

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Psykosomatisk
diagnostik

1
1986

Frigörande
bilder

DISTALGESIC

Stillar smärta snabbt mot magen

FRITT

FRÅN

KODEIN

OCH

ACETYLSALICYLSYRA

MAGVÄNLIGARE

LÄGST

BEHANDLINGSKOSTNAD

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. **Egenskaper.** Dextropropoxifenhydroklorid 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. **Graviditet och amning.** Kategori A. **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. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning. Patienterna bör upplysas om vikten av att följa föreskriven dosering samt riskerna med samtidig användning av alkohol. **Förpackningar.** Tabletter: tryckpack 20 st, tryckpack 50 st, tryckpack 100 st, burk 100 st.

	Pris/ 100 tabl	Patienten betalar själv	Rekommenderad dagsdos-FASS.
Citodon	61,80	40,90	1 - 8
DISTALGESIC	41,10	30,55	4 - 8
Doleron	87,70	50,00	3 - 6
Donobid 500 mg	255,70	50,00	2
Lobac	68,80	44,40	3 - 6
Paraflex Comp	75,10	47,55	3 - 8

DISTALGESIC[®]

ELI LILLY SWEDEN AB BOX 30037
104 25 STOCKHOLM TELEFON 08-13 02 50

Ledare:Pedagogiska metoder vid behandling
och prevention*Bo Haglund*

5

Doktorsavhandlingar från primärvården:Viktigt med tidig rehabilitering vid
långvariga ryggsmärtor*Calle Bengtsson*

6

Debatt:Läkemedelskonsumtion på ett
servicehus – en kommentar*Lars Agréus, Ann-Marie Eriksson,
Kerstin Johansson,
Ann-Marie Nordlund*

8

Än en enkät

Bertil Hagström

9

Läroplan för specialistutbildning i
allmänmedicin. Ett nödvändigt stöd för
kvalitetsbevakning av utbildningen*Ulf Måwe*

10

Psykosomatiska sjukdomar:Hjälpmiddel vid behandling av patienter
med psykosomatiska besvär*Atle Wohrm*

13

Samarbetsmodell – läkare –
beteendevetare*Ulf Forshänimar, Anna-Carin
Johansson, Atle Wohrm*

18

Läkemedelskonsumtion:Försäljning av antidiabetesmedel
i Skellefteå sjukvårdsdistrikt 1980–82*Kurt Bohman, Eva Åberg,
Eva Liljenvall, Jan-Erik Ögren*

22

Sjukvårdsutnyttjande:Besök på en distriktsläkarmottagning
i Dalarnas glesbygd*Mats Granvik, Nils Lundström,
Bo Nordbäck*

30

Att utvärdera:Att utvärdera hälso- och sjukvård
med särskild hänsyn till barns hälsa*Lennart Köhler, Per-Olof Bogren*

34

Prevention:Från epidemiologiska studier till hälso-
utbildningsprogram på samhällsnivå*Bo J A Haglund, Leif Svanström*

38

Kurser och konferenser:

Praktisk prevention prioriterad

43

Masterkurser i Stockholm

44

Missbruksproblem i primärvården

45

2:a Nordiska hälsocenterkongressen

46

Recensioner:Utveckling mot eget boende
bland äldre ökar kraven på
säker läkemedelshantering

46

Omslagsbild – Sonja Johnsson

XANOR alprazolam är indicerat vid ångesttillstånd av olika svårighetsgrad även i samband med depression – en ny terapeutisk profil.

Upjohn



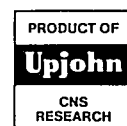
1886·1986



Xanor[®]
alprazolam

Alprazolam tillhör en ny generation bensodiazepiner med egenskaper som delvis skiljer sig från tidigare medel i gruppen.

- XANOR är indicerat vid ångesttillstånd även i samband med depression.
- XANOR ger en låg frekvens av dåsighet. I övrigt har XANOR ett biverkningsmönster som ej skiljer sig från övriga bensodiazepiner.
- XANOR har inga aktiva metaboliter av klinisk betydelse.
-  Risk för tillvänjning föreligger.
 lakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.
- XANOR finns tillgängligt i följande styrkor och förpackningar:
Två styrkor 0,25 och 0,5 mg
Båda styrkorna finns i förpackningar om 30 och 100 st (tryckpack)



UPJOHN AB

BOX 289. 433 25 PARTILLE. 031-44 91 00

Pedagogiska metoder vid behandling och prevention

AllmänMedicin börjar sitt sjunde år. Innehållet har genom allt större aktivitet från distriktsläkare/allmänläkare breddats. Under de första åren var organisatoriska problem det allt överskuggande i de manuskript som kom in till redaktionen. Idag debatteras hur diagnostik, behandling och förebyggande åtgärder kan utvecklas utifrån den svenska primärvårdens förutsättningar. Diskussionen om Balintgrupper är ett exempel på detta. Atle Wohrns artiklar är andra exempel på den nya trend som finns i allt fler manuskript när det gäller diagnostik och behandling.

Samma förändringens vind blåser även inom den förebyggande medicinen. Detta avspeglas i det referat som ges från den VIII:e nordiska kongressen i socialmedicin. Den var också påtaglig i en rad föredrag vid årets riksstämman i allmänmedicinsektionen.

Psykosomatiska problem har många patienter när de söker på en vårdcentral. Många gånger är vi handikappade när det gäller behandlingsalternativ. Det är därför viktigt att utveckla nya metoder som hjälper oss i mötet med patienter. Atle Wohrm har tillsammans med sina medarbetare utvecklat nya metoder för att klargöra orsakerna till psykosomatiska besvär. Han använder sig av bilder som tydliggör för patienten i vilken situation han befinner sig i. Som annan iniktsterapi handlar det om frigörelse. När man har upptäckt sitt förflutna har det inte samma kraft att påverka oss längre. Förhoppningsvis blir vi då friare att handla idag.

Att använda bilder passar självklart inte alla. Men, för de som det fungerar på, är det en betydelsefull nyorientering i behandlingsmetoder inom primärvården.

De bilder som Atle Wohrm använder sig av innehåller mycket information i en och samma bild. Inom den förebyggande medicinen användes också bilder. Här har framför allt tecknade serier utvecklats. Grunden för användningen av tecknade bilder i förebyggande arbete är att de ger möjligheter till identifikation och dessutom frigörande av fantasin, utgångspunkten för handling.

I hälsoupplysningsprogram på samhällsnivå som utvecklats i USA är det framför allt inom skolan som tecknade serier används. Hälsofostransprogram finns för till exempel de faktorer som påverkar oss när det gäller att börja röka, att använda alkohol eller att ändra våra matvanor. Serierna som utvecklats har visat sig effektiva för att förändra elevernas beteenden.

Att använda sig av bilder har också sedan många år varit ett av de viktigaste instrumenten i hälsoutbildningen i tredje världen. Bilderna har utgjort grunden i den frigörande pedagogik som brasilianaren Paulo Freire utvecklat. Freire utgår från en människosyn där varje individ är en skapande varelse. Den pedagogiska metoden är problemformulerande eller medvetandeskapande. Inläring är aldrig "förtäring" av främmande kunskap utan att uppfatta sin egen livssituation som problem och att lösa detta problem med reflexion och handling. Att finna grunden för ohälsa är en gemensam uppgift för individen i hans risksituation och hälsoarbetaren. "Vid mötespunkten finns varken fullkomligt okunniga människor eller fullkomligt kloka där finns bara människor som tillsammans försöker lära sig mer än de redan vet". (1).

Bo Haglund

Referenser:

1. Freire P. Pedagogik för förtryckta. Stockholm: Gumnessons förlag 1972, sidan 92.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1986

Priserna är exkl. nysättning och originalarbete.
Mervärdesskatt tillkommer.
Särtryck beställs direkt från
Kurt Nilsson, Sätterian, Box 93083,
541 03 Skövde, tel 0500/867 70.

	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:-

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1986. 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 manusstopp-dagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1986.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
2/86	25/ 1-86	12
3/86	9/ 4-86	22
4/86	10/ 6-86	37
5/86	1/ 9-86	42
6/86	6/10-86	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening
för Allmän Medicin (SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau.

Huvudredaktör:
Bo Haglund, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin.
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.

Redaktionskommitté:
Magnus Eriksson,
George Larsson,
Carl Edvard Rudebeck,
Ylva Tomsson

Redaktionsadress:
AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
17283 Sundbyberg. Tel: 08/989100.
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 11247 Stockholm.
Tel: 08/5167 60.

Prenumerationsavgift:
250 kr per år, för studerande 75 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för AllmänMedicin).

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1986.

ISSN 0281-3513



LBO 6107 1

Viktigt med tidig rehabilitering vid långvariga ryggsmärtor

CALLE BENGTTSSON

Birgitta Vällfors har i ett avhandlingsarbete visat att tidig rehabilitering och tidig återinpassning i arbete är av stor betydelse hos patienter med långvariga ryggsmärtor.

Nyckelord: Rörelseorganens sjukdomar, behandling, sjukskrivning.

Birgitta Vällfors har arbetat på Brämaregårdens vårdcentral i Göteborg och sedan 1983 på Svalebo vårdcentral i Göteborg. Materialet till avhandlingsarbetet har hon till en del insamlat under sin tjänstgöring på Brämaregårdens vårdcentral på Hisingen. Arbetet har skett i samarbete med medicine doktor Jan Hansson, Ortopedkliniken på Lundby sjukhus, Hisingen, Göteborg och professor Alf Nachemson, Ortopedkirurgiska kliniken I, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Titeln på avhandlingen var:

Acute, subacute and chronic low back pain – clinical symptoms, absenteeism and working environment.

Hon försvarade den framgångsrikt den 5 juni 1985.

Gruppering med hänsyn till ryggbesvärens duration

Sammanlagt undersöktes 220 personer, där en grupp bestod av patienter som själva sjukanmält sig på grund av akuta ryggsmärtor (50 personer), en grupp som varit sjukskriven i en månad på grund av ryggsmärtor (50 personer) och en grupp som varit sjukskriven i tre månader för samma besvär (70 personer). Listor från Försäkringskassan möjliggjorde att de personer som kom att ingå i dessa grupper kunde bli föremål för undersökning. Som kontrollgrupp hade hon 50 personer, som inte varit sjukskrivna under det senaste året.

Noggrann fysikalisk undersökning

Birgitta Vällfors gjorde tillsammans med sjukgymnast en noggrann genomgång av patienten inklusive ryggstatus och funktionellt status. En strukturerad anamnes togs upp på ett standardiserat vis.

Kontakt togs med arbetsplatserna där de som tillhörde de olika sjukskrivningsgrupperna arbetade. Ägare till arbetsplatserna och förmän intervjuades



Birgitta Vällfors.

i anslutning till att arbetsplatserna besöktes.

Samband mellan arbetssituation och sjukskrivning

Det fanns ett klart samband mellan arbetsförhållanden och sjukskrivning på grund av ryggbesvär. Sjukskrivning var vanligare hos personer med underordnat arbete, med monotont arbete och hos sådana som hade vad som uppfattades som psykiskt eller fysiskt ansträngande arbete.

Samband med social situation

Det fanns också ett klart samband med de sjukskrivnas sociala situation. Ju mer pressande den sociala situationen var, ju större var risken för sjukskrivning.

Få hade fått råd i preventivt syfte

Såväl vid intervju med dem som sjukskrivits på grund av ryggbesvär som vid intervju av arbetsgivare och förmän framkom att få hade fått några råd om hur man kan förebygga ryggbesvär. I ungefär hälften av fallen hade smärre modifieringar gjorts på arbetsplatsen efter det att ryggbesvären hade debuterat.

Jämförelse mellan personer med och utan subjektiva symptom

En uppdelning gjordes i avhandlingen mellan personer som företedde objek-



Handledaren Alf Nachemson, Birgitta Vällfors och överläkare Jan Hansson vid Lundby sjukhus där undersökningen genomfördes.

tiva fynd vid den fysikaliska undersökningen och sådana som inte gjorde det. Trots en omsorgsfull fysisk undersökning kunde inte några symptom noteras hos 51 procent av dem som sjukskrivits. Dessa hade sålunda normal rörlighet i ryggen, normal muskulatur, inga tecken på neurologiskt engagemang, negativt benlyftstest, ingen smärtfixation, ingen perkussions- eller palpationssmärta, trots att de angav subjektiva besvär. De utan objektiva fynd skilde sig från de övriga såtillvida att man i denna grupp noterade fler personer som var ogifta eller fränskilda, att de hade en sämre boendemiljö och att de mer sällan deltog i sport eller annan form av rekreation jämfört med personer med objektiva symptom. Det fanns fler individer som angav att de var trötta vid dagens slut och fler individer med psykosomatiska symptom i gruppen utan fysikaliska fynd.

Specialundersökning avseende "icke organiska fynd"

De personer som haft ryggbesvär i minst tre månaders tid undersöktes med ett speciellt test (Wadells tecken), som utvecklats för att spåra "icke organiska fynd". Detta test anses särskilt lämpat för att skilja mellan kroppsliga och icke kroppsliga komponenter hos patienter som lider av ryggsmärtor. Testet har även ansetts vara en hjälp för att finna ut vilka patienter som lämpligen bör få psykiatriker- och/eller psykologkontakt eller motsvarande hjälp. I behovsgruppen som haft symptom i minst tre månaders tid noterades en signifikant ökad frekvens av Wadells tecken hos dem utan objektiva fynd i samband med den rutinmässiga undersökningen jämfört med dem som hade symptom från ryggbesvären.

Avhandlingsarbete på vårdcentral möjligt

Birgitta Vällfors har insamlat materialet till sin avhandling under sitt FV-block i allmänmedicin och skrivit boken under sin tid som distriktsläkare och med undantag för kortare perioder bedrivit ordinär sjukvård samtidigt. Hon har visat att detta är möjligt. Hon har också visat att ett fint samarbete mellan allmänläkarspecialister och andra specialister kan vara fruktsamt även ur forskningssynpunkt.

Referens:

Birgitta Vällfors. Acute, subacute and chronic low back pain. Clinical symptoms, absenteeism and working environment. Scand J Rehabil Med Suppl 11, 1985.

Författarpresentation:

Calle Bengtsson

Allmänmedicinska institutionen, Redbergsvägen 6, 416 65 Göteborg

UNIK GUIDE ÖVER HÄLSOUPPLYSNINGSMATERIAL

Efterfrågan på en aktuell förteckning över hälsoupplysningsmaterial har varit känd sedan länge. Önskemålen har vuxit sig allt starkare i takt med de senaste årens tilltagande intresse för förebyggande och hälsofrämjande arbete.

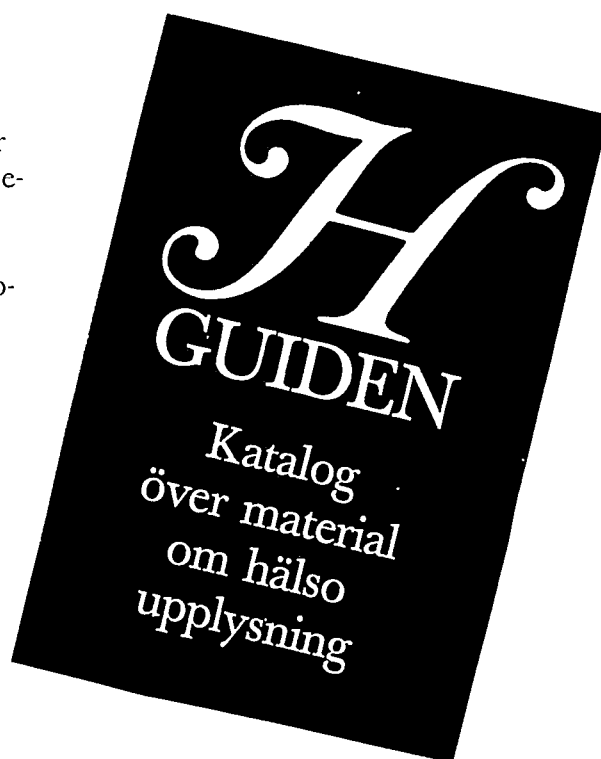
Nu har socialstyrelsen, i samarbete med landstinget i Stockholm, tagit fram H-guiden – en katalog över material om hälsoupplysning – för att fylla det tomrum som funnits.

Utbudet av upplysnings- och informationsmaterial inom området ökar stadigt. Genom H-guiden får man en god överblick av vad som finns utgivet av centrala myndigheter, landsting, kommuner, utbildningsradion mfl.

Katalogen innehåller hälsoupplysningsmaterial av olika slag: böcker, broschyrer, tidskriftsartiklar, diaserier, filmer, videos mm, uppställda i första hand efter ämnesområden: från amning, hälsopolitik till övrig hälsoupplysning.

Men det finns också register på *titel, utgivande institution* och skrifter *översatta till främmande språk*, vilket gör H-guiden till ett praktiskt och användbart hjälpmedel för personal inom primärvården. Lärare inom både hälso- och sjukvården, grundskolan och gymnasiet, cirkelledare inom bildningsförbund och ledare inom ideella organisationer som på något sätt bedriver förebyggande arbete.

H-guiden kan köpas genom LIC Förlag, 17183 SOLNA, tfn 08/757 60 00. Grundpriset varierar mellan 20:-/st för enstaka exemplar till 12:-/st om man beställer minst 100 exemplar (alla priser exkl moms och frakt).



Läkemedelskonsumtion på ett servicehus – en kommentar

LARS AGRÉUS · ANN-MARIE ERIKSSON · KERSTIN JOHANSSON · ANN-MARIE NORDLUND

Vi vill framhålla ytterligare en aspekt på Stig Anderssons artikel "Läkemedelskonsumtion på ett servicehus. En studie av arbetsformernas betydelse" i AllmänMedicin nr 1/85. Vi har genomfört en liknande metodutveckling och minskat antalet ordinationer från 4,5 till 2,8 per gäst och därmed sparat 1.500 kronor per gäst och år i läkemedelsutgifter.

Nyckelord: Läkemedel, äldre, behandling.

Bakgrund

Vid SMHI Tallparksgården i Öregrund bodde i november -82 35 och i maj -85 32 gäster. Läkemedelskonsumtionen hos dessa har studerats. Därvid har vid behovsmedicineringen och avföringsreglerande medel ej inkluderats.

Under den beskrivna tiden har kontinuiteten avseende läkararbetet upprättshållits förutom under semester och jourkompledigheter. Till en början "tittade doktorn till" SMHI men efter cirka 6 månader insåg denne det orationella i detta och en organisation liknande Stig Anderssons beskrivning genomfördes. Varje gäst gick igenom med status, anamnes, gamla journaler och all medicinering ifrågasattes. Ett medicinskt vårdprogram gjordes upp för varje gäst.

Samtidigt och egentligen med start några år före hade personalen ändrat vårdattityd från passiv vårdande förvaring till aktiverande inställning med individuella serviceplaner. Serviceplanen innebär att gästens önskemål och ADL-funktion inventeras och utnyttjas terapeutiskt i det dagliga arbetet. Nya resurser har tillförts servicehuset i detta syfte.

Resultat

I november -82 hade de 35 gästerna 4,5 ordinationer vardera och de intog 233 tabletter per dygn (6,7/gäst). I föreståndarens medicinskåp fanns 61 olika droger.

I maj -85 hade de då 32 gästerna 2,8 ordinationer vardera och intog 124 tabletter per dygn (3,9/gäst). I skåpet fanns det 37 olika droger (vilket borde kunna reduceras till cirka 30 när man efteråt ser på medicinsammanställningen).

Av de 32 som i maj -85 bodde på Tallparksgården hade 23 minskat, 2 ökat och 7 hade oförändrad medicinering jämfört med när de inkom eller i november -82.

Till skillnad från Andersson lyckades vi minska psykofarmakamedicineringen. All psykofarmaka minskades eller togs bort, samtidigt som aktiveringen av gästerna liksom även toleransen för oro med mera ökade.

I november -82 konsumerade 26 av de 35 gästerna (74 procent) 64 nervpiller (2,5/gäst).

I maj -85 konsumerade 15 av de 32 (47 procent) 29 "nervpiller" (1,9/gäst). Digitalismedicineringen minskade avsevärt.

