnas projekt.Gunnel Boström
Bo Haglund
Leif Svanström
Agneta Viborg

Pass 2.

Resultatredovisning. Vad är viktigt i resultatredovisningen? Hypotesprövning.Gunnel Boström
Anders
Lindeberg
Anders Romelsjö

Pass 3.

Hur skriver man resultat?

Bo Haglund

DAG 13. (Heldag)**Cirkeln är sluten.** Sammanfattning och diskussion. Handledarfrågor. Utvärdering av kursen.

Leif Svanström

teori inlagt i slutet av kursen. Deltagarna upplevde dock att man hellre hade velat få en vetenskapsteoretisk utgångspunkt i början av kursen varför nu dessa avsnitt flyttas fram till de inledande internatdagarna.

Tio av de tolv projekten som presenteras i figur 1 som idéer har fortsatt. Något har genomförts och andra har lett fram till en ansökan om medel.

Vid utvärderingen av den första kursen framkom också att önskemål om ytterligare seminarier omkring de projekt som nu påbörjats. Dessa planeras hållas en gång i månaden och målet är att varje projekt bör följas upp till dess att en fullständig artikel är klar.

Den andra kursen som pågår för närvarande har 24 deltagare och arrangeras i samarbete med utvecklingsenheten i sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting. Sammanställningen när det gäller yrkeskategorier är bredare än i den första kursen.

Referenser:

1. Haglund BJA. Research and development work in primary health care in Sweden. To be published in Scan J Primary Health Care.

2. Bruusgaard D. Forskning i Almenmedisin. Kurs nr 1004. Oslo. Institut for Almenmedisin. 1981. (Stencil)

3. Jensen UJ. Vetenskapsteori...

4. Westin S. Forskning i Almenpraksis, Oslo. Universitetsforlaget. 1983.

Författarpresentation:

Gunnel Boström, projektledare, Karolinska institutet, institutionen för socialmedicin, Vårcentralen Kronan, Sundbyberg.

Bo Haglund, distriktsläkare vid hälsovårdsenheten, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg och bitr. hälsovårdsöverläkare inom Stockholms läns landsting.

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

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

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄNMEDICIN

kostar 250 kronor för år 1985. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5.

Ange prenumeration för 1985 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Utred den alternativa medicinen!

Intresset för alternativ medicin – det vill säga metoder för att förebygga eller bota sjukdomar, som inte accepterats av den reguljära sjukvården – har under senare år ökat i vårt land. Gemensamt för många av de metoder som tillämpas är en strävan till ett "naturligt levnadssätt" med undvikande av syntetiska läkemedel och livsmedelstillsatser etc. Ett annat gemensamt drag är strävan till helhetssyn, där fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter vägs samman. Behandlingsmetoderna vid sjukdom kännetecknas ofta av en strävan efter att stärka individens självläkningsförmåga samt att sätta igång läkningsprocesser snarare än efter att bota ett visst organ eller lindra ett visst symptom.

I en skrivelse till regeringen föreslår nu socialstyrelsen en allsidig och förut-sättningslös utredning av de icke konventionella behandlingsmetoderna. Utredningen bör syfta till att kartlägga verksamheten samt att ta reda på om de alternativa metoderna har säkra positiva effekter som kan tas till vara inom den reguljära sjukvården. Utredningen bör också pröva om vissa av de senare tillkomna metoderna kan medföra risker för de vårdsökande, vilka kan kräva en översyn av den nuvarande kvacksalverilagens bestämmelser om förbud i vissa fall mot verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.

Vidare anser socialstyrelsen att utredningen bör se över vilka utbildningar som idag erbjuds inom det alternativmedicinska fältet. Inte mindre än 24 olika skolor erbjuder idag kortare eller längre kurser som kan leda till yrkesverksamhet som zonerapeut, homeopat, naprapat, naturläkare etc utan att samhället har någon insyn i kursernas uppläggning och kvalitet. Under senare års allt kärvare arbetsmarknad har många – främst ungdomar – sökt sig till vissa av dessa utbildningar under förespegling av att dessa godkänns av socialstyrelsen och utbildningsmyndigheterna.

Information: Byråchef Ulf Nicolausson, primärvårdsbyrån, tel 08/14 06 00.

Recensioner

Varför blir vi sjuka?