Avföringsreglerande medel har ej inkluderats i redogörelse men de förr så vanliga tarmirriterande medlen används nu inte av någon av de 32 gästerna. Man har genomfört en avsevärd förändring av kostens innehåll. 14 av gästerna stod i maj -85 på avföringsreglerande medel.

Gästernas hälsotillstånd

Gästernas hälsotillstånd torde ha varit ungefär oförändrat i början och slutet av tidsperioden. Av de 32 gästerna som i maj -85 studerades hade 24 bott där sedan november -82. Dessa hade minskat sina ordinationer från 4,5 till 2,7 per gäst, det vill säga det stämde med hela materialet. Detsamma gäller psykofarmakamedicineringen. Proportionen gäster som kommit från annan vårdinrättning respektive hemifrån var densamma vid bägge tillfällena.

Medicinkostnader

Medicinpris omräknat till dagspris (augusti -85) exklusive vid behovsmedicinering och avföringsreglerande medel visade att 32 av 35 gäster i november -82 konsumerade för 86.168 kronor mediciner, det vill säga 2.461 kronor per gäst och år.

I maj -85 konsumerade 30 av 32 gäster för 33.772 kronor per år, det vill säga 1.055 kronor per gäst och år.

Skillnaden i läkemedelskonsumtion per år per 30 gäster blev 45.010 kronor, det vill säga 1.500 kronor per gäst och år.

Med viss förvåning noterade vi att vi som bieffekt till att ha optimerat gästernas medicinintag fick en högst avsevärd besparing för samhället.

Debatt

Vi vill bekräfta organisationsformens betydelse för läkararbetet på SMHI.

Vi vill emellertid ifrågasätta om den utveckling i medicinering som skett under den beskrivna tiden skulle ha inträffat om den nya tidens ordning utan doktor på SMHI skulle ha rått under den aktuella tiden.

Efter att tidigare ha inventerat medicinbehovet med gästen och den kunniga föreståndaren på SMHI i gästens boendemiljö vid regelbundna planerade besök där, kan nu detta ske endast undantagsvis. Majoriteten av konsultationerna sker nu i stället på vårdcentral där gästen eventuellt har hjälp av ett medicinskt sett klart mindre kunnigt vårdbiträde och med så småningom försämrad läkarkontinuitet som följd. Det tidigare nära samarbetet mellan doktor och föreståndare ledde till ömsesidigt förtroende, ömsesidig utbildning/medicinskt tänkande och förståelse för gästernas sociala miljö, vilket i sin tur möjliggjorde medicinminskningarna. Ett minimikrav för att uppnå samma mål måste vara att en doktor sköter gästernas medicinska problem så vitt inte någon särskilt önskar annan läkarkontakt. När gäster som inte själva kan hantera sina läkemedel vistas på SMHI måste av formella skäl en läkare vara knuten till varje SMHI enligt socialstyrelsens allmänna råd 85:5. Det torde vara en stor fördel att en doktor deltar i vårdplaneringsgruppen för såväl hemtjänst/sjukvård som SMHI, det vill säga att åtminstone denna del av sjukvården är sektoriserad med gemensamt upptagningsområde för distriktsläkare, distriktsköterskor och kommunens hemtjänst.

När vi nu debatterar SMHI-vårdens medicinska organisation ligger det nära till hands att ta upp de nya strömningar som styr SMHI-utvecklingen nu. Det tycks ligga i tiden att bygga ut hemsjukvården så att SMHI som institution inte längre behövs. Tanken är helt säkert riktig för en majoritet av gästerna. Institutionalisering och passivisering försämrar som bekant hälsan. Emellertid kan man inte "tycka" eller "hoppas" bort det faktum att vi alla åldras och en del av oss nog behöver just den form av tillsyn som man får på SMHI av klassisk typ men inte är i be-

Än en enkät

Enkäter, eller frågeformulär, sprids numera som löv i höstvinden och inte minst inom primärvården. Varje Hälsocentral med självaktning bör ha förhört sig om hur befolkningen uppfattar vårdcentralens verksamhet eller service, som det nu i SAS-andans tidevarv heter. Temat kan ha ett oändligt antal variationer och beröra frågor om önskad besöksfrekvens, väntrummet utformning, levnadsförhållanden etc. Det är nu inte så tokigt det hela, men resultaten har ofta bara intresse för den egna vårdcentralen och därför ser det lite väl pretentiöst ut när resultaten alltför ofta publiceras i än den ena eller andra tidskriften.

Resultaten blir dessutom ofta de man hade förväntat sig. Kunskaperna är nu bara lagda på en högre vetenskaplig nivå, nu när man kan chi-2 testa och har "lilla p" till förfogande.

Dessa enkäter tillsammans med andra myndigheters frågvishet, ("Var sov du i natt?", "Hur mår Du i Sverige?", "Har Du kakel i badrummet?" "Ämnar Du vara sjukskriven även efter denna sjukskrivningsperiod?") börjar göra folk lätt allergiska mot enkäter. Vredesutbrott, fobier och paranoia reaktioner har noterats i befolkningen. Finns man dessutom med i hundratals dataregister och vi därtill finns med i landsomfattande diagnosregister spridda till administration och politiker och eventuellt till diverse myndig-

hov av långvård, sjukhem eller demensvård. Samtidigt blir vi då så jobbiga att sköta att vår likaledes åldrige respektive inte kan förväntas ta hand om oss och minst hälften av oss är ju till sist ensamstående! Naturligtvis är de nya tankarna avseende aktivering, utnyttjande av kvarvarande funktioner och så vidare helt riktiga men att avveckla SMHI som tillsynsform är en helt annan sak. Särskilt angeläget är det att vårdformen finns kvar på de orter som inte har någon annan sluten vårdform, bättre gäst på hemorten är patient på centralorten. Måhända borde små sjukvårdsavdelningar inrättas på SMHI om nuvarande funktion för dessa sämst ställda gäster anses inadekvat.

Författarpresentation:

Lars Agréus*, distriktsläkare vid SMHI, Tallparksgården, Öregrund.

Ann-Marie Eriksson, föreståndare SMHI.

Kerstin Johansson, receptarie, apotekschef, Öregrund.

Ann-Marie Nordlund, biträdande föreståndare, SMHI.

*Postadress: Vårdcentralen, Östhammars sjukhus, 742 00 ÖSTHAMMAR
Telefon 0173-109 20

heter kan man förvänta att folk är direkt negativa till undersökande frågeformulär. Även ur epidemiologisk synvinkel är detta ett problem med förväntat fallande svarsfrekvens direkt korrelerad till en ökande enkätfrekvens, där orsaken torde sökas i människors upplevda hot mot sin integritet.

För att utröna befolkningens attityd till enkäter har en enkät sänts ut till 10 procent (200 personer) av befolkningen och slumpvis utvald genom länsstyrelsens register och efter vederbörligt tillstånd av datainspektionen. Genom en fiffigt konstruerad första fråga besvarades samtliga enkäter och något påminnelsebrev behövde därför aldrig utsändas. Utskicken var naturligtvis kodade men avkodifierades när insamlingen och resultaten var klara. Frågorna var få och välformulerade för att få personerna att välvilligt medverka och besvara samtliga frågor. Många enkäter är annars så späckade med frågor att man som proband gärna kastar alltihop i papperskorgen i ren förtvivlan. Någon ålders- eller könsindelning har ej gjorts.

Frågor och svarsfrekvens framgår nedan:

FRÅGA 1

Varför vill Du inte svara på denna enkät?

- | | |
|--------------------------|---------|
| a) Jag svarar av princip | 76 pers |
| inte på enkäter | |
| b) Har inte tid, sitter | |
| just med en | |
| annan enkät | 23 " |
| c) Det är något lurt med | |
| de här numren uppe i | |
| högra hörnet | 25 " |

Kommentar

Av princip tycker man alltså att det är något lurt med att besvara enkäter. Det tycker 124 personer eller 62 procent. Denna fråga var ställd för att fånga in de så kallade "non responders" och som i alla enkäter brukar ställa till trasel.

FRÅGA 2

Vad tycker Du om denna enkät?

- | | |
|------------------|----------|
| a) Våldans kul | 124 pers |
| b) Tankeväckande | 36 " |
| c) "Super,, | 40 " |

Kommentar

Våldans tankeväckande att så mycket som 20 procent tycker vår enkät är "super". Vi är glada över att enkäten fått ett sådant gensvar, särskilt i belysning av fråga 3 (se nedan).

FRÅGA 3

Vad tycker Du om enkäter i allmänhet?

- | | |
|--------------|----------|
| a) Illa | 100 pers |
| b) "Nja" | 1 " |
| c) Inte alls | 99 " |

Kommentar

Nja-svaret är ej signifikant (chi-2 te-

stat). Frågan är central och svaren måste inge farhågor hos enkättyrkande epidemiologer.

FRÅGA 4

Vilken färg vill Du att vi skall ha på väggarna i vårt väntrum?

- | | |
|----------|---------|
| a) Gul | 25 pers |
| b) Blå | 25 " |
| c) Röd | 25 " |
| d) Grön | 25 " |
| e) Svart | 25 " |
| f) Brun | 25 " |
| g) Vit | 25 " |
| h) Lila | 25 " |

Kommentar

Uti från detta svar har landstingets arkitekt beslutat om att måla väntrummet grått, riksgenomsnittet har annars en aningen gråare färgton. Frågan avsåg annars att i en förtäckt form försöka utröna politisk hemvists betydelse för enkätmotstånd. Fördelningen är uppseendeväckande.

FRÅGA 5

Har Du för hög skatt?

- | | |
|----|----------|
| Ja | 200 pers |
|----|----------|

Kommentar

Inte heller denna fråga är således utslagsgivande avseende enkätattityd. Svarsfrekvensen är identisk med riksgenomsnittet.

Sammanfattning

Tyngda av höga skatter anser den grå massan av princip att det är något lurt med enkäter som är våldans tankeväckande. Attityden till enkäter är starkt avhängigt frågornas utformning, vilket denna enkät visar där vi har fått ett 100-procentigt svarsutfall. Vikten av att ställa ett starkt begränsat antal relevanta och väl formulerade frågor med klara svarsalternativ och som engagerar probanderna bör understrykas. Däremot kan man starkt ifrågasätta om värdet av denna enkät är sådant att publicering skulle ha skett. Utrymmet för ytterligare enkätpublikationer är dock litet för en tid framöver i väntan på att mindre enkät-trötta generationer har vuxit upp.

Doktor A A-son
Doktor B B-son
Doktor C C-son
Doktor E D-son
Doktor F F-son
Doktor G G-son
Doktor H H-son
Doktor I I-son, nu gästforskare i Yamana, Japan.

genom
Bertil Hagström

Författarpresentation:

Bertil Hagström, distriktsläkare.

Postadress: Hälsocentralen, Magasinsgatan 25,
812 00 STORVIK
Telefon 0290/112 20

Läroplan för specialistutbildning i allmänmedicin. Ett nödvändigt stöd för kvalitetsbevakning av utbildningen

ULF MÅWE

Den nya allmänmedicinutbildningens kvalitetsbevakning är i hög grad överlämnad till den enskilde allmänläkaren och dennes handledares kvalitetskrav/ambitioner. Utifrån ställs inga andra krav än genomförda tjänstgöringsperioder. Resultatet hänger alltså på FV-läkarens och handledarens intresse, engagemang och inte minst ork samt handledarens kompetens. I den hårt prioriterade allmänmedicinska vardagen torde risk för svikt på något av dessa områden vara påtaglig med påföljden att allmänmedicinutbildningens kvalitet nedprioriteras. Utifrån kommande stöd borde vara en självklarhet och då inte bara i form av luftiga antydningar om utbildningsinnehållet. En läroplan skulle kunna formuleras så att det blev ett sådant stöd. Läroplanen skulle lämpligen kunna bygga på ett lokalt förankrat och politiskt beslutat tjänstgöringsprogram. För att bidra till utvecklingen presenteras här en läroplan från Luleå-Boden som underlag till en fortsatt diskussion. Skall en gemensam rikstäckande läroplan tas fram?

Nyckelord: Allmänmedicin, efterutbildning.

Avgörande för primärvårdens utrymme i det svenska sjukvårdssystemet är den medicinska kompetens som allmänmedicinen utvecklar.

Med en kompetensutveckling som erhåller såväl länssjukvårdens som befolkningens, inklusive patienternas respekt och förtroende, kan primärvårdssatsningen bli mer än bara ett övergående pendelslag i tiden.

För det krävs att vi utvecklar allmänläkarkärens professionalitet. Här har statsmakterna lämnat oss nuvarande allmänmedicinare, till stora delar, i

sticket. Handledarna skall bevaka kvalitén på FV-utbildningen i allmänmedicin utan metod, resurs och uppföljningshjälp. Utbildningen saknar slutkrav som examen, examensarbete och så vidare. Statsmakterna har bjudit allmänmedicinaren summa en handledningsvecka. Ingen återkommande systematiserad genomgång om mål och medel. Inget stöd hur man skall entusiastiskt och intresserat beskriva, redovisa den spännande yrkesrollen för sin FV-läkare. Inget stöd för hur mycket tid som i allmänmedicinarens hårdprioriterade vardag skall satsas på handledningen. Inget stöd för hur man skall systematisera, konkretisera sin handledningsvardag. Våra egna experter får i motvind tillåtelse att göra små tjänstgöringsprogram som Socialstyrelsen i sin nåd försiktigt rekommenderar huvudmännen, men bryr sig inte om att följa upp.

Vi har lärt oss leva med det dåliga stödet för primärvårdsutveckling centralt ifrån. Pratad och velat primärvård har ju statsmakterna gjort sedan 40-talet, men resultatet...

Det banbrytande beslutet om en med andra specialiteter likvärdig specialistutbildning i allmänmedicin såg dagens ljus 1981. I och med det har vi lokalt envist arbetat med den ramen, målet och medlen för en kvalitativt god allmänmedicinutbildning. Motvind har då lokalt här i landstinget inte förelegat – tvärtom har det funnits ett politiskt och tjänstemannamässigt stöd för våra expertsynpunkter. Motståndet har i stället till viss del legat i vår egen organisation, hos oss själva. Det vill säga på planet "får vi/kan vi verkligen i vår hårt prioriterade allmänmedicinska vardag satsa tid på FV-läkarna". Detta korttidsperspektiv med tankar i första hand på ytterligare några patienter till (för att vinna befolkningens förtroende). I andra hand lite mer tid för utredning, behandling av våra stamkunder, de kroniskt sjuka (för att vinna patienternas förtroende), till exempel. I tredje hand – lite mer tid för samarbete med distriktssköterskor, mottagningsköterskor, distriktssjuk-

gymnast för att utvidga möjligheten till delegation och samarbete.

Att i detta läge hålla upp långtidsperspektivet: "Underläkaren som sliter här vid min sida (eller när jag är borta på olika uppdrag, hälsovård och så vidare) skall ha en specialistutbildning för att klara av just denna vardag med hög professionell förmåga under kanske 30–35 år. kan kännas svårt". Tankar som: "Man lär sig bäst av patientarbete och annat praktiskt arbete" kan då ligga snubblande nära och verka avtrubbade på den intellektuella entusiasm för sin profession, sin handledarroll.

En ram behövs för hur tjänstgöringen skall vara organiserad. Vidare en klar målbeskrivning och konkret beskrivning av medlen för utbildningen. Systemet måste fungera med automatik och får inte påverkas av en liten allmänmedicinsk kårs utbränningsgrad.

Jag tror att det finns anledning för oss som vill se en väl fungerande primärvård i framtiden att noggrant tänka igenom vad vi kan göra inom de ramar som finns och samtidigt verka för lämpliga förändringar av dessa ramar.

Min något pessimistiska uppfattning är att vi allmänmedicinare inte klarar att arbeta med den entusiasm och energi som krävs i handledningssituationen. Därmed menar jag att det är nödvändigt med ett kontrollsystem/examen, projektarbete (1)/av utbildningseffekterna.

Vi har i avvaktan på förändringar av den yttre ramen sett på vad som går att göra inom den befintliga.

Politiskt beslutades (2) 1981 att en huvudhandledare skulle utses med uppdrag att ha ett övergripande utbildningsansvar och vara den som måste ta ställning till om en klinik eller vårdcentral klarar av sin utbildningsuppgift, behöver någon form av hjälp eller helt enkelt inte kan utnyttjas. Huvudhandledaren har också en sammanhållande funktion mellan de personliga handledarna, överblick att den lokala undervisningen fungerar, inblick i eventuella projektarbeten med mera.

1982 upprättades och politisk beslu-

tades om ett lokalt tjänstgöringsprogram (3) utifrån Socialstyrelsens PM 12/82 (4).

Det självklara nästa steget var sedan att upprätta en handling som specificerar kvalitetsmålet och medlen – en läroplan (november 1983).

Om och till vilken grad vi har varit följsamma till läroplanen återstår att visa. Det är heller inte för att redovisa sådana effekter denna artikel publiceras.

Presentation i detta sammanhang syftar till att som vårt bidrag vara utgångspunkt till den diskussion som enligt mitt förmenande må utmynna i gemensam svensk läroplan i allmänmedicin.

Läroplan för specialistutbildning i allmänmedicin Luleå-Boden

Med utgångspunkt från och med de förutsättningar som ges i regeringens beslut om en specialistutbildning i allmänmedicin, ett underlag till tjänstgöringsprogram som Socialstyrelsen gjort samt det politiska beslutet avseende allmänmedicinutbildning i Luleå-Boden, följer här en läroplan i allmänmedicin.

Alla läkare, oavsett vilken specialistutbildning man sedan fortsätter med tjänstgör sex månader vid vårdcentral under allmäntjänstgöringen (AT). Avgränsningen av allmäntjänstgöringen mot tjänstgöringen för att erhålla specialistkompetens i allmänmedicin (FV) är i detta sammanhang nödvändig.

Allmäntjänstgöringen

Gemensamt introduktionsprogram
Ett övergripande introduktionsprogram genomförs initialt.

Lokalt introduktionsprogram för AT

Ett lokalt introduktionsprogram, som är anpassat till varje vårdcentral, ingår i detta eller följs av detta.

Första veckan

Första veckan planeras lika rigoröst som en kandidatvecka.

Checklista

Under introduktionsveckan upprättar AT-läkaren tillsammans med den ordinarie läkare, som han/hon är knuten till, en checklista. Checklistan mångfaldigas så att tidsbokningen sker enligt denna och på ett sådant sätt, att den täcker tjänstgöringstiden och väl hinns med.

Vårdcentralens lokala vårdtraditioner

Det är viktigt att introduktionen omfattar en systematisk genomgång av vårdcentralens rutiner vid ett eller flera tillfällen. Särskilt angeläget är vårdcentralens lokala vårdprogram.

Handledning en halv timme/vecka

Varje vecka avsätts en halv timme där den ordinarie distriktsläkaren och AT-läkaren går igenom mer övergripande behandlingsrutiner.

Patientrelaterad litteratur o dyl 1/timme/vecka

En lämplig dimensionering för fördjupade studier i litteratur eller motsvarande avseende aktuella patientfall är en timme/vecka.

10–13 pat/dag 1:a mån,

15 pat/dag 2:a mån, sedan samma som övriga läkare

Riktlinjer för bokning för exempelvis första månaden:

– 30 minuter/patient, alltså maximalt 10–13 patienter/dag,

andra månaden:

– 20 minuter/patient, det vill säga maximalt 15 patienter/dag,

därefter:

– samma rutiner som övriga läkare bör kunna gälla.

Föreläsningsserie lokala vårdprogram

Vissa behandlingsprinciper är gemensamma för Luleå-Boden och är väl kända för de läkare, som har arbetat i området ett tag. Det är därför lätt att glömma att grundligt gå igenom detta med nya läkare. Ett gemensamt utbildningssystem på detta område för alla AT-läkare skall finnas.

Försäkringskassan har en dag för gemensam information.

Studiebesök vid någon företagshälsosvård.

Apoteksbolaget med informationsapotekaren har en utbildningsserie.

Specialistutbildning i allmänmedicin

Målet

Målet med utbildningen i allmänmedicin är:

att utbilda specialister i allmänmedicin, som kan handlägga oselekterade, upplevda medicinska problem och ansvara för hälсотillståndet i en avgränsad befolkning.

Målet kan brytas ned i olika kunskapsområden:

– Kunskap om det inflytande som psykiska och sociala faktorer har på befolkningens hälsotillstånd samt kännedom om möjligheterna att påverka miljön inom det egna avgränsande ansvarsområdet.

– Kännedom om sjukdomspanoramat i primärvården samt därmed sannolikheten för olika sjukdomars förekomst.

– Kunskap om de vanliga sjukdomarnas naturalhistoria samt en viss epidemiologisk kunskap som skall kunna appliceras på den egna verksamheten.

– Kunskap om "egenvård".

– Kunskap om befolkningens uppfattning om hälsa och sjukdom och den inverkan som olika samhällsförhållanden har på denna uppfattning.

– Kunskaper om lagstiftning och författning av betydelse i primärvården.

– Kunskap om primärvårdens administration och speciella vårdplanering.

– Kunskaper om primärvårdens metoder och förutsättningar att, inom ramen för vårdprogram eller andra givna

resurser, handlägga olika sjukdomstillstånd.

– Kunskap om olika yrkesgrupper i primärvården samt färdighet att samarbeta i primärvårdens olika vårdlag.

– Överblick över hela vårdapparaten med möjlighet till optimalt utnyttjande av specialiserad vård.

– Kunskapen om hur erfarenheter inom ovan beskrivna område omsättes i preventiva åtgärder och därvid särskilt kunna vad som ligger inom allmänmedicinen och vad som skall förmedlas till andra grupper, exempelvis myndigheter, för åtgärd.

– Kunskaper om vad som krävs för att ändra en människas livsstil.

– Kunskap om hälsoupplivningsverksamhet riktad såväl till enskilda individer som grupper av individer.

– Kunskap om tidsfaktorns betydelse i relation till diagnostik och terapi.

– Färdighet att arbeta problemorienterat med sammansatta problem, där såväl psykiska som psykologiska som sociala faktorer beaktas både vid diagnos som terapi.

– Färdighet att värdera de vaga och diffusa symptom och att rationellt använda disponibla resurser vid dessa tillstånd, liksom – att vid dessa tillstånd – kunna göra en prognostisk bedömning.

– Kunskap om hur de personliga relationerna inom familjen eller gruppen kan framkalla ohälsa och förändra symptom bilden.

– Förmåga att sätta sig in i patientsituationen för att gradvis bygga upp en god patient–läkarrelation.

– Insikt i att det föregående är en av förutsättningarna för det långsiktiga vårdansvaret och att det har stor betydelse för såväl diagnostik som terapi.

– Kunskap om allmänmedicinens speciella forskningsområden och forskningsmetoder.

Kunskapens praktiska tillämpning

Utbildningen skall utveckla läkarens förmåga att kritiskt värdera kunskap. Detta särskilt i den praktiska tillämpningen vid mötet med patienten, där kommunikation, tolkning och bedömning sker.

Medel

Huvudmedlet under utbildningen är den kliniska tjänstgöringen, som hela tiden ger praktisk erfarenhet och därmed underlag till utbildningen. Alla moment, som har att göra med ett individorienterat arbetssätt, enligt ovanstående mål, får man underlag till i sitt patient–läkararbete. I det arbetet får man också ett visst underlag och därmed kunskap om det område, som man arbetar i och dess befolknings hälsotillstånd. Metoden är indirekt och den områdeskunskap som eftersträvas, måste kompletteras med annan information.

Personlig handledare

Den pedagogiska huvudmetoden är en, så vitt möjligt, processorienterad

handledning. Medlet syftar till att utveckla ett reflektivt arbetssätt och hela tiden fördjupa läkarens insikter under en dynamisk pedagogisk process. Den enda person, förutom underläkaren själv, som har ett individuellt ansvar för kvalitén på utbildningen, är den personlige handledaren.

Kvalificerad utbildning för att klara uppgiften som handledare krävs och för närvarande är flertalet av Norrbottens distriktsläkare kompetenta att vara handledare.

Balintträning

En av de svåraste bitarna i läkarpatientarbetet är att förstå/nå patienten. Det vill säga, hur skall man bete sig i sin läkarroll för att på bästa, snabbaste och enklaste sättet nå fram till det som egentligen är patientens problem?

Detta kräver många gånger ett arbete med att förändra sitt personliga förhållningssätt. Denna typ av förändringsarbete är påtagligt svårt att ge handledning i. Här visar nationell som internationell erfarenhet att den träning, som sker i så kallad "Balint-form" är en god pedagogisk modell.

Varje FV-läkare skall, under sin utbildningstid, delta i "Balint-träning".

Seminarier

Under utbildningstiden är ett viktigt moment att ha klart för sig målet och medlen. FV-läkaren skall därför ha möjlighet att delta i seminarier. Seminarierna inleds med något moment av utbildningen, som sedan analytiskt diskuteras utifrån den praktiska erfarenhet man har av detta avsnitt/denna metodik. I seminarierna deltar ofta inbjudna föreläsare.

Föreläsningar

När ett ämne lämpar sig väl för katedral föreläsning, eller det finns en förefrågare som med skicklig förmåga kan hålla åhörare fängslade, kallas FV-läkarna till katedral undervisning. Detta lämpligen ett tiotal gånger per år.

Allmänmedicinskt bibliotek

Ett väl fungerande allmänmedicinskt bibliotek skall finnas vid varje vårdcentral för att göra det möjligt att direkt bedriva självstudier i samband med mottagning. Den rekommenderade omfattningen av biblioteket kommer senare att komplettera läroplanen.

Projektarbete

Under utbildningstiden gör varje FV-läkare ett projektarbete. De yttre ramarna och meningen med projektarbetet beskrivs i bilaga.

Litteraturstudium 2 tim/vecka

FV-läkarens litteraturstudium omfattar lämpligen upp till cirka två veckotimmar.

Handledarkontrakt

Inledningsvis, under FV-bloket, upprättas mellan handledaren och FV-läkaren ett handledarkontrakt. Modellen för detta finns som bilaga och är framtagen av distriktsläkare i Norrbotten under handledarutbildningen.

Checklistor

För varje tjänstgöringsavsnitt upprättas en checklista. För de flesta kliniker finns en mall. Denna checklista genomgås, upprättas och stäms av mot den som är planeringsansvarig under utbildningstiden på respektive klinik/vårdcentral. Varje handledare svarar för att underläkaren har – vid start på kliniken/vårdcentralen – upprättat en checklista och gjort detta i samförstånd med klinikchef/vårdcentralschef och därefter, under tjänstgöringens gång, noterat olika moment som har skett.

Avslutande bedömning

Avslutningsvis, i samband med uppföljningen av tjänstgöring vid klinik/vårdcentral, samlas checklistorna för alla avsnitt ihop och bildar tillsammans med projektarbete de handlingar som tyder på en utbildningsaktivitet under allmänmedicintjänstgöringen.

En skriftlig bedömning av FV-läka-

rens utbildningsperiod görs därefter av handledaren med stöd av huvudhandledaren med syfte att beskriva otillfredsställande genomgångna avsnitt, som FV-läkaren till exempel kan rekommenderas följa upp under sin fortsatta vidareutbildning.

Referenser:

1. Måwe Ulf: Intellectuellisera läkarutbildningen. Läkartidningen 1981;78: 4335.
2. Luleå-Bodens direktionens beslut 1981-12-17 § 260.
3. Luleå-Bodens direktionens beslut 1982-09-30 § 291.
4. Socialstyrelsens PM 12/82: Specialistutbildning i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram.

Författarpresentation:

Ulf Måwe, chefläkare och som del i det uppdraget huvudhandledare Luleå-Boden. Distriktsläkare vid Mjölkkuddens vårdcentral.

Postadress: Mjölkkuddens vårdcentral, 951 57 LULEÅ

Kombinerade forskar-distriktsläkartjänster i Jämtlands län

För att aktivera FoU-verksamheten och om möjligt stimulera rekryteringen av allmänläkare har landstinget i Jämtlands län inrättat två kombinerade forskar-distriktsläkartjänster.

Tjänsterna är så konstruerade att vederbörande doktor under en treårsperiod årligen arbetar 9 månader, inklusive semester, som distriktsläkare och resterande tre månader bedriver forskning. Lön utgår givetvis för hela året och någon speciell forskningsinriktning finns inte angiven. Eftersom det på goda grunder kan antas att forskningen måste försiggå i anslutning till någon institution så har landstinget sagt sig även vilja stå för de externa kostnaderna som kan uppstå till följd av detta.

Tjänsterna är preliminärt placerade i Hoting och Bispgården, två små och relativt lättarbetade distrikt. Ur potten för rekryteringsbefrämjande åtgärder har dessutom ett extra lönetillskott på 5.600 kronor per månad lagts på de båda tjänsterna.

Hjälpmedel vid behandling av patienter med psykosomatiska besvär

ATLE WOHRM

I allmänpraktik ser vi ofta att patienter med psykosomatiska besvär och psykisk överansträngning är blockerade och ofta är ovetande om orsakerna till problemet. Författaren arbetar på Jourcentralen, Annedalskliniken i Göteborg, som får sina akuta patienter från hela Göteborg via Sjukvårdsupplysningen. Tillsammans med Sonja Johnsson har författaren konstruerat ett bildmaterial som sedan hösten 1983 till våren 1985 användes på 529 patienter eller drygt 10 procent av jourpatienterna. 441 patienter hade psykosomatiska besvär. Man registrerade det primära psykosomatiska symtomen samt det primära problemet bakom symtomet. På det sättet fick man en uppfattning om de vanligaste psykosomatiska problemen samt orsakerna. För läkaren kändes det lättare och snabbare att arbeta med ett bildmaterial och patienten tyckte det var skönt att få en modell och ett bildmaterial som underlättade förståelsen för hur problemet hade uppstått och få hjälp med problemlösningen.

Nyckelord: Psykosomatiska sjukdomar, behandling, primärvård.

Introduktion

Vid 2:a Nordiska kongressen i Allmänmedicin, Bergen 1982 diskuterade danska läkare ingående patienter med psykosomatiska besvär och hur man bättre skulle kunna hjälpa dem. Jag fick sedan nöjet att gå en omfattande kurs i pedagogik för distriktsläkare i Hjo och började fundera på om man skulle kunna hjälpa patienter med psykosomatiska besvär på ett bättre sätt, med hjälp av pedagogiska bilder eller teckningar. Idén var att man möjligen kunde bryta patienters blockeringar och eventuellt få en bättre patientkontakt med hjälp av bildspråk.

Jag beskrev sedan för tecknaren Sonja Johnsson på Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg hur bilderna skulle

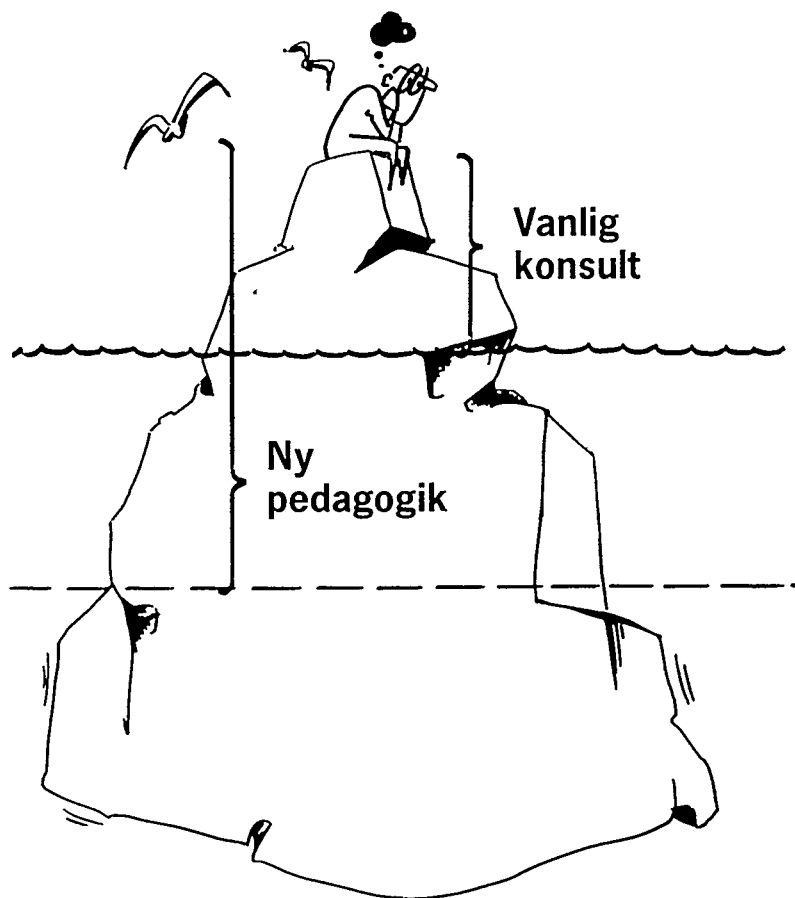


Bild I.

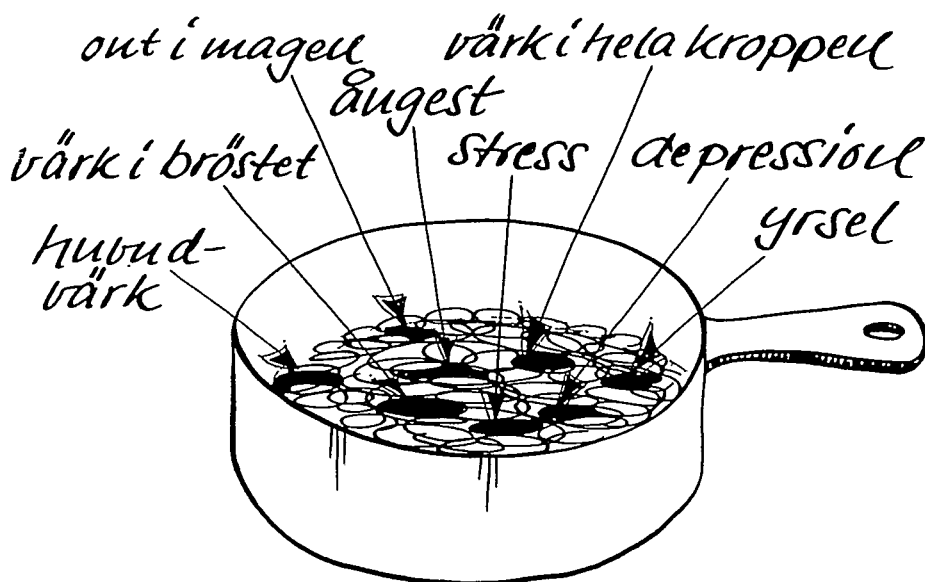


Bild II.

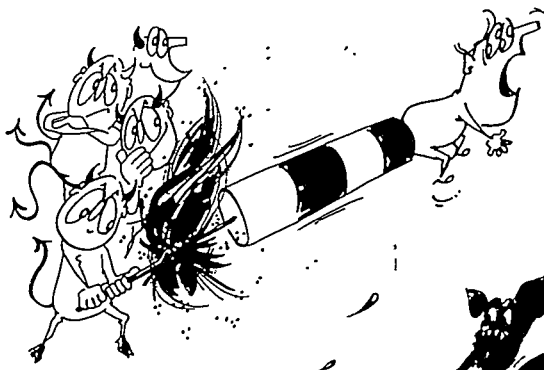


Bild III.



Bild IV.

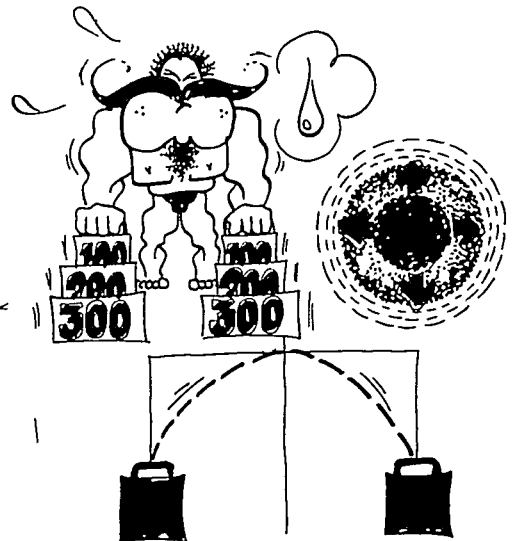


Bild V.

se ut och hon gjorde en del stordia som jag sedan har använt.

Vid den 3:e Nordiska kongressen i Allmänmedicin, Tammerfors 1983, diskuterades några av dessa bilder i samband med hälsouppllysning (1).

Målsättning

Min målsättning har varit att med hjälp av mitt bildmaterial komma djupare ned i patientens problematik. (Bild I).

I huvudsak gäller detta problem eller oro, där pedagogiken kunde vara till hjälp. Vidare har jag velat ta reda på vilka psykosomatiska symptom som är de vanligaste och bakomliggande orsak till dessa.

Metod

Under tiden 19/9 1983–21/5 1985 användes bildmaterial på alla patienter där man misstänkte att patienten kunde ha nytta av pedagogiken och bild-

material. En del patienter som ringde Sjukvårdsupplysningen tel 415500 och behövde en läkare akut blev vidare remitterade samma dag till Jourcentralen, Annedalskliniken. Patienten genomgick en traditionell läkarundersökning med provtagning vid behov. När man misstänkte psykosomatiska besvär konfronterades patienten med bilden av en tryckkokare med ömma punkter. (Bild II.)

Tryckkokaren representerar det inre nervsystemet. Alla har en kokare som ger signaler eller varningar när vi av en eller annan anledning kommer bort i våra ömma punkter eller ärr. Någon har till exempel ont i magen som sin ömma punkt, andra får stick i bröstet eller huvudvärk.

Nervsystemet (Bild III) känner de ofta som om de har ett gäng smådjävar som sätter en raket i ändan på det och fyrar av. Eller de mår som en räv på råvjakt (Bild IV).

Primärvårdsproblemet blir därför vilka smådjävar eller hundar och rytare det är som irriterar nervsystemet och ger oss signal.

Poängen är att *angripa orsaken och inte symtomet*.

Vidare konfronterar man patienten med bilden av en viktlyftare som lyfter, patienten tål en viss vikt och när vi lyfter över vårt maximum (Bild V) viker nervsystemet sig och man får signal eller symtom från nervsystemet.

Sedan får patienten en rad bilder hur man tar ut spänningar i ärr. Sätter klockan en 1/2 timme tidigare på morgonen så får man en lugn frukost och kommer till jobbet 10 minuter före arbetets början i stället för 5 minuter efter med hjärtat i halsen (Bild VI). I stället för psykosomatiska besvär i kokaren kan man ta ut spänningen som svett under armarna (Bild VII). Allt måste dock tagas med en nypa salt. En patient som har 7 kontokort och en lön



Bild VI.



Bild VII.



Bild VIII.



Bild IX.

på 5.000 kronor/månad med ränteutgifter på kontokorten på 6.500 kronor/månaden kan inte springa ifrån sina problem.

Andra alternativ till hur man tar ut spänningar eller laddar upp nervsystemet är förslag på olika hobbies och aktiviteter (Bild VIII). Den viktigaste bilden i denna bildsvit är den som visar att det är viktigt att bara kunna sitta på ändan och vara sig själv. Man måste kunna ta det lugnt och koppla av och ibland känna sig som en "manet i havet" – motpol till bild III och IV.

Vidare tar man fram bilden på Sokrates. Man får inte arbeta för mycket, ej heller för lite. Lagom är bäst. (Bild IX.) Tar man i för hårt, kan detta leda till psykisk överansträngning – nervkollaps (Bild X). En annan bild som berättar samma sak är patienten som springer skidstafett i Falun och springer alla 4 sträckorna själv (Bild XI). Vidare är det mycket viktigt att man pratar om problemen med varandra så att vi inte har vattentäta skott mellan oss. Vi mår bättre av att prata med varandra och höra att andra har samma eller liknande problem (Bild XII).

Resultat

Av 5.026 patientbesök under tiden 83-09-19–85-05-21 användes bildmaterialet av undertecknad på 529 patienter eller 10,5 procent. Många patienter är återbesök men pedagogiska bilder har använts bara vid första tillfället och man har sedan refererat till bilderna. 84 procent eller 441 hade psykosomatiska besvär (se tabell I).