Populärmedicinsk bok om de viktigaste hälsoproblemen

ABF/Brevskolan utgav 30 oktober: *Varför blir vi sjuka? En antologi om några av våra viktigaste hälsoproblem*. Bland författarna återfinns experter inom samhällsmedicinska specialiteter samt läkare och skribenter från tidskriften Motpol (före detta MFT). I boken diskuteras de stora folksjukdomarna högt blodtryck, hjärtinfarkt, psykisk ohälsa och cancer. Tyngdpunkten ligger på det som anses orsaka sjukdom, riskfaktorer för ohälsa. Bland de riskfaktorer som tas upp märks några som brukar förknippas med individens "val" av livsstil – exempelvis alkohol, rök- och kostvanor – men i antologin pekas också på sambandet med samhällsmiljön. Vidare belyses två riskfaktorer – stress och dåligt fungerande socialt nätverk – som på ett intressant sätt visar på mekanismer för hur samhällsförhållanden påverkar hälsan. Slutligen ingår ett avsnitt om arbetslöshetens medicinska betydelse och ett om miljöfaktorer med betoning på arbetsmiljörisker.

ABF gör med boken *Varför blir vi sjuka?* en storsatsning på medicinsk folkbildning. Tillsammans med Karolinska Institutets institution för Socialmedicin vid vårdcentralen Kronan och Motpol, tidskrift för sjukvårdsdebatt, har försöksverksamhet bedrivits under de senaste två åren. I Stockholm har en rad olika läkare föreläst med stor publikanslutning. Vid efterföljande gruppdiskussioner har viktiga folkhälsoproblem ventilerats. Också i Lund, Oskarshamn, Sundsvall och Luleå, har försök pågått med stort gensvar från allmänheten.

ABF går nu ut i hela landet för att genom studiecirkel, föreläsningar med mera sprida bokens budskap. Målet är att nå minst 5000 deltagare. Vägen till bättre hälsa går genom en högre kunskapsnivå hos många människor. Därför kommer verksamheten att genomföras i samverkan med fackliga organisationer, olika intresseföreningar, politiska organisationer liksom andra utbildningsanordnare.

Målsättningen med studieverksamheten är att öka den medicinska allmänbildningsnivån. "*Varför blir vi sjuka?*" Vill ge en helhetssyn där såväl biologiska som psykologiska och sociala aspekter ingår. En viss tyngdpunkt är lagd på samhällsförhållandenas betydelse. Det är välkänt att sjukdomarna är ojämnt spridda i samhället. Arbetarrörelsens medlemmar är

mest utsatta vilket är ett direkt motiv för ABF att engagera sig.

Projektet "*Varför blir vi sjuka?*" utgår från den hälsopolitiska linje som manifesterats bland annat i den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen och inom HS-90 projektet. Sjukvården måste i högre grad ägna sig åt förebyggande uppgifter och lägga speciell vikt vid sociala orättvisor. Patienternas medbestämmande och det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården måste öka.

Det ABF vill nå med sin satsning har socialminister Sten Andersson sammanfattat i förordet till boken "Genom att öka våra kunskaper om ohälsans orsaker står vi bättre rustade i kampen för ett samhälle präglad av alla människors lika rätt och lika värde".

Kontaktmän:

Kurt Stern, ABF-Stockholm
08/227580

Kent Jakobsson, ABF-förbundet
08/221480

Missbildningsregistret – viktig kontrollmöjlighet

I samband med neurosedynkatastrofen i början av 1960-talet fanns ingen central beredskap för att tidigt upptäcka den typ av skador hos nyfödda barn som neurosedynet orsakade. 1965 inrättades därför ett missbildningsregister med uppgift att slå larm om en viss typ av missbildning ökade eller om en tidigare okänd kombination av missbildningar uppträdde. I dagarna publicerar socialstyrelsen en rapport som redogör för registrets verksamhet åren 1973–81 (Socialstyrelsen redovisar 1984:9).

I en internationell jämförelse ligger Sverige långt framme när det gäller att i tid upptäcka tendenser bland missbildningar hos nyfödda. Rapporten visar att vissa missbildningar genom åren ökar något medan andra minskar. En del typer av missbildningar har granskats i specialundersökningar, bland annat ryggmärgsbräck, kluven läpp och gom, hjärtfel samt Downs syndrom. Också andra specialanalyser har utförts, bland annat i de områden där man noterat en ökning av det sammanlagda antalet missbildningar. Missbildningsregistret har också gjort undersökningar för att spåra misstänkt skadliga faktorer i miljön, till exempel industriella föroreningar. Kvinnor med diabetes och kvinnor som arbetar i narkos- eller operationsutrymmen samt i laboratorier och inom plastindustrin har också granskats närmare.

Information: Byrådirektör Anders Ericsson, byrån för hälsoskydd, tel 08/14 06 00.

Gammal eller ung på äldre dag...?

Åldrandet en process som går att påverka

Att vara gammal är inte detsamma som att vara sjuk! Den syn på pensionärer som vårdobjekt eller ekonomisk belastning som skymtar i debatten och i besparingsprogram för den offentliga sektorn grundar sig mer på tro och falska myter än på kunskap om åldrandets villkor.

Det konstateras i en ny bok från socialstyrelsen: "Gammal eller ung på äldre dag" (Socialstyrelsens äldreomsorgsprogram, 1984). Boken, som är författad av journalisten Margareta William-Olsson och professor Alvar Svanborg, sammanfattar resultaten av det stora forskningsprojekt bland Göteborgsundersökningen (H 70).

Ju mer vi lär oss om det mänskliga åldrandet och hälsan på äldre dagar desto klarare står det att mycket av det vi trott oss veta om äldre varit fel, säger Alvar Svanborg. Våra attityder och föreställningar om äldre har genomgående varit alltför negativa, vilket inte bara påverkat den enskilda människans framtidstro utan även samhällets planering för äldre i stort. Inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har kunskaperna om funktionsnedsättning, sjuklighet och vårdbehov också varit synnerligen begränsade, trots att det handlar om stor-konsumenter av sjukvård och socialtjänst!

Några resultat från Göteborgsundersökningen:

- Dagens 70-75-åring är vitalare än motsvarande åldersgrupp för bara fem år sedan. Nio av tio 79-åringar är så vitala och friska att de klarar sig i egen bostad.
- Rökning och alkohol påskyndar åldrandet. För att motverka den urkalkning av skelettet som följer med åldrandet bör man vara aktiv samt avstå från tobak och alkohol.
- Det kan vara farligt att bli ensam – bland nyblivna änklningar är överdöd-ligheten nästan 50 procent.
- Behoven av sexuell gemenskap behöver inte försvinna när man blir äldre. Sexualiteten upphör inte vid en bestämd ålder, men den som blir ensam på äldre dag har svårare att närma sig en annan människa.

Göteborgsundersökningen visar att det går att både fördröja och skynda på åldrandet. Hur vi åldras beror bland annat på våra livsmiljöer och livsstilar; många problem som hänförs till åldrandet är effekter av behandling, mediciner, kost etc.

Att dö behöver inte alltid vara "sjukt". De flesta läkare anger visserli-

gen en medicinsk orsak på dödsattesten, men i många fall är dödsorsaken helt enkelt "hög ålder" på ett eller flera organ. Många gamla människor dör med andra ord friska.

Socialstyrelsens nya bok "Gammal eller ung på äldre dag" är med sin lediga och lättlästa stil tillgänglig för var och en som berörs av åldrandets problematik. Ett av syftena med boken är att pröva en ny metod för att nå ut till bredare allmänhet med resultaten från en vetenskaplig undersökning. En journalist i forskarlaget gör viktig forskning begriplig för oss alla.

"Gammal eller ung på äldre dag"
Margareta William-Olsson/Alvar Svanborg (socialstyrelsens/Utbildningsproduktion AB)
Pris: 22 kronor.

Gravt utvecklingsstörda kräver ökade resurser

De gravt utvecklingsstörda är de sämst lottade när det gäller dagverksamhet, ett förhållande som ytterligare förstärker deras handikapp. Det beror till stor del på att de tidigare uppfattats som "vårdpaket" utan förmåga eller behov av kommunikation och stimulans.

Socialstyrelsen har under flera år tillsammans med landstingen bedrivit ett utvecklingsprojekt med syfte att förändra detta förlegade synsätt. Av drygt 24 000 vuxna psykiskt utvecklingsstörda i Sverige vistas dagligen över 15 000 på någon form av dagcenter. En förbättring av dagcenterverksamheten är därför mycket angelägen.

Som ett led i utvecklingsarbetet ger nu socialstyrelsen ut rapporten "Gravt utvecklingsstörda på dagcenter" (Socialstyrelsen redovisar 1984:7). Syftet med rapporten är att underlätta lokal vidareutveckling, metodutveckling och organisation av dagverksamhet för gravt utvecklingsstörda. Rapporten visar bland annat att även gravt utvecklingsstörda har behov av och kan tillgodogöra sig, dagverksamhet.

För att en sådan verksamhet ska bli praktiskt genomförbar måste dagcenterens lokaler anpassas och extra resurser anslås för verksamheten. En effektiv dagverksamhet förutsätter ett genomtänkt innehåll och ställer särskilda krav på personaltätheten. Stora satsningar på utbildning och fortbildning blir därför nödvändiga, liksom ett utvidgat samarbete med föräldrar och boendepersonal.