Av de utgående 16 procenten var nästan 5 procent organiska "missar" – patienterna hade symtom som var orsakade av virus, allergi eller infektioner (se tabell II). Materialet användes vidare på en del

patienter med organisk sjukdom för att hjälpa patienter att lättare förstå hur hon reagerade på sitt problem.

Vidare fanns neuros, depression, akut kris och panikångest i materialet (se tabell I).

Tabell I
visar ett patientantal på totalt 529 varav 441 patienter med psykosomatiska besvär och 86 patienter utgår ur materialet.

	Kvinnor	Män	Totalt	%
Psykosomatiska besvär	332	109	441	84,0
Utgår	64	22	86)	
Saknade kort	0	0	2)	16,0
Organiska "missar"	16	8	24)	4,5
Neuros-Depression	16	8	24)	4,5
Akut Kris-Panikångest	4	1	5)	0,9
Org sjukdom-Ped hjälp	16	4	20)	3,8
Misshandel	8	0	8)	
Rökavvänjning	4	0	4)	
Alkoholproblem	0	1	1)	2,3

Tabell II.
Specifikation av organiska "missar".

Viros	
5 Trötthet	- Viros
5 Yrsel	- Viros
2 Vark i bröstet	- Viros
3 Vark i bröstet	- Viros (Bornholm)
1 Vark i hoft	- Ledbesvär efter viros
1 Upprep halsont	- Kronisk viros
Ergonomi	
3 Ryggvark	- Sneda arbetsställningar
Allergi	
1 Upprep förkylningar	- Allergi
1 Klåda	- Psoriasis
1 Vark i testiklarna	- Testis inflammation
1 Huvudvärk	- Trauma/slag mot huvudet

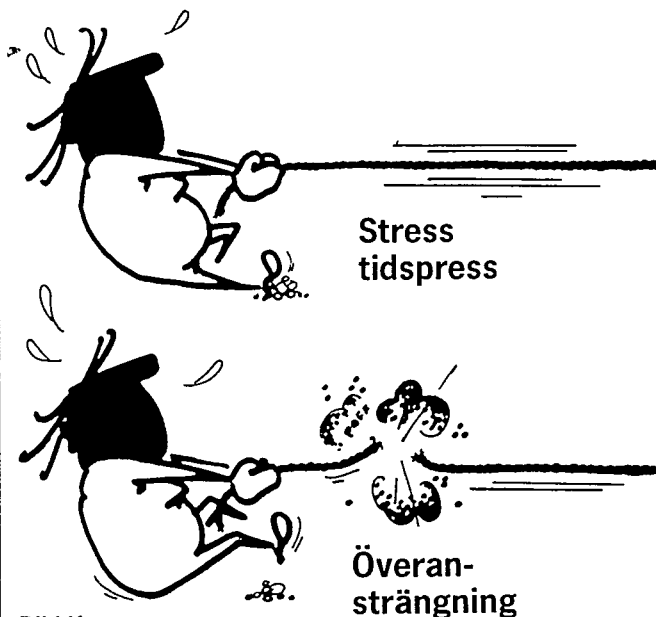


Bild X.

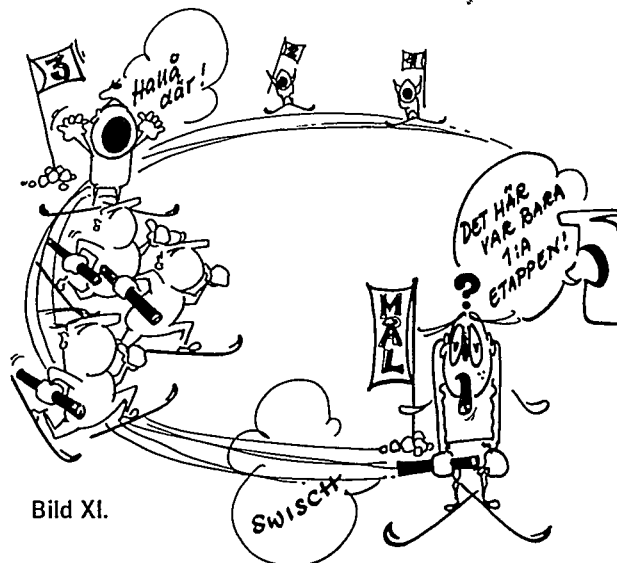


Bild XI.

Av 441 patienter med psykosomatiska besvär var 332 kvinnor och 109 män. 33 procent hade magbesvär, 10 procent huvudvärk, 9 procent yrsel, 8,5 procent trötthet och 7 procent värk i bröstet.

Sammanlagt noterades hela 29 olika psykosomatiska symptom (se tabell IV).

Med hjälp av bildmaterialet tog man fram primärproblem bakom det psykosomatiska symptomet. I 19 procent fann man en psykisk huvudorsak. 16 procent var relationskonflikter och 65 procent var yttre belastning där stress, psykisk överbelastning eller tidspress dominerade (tabell V).

I de allra flesta fall är det en *blandning* av alla 3 grupperna. Vi har dock funnit det fruktbart att påvisa ett *primärproblem* eller ett huvudproblem som patienten måste bekämpa.

Diskussion

Senaste tiden har ett par intressanta publikationer sett dagens ljus. I Olof Nyréns doktorsavhandling (2) skriver författaren i sin konklusion att psykosociala faktorer är av stort värde hos patienter med gastrit och att studien av dessa mekanismer är befogad. I praktiskt kliniskt arbete bör den terapeutiska insatsen sättas in mot dessa psykosociala problem, istället för antagna förändringar i gastrointestinalkanalen.

Birgitta Vällfors har i sin doktorsavhandling precis samma uppfattning när det gäller ryggpatienter utan objektiva fynd (3). Ingemar Sjödin och Jan Svedlund (4) är inne på samma tanke och framhåller att behandlingen blir mera rationell och effektiv om såväl psykologiska som biologiska aspekter på etiologi och patogenes beaktas.

Problemet är hela tiden om symptomet är *organiskt* eller *psykosomatiskt*. I mitt material var det en patient med testikelinflammation som sökte i tidigaste laget och behandlades med bildmaterialet. Dygnet efter fick han dock

en testikelsvullnad. Hos patienten med huvudvärk visade sig denna vara orsakad av ett trauma. Bland patienter med värk i bröstet hade ingen infarkt. Man utredde dem alla med EKG, transaminaser etc akut. Psykosomatiker har ofta flera psykosomatiska symptom (2 sid 19) och man bör vara lite försiktig när en patient aldrig tidigare har haft andra psykosomatiska symptom.

Patienter med komplicerad familjeproblematik kan ha en ventrikeltumor (5). Patienter som blev klassificerade som psykosomatiker hade en plausibel psykosocial orsak bakom symptomet.

Det finns vidare andra i Sverige som arbetar bland annat med pedagogiska bilder, stress och kroppsspråk på ett mycket intressant sätt (6-7).

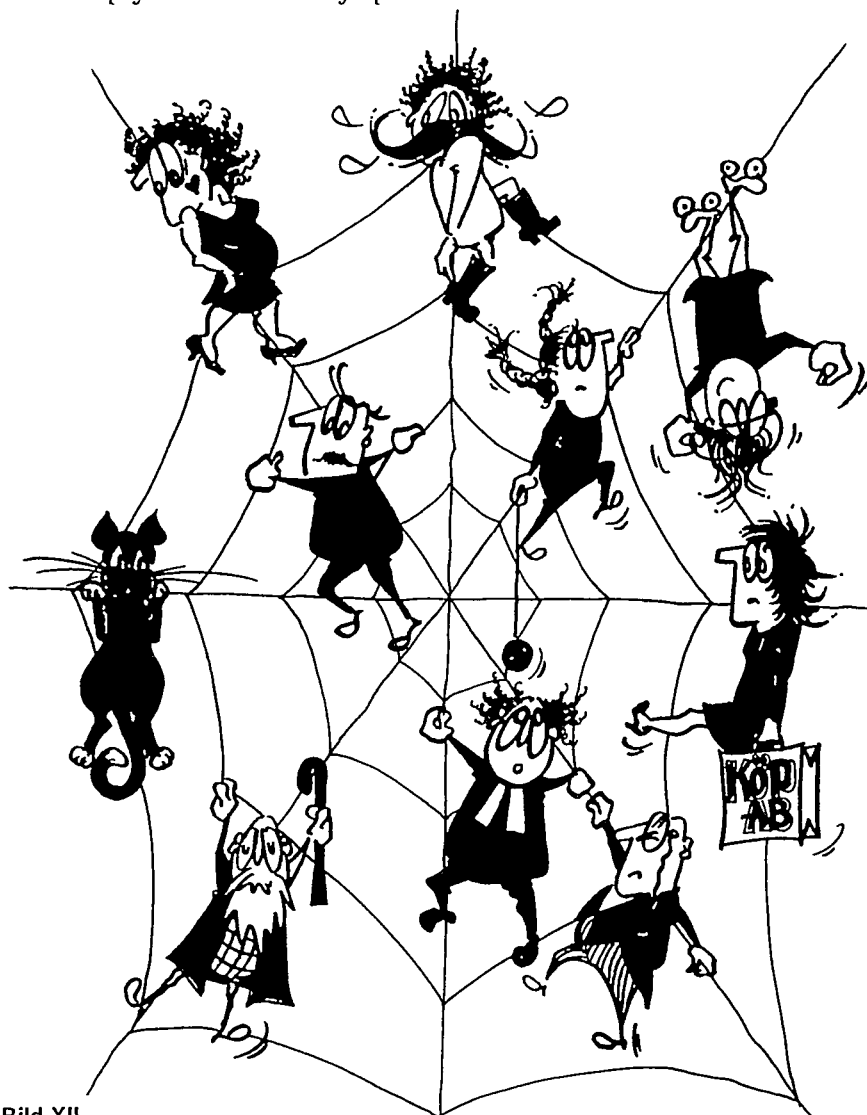


Bild XII.

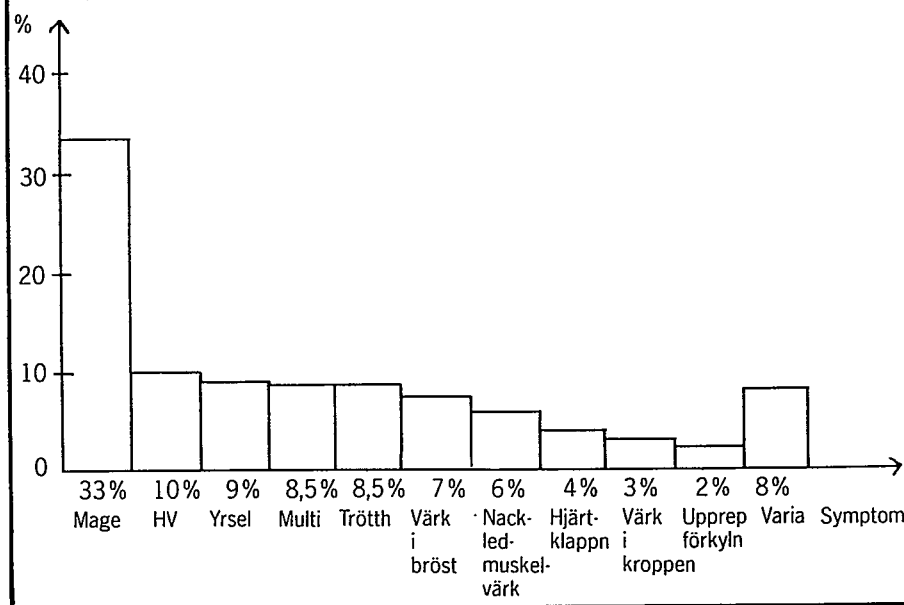
Tabell IV.
Det primära symptomet patienten sökt för.

	Kvinnor	Män	Totalt	%
Gastrit	75	29	104	33,0
Colon irritable	22	8	30	
Navelkolik	9	4	13	
Ulcus	2	0	2	
Värk Mac Burney	1	0	1	
Huvudvärk	41	3	44	10,0
Yrsel/Syncope	31	7	38	9,0
Flera symptom samtidigt	33	4	37	8,5
Trötthet	27	10	37	8,5
Värk i bröstet	16	16	32	7,0
Nackvärk	5	3	8	6,0
Ryggvärk	5	3	8	
Led och muskelsvärk	7	2	9	
Hjärtklappning	14	4	18	4,0
Värk i hela kroppen	11	3	14	3,0
Upprepade förkylningar	8	1	9	2,0
Varia				
Sömnlöshet	6	5	11	4,5
Andnöd	5	3	8	
Klåda	1	1	2	
Illamående	2	0	2	
Harkling/hosta	2	0	2	
Aptitlöshet/avmagring	1	1	2	
Globus	2	0	2	
Kissar ofta/sveda	1	0	1	
Gråtmildhet	1	0	1	
Ansiktsrodnad med mera	2	1	3	
"Borror" i huvudet	1	0	1	
Tryck i öronen	1	0	1	
Sveda i munnen	0	1	1	
	332	109	441	100%

Tabell V.
Primära problem bakom symptomen.

	Kvinnor	Män	Totalt	%
Psykiska orsaker				
Neuro	41	11	52	19,0
Utvecklingskris	10	5	15	
Depression	11	4	15	
Relationskonflikt				
Arbetet	28	4	32	16,0
Make/Maka	14	6	20	
Barn	3	0	3	
Förälder/släktning	8	1	9	
Svärföräldrar	1	0	1	
Separation/skilsmessa	1	2	3	
Yttre belastning				
Stress	60	22	82	48,5
Psyk överansträngning	81	17	98	
Tidspress	24	11	35	8,5
Kris	12	4	16	
Obearbetad kris	14	7	21	
Ekonomi	5	4	9	65,0
Barnens skilsmessa	3	1	4	
Pension/ensamhet	0	3	3	
Ensam förälder	4	0	4	
Arbetslöshet	2	2	4	
Felaktiva kostvanor	1	1	2	
Understimulering	3	1	4	
Oro	2	1	3	
Bostadsproblem	1	1	2	
Anhörig sjuk	2	0	2	
Barnlöshet	0	1	1	
Övervikt	1	0	1	
	332	109	441	100%

Tabell III.
Stapeldiagram över de vanligaste psykosomatiska symptomen.



Konklusion

Författaren tycker att han haft en god nytta av att använda pedagogiska bilder vid behandling av patienter med psykosomatiska besvär. Bilderna är något humoristiska vilket underlättar då patienten ofta är blockerad vid samtal. När patienten inte kan ange något yttre problem skall en ren organisk sjukdom misstänkas. Man bör oftare än vad som görs idag leta efter en bakomliggande orsak till patientens problem, en orsak som både patienten och hans läkare kan attackera. Patienten upple-

ver det oftast mycket värdefullt med en modell på hur de psykosomatiska besvärerna uppkommer. Med hjälp av pedagogiska bilder kan man också öka förståelsen hos patienten, för hur han själv genom friskvård och andra mentalhygieniska åtgärder kan försöka att lösa problemen och ta ut spänningarna i nervsystemet.

När det gäller gastriter bör man i framtiden gå mera bort från magsaften och istället koncentrera sig på de bakomliggande psykosociala problemen.

Litteratur:

1. Wohrm A: Pedagogiska bilder vid patientkontakt och undervisning. Utposten 1983 nr 8, 21-4.
2. Nyrén O: Non ulcer dyspepsia; Studies on epidemiology pathophysiology, and therapy. Acta Univ Ups, Abstracts of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 527, 34 pp, Uppsala, 1985.
3. Vällfors B: Acute, subacute and Chronic Low Back pain; Clinical symptoms, absenteeism and working environment. Department of Orthopaedic Surgery I, Sahlgren Hospital, University of Göteborg 1985.
4. Sjödin I, Svedlund J: Psykoterapi vid colon irritable och ulcus duodeni - effektivt komplement till medicinsk behandling. Läkartidningen, 1984;81:3813-18.
5. Månadens tabbe II: Utposten 1984;13:176.
6. Söderlund I: Företagshälsovården är specialist på människor som inte mår bra. Temadag 1/85 Psykosocial metodutveckling för personalchefer.
7. Söderlund I: Tankar Känslor Neuroser Psykosomatisk företagshälsovård 1984;1:22-4.

Författare:

*Distriktsläkare Atle Wohrm är överläkare på Jourcentralen och Sjukvårds-
upplysningen, Annedalskliniken,
Göteborg.*

Postadress: Jourcentralen, Annedalskliniken,
Änggården
413 46 Göteborg
Telefon 031-603081

poängen mot vad som kommer fram vid ett samtal.

* Vidare skulle detta kunna stödja vad man fann i studien över 1913 års män. Där visade det sig att de män som var gifta och hade goda vänner, i genomsnitt levde nio år längre, jämfört med dem som var ensamstående och inga vänner hade.

Upplevelsen av vår tillvaro är mycket individuell och det är detta som påverkar att "det inte alltid är så noga hur vi har det utan det beror på hur vi tar det".

Diskussion

Babels hus-modellen kan användas terapeutiskt så tillvida att beräkningen av kritiska händelser innebär ett terapeutiskt samtal. Dessa händelser går inte att ändra på men genomgången av dem underlättar för patienten att förstå sin situation och det blir lättare att få gehör för en behandlingsplan som ofta innebär förändringar av patientens levnadsvanor.

Utöver detta stödmaterial har vi diskuterat oss fram till olika råd som gäller:

- Kost/motion
- Förändringar av arbetssituationen
- Konfliktlösning
- Sociala aktiviteter
- Gränssättning

Remisser/intyg till

- Sjukgymnast
- Psykiatriker/terapeut, specialist
- Bostadsförmedling, arbetsförmedling

Konklusion

Vi tycker att med hjälp av *Babels hus-modellen* har man kunnat ge patienter med psykosomatiska besvär en mer adekvat behandling. Patienten kommer till insikt om problematiken bakom de symptom han sökt för. Detta leder förhoppningsvis till att han vid eventuella recidiv själv lättare kan förstå sina reaktioner och se kopplingen mellan kropp och själ, och därefter vidta de åtgärder som behövs för att må bättre.

Litteratur

Peletier Kenneth R: Stress. 1 uppl. Forum 1980.

Författarpresentation

Ulf Forshammar, distriktsläkare, Jourcentralen, Annedalsklinikerna, 41346 Göteborg.

Anna-Carin Johansson, beteendevetare, Jourcentralen, Annedalsklinikerna, 41346 Göteborg.

Atle Wohrm*, distriktsöverläkare, Jourcentralen, Annedalsklinikerna, 41346 Göteborg.

Diagram I

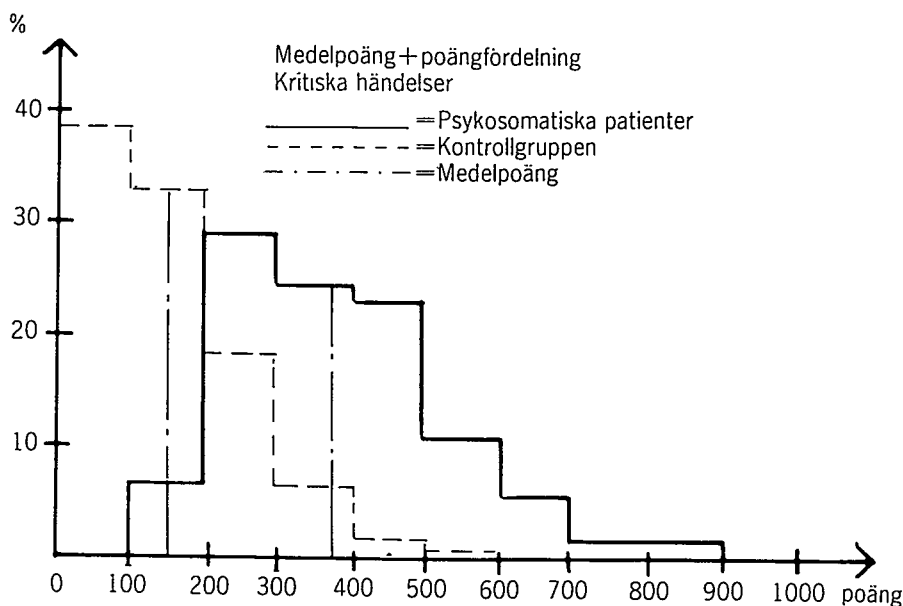
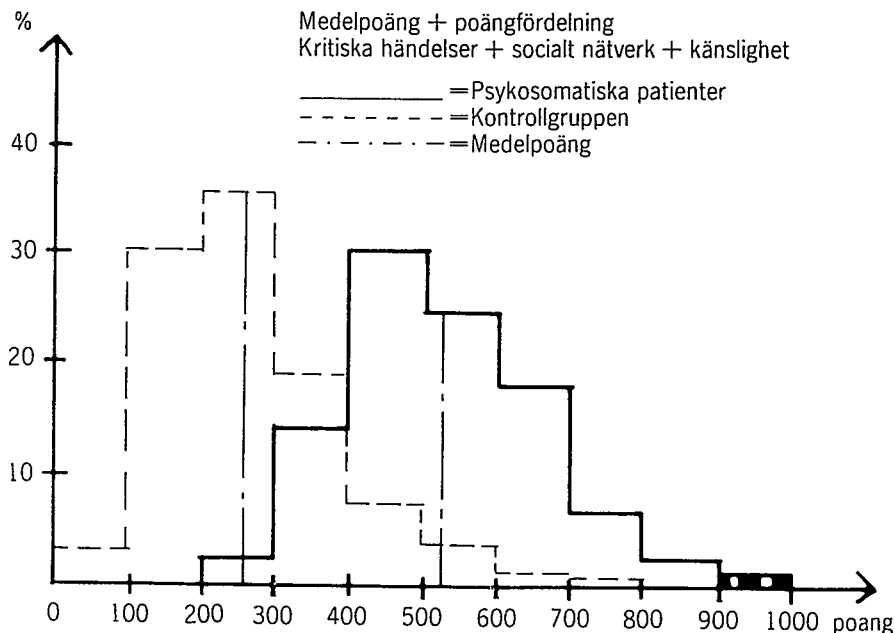


Diagram II.