Slutsatsen blir att en dagverksamhet för alla gravt utvecklingsstörda förutsätter stora insatser av landstingen runt om i landet. Utan deras aktiva stöd kan målsättningen om en förbättrad och utvidgad dagverksamhet för de gravt utvecklingsstörda inte förverkligas.

Information: Byrådirektör Ove Røren, byrån för handikappfrågor, telefon 08/14 06 00.

Stort behov av föräldrautbildning

Trots materiellt välstånd och stora medicinska och tekniska framsteg inom hälso- och sjukvården finns det allvarliga hälsoproblem som berör barn och föräldrar. Stora förändringar i samhällsstrukturen har påverkat arbets- och familjeliv. Många barnfamiljer har en svår social situation och många barn lever isolerade från egna föräldrar och syskon.

Medvetenheten om att barnfamiljerna – särskilt i början av familjebildningen – behöver psykologiskt och socialt stöd och gemenskap med andra i samma situation har gjort att tanken på en särskild utformad föräldrautbildning har växt fram under de senaste 10-15 åren. På uppdrag av regeringen har socialstyrelsen tillsammans med landstingsförbundet arbetat med ett förslag till fortbildning av personal inom föräldrautbildningen. Socialstyrelsen har bland annat erhållit särskilda medel för ett treårigt projekt.

Socialstyrelsens nya bok "Föräldrautbildning kring barnets födelse och första levnadsår" (Socialstyrelsen redovisar 1984:12) är slutredovisningen av socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt. I boken diskuteras föräldrautbildningens mål, innehåll och organisation. Avsikten med utbildningen är att den ska genomföras av ordinarie hälso- och sjukvårdspersonal i det reguljära arbetet. Den ska inte vara någon särskild eller utanförliggande verksamhet som kan läggas till eller dras ifrån eller överlätas på andra. Metoden bygger på utbyte av kunskaper och erfarenheter där psykologiska och sociala aspekter uppmärksammas i större utsträckning, och där utgångspunkten är föräldrarnas egna frågor och erfarenheter.

Socialstyrelsen följer utvecklingen av föräldrautbildning i landstingen bland annat genom regionala konferenser. Dessa riktar sig till politiker och personal som arbetar med hälsovård för mödrar och barn inom primärvården.

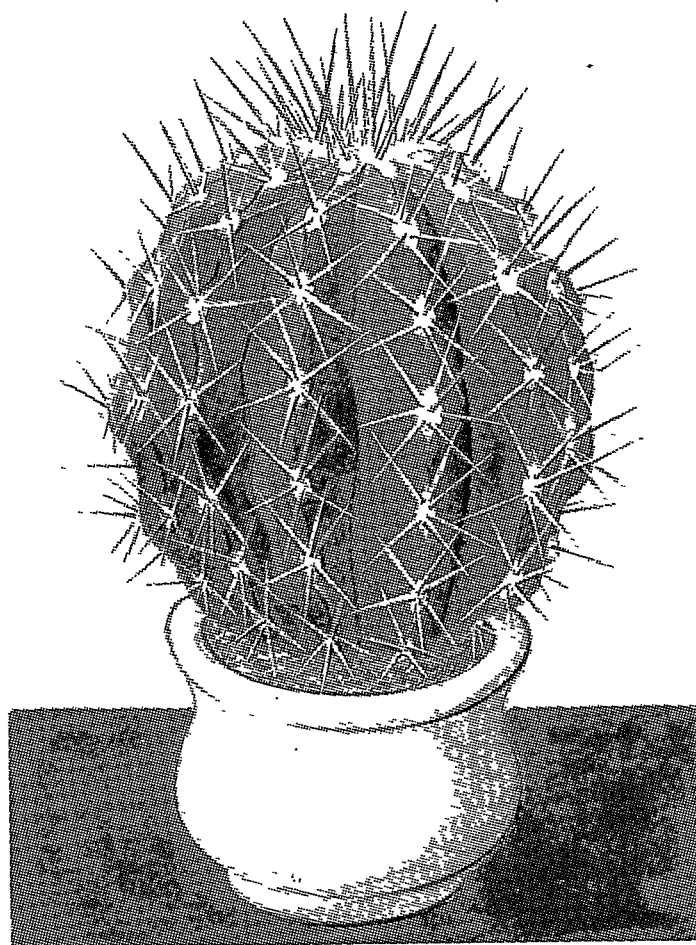
Information: Förste byråsekreterare Marianne Wedin, primärvårdsbyrån, tel 08/14 06 00, eller överläkare Kajsa Sundström, Kronans vårdcentral, Sundbyberg, tel 08/98 91 00.