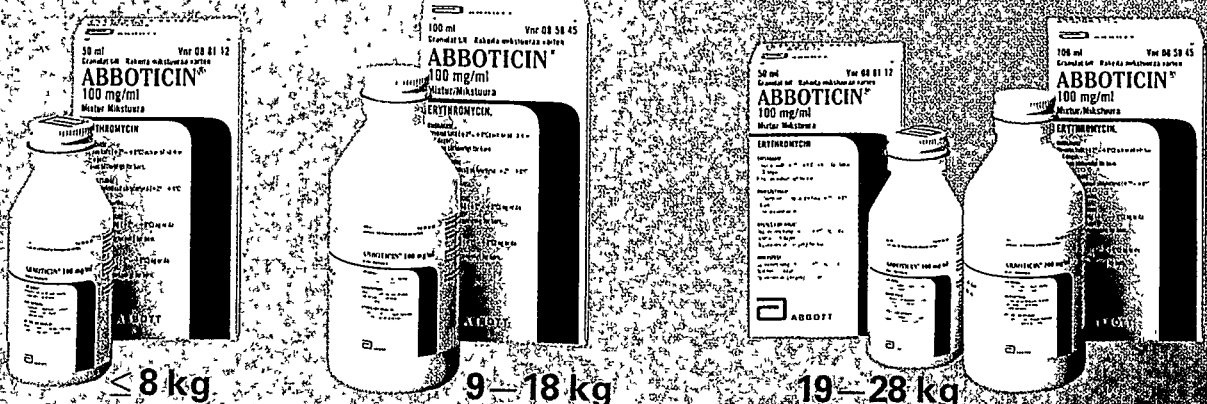


Rök inte där någon annan får obehag.

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

SOCIALSTYRELSEN

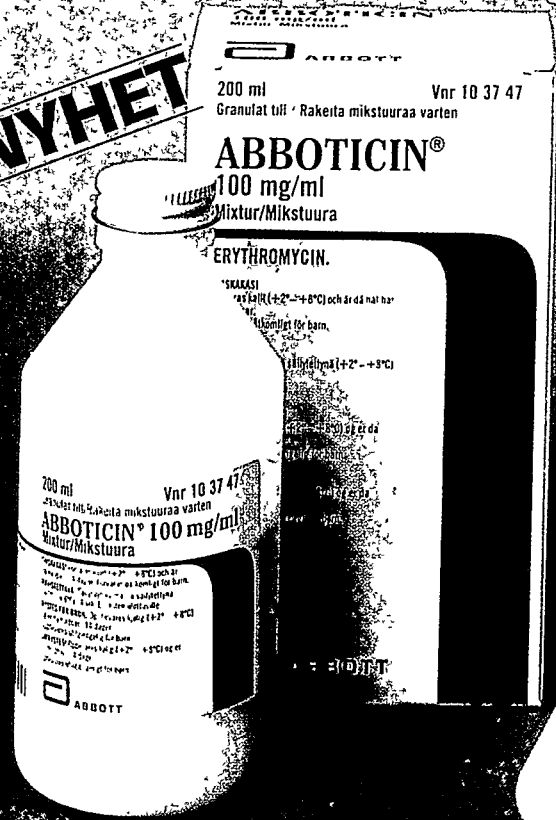
SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN DISTRIBUTIONSCENTRALEN 10630 STOCKHOLM



ABBOTICIN® mixtur 100 mg/ml (erytromycin)

ABBOTICIN® mixtur 100 mg/ml finns i förpackningar om 50, 100 ml och nu också 200 ml. I varje förpackning finns en doserare vilken möjliggör en exakt dosering. Kom bara ihåg: 0,5 ml/kg/dygn, fördelat på 2 doser ger en dygnsdos om 50 mg/kg/dygn.

NYHET



ABBOTICIN® Mixtur 100 mg/ml Antibiotikum B
Deklaration. Granulat för beredning av 1 ml mixtur innehåller Erytromycin aethylsuccinat, respond erytromycin, 100 mg sacch, 0,4 g. constit. et aroma q s
Egenskaper. Vattenmixtur (korsbärs- och vaniljsmak) speciellt avsedd för barn. Vattnet tillsättes av apoteket (bör tillsättas i småportioner under omskakning). Denna högre styrka jämfört med ABBOTICIN® 40 mg/ml medför att mindre volym behöver ordineras.
Indikationer. Infektioner orsakade av Chlamydia trachomatis t ex spädbarnskonjunktivit och -pneumoni. Pertussis samt övriga indikationer där en högre dos krävs.
Kontraindikationer. Känd överkänslighet för erytromycin.

Försiktighet. Eftersom erytromycin huvudsakligen utsondras via levern skall försiktighet iakttagas vid administrering till patienter med nedsatt leverfunktion.
Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt g.
Erytromycin passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.
Biverkningar. Gastrointestinala besvär i form av magknip, illamående och diarré kan förekomma efter peroral tillförsel. Dessa biverkningar kan vara av övergående natur. Allergiska reaktioner är sällsynta.
Dosering. 0,5 ml/kg/dygn fördelat på två doser. Denna dosering ger en dygnsdos av erytromycin om 50 mg/kg/dygn. Förpackningen är försedd med doseringsanordning.
Inträffar gastrointestinala problem rekommenderas upp-

delning av dygnsdosen på 3 eller 4 administreringstillfällen. För vuxna och barn över 35 kg ges 10 ml två gånger per dygn. Optimal absorption erhålles om dosen intages omedelbart före måltid.
Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt i, grupp 7B 3005 Erytromycin
Hållbarhet och förvaring. Förvaras kallt (+2° — +8°C) och är då hållbar i 14 dagar. Hållbarhetsbegränsningen beror på att smaken kan påverkas efter längre tids förvaring. Erytromycinkoncentrationen påverkas ej nämnvärt.
Förpackningar. Mixtur 100 mg/ml: 50 ml, 100 ml, 200 ml.

ABBOTT SCANDINAVIA AB
 Box 1074, 163 11 Spånga. Tel 08-752 00 50

Samarbetsmodell – läkare–beteendevetare

Poängberäkning av patienters totala livssituation vid behandling av psykosomatiska besvär

ULF FORSHAMMAR · ANNA-CARIN JOHANSSON · ATLE WOHRM

Det behövs mycket tid för att diskutera med patienter med psykosomatiska besvär. En del patienter kan remitteras till en beteendevetare för stödsamtal. Ibland kan det vara svårt att avgöra om man har att göra med ett psykosomatiskt eller ett organiskt symptom, många gånger kan det vara båda delar. Vi vill försöka poängberäkna patientens totala livssituation för att få ett bättre underlag för behandling. En del patienter med psykosomatiska besvär har vi remitterat till beteendevetare. Med hjälp av poängskala har vi försökt skaffa oss en helhetsbild av patientens totala livssituation. Kritiska händelser under gångna året, patientens sociala nätverk samt känslighet för påfrestningar, är de faktorer som bedömts ha största betydelsen för förståelsen av hur psykosomatiska besvär uppkommer. Dessa faktorer har vi försökt åskådliggöra för patienten i en bild som vi kallar "Babels hus". Över 100 patienter som behandlades i samarbete med beteendevetare hade mellan 400 och 600 poäng. För att få ett normalmått på göteborgarna undersöktes också en referensgrupp, dessa hade i genomsnitt mellan 200 och 300 poäng.

Det visade sig värdefullt att få en helhetsbild av patientens totala livssituation för att ställa en säkrare diagnos på patienter med psykosomatiska besvär. Stora delar av detta arbete kan med fördel utföras av en beteendevetare, varför samarbete med läkare och beteendevetare kunde införas på vårdcentraler.

Nyckelord: Psykosomatiska sjukdomar, behandling, utvärdering, primärvård.

Problemställning

Patienter med psykosomatiska besvär är en grupp som många gånger har svårt att komma rätt inom den moderna sjukvården. I vårt samarbete mellan läkare–beteendevetare har vi velat undersöka denna grupp litet närmare:

- vilka är de bakomliggande problemen
- hur skall vi kunna hjälpa dem

Material

Patienter från hela Göteborg kommer till Jourcentralens fyra läkare. I de fall läkaren har uppfattningen av att patienten har behov av ett stödsamtal eller att det finns fler och djupare problem än den man fått fram under det traditionella läkarbesöket remitteras patienten till en beteendevetare.

Med hjälp av en poängberäkningsmodell som vi kallat *Babels hus-modellen* försöker vi skaffa oss en helhetsbild av hur patientens livssituation ser ut. Denna modell består av tre komponenter:

- Kritiska händelser
- Socialt nätverk
- Känslighet

Se figur I

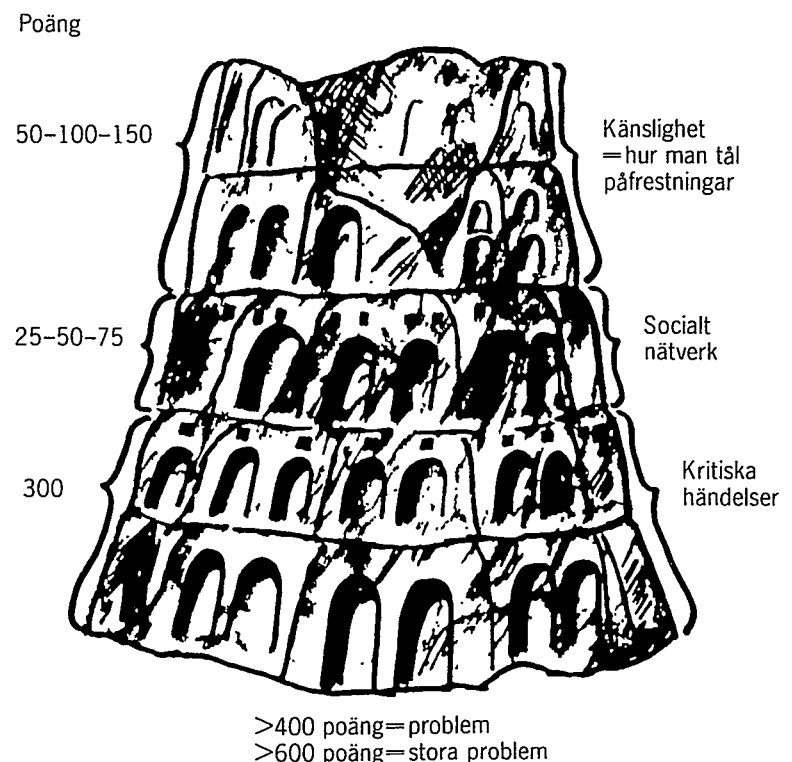
Modell

Beteendevetaren har ett ingående samtal med patienten där vi gemensamt går igenom ett schema över stressfyllda händelser under det gångna året. Detta schema är utarbetat av Holmes och Rahe och bygger på ett stort amerikanskt material. Poängberäkningen sker i fallande skala från make/makas död 100 poäng, giftermål 50 poäng till parkeringsböter 11 poäng. Enligt Hans Selyes teori framkallar även angenäma händelser samma neurofysiologiska och biokemiska reaktioner som negativa stressorer, och kan medföra onormalt långa stressreaktioner.

Se figur II

Vi diskuterade vidare vilket socialt nätverk patienten har och försöker göra en bedömning av var på skalan 25–50–75 poäng patienten hör hemma. Har man någon nära vän som man

Figur I.
"Babels hus-modellen". Mått på hur man har det – helhetsbild.



kan anförtro sig åt får man 25 poäng, har man däremot endast ytliga bekanta får man 75 poäng.

På motsvarande sätt försöker vi bedöma patientens fysiska och psykiska känslighet, hur man tål påfrestningar. Om man tål mycket, har hög stresstolerans får man 50 poäng. Är man däremot känslig för varje nyans och blir stressad av varje förändring i tillvaron får man 150 poäng.

Figur III.

2. Hur bedömer Du Ditt sociala nätverk (hur ser Din bekantskapskrets ut)? Fyll i Dina poäng.

Några djupa relationer (Vänner + någon att anförtro sig åt) ☐ ☐

Några bra relationer (Ingen att anförtro sig åt) ☐ ☐

Inga djupa relationer (Endast ytligare umgänge, bekanta) ☐ ☐

3. Ange Din egen bedömning hur känslig Du är (hur Du tål påfrestningar). Fyll i Dina poäng.

Ej särskilt känslig ☐ ☐

Ganska känslig ☐ ☐

Mycket känslig ☐ ☐

Vår hypotes har varit att ju lägre poäng man har, desto bättre mår man. För att få ett jämförelsematerial har vi låtit 448 lärare, vårdskoleelever, läkarkandidater, personalkonsulter m.m. själva fylla i den här poängskalan.

Resultat

Beteendevetaren hade under ett halvt år samtal med 120 patienter, varje patient i genomsnitt två gånger och varje gång cirka 1,5 timme.

Det var 78 kvinnor, 32 män, totalt 110 patienter med psykosomatiska besvär. Därutöver sökte tio patienter för akut kris, misshandel eller depression.

Bakomliggande orsaker till de primära problem som läkaren fått fram vid sin undersökning skiljer sig något från vad beteendevetaren fått fram vid sitt samtal.

Primära problem

	Läkare	Beteendevetare
Psykisk orsak	19%	13%
Relationskonflikt	16%	27%
Yttre belastning	65%	60%

Den största skillnaden gäller framför allt relationskonflikter, 16 procent mot 27 procent. En förklaring kan vara, att dessa problem ligger något djupare och att patienten behöver mer tid på sig för att ta upp dessa problem. De flesta har upplevt samtalen mycket positivt och många, särskilt män, säger

Figur II.

Kön: Kvinna () Man ()
Vilken är din ålder: Yngre än 20 år { }
20-29 år { }
30-39 år { }
40-49 år { }
50 år eller äldre { }

POÄNGSKALA FÖR SOCIALA FÖRÄNDRINGAR

Instruktioner: Gå igenom listan och pricka för de händelser Ni upplevt det senaste året. Summera poängen.

UPPLEVELSE	Medelvarde
1 Makes/makas död	100
2 Skilsmässa	73
3 Hemskillnad	65
4 Intagen på fängelse eller annan institution	63
5 En nära anhörigs död	63
6 Svårt skadad eller sjuk	53
7 Giftermål	50
8 Uppsagd från arbetet	47
9 Flyttat ihop med maka/make igen	45
10 Pensionerats från arbetet	45
11 Viktig förändring i familjemedlems hälsa	44
12 Graviditet	40
13 Sexuella besvär	39
14 Ny familjemedlem (född, adopterad, förälder som flyttat in etc)	39
15 Stor förändring i företaget (fusion, konkurs etc)	39
16 Stor förändring i ekonomin (mycket bättre eller mycket sämre än tidigare)	38
17 En god väns död	37
18 Bytt arbete eller arbetsplats	
19 Stor förändring i relation till make/maka (börjat gräla/sluta gräla om barnuppfostran, ovanor etc)	35
20 Tagit lån på mer än 50 000 kr (i hem, firma etc)	31
21 Utmätning eller pantsättning	30
22 Stor förändring i ansvar i arbetet (utnämning, degradering, förflyttning)	29
23 Son eller dotter flyttat hemifrån (för att gifta sig, börja studera etc)	29
24 Bråk med släktingar	29
25 Uppmärksammade personliga prestationer	28
26 Månat börjat eller slutat yrkesarbete	26
27 Börjat eller avslutat formell utbildning	26
28 Stor förändring i bostadsförhållanden (byggt egen villa, sålt huset, hyrt bostad)	25
29 Förändring i personliga vanor (klädsel, vänner)	24
30 Konflikter med chefen	23
31 Stora förändringar i arbetstider och arbetsvillkor	20
32 Flyttat	20
33 Flyttat till nya arbetslokaler	20
34 Stor förändring i hobbies och nöjen (tid, art)	19
35 Stor förändring i kyrklig aktivitet	19
36 Stor förändring i sällskapslivet	18
37 Tagit lån på mindre än 50 000 kr (för bil, TV etc)	17
38 Stor förändring i sömnvanor (sover mycket mer eller mycket mindre, eller på andra tider)	16
39 Stor förändring i umgänget med andra familjer (träffas mycket mer/mindre än tidigare)	15
40 Stor förändring i matvanor (äter mycket mer/mindre eller på andra tider)	13
41 Semesterresa	13
42 Firat jul borta	12
43 Mindre lagöverträdelse (felparkerat, snattat)	11
Summa	

att de inte tidigare talat så öppet med någon.

Som man kan förvänta sig har patienter med psykosomatiska besvär ofta en högre poängsumma. Huvuddelen av patienterna har för kritiska händelser en poängsumma mellan 200 och 500 poäng mot 0-200 poäng för kontrollgruppen. För kritiska händelser + socialt nätverk + känslighet är motsvarande poängsumma för patienterna 400-600 poäng, medan den är 100-300 poäng för kontrollgruppen.

Medelpoängen för kontrollgruppen var:

Kritiska händelser 155 poäng, och *Kritiska händelser + socialt nätverk + känslighet* 265 poäng.

Medelpoängen för patienter med psykosomatiska besvär var:

Kritiska händelser 375 poäng, och *Kritiska händelser + socialt nätverk + känslighet* 525 poäng.

Se diagram I och II.

Som synes är poängsumman för socialt nätverk + känslighet för kontrollgruppen i genomsnitt 110 poäng, medan för patienter med psykosomatisk besvär i genomsnitt är 150 poäng.

Detta skulle kunna tyda på att patienter med psykosomatiska besvär har ett sämre socialt nätverk samt är mera känsliga. Viss reservation bör iakttas för att summorna tenderar att bli lägre när man själv fyller

Försäljning av antidiabetesmedel i Skellefteå sjukvårdsdistrikt 1980-82

KURT BOMAN · EVA ÅBERG · EVA LILJENVALL · JAN-ERIK ÖGREN

Försäljning av antidiabetika inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt studerades med hjälp av Apoteksbolagets inleveransstatistik. Stora skillnader förelåg mellan olika läkardistrikt liksom mellan sjukvårdsdistrikten och länen. En analys av möjliga orsaker till dessa skillnader presenteras. Arbetet har utförts vid sjukhusapoteket och medicinska kliniken, Skellefteå lasarett.

Nyckelord: Diabetes mellitus, behandling, läkemedelskonsumtion, registersudier.

Apoteksbolagets statistik över leveranser av antidiabetesmedel till apoteken visar av okänd anledning stora skillnader mellan länen. Tabell I (1).

Med hjälp av denna läkemedelsstatistik kan man även studera skillnader i förskrivning mellan olika läkardistrikt, identifiera eventuella skillnader i terapitradition och få diskussionsunderlag till eventuell under- eller överkonsumtion av läkemedel.

Avsikten med denna studie var att analysera förbrukningen av antidiabetesmedel inom ett sjukvårdsdistrikt i norra Västerbotten för att ta reda på om liknande skillnader förelåg mellan läkardistrikten som mellan länen. Dessutom avsågs att kartlägga antalet läkemedelsbehandlade diabetiker, fördelningen mellan insulin- och tablettbehandlade patienter samt åldersfördelningen. Ett förslag till hur läkemedelsstatistik om diabetesmedel kan användas presenteras.

Material och metodik

Skellefteå sjukvårdsdistrikt omfattar nordöstra delen av Västerbottens län och har cirka 80.000 invånare. I tabell II finns folkmängd och procentuell andel 65 år och äldre i de nio läkardistrikten och i hela sjukvårdsdistriktet. I distriktet fanns 1982 endast en dietisttjänst.

Uppgifterna om försäljning av antidiabetesmedel 1982 erhöles ur Apoteksbolagets statistik över leverans till respektive apotek (=distriktsläkardistrikt inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt).

Apoteksbolagets inleveransstatistik innehåller utöver uppgifter om antal sålda förpackningar och försäljning i kronor, information om antalet sålda definierade dygnsdoser (DDD) (2). Nordiska läkemedelsnämnden (NLM) fastställer storleken på DDD för de olika läkemedlen med hjälp av nya hand-

böcker och läkemedelskataloger samt efter diskussion med erfarna kliniker.

Exempel på en DDD är: Euglucon/Daonil = 10 mg, Diabines = 375 mg, Glucophage = 2 g, Insulin, samtliga sorter = 40 IE.

Samtliga recept med antidiabetesmedel, som expedierats i sjukvårds-

Tabell I.

Diabetespreparat och glukagon.

Försäljningen 1982 i antal DDD/1 000 invånare/dag

INSULINS, ORAL ANTIDIABETICS, AND GLUCAGON

Sales 1982 in number of DDD/1 000 inhabitants/day

Län	Farmakologisk grupp					Grupp 10J totalt
	10J 05	10J 1005-34	10J 1050	10J 1080	10J 15	
AB Stockholm	8.0	6.2	0.01	0.7	0.01	16.0
C Uppsala	8.0	10.2	—	1.8	0.01	19.9
D Södermanland	10.3	11.0	—	1.0	—	22.4
E Östergötland	11.5	9.9	—	1.0	—	22.5
F Jönköping	13.1	11.0	—	1.0	0.01	25.1
G Kronoberg	11.6	8.3	—	0.7	0.01	20.5
H Kalmar	11.9	14.0	0.01	1.5	—	27.4
I Gotland	10.1	19.0	—	3.8	0.01	32.9
K Blekinge	10.0	10.2	—	1.1	—	21.3
L Kristianstad	9.1	9.6	—	0.9	0.07	19.7
M Malmöhus	8.6	8.1	—	1.1	0.01	17.8
N Halland	9.5	9.6	—	1.6	—	20.8
O Göteborg o Bohus	9.0	8.6	—	0.9	0.01	18.5
P Älvsborg	8.9	10.2	0.01	1.6	—	20.7
R Skaraborg	12.0	10.8	0.01	1.2	—	24.0
S Värmland	10.2	12.4	—	1.6	0.01	24.3
T Örebro	10.5	14.1	—	2.4	0.01	27.0
U Västmanland	9.4	9.2	—	1.1	—	19.7
W Kopparberg	11.9	9.7	—	1.8	0.01	26.8
X Gävleborg	9.8	9.8	—	2.3	—	24.3
Y Västernorrland	11.9	10.9	—	0.9	—	23.6
Z Jämtland	11.3	9.5	—	0.9	0.01	21.7
AC Västerbotten	7.5	8.0	—	0.8	0.01	16.3
BD Norrbotten	10.0	9.6	—	1.1	—	20.6
Totalt för riket	9.7	9.7	<0.01	1.2	0.01	20.6

10J 05 = Insulin
Insulins

10J 1005-34 = Sulfonureider
Sulfonamides, urea derivatives

10J 1050 = Övriga bensensulfonamidderivat
Sulfonamides (heterocyclic)

10J 1080 = Biguanidderivat
Biguanides

10J 15 = Glukagon
Glucagon

Källa: Apoteksbolagets inleveransstatistik

distriktet under september–december 1982 studerades. Antalet personer, som hämtade ut antidiabetesmedel i sjukvårdsdistriktet under fyra månader 1982 var 1.180, motsvarande en läkemedelsbehandlad diabetesprevalens på 1,47 procent. Från Statistiska Centralbyrån erhöles uppgifter om folkmängden och dess åldersfördelning i de olika läkardistrikten (kommundelar) i sjukvårdsdistriktet (3). Försäljning av antidiabetesmedel redovisas i detta material som DDD/1.000 invånare och dag. Observera att DDD anger den schablonmässiga medeldoseringen, i de individuella fallen kan doserna variera mycket.

Resultat

Betydande skillnader förelåg mellan läkardistrikten i försäljning av antidiabetesmedel. Figur 1.

Skillnaden i försäljning av antidiabetesmedel mellan läkardistrikten var mindre än mellan länen. Skelleftehamn var lägst med 12,1, Lövånger högst med 25,2 och medelvärdet för sjukvårdsdistriktet var 14,5 DDD/1.000 invånare och dag.

Försäljning 1982:

Hela Sverige

20,6 DDD/1.000 invånare och dag

Västerbottens län

16,3 DDD/1.000 invånare och dag

Lycksele sjukvårdsdistrikt

26,7 DDD/1.000 invånare och dag

Skellefteå sjukvårdsdistrikt

14,5 DDD/1.000 invånare och dag

Umeå sjukvårdsdistrikt

14,5 DDD/1.000 invånare och dag

Både mellan sjukvårdsdistrikten och mellan läkardistrikten förelåg således avsevärda skillnader.

Procentuella andelen tablett- och insulinbehandlade i de olika läkardistrikten framgår av tabell II. För insulinbehandlade varierade siffrorna från 0,3 procent till 0,7 procent av invånarantalet och för tablettbehandlade från 0,7 procent till 1,6 procent. Medelvärdet för insulin- och tablettbehandlade i sjukvårdsdistriktet var 0,5 procent respektive 0,9 procent.

Antalet diabetiker med insulin- och tablettbehandling var 423 (36 procent) respektive 757 (64 procent). Antalet patienter som stod på en insulinsort var 325 av 423 (77 procent), två sorter 93 patienter (22 procent) och tre sorter 5 patienter (1 procent). Insulin Novo Lente användes av 138 och insulin Novo Actrapid av 73 patienter. Antalet patienter som stod på 1–2–3 tablettssorter var 699, 57 respektive en. Euglucon/Daonil användes av 579 patienter, Diabines av 161 och Glucophage av 68 patienter. Mer än ett peroralt antidiabetesmedel fick således 7,5 procent av samtliga tablettbehandlade. De patienter som hade tre tablettssorter respektive tre olika insulintyper var troligen sådana patienter som ändrat sin antidiabetesbehandling under den aktuella tidsperioden.

Tabell II.

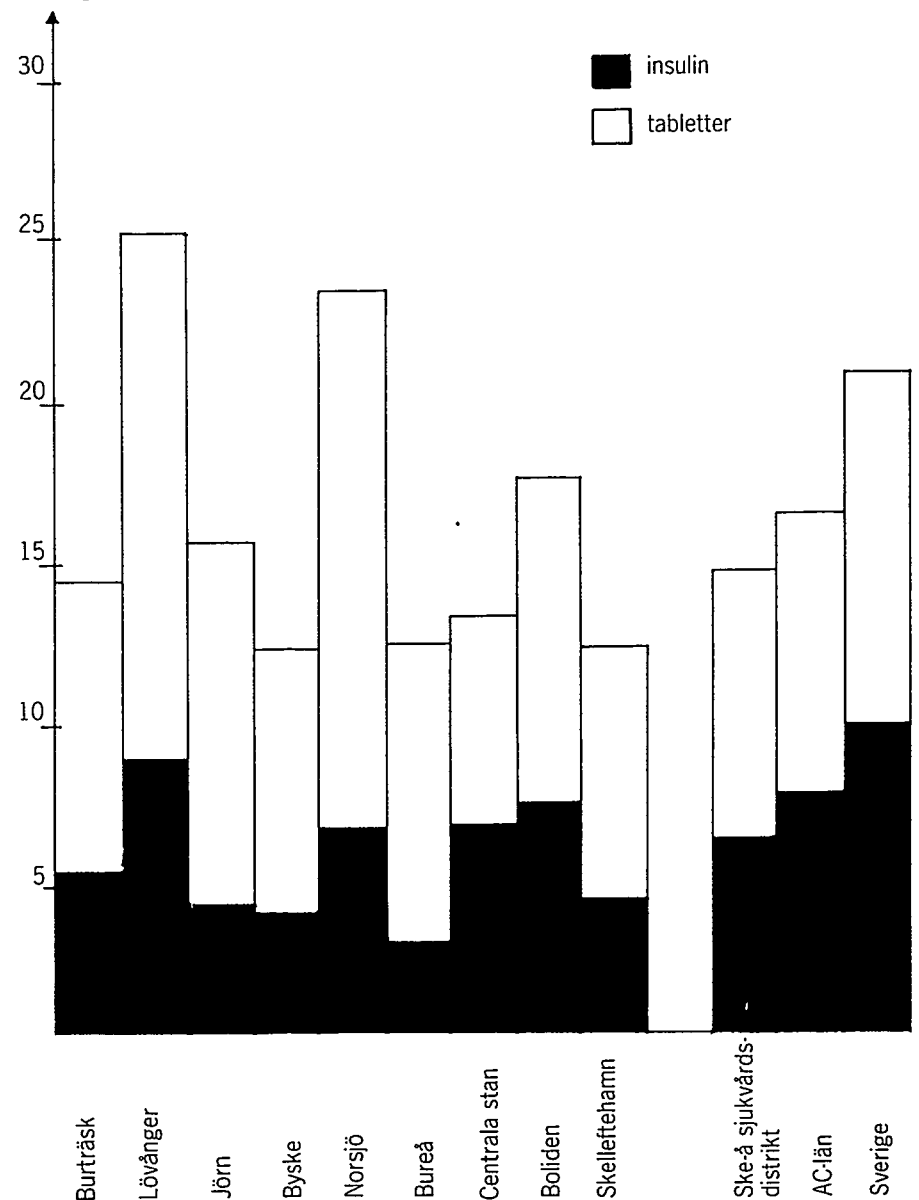
Folkmängd, procentuell andel 65 år och äldre samt procentuell andel medikamentellt behandlade diabetiker i de olika läkardistrikten inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt.

Läkardistrikt	Folkmängd per den 31/12 1982	Procentuell andel ≥ 65 år	Procentuell andel insulinbehandlade	Procentuell andel tablettbehandlade
Burträsk	5 734	23,2	0,5	1,0
Lövånger	2 908	22,4	0,7	1,6
Jörn	2 769	21,8	0,3	1,3
Byske	5 904	19,0	0,3	1,3
Norsjö	5 618	18,4	0,7	1,4
Bureå	4 787	15,8	0,3	0,9
Centrala stan	41 360	14,3	0,6	0,8
Boliden	3 007	14,1	0,7	1,3
Skelleftehamn	7 681	12,9	0,3	0,7
Totalt Skellefteå sjukvårdsdistrikt	79 768	16,1	0,5	0,9

Figur 1.

Insulin- (■) och tablett- (□) försäljning i läkardistriktet i Skellefteå sjukvårdsdistrikt samt Västerbottens län och Sverige 1982. Distrikten är ordnade efter äldre.

DDD/1.000
inv/dag



NYHET!

ZOVIRAX TABLETTER. ETT GENOMBROTT I ANTIVIRAL KEMOTERAPI.

Svårigheterna att finna en substans, som har effekt mot virus utan att påverka humancellen, har ibland verkat oöverstigliga. Genom att utnyttja ett virusspecifikt enzym har Wellcome lyckats ta fram det första selektiva medlet mot herpesinfektioner: Zovirax.

DEKLARATION. 1 tablett innehåller Aciclovir 200 mg, constit. et color (indigokarmín) q.s.

EGENSKAPER. Se FASS 1985. Zovirax infusionssubstans. Aciclovir absorberas fullständigt från gastrointestinalkanalen (ca 20%), absorberas snabbt efter peroralt intag av den rekommenderade dosen. Den absorberade mängden ökar ej proportionellt med ökande doser. Vid upprepad peroral administration av doser om 200 mg aciclovir var 4:e timme erhålles en genomsnittlig jämviktsskoncentration i plasma med maximum ca 3 µmol/l och minimum ca 1,6 µmol/l. Maximal plasmakoncentration uppnås 60-90 minuter efter tablettintag. Distribution och elimination av peroralt tillförd aciclovir överensstämmer med vad som gäller vid intravenös administration (se FASS 1985 Zovirax infusionssubstans).

INDIKATIONER. Svar i första hand primära infektioner i hud och slemhinner orsakade av herpes simplex-virus. Som profylax till patienter med starkt nedsatt immunförsvar.

KONTRAINDIKATIONER. Överkänslighet mot aciclovir.

FÖRSIKTIGHET. Nedsatt njurfunktion medför kumulativrisk (se Dosering). Andra patienter med lågt kreatinin-clearance.

GRAVIDITET OCH AMNING. Kategori B 1. Se FASS speciellt avsnitt märkning.

Uppgift siktats om aciclovir påverkar övermodersmjölk.

BIVERKNINGAR. Enstaka fall av hudutslag har rapporterats vilka gått tillbaka då behandlingen avbröts. Se även FASS 1985 Zovirax infusionssubstans i tillämpliga delar.

DOSERING. Till patienter med nedsatt njurfunktion (kreatinin-clearance <10 ml/min) bör ges 1 tablett var 12:e timme.

Terapi. Zovirax 1 tablett (200 mg) var 4:e timme under den viktiga delen av dygnet, dvs 5 gånger dagligen. Den första dosen bör tas så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Om indikation föreligger för behandling av recidiverande infektion bör behandlingen påbörjas redan i prodromalstadiet eller då lesionerna först börjar uppträda. Behandlingen bör fortsätta 5-10 dygn beroende på sjukdomens svårighetsgrad.

Profylax till patienter med starkt nedsatt immunförsvar. 1 tablett (200 mg) var 5:e timme under den viktiga delen av dygnet, dvs 4 gånger dagligen.

FÖRPACKNINGAR. Tabletter 200 mg (blå prickad) Zovirax 25 st.

NÄR HERPES SLÅR TILL SLÅR ZOVIRAX TILLBAKA.



Zovirax®
ACYKLOVIR



Wellcome

The Wellcome Foundation Ltd. Box 2118, 18302 Täby. Tfn 08-768 07 85.



Fördelningen av insulin- och tablettbehandlade diabetiker i olika åldersgrupper framgår av tabell III. Endast två personer behandlades med tabletter före 40 års ålder. I åldersintervallet 60–79 år finns nästan 60 procent av de medikamentellt behandlade diabetikerna. Fördelningen på män och kvinnor blev 49 procent respektive 51 procent.

Diskussion

Förbrukningen av läkemedel uttryckt i DDD/1.000 invånare och dag beror på dosens storlek och antalet personer som får medicinen. En felkälla vid sådan mätning av läkemedelsförbrukning inom olika läkardistrikt kan vara att patienten hämtar ut sin medicin på apotek utanför hemorten, exempelvis vid besök i centralorten. De flesta insulinbehandlade går på kontroller på lasarettet vilket troligen leder till receptuttag av insulin i centralorten. Ett mindre antal patienter har hämtat ut medicin både på apotek i centralorten och på hemorten. De har registrerats enbart på hemortsdistriktet. En viss överskattning av förbrukningen i centrala stan torde ske, medan vissa närliggande distrikt som Skelleftehamn och Bureå, som endast ligger cirka två mil utanför centralorten, troligen redovisar en falsk för låg förbrukning. Däremot är det osannolikt att människor i centralorten hämtat ut sin medicin i yttre områdena. Man kan förmoda att ju längre från centralorten man bor desto mer köptrogen är man det egna apoteket.

Enligt ULF-undersökningen har Västerbotten en högre andel diabetiker än Uppsala län och Gotland (4). Av figur 2 framgår att index för Västerbotten är 120 eller större. Trots detta har Skellefteå och Umeå en lägre försäljning än riket i genomsnitt medan Lycksele sjukvårdsdistrikt ligger över riksgenomsnittet. I denna studie blir den beräknade läkemedelsbehandlade diabetesprevalensen 1,47 procent, således lägre än den man funnit i Tierp (2 procent) och Gotland (2,5 procent) (5, 6). En förklaring till denna diskrepans kan vara att man i ULF-studien redovisar all diabetes medan i denna studie endast den läkemedelsbehandlade diabetesprevalensen redovisas. En annan möjlighet kan vara att en del diabetiker låg inne på sjukhuset eller på några av våra sjukhem. Försäljningen av antidiabetika över sjukhusapoteket till sjukhuset har ej redovisats i vår statistik. En ytterligare förklaring kan vara att några få fått utskrivet läkemedel, som räckt längre än fyra månader, eller att patienterna är underbehandlade.

En möjlig orsak till låg förskrivning av antidiabetika kan vara en konsekvent och utdragen kostbehandling. För att bedöma detta bättre skulle även antalet kostbehandlade diabetiker behöva beräknas. Värdering av givna kostråd, vilken typ av rådgivning som givits samt graden av metabol kontroll hos

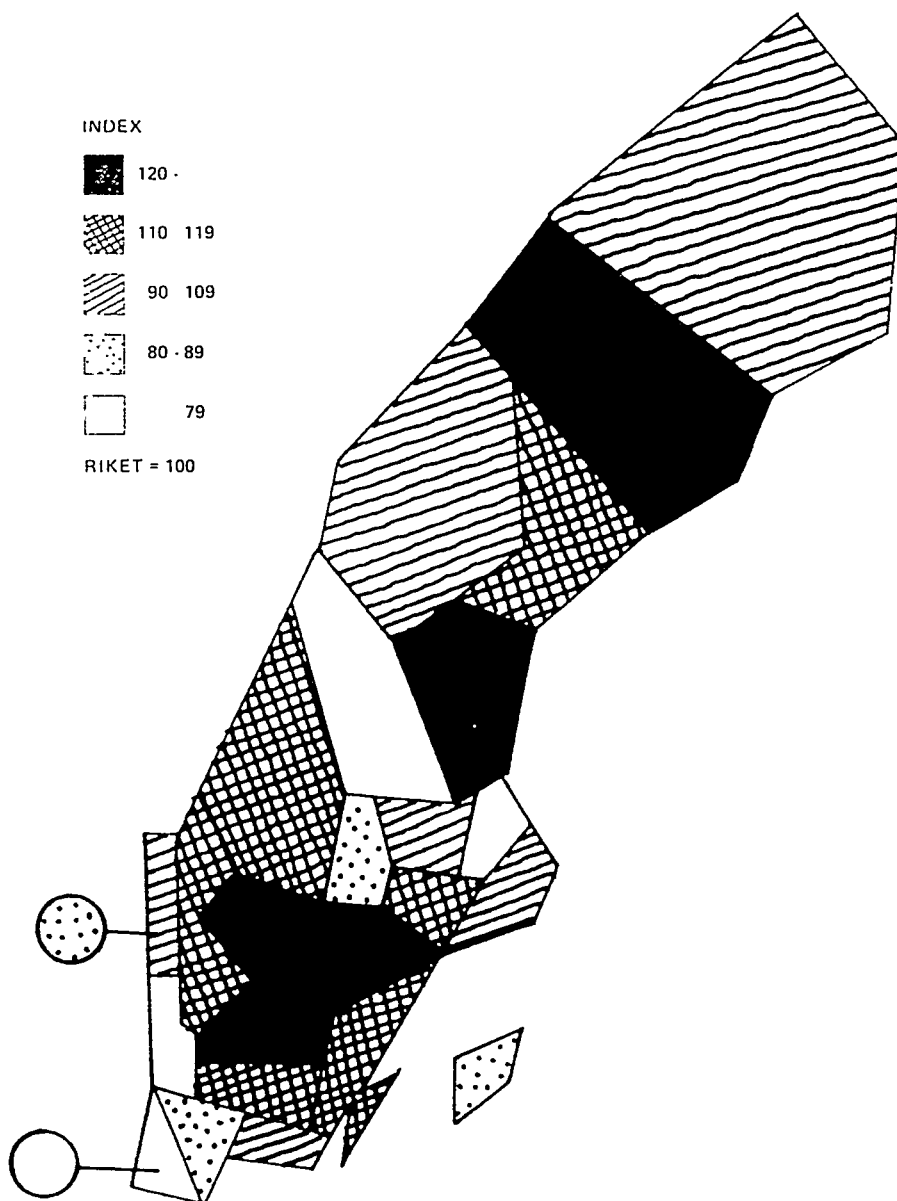
Tabell III.