Scheriproct[®]N

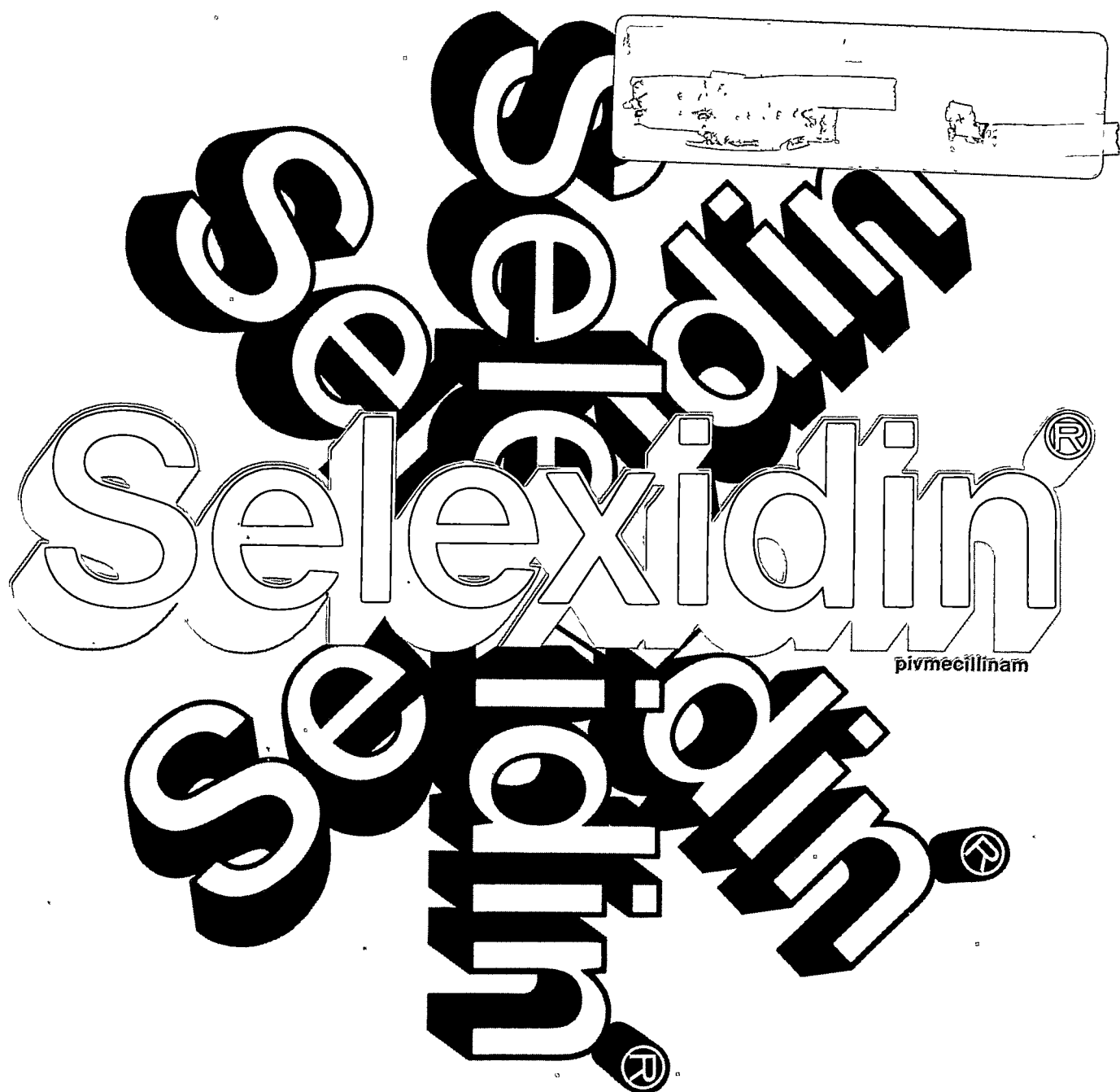
Rektalsalva, suppositorier

prednisolon caproas: mild kortikosteroid
cinchocainhydrochlorid: lokalanestetikum
clemizolundecylen

Mot hemorrojder!



För ytterligare information se FASS



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

Vid förskrivning, se FASS

Lövens Läkemedel



Box 404 20124 Malmö