Fördelning av insulin och tablettbehandlade diabetiker på kön och olika åldersgrupper i Skellefteå sjukvårdsdistrikt 1982.

Ålder	Insulin antal män	Insulin antal kvinnor	Tabletter antal män	Tabletter antal kvinnor	S:a insulin- och tablettbe- handlade	Procentuell fördelning
0 - 19	22	21	0	0	43	3,6
20 - 39	68	59	1	1	129	10,9
40 - 59	75	43	46	32	196	16,5
60 - 79	61	57	250	288	656	55,5
80 -	6	11	49	90	156	13,5
Summa	232	191	346	411	1180	100

Figur 2.

Diabetes fördelat på län. Indirekt åldersstandardisering. ULF 75, 76, 77.



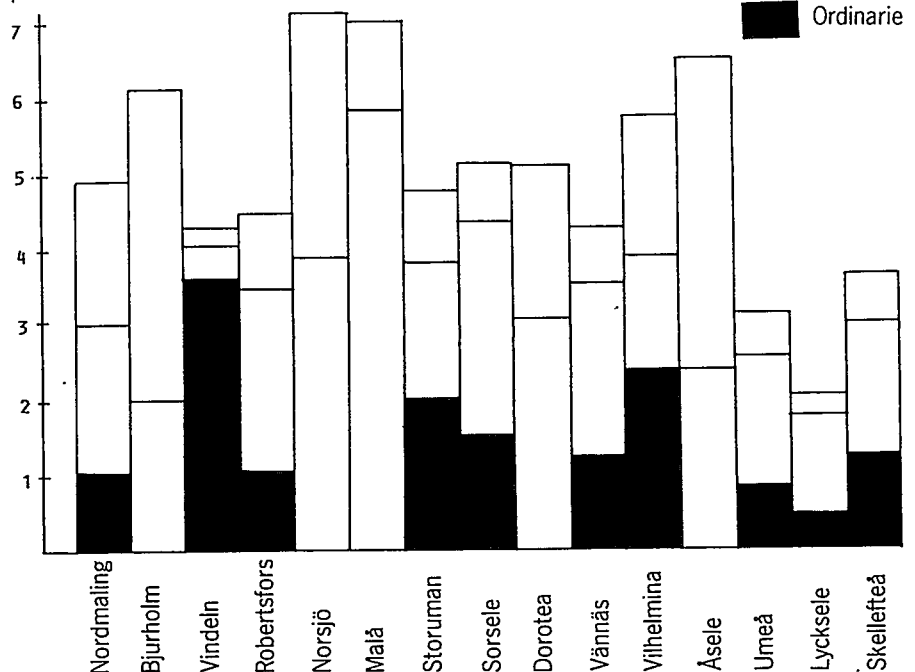
enbart kostbehandlade diabetiker skulle också behöva kartläggas. En undersökning av diabetesläget hos 200 patienter i sjukvårdsdistriktet pågår och kommer framgent att kunna ge en del svar på dessa frågor.

Liksom länen redovisar de olika distrikten stora skillnader i förbrukningen av antidiabetika. En tänkbar orsak kan vara åldersfördelningen inom dist-

riktet. Emellertid visar beräkning av korrelationskoefficienten mellan andelen människor över 65 år och försäljning av antidiabetika (DDD/1.000 invånare och dag) i de olika läkardistrikten ingen signifikant korrelation ($r=0,4172$).

Förbrukningsmönstret avspeglar den lokala terapitraditionen, som inte enbart bestämts av den aktuella läkar-

Figur 3.

Läkarantal
per 10.000 inv

situationen utan också av den tidigare läkarbesättningen. Läkarnas diabetesbehandling varierar och får konsekvenser för konsumtionen i ett distrikt för lång tid framåt. Läkar- och diabetessköterskekontinuiteten i distriktet torde också ha en stor betydelse. Korttidsvikarierande läkare sätter sannolikt ej ut peroral antidiabetika, eftersom de har svårt att följa patientens behandling. De kanske också snabbare sätter in antidiabetika eftersom de kan ha svårt att genomföra en utdragen kostbehandling. Av figur 3 framgår den stora bristen på ordinarie distriktsläkare framför allt i inlandskommunerna (7).

Med utgångspunkt från läkemedelsstatistik från Apoteksbolaget kan lokala läkemedelskommittéer initiera en diskussion och ett erfarenhetsutbyte om diabetesbehandling mellan primärvårdsläkare, medicinare, långvårdsläkare, diabetessköterskor, dietister och farmaceuter. Nedanstående exempel utgör ett förslag till vilka frågor som skulle kunna diskuteras:

- Eventuella problem med enbart kostbehandling.
- När skall man sätta in medikamentell behandling.
- När anses en patient vara välinställd.
- Över- och underkonsumtion av läkemedel.
- Åldersfördelningen inom distriktet och dess konsekvenser för behandlingen.
- Läkarbesättningen förr och nu inom distriktet.
- Hur påverkas öppenvårdens läkemedelsanvändning av den slutna vårdens förskrivning.

Avsikten är att i fortsättningen upprepa statistiken för antidiabetikaförbrukningen vartannat år för att se om

erfarenhetsutbytet och ett nytt vårdprogram för diabetesbehandling i Västerbotten ger något resultat. Förhoppningsvis kommer studierna och samtalen att leda till ökade kunskaper och en rationellare, säkrare och mer ekonomisk diabetesbehandling.

Litteratur:

1. Apoteksbolaget. Statistiska sammanställningen 1982 supplement. Stockholm.
2. Halse. Definerte dognsdoser - måle - enheter med legemiddelsstatistik, Sv Farm Tidskr 1977;81: 303-5.
3. Statistiska centralbyrån. Folkmängd efter ålder, kön, civilstånd 1982-12-31 enligt indelningen 1983-01-01.
4. Spri. Hur mår Du Sverige, sid 101. Spri, 1982. (Spri-rapport 82/82.)
5. Hallqvist J, Smedby B. Förekomst och medicinskt omhändertagande av diabetes i en definierad population. Läkartidningen 1981;78: 3706-8.
6. Bergman U, Idman L, Dahlén M, Martinsson L, Wessling A. Diabetes och diabetesbehandling på Gotland. Läkartidningen 1985;82: 1051-4.
7. Högberg M, Rosén M. Lokala skillnader i läkemedelsförsäljningen - underlag för epidemiologisk bevakning. Läkartidningen 1985;82: 3471-3.

Författarpresentation:

Kurt Boman*, bitr överläkare,
Eva Åberg*, bitr överläkare,
Eva Liljenvall*, diabetessköterska,
Jan-Erik Ögren**, apotekschef

*Medicinska kliniken, Skellefteå lasarett

**Sjukhusapoteket, Skellefteå lasarett
Postadress: Lasarettet, 931 86 Skellefteå
Telefon 0910-710 00

Inderal 80 mg b.d. Inderal 40 mg t.i.d. Inderal 40
dd no 60
S 3 dd 1

35 miljoner

Inderal retard

Caps. Inderal Retard 160mg no I
1 kaps. dagl. mot migräne
Tabl. Inderal 40mg no C Retard
ds
Tabletti 3:sti päivässä angina pectoris

Inderal L.A. once daily Inderal 40 m

Inderal 40 mg t.i.d. Inderal Retard
Inderal 80 mg b.d. Inderal Retard

1) AVLOCARDYL Retard. インデラル. 1) AVLO
1 gille a matin 1錠1回3回 To
分 量

Inderal Retard 160mg mot migräne (20mg) 7

Förra året förskrevs Inderal och Inderal Retard drygt 35 miljoner gånger totalt, i mer än 100 länder. På vissa marknader används andra handelsnamn, t ex Dociton och Avlocardyl.

Inderal® (propranolol)* och Inderal® Retard® är inte bara världens mest förskrivna betablockerare, utan också ett av världens största preparat, totalt sett.

35 miljoner förskrivningar per år betyder faktiskt att varenda sekund, dag ut och dag in, förskrivs Inderal någonstans i världen.

Under många år har Inderal gjort det möjligt att behandla hypertoniker,

migrän-, tremor- och anginapatienter m fl. Substansen är grundligt dokumenterad och biverkningarna välkända. Antalet indikationer ger Inderal en särställning bland betablockerarna.

Många processer och organ kan påverkas med Inderal. Trots dess aktningsvärda ålder, är forskningen kring Inderal fortfarande intensiv. En rad intressanta effekter finns ännu kvar att studera.

Inderal 80 mg b.d. Inderal 40 mg

Inderal L.A. once daily

Inderal 40 mg
då no 60
53 dd 1 vst.

capsules インデラル Caps. Inderal Retard 160mg

Inderal L.A. once daily no I

Inderal 40 mg t.i.d. 1 kaps. dagl. mot migräne

Inderal Retard. capsules AVLOCARDYL S: mfg.

160mg mot migräne 1 cp matin, midt et mi

autement par 1 mi Tabl. Inderal 40mg no C
L Retard.

160mg mot migräne

Inderal 40mg no C インデラル Inderal 40 mg

ds Inderal L.A. once daily

3:sti päivässä angina pectorissten Inderal Retard

* Tabletter 10 mg, 40 mg, 80 mg och 160 mg,
injektionsvatska 1 mg/ml, depåkapslar 160 mg

Användningen och nyttan av Inderal
är fortfarande stor. Mycket talar också
för att allt fler användningsområden kom-
mer. Vill du veta mer om de nuvarande;
sänd oss kupongen!



ICI-Pharma

ICI-Pharma AB, Stora Badhusgatan 20,
411 21 Göteborg. Tel. 031-17 4120.

Sänd information om Inderal/Inderal
Retard och dess olika användningsområden.

Namn _____

Adress _____

Tel _____

Besök på en distriktsläkarmottagning i Dalarnas glesbygd

MATS GRANVIK · NILS LUNDSTRÖM · BO NORDBÄCK

Under ettårsperioden april 1983–mars 1984 genomfördes en besöksregistrering på distriktsläkarmottagningen vid Grangärde vårdcentral i Sunnansjö. Syftet var att skapa ett underlag för en bedömning av tillämpade rutiner och arbetssätt och för en uppläggning av det framtida arbetet vid mottagningen. Bland de resultat vi vill omnämna från vår kartläggande studie märks att i runda tal 50 procent av befolkningen besökt sin vårdcentral under det år vår besöksregistrering pågick (35 procent under det första halvåret). Dessa svarade för i genomsnitt 2,3 besök per person. Man finner emellertid att 5 procent av befolkningen svarat för hela 25 procent av de läkarkonsultationer som gjorts av de boende inom upptagningsområdet. Vad som hänt kring denna grupp av patienter ämnar vi belysa i en kommande studie av mer analytisk karaktär.

Nyckelord: Register, primärvård, sjukvårdsutnyttjande, besöksformulär.

Grangärde församling

Grangärde församling är en av fyra församlingar i Ludvika kommun. Folkmängden vid början av år 1984 uppgick till knappt 4 310 invånare. 22 procent av invånarna är äldre än 64 år, 19 procent yngre än 15. Nyhammar, Saxdalen, Sunnansjö och Grangärde är med sina 862, 784, 660 respektive 466 invånare de största orterna i församlingen (1).

Nyhammar, Saxdalen och Grangärde har ett större antal yngre personer än kommunen som helhet. Sunnansjö har däremot en något mer åldrad befolkning.

36 procent av församlingsborna bor utanför de fyra nämnda orterna. Befolkningen i ytterområdena, de mest glesbygdsbetonade områdena i församlingen, består av relativt fler äldre personer, men särskilt också personer i åldrarna 45–64 år. Många av dessa arbetar inom jord- och skogsbruk.

Bland kvinnor dominerar anställning i offentlig förvaltning stort och bland män anställning inom tillverk-

ningsindustri. Saxdalen domineras av gruv- och industriarbete, Sunnansjö av tjänstemannayrken.

Vårdcentralen, Grangärde vårdcentral, är belägen i tätorten Sunnansjö och har hela Grangärde församling som uppgagningsområde.

Besöksformuläret

Efter granskning och bedömning av olika blanketter som använts runt om i landet för besöksregistreringar fastnade vi till slut för en egen variant (se fi-

gur 1). Att det blev så är inget uttryck för något nödvändigt krav på originalitet, utan mest ett resultat av stort personligt intresse och engagemang för problemområdet. Den utformning blanketten fått bygger delvis på erfarenheter från två tidigare "utkast" som testats under juni och september månad 1982.

Resultat från laboratorieundersökningar har ej registrerats. Detta av arbetsbelastningsskäl. Rutinmässigt tas Hb och urinsticka på i stort sett alla pa-

Figur 1. Besöksformulär.



KOPPARBERGS LÄNS LANDSTING

BESÖKSFORMULÄR GRANGÄRDE DLM

LÄKARE _____ BESÖKSdatum _____

IFYLLES AV PATIENTEN VID VARJE BESÖK (EJ BARN UNDER 15 ÅR)

BOSTADSORT	☐ Grangärde	☐ Nyhammar	☐ Saxdalen	☐ Sunnansjö	☐ Övrigt
KÖN	☐ Man	☐ Kvinna			
CIVILTÄND.	☐ Gift	☐ Ogift	☐ Sambo	☐ Änka/änking	☐ Frånskild
SYSSELSÄTTNING	☐ Förtjäningsarb.	☐ Arbetslös	☐ Stud.	☐ Pensionär	☐ Annat
YRKE	Arbetsplats _____				
VAD SÖKER DU FÖR? 1. _____ 2. _____ 3. _____ (Huvudorsak)					
VID ÅTERBESÖK	Tillståndet är ☐ oförändrat ☐ förbättrat ☐ försämrat				
ÄR DU SJUKSKRIVEN?	☐ Ja ☐ Nej				
OM JA, SEDAN HUR LÄNGE?	☐ 1 vecka - 1 mån ☐ 1 mån - 3 mån ☐ mer än 3 mån				
RÖKYVANOR	☐ Röker ej	☐ Röker mindre än 10 cig/dag el motrv	☐ Röker mer än 10 cig/dag el motrv		
MOTONERAR	☐ Motonerar regelb.	☐ Motonerar då och då	☐ Motonerar sällan eller aldrig		
FÖRENINGSLIV	☐ Aktiv i förening/interesseorg		☐ Ej aktiv		
ALKOHOLVANOR	☐ Aldrig	☐ Någon gång per år	☐ Någon gång per mån	☐ Någon gång per vecka	

IFYLLES AV LÄKAREN

KONTAKT GENOM	☐ Telefon	☐ Akutbesök	☐ Återbesök	☐ Hänvisn från dok	☐ Annat
HUVUDDIAGNOS	Övr. diagn. 1. _____ 2. _____ 3. _____				
OM SKADA	☐ Hemmet	☐ Arbetsl.	☐ Fritiden	☐ Trafik	☐ Annat
ÅTGÄRD	01 ☐ Remiss akut	02 ☐ Fallet pågår	03 ☐ Rådsg egen/trienvård		
	04 ☐ Remiss ej akut	05 ☐ Fallet avslutat	06 ☐ Samtalsterapi		
	07 ☐ Expectans utan åtgärd	08 ☐ Till destrukt.	09 ☐ Kirurgi i Grangärde		
RÖNTGEN	01 ☐ Pulm	02 ☐ Hått	03 ☐ Sinus		
	04 ☐ Cor	05 ☐ Knä	06 ☐ Urografi		
	07 ☐ Ventrikel	08 ☐ Annat skelett	09 ☐ Colon	10 ☐ Övrigt	
REMISS TILL SPEC	_____				
PÅGÅENDE MEDICINERING	☐ Ja ☐ Nej		Preparat _____		
NYTT LÄKEMEDEL	_____				
NY SJUKSKRIVNING	☐ 1 vecka ☐ 1 vecka - 1 mån ☐ > 1 mån				

3505

tienter. Sänkningsreaktion tas emellertid enbart vid speciella tillfällen och rör sig om någon existens om dagen. Någon röntgen finns ej på läkarmottagningen utan finns närmast på röntgenavdelningen vid Ludvika lasarett, 2 mil från Grangärde.

Vid avvägningen mellan symptomdiagnos och definitiv diagnos har vi gjort så att enbart om den definitiva diagnosen är helt uppenbar så används denna. Det kan innebära att patienter som söker för en typ av besvär preliminärt får en ren symptomdiagnos, men efter röntgen- eller laboratoriesvar så skulle diagnosen kunna ändras till en mera specifik sjukdom. Denna ändring har i så fall ej gjorts efteråt, utan de diagnoser som står upptagna på formuläret kan vara de symptomdiagnoser patienten får vid besöket. Den diagnos som är registrerad som huvuddiagnos är doktors bedömning. Om patienten till exempel har en insulinkrävande diabetes och en lindrig hypertoni, så kan patienten ha uppgett att han/hon söker för hypertoni medan läkarens bedömning är att diabetesen är den viktigaste sjukdomen. Diabetes anges då som huvuddiagnos.

Blanketten handhades av kassabiträdet och patienten fick den då han/hon vid mottagningen betalade patientavgiften. Patienten fyllde i formuläret själv i uppgifter om bakgrundsdata, kontaktorsak och rökvanor etc. Kassabiträdet hjälpte patienten med detta vid behov. Blanketten medföljde sedan de journalhandlingar som läkaren alltid har vid besöket. Läkaren tog del av och (eventuellt) kompletterade de uppgifter patienten lämnat om sig själv och de problem man sökt för.

Själv ifyllandet av besöksformuläret förefaller oss ha varit relativt problemfritt. Antalet vägrare uppgick till högst 10 personer. Bortfallet på enskilda frågor bedöms vara som mycket litet. På de för många kanske känsligaste frågorna, de om rök- och alkoholvanorna, svarade hela 96-97 procent (2).

RESULTAT

Totala kontaktmängden

Den totala kontaktmängden på distriktsläkarmottagningen vid Grangärde sjukstuga uppgick enligt besöksregistreringen under den studerade tolv månadersperioden till 4.915 besök av personer mantalsskrivna inom Grangärde församling. Utöver dessa har cirka 20 besök gjorts vid mottagningen av personer som troligen varit boende inom upptagningsområdet, men uppgifterna på registreringsformuläret var så ytterst knapphändiga att de exkluderats ur den statistiska analysen. De 4.915 besöken gjordes av 2.175 personer. Detta innebär att i runda tal 50 procent av befolkningen (35 procent under det första halvåret) besökt sin vårdcentral under året. Dessa svarade för i genomsnitt 2,3 besök per person.

Under den tolv månadersperiod vi studerat har 758 besök gjorts vid di-

Tabell I.

Patienter med 5 eller fler besök efter ålder och kön.

Åldersklass:	0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84
Kön:						
Män:	14	17	23	31	13	98
Kvinnor:	8	6	23	34	32	103
Totalt:	22	23	46	65	45	201

Tabell II:

Patienter efter antal besök och kön.

Antal besök:	5	6	7	8	9	10	11	12	15
Kön:									
Män:	51	21	10	7	5	0	3	0	0
Kvinnor:	42	26	16	12	2	1	1	3	1
Totalt:	93	47	26	19	7	1	4	3	1

striktsläkarmottagningen av sådana som ej är mantalsskrivna inom upptagningsområdet. Det totala antalet besök vid mottagningen kom därvid att uppgå till 5.673. Således är ungefär vart åttonde besök ett besök av en person som inte är mantalsskriven inom vårdcentralens upptagningsområde, det vill säga Grangärde församling.

Besök efter månad

Antalet besök på mottagningen var högst under månaderna november till maj och lägst under månaderna juli och augusti och månaderna däromkring. De lägre besöksiffrorna för de boende inom upptagningsområdet var delvis ett resultat av en målmedveten strävan till färre inplanerade återbesök under sommarmånaderna. Trots detta var en hög andel av samtliga besök återbesök. Besöksutvecklingen kan tolkas som att lokalbefolkningen söker upp läkarmottagningen i högre utsträckning under vintermånaderna och i mindre under sommarmånaderna. Vår iakttagelse förefaller stämma överens med de slutsatser man dragit från en 10-årig studie i Dalby. Säsongsvariationer i efterfrågan på sjukvård vid vårdcentralen konstaterades. Den regelmässiga besöksnedgången under juli, augusti och september ansågs inte bero på minskad läkarkapacitet, utan i stället på en minskad efterfrågan (3).

"Storkonsumenterna"

201 personer gjorde 5 eller upp till 15 besök under tolv månadersperioden. 98 av dem var män och 103 kvinnor. De allra flesta var vuxna personer, 22 var under 15 år. De kvinnliga "storkonsumenterna" dominerar i åldrarna över 65 år och de manliga i åldrarna under 25 år (tabellerna I och II). De 201 personerna utgör knappt 5 procent av de boende inom upptagningsområdet och drygt 9 procent av de som besökt distriktsläkarmottagningen. Gruppen, "storkonsumenterna", svarar för hela 25 procent av totala antalet besök vid mottagningen gjorda av boende inom vårdcentralens upptagningsområde.

Patienter med diabetes och hypertoni

Cirka 8 procent av männen och 6 procent av kvinnorna som besökte mottagningen hade diabetes. Inslaget av diabetespatienter bland de som besökt distriktsläkarmottagningen var något högre i Sunnansjö (9,4 procent) än i Nyhammar, Grangärde och Saxdalen (alla cirka 6 procent). (Siffrorna är baserade på uppgifter om personer som någon gång under året sökt mottagningen för diabetes eller fått diabetes som diagnos vid besöket.) Delvis har detta att göra med skillnader i åldrar för besökande från de olika orterna. Då andelen diabetiker ökar med ökad ålder är det förklarligt att därför finna relativt många diabetiker i Sunnansjö eftersom befolkningen där är förhållandevis åldrad. Att vårdcentralen är belägen i Sunnansjö kan ha spelat en viss roll. Den relativa geografiska närheten kan ha gjort att fler personer med (mindre utvecklad?) diabetes sökt upp sin vårdcentral.

Om vi från Simpsons frekvenser (4) beräknar förväntat antal diabetiker bland befolkningen inom Grangärde vårdcentralens upptagningsområde, det vill säga Grangärde församling, får vi 29 män och 46 kvinnor, sammanlagt 75 individer. Eftersom vi under det år registreringen pågick fångat in 127 personer (67 män och 60 kvinnor) med diabetes har vi anledning att misstänka en översjuklighet i diabetes i statistiska termer, främst gäller detta bland männen. Översjukligheten kan härledas till en översjuklighet i åldrarna 65-74 år och i åldrarna över 74 år. De observerade värdena är 41 individer och 46 individer, medan de förväntade skall vara 25 individer i bägge åldersgrupperna. Om vi i stället utgår från de frekvenser som beräknats utifrån Statistiska Centralbyråns intervjuundersökning så kan vi räkna ut förväntat antal diabetiker i Grangärde församling i åldersgruppen 65-74 år till cirka 28 individer. Vi finner således fortfarande en överrepresentation i Grangärde församling. Också Grängesbergs församling, ett angränsande upptagningsområde, visade på en liknande

överrepresentation (5). En nyligen genomförd inventering i två glesbygdskommuner i Östergötlands län visade prevalenssiffror på 3,9 procent och 3,2 procent (6), vilket får oss att tro att de något inaktuella prevalenstal vi använt för våra kalkyler inte är helt relevanta för den befolkning vi har idag.

Under den tolv månadersperiod vi försöker beskriva och analysera fann vi 78 män med diagnosen hypertoni i åldrarna 15–74 år och 141 kvinnor. Prevalenstalen ("minimiprevalensen") blir därmed omkring 4,9 procent respektive 9,6 procent, det vill säga något högre för kvinnor än vad vi kunnat förvänta utifrån Statistiska Centralbyråns skattningar av situationen på riks- och länsnivå.

Man brukar räkna med att 10–15 procent av befolkningen i åldrarna 45–64 år har en behandlingskrävande hypertoni. Inom vårdcentralens upptagningsområde skulle vi då ha mellan 100 och 150 personer aktuella för hypertoni behandling. I dessa åldrar fann vi genom vår besöksregistrering *totalt* 94 personer som givits diagnosen hypertoni.

Övriga resultat

- Knappt 40 procent av de vuxna patienterna vid läkarmottagningen yrkesarbetade vid tiden för första besöket.
- Kvinnor söker upp läkarmottagningen i högre utsträckning än män, särskilt i åldrarna mellan 65 och 74 år, där 75 procent av kvinnorna besökt sin distriktsläkarmottagning.
- 70 procent av de vuxna patienterna uppgav vid första besöket att de inte röker. 14 procent röker mer än 10 cigaretter eller motsvarande per dag. Kvinnliga patienter röker oftare än män i åldrarna under 45 år.
- 17 procent av de vuxna patienterna motionerar sällan eller aldrig.
- 39 procent av de vuxna patienterna säger sig aldrig dricka alkoholhaltiga drycker.
- Återbesöken svarade för 38 procent av samtliga besök.
- De tre vanligaste *kontaktsakerna*, om vi ser till alla 5.197 presenterade problem i alla åldrar, är hypertoni, förkylningar och öronbesvär. Dessa förekommer i 9,4 procent, 8,5 procent respektive 6,7 procent av besöken.
- I genomsnitt presenterades 1,06 *kontaktsaker per besök bland vuxna*.
- De vanligaste *diagnoserna*, beaktat alla 6.911 diagnoser som satts i alla åldrar, är hypertoni, diabetes mellitus, övre luftvägsinfektion, angina pectoris och bronchitis acuta. Diagnosen hypertoni sätts i 12,5 procent av besöken, övriga i 6,8, 5,9 och 4,6 procent respektive 4,5 procent av besöken.
- I genomsnitt sattes 1,41 *diagnoser per besök*.
- Akut remiss utfärdades i 2 procent av besöken och ej akut remiss utfärdades i 7 procent.
- Röntgenremiss utfärdades i 7,3 procent av besöken.
- 66 procent av patienterna är sådana

som redan har eller som vid besöket får *läkemedel* för någon åkomma.

● De som redan har eller som vid besöket får läkemedel för behandling är relativt fler i de äldsta åldrarna. Andelen besök med läkemedelsbehandling bland män i åldrarna 15–24 år, 45–64 år och 75–w år är 41 procent, 71 procent respektive 83 procent. Motsvarande för kvinnor är 54 procent, 72 procent och 87 procent. Andelen besök där läkemedelsbehandling förekommer varierar också något efter läkare, 55 procent för vikarier och 62 procent och 71 procent för de ordinarie läkarna.

● Rådgivning i egenvård eller friskvård förmedlades i knappt 9 procent av de vuxna manliga besöken och 7 procent av de kvinnliga.

DISKUSSION

När det gäller de diagnoser eller symptomdiagnoser som ställts av läkarna i Grangärde vill vi hävda att själva det faktum att en särskild registrering pågått torde ha inneburit att en del oklara fall fått en diagnos som mer har karaktären av arbetshypotes än definitiv diagnos.

Med hänsyn till de föga iögonfallande skillnaderna i proportionstal mellan de olika upptagningsområdena för vårdcentralerna i Sunnansjö, Vilhelmina, Tierp och vårdcentralerna Granen i Malmö och vetskapen om diagnosmönstrets avhängighet till ålderssammansättningen bland patienterna finner vi det rimligt att dra slutsatsen att *diagnospanoramat för Grangärde på det stora hela taget överensstämmer med vad som kan förväntas* (7, 8, 9). Detta innebär inte att det inte föreligger "onormalt" höga proportionstal för vissa *enskilda* diagnoser som till exempel hypertoni. Vi vet att förekomsten av hypertoni ökar med ökad ålder i befolkningen. Trots en förskjutning mot äldre åldrar i befolkningen inom upptagningsområdet för vårdcentralen Granen i Malmö finner vi där en betydligt lägre andel hypertonidiagnoser bland totala antalet diagnoser, 7 procent mot 12,5 procent. Har vi möjligen, i alla fall ur strikt medicinsk synpunkt, obefogat många läkarkonsultationer bland hypertoniker i Grangärde?

Återbesöken utgjorde 38 procent av samtliga besök och dessa gjordes framför allt av personer i äldre åldrar. Akutbesöken finner vi däremot hos patienter i yngre åldrar. Samma mönster konstaterades i "Malmöstudien". Dock var andelen återbesök *lägre* på vårdcentralen Granen i Malmö, trots den mer åldrade befolkningen. Detta kan tyda på att läkarkonsultationerna bland vissa patientgrupper, till exempel hypertoni, i Grangärde är tätare än vad som kan anses erforderligt på medicinska grunder. (I dag kallas hypertoni patienterna till kontroll efter cirka nio månader, istället för som tidigare sex.)

Vid vårdcentralen i Vilhelmina förekom kirurgiska ingrepp i 10 procent av

alla besök (7). Vi fann i 3 procent av besöken vid vårdcentralen i Sunnansjö, vilket kan förklaras av närheten till Ludvika lasarett, bara någon enstaka mil bort för de flesta i upptagningsområdet.

2 procent och 7 procent av besöken vid Grangärde läkarmottagning har föranlett akut remiss respektive ej akut remiss till annan sjukvårdsinstans. Samma omfattning på remisskrivandet kunde man finna också på läkarmottagningen i Vilhelmina (7), trots de betydligt längre avstånden till andra vårdinrättningar. Detta kan tyda på att befolkningen i Grangärde församling är sin vårdcentral trogen i väldigt hög grad, få tar direkt kontakt med till exempel specialistklinikerna vid Ludvika lasarett.

Röntgenremissernas omfattning i Grangärde ligger kring mellan 5 och 6 procent av besöken, en lägre siffra än vad vi vet från de refererade studierna i både Vilhelmina och Malmö. (Vi funderar för närvarande i en särskild granskning av 25 colonröntgenremisser från Grangärde distriktsläkarmottagning om en så kallad åtgärdbar sjukdom kunde fastställas i ett enda fall med hjälp av röntgen.) Då sådana röntgenundersökningar är både förhållandevis dyra och besvärliga för patienten bör ständiga översyner av tillämpade indikationer med mera göras. En strävan framledes bör vara att sänka omfattningen av alla röntgenremisser ytterligare och till en optimal nivå ur kostnads-/nyttoaspekter.

SLUTORD

Vad som sker på en distriktsläkarmottagning är förstås något mer än vad som framgår ur antalet besök och annat vi kunnat uppskatta utifrån vår årslånga besöksregistrering. Sådant som graden av upplevt lidande, det patienten helst vill ha åtgärdat i en komplex problembild, vad som svarar för de tidsmässigt största arbetsinsatserna, problemens svårighetsgrad eller patientens tillfredsställelse med läkarkonsultationen med mera har vi inte försökt belysa. Vad vi däremot belyst och ansett och fått en hyfsad bild av är alla de problem läkarna konfronteras med i form av presenterade kontaktsaker och ställda diagnoser. Tillvägagångssättet ser vi som en möjlighet bland flera att utveckla en reflekterande förmåga kring arbetsinnehållet ur vårdgivarens perspektiv och trots allt till rimliga arbetsinsatser. Vi är emellertid övertygade om att en besöksregistrering av ifrågakvarande slag kräver *särskilda personella resurser* på uppskattningsvis sammanlagt 6–8 månader utöver vad som normalt förekommer på en vårdcentral för hantering, bearbetning, sammanställning, analys och dokumentation av materialet. Därtill kommer *särskilda kostnader* för nödvändig bearbetning av informationen med hjälp av datamaskin, för vår del till cirka 50.000 kronor.

Vi vill till sist och med utgångspunkt från våra iakttagelser ur den årlånga besöksregistreringen *påstå att distriktsläkarmottagningen i Sunnansjö erbjuder befolkningen en väl fungerande primärvård, en lättillgänglig vardagssjukvård som inte minst når de allt fler äldre människorna med ofta flera åkommor.* Det är troligt att andelen öppenvårdsbesök på mottagningarna vid Ludvika lasarett av personer bosatta inom vårdcentralens upptagningsområde, Grangärde församling, därmed kan hållas på en mycket låg nivå.

Referenser:

1. Statistiska Centralbyrån, Demopak, 1983-12-31.
2. Granvik M, mfl: Vårdkonsumtionsmönstret på distriktsläkarmottagningen vid Grangärde vårdcentral under en ettårs-

period, Rapport, Kopparbergs läns landsting, januari 1985.

3. Ejlertsson G: Metodologiska aspekter på befolkningsrelaterad sjukvårdsstatistik, Socialmedicinsk tidskrift, nr 2 s 109-113, 1983.

4. Luft R: Diabetes, Socialstyrelsen, Malmö 1982.

5. Granvik M: Det samhällsmedicinska utvecklingsarbetet vid landstingskansliets hälso- och sjukvårdsavdelning inför verksamhetsåret 1985, februari 1985.

6. Falkenberg M: Referat från symposium på läkarstämman 1984, Läkartidningen, Vol 82, nr 19, s 1.757, 1985.

7. Bergström B och Tibblin G: Vårdmönstret i glesbygd - en delrapport från Vilhelminastudien, Socialmedicinska institutet, Umeå universitet, 1978.

8. Lindblad T: Rapport från patientregistrering vid vårdcentralen Granen, Nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö, AllmänMedicin, årgång 5, s 211-214, 1984.

9. Smedby B och Korpela M: Diagnosredovisning för läkarbesök år 1983 vid hälsocentralen i Tierp, Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet, Arbetsrapport 1984-08-15.

Författarpresentation:

*Mats Granvik** är 1:e sekreterare vid Kopparbergs läns landstings kansli.

*Nils Lundström*** är distriktsläkare vid Grangärde vårdcentral, Sunnansjö.

*Bo Nordbäck**** är distriktsläkare vid Grangärde vårdcentral, Sunnansjö.

Postadresser:

*Landstingets kansli, Box 712, 791 29 Falun

**Grangärde vårdcentral, 770 12 Sunnansjö, telefon 0240-914 10

***Grangärde vårdcentral, 770 12 Sunnansjö, telefon 0240-914 00

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distriktssköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 250 kronor fär år 1986. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5.

Ange prenumeration för 1986 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Att utvärdera hälso- och sjukvård med särskild hänsyn till barns hälsa

LENNART KÖHLER · PER-OLOF BROGREN

En väl utbyggd och fungerande hälso- och sjukvård är en väsentlig del av ett välfärdssamhälle som vårt, men dess betydelse för folkhälsan är begränsad, och överskuggas av till exempel livsstil och miljö. En framgångsrik hälsopolitik måste bygga på en samverkan mellan olika samhällssektorer, där dock sjukvården intar en central plats och därför måste utvärderas och dokumenteras.

Utvärdering, ett nödvändigt skede i planeringsprocessen och i förändringsarbete, måste utföras på olika nivåer, samhällsnivå, organisationsnivå och individnivå, och inriktas mera på resultat än struktur och prestationer och mera på kvalitet än produktivitet och kvantitet.

När det gäller barns hälsa i Norden är det glädjande att se hur evalueringsstankarna trängt in också i den förebyggande vården, först inom barnhälsovården men på senare tid även inom skolhälsovården.

Nyckelord: Utvärdering, metoder, barn, hälsa, sjukvård, prevention, planering, hälsopolitik, intersektoriellt samarbete.

Hälsan och dess bakgrund

Nordisk hälso- och sjukvård har en hög och jämn standard och åtnjuter internationellt ett mycket gott rykte, inte bara för sin tekniska kvalitet utan också för sin höga täckningsgrad för olika befolkningsgrupper. Barns hälso- och sjukvård utgör inte något undantag. Tvärtom framhålls till exempel den nordiska barnsjukvården som förebild i internationella sammanhang, som ett avlägset mål som andra länder har att sträva mot. Det kan gälla vårdplatser, läkare, sjuksköterskor, organisation, utbildning och kompetens. Samtidigt framhålls ofta de stora landvinningar vi gjort när det gäller barns hälsa: dödligheten är extremt låg; svåra infektionssjukdomar, svält, umbäranden, vanvård är sällsynta; tillväxt och näringsstillstånd är utmärkta; bristsjukdomar är utrotade. Traditionella barnsjukdomar är sällan farliga, de vållar

på sin höjd tillfälliga avbräck i barnens dagliga sysselsättning. Av dödliga sjukdomar i större skala återstår nu egentligen bara nyföddhetsåkomor, olycksfall och cancer. Utanför nyföddhetsperioden domineras sjukdomspanoramat i den slutna vården av infektioner i luftvägar och tarmkanal samt av yttre skador i samband med olycksfall. I den ambulanta vården är lindriga infektioner, allergier, skador samt psykosomatiska besvär de vanligaste diagnoserna (1).

Det är lätt att förstå att man vill söka ett kausalt samband mellan sjukvårdens utveckling och landvinningar när det gäller hälsan. Detta görs ofta också i debatten: det är den starkt utbyggda, högkvalificerade och väl fungerande hälso- och sjukvården som gjort människor så friska. Att det är en tanke som varmt omhuldas i medicinska kretsar är heller ingen slump.

Visst har vi en bra sjukvård, en sjukvård som kan erbjuda den nyaste och mest avancerade vård man över huvud taget känner, och som kan göra det åt praktiskt taget alla, utan ekonomiska eller sociala inskränkningar.

Men hur är det egentligen? Vad betyder hälso- och sjukvården för människors hälsotillstånd, för folkhälsan? Är det sjukvården som gjort oss friska?

Faktiskt börjar fler och fler tvivla på det. En av de mest kända kritikerna, och en som dessutom själv kommer inifrån sjukhusens värld, är professor Thomas McKeown från Birmingham, som i en noggrann studie (2) bland annat visat att den största minskningen av dödligheten och ökningen av överlevnaden skedde medan vad vi menar med medicinsk vetenskap knappast existerade, långt mindre hade exploderat i innovationer, teknik och mediciner. Framstegen i folkhälsa bör i stället ses som en följd av förbättringar i den allmänna hygien, i bostäderna och allra främst kanske i näringsstillståndet. Amerikanerna John och Sonja McKinley har räknat ut att högst 3,5 procent av nedgången i dödligheten kan skrivas på medicinska åtgärders konto (3).

Om nu sjukvårdens insatser har så liten betydelse för hälsotillståndet, vad är det som är viktigt?

Den kanadensiske hälsovårdsministern Marc Lalonde har i ett berömt dokument från 1974 (4) tagit upp fyra faktorer som han anser ha mer eller

mindre betydelsefull inverkan på befolkningens hälsa, och som utgör "hälsoområdet".

1. Biologiska faktorer – genetiska och andra i kroppen inbyggda grundläggande faktorer som leder till sjukdom.
2. Miljö – allt som berör hälsan utanför kroppen och som inte alls eller bara i någon mån kan påverkas av den enskilde (livsmedel, luft, vatten, avlopp, trafik, bostäder, social miljö).
3. Livsstil – individuella beteenden som påverkar hälsan och som individen har ett mer eller mindre avgörande inflytande på själv (sprit, tobak, motion, kost).
4. Sjukvårdsorganisationen – kvantitet, kvalitet, åtgärder, olika former för hälso- och sjukvård som samhället driver.

Den amerikanske epidemiologen Alan Dever har uppskattat att livsstilen har samband med 43 procent av all dödlighet, den mänskliga biologin med 27 procent, miljön med 19 procent och hälso- och sjukvården med bara 11 procent. Däremot går drygt 90 procent av hälso- och sjukvårdsutgifterna till vårdsystemet (5).

Lester Breslow i Californien har vid en omfattande undersökning (6) funnit att hälsotillståndet mätt med bland annat dödlighet, sjuklighet, handikapp, välbefinnande, hade ett nära samband med 7 sk hälsovanor.

De som följde alla sju hade ett hälsotillstånd som motsvarade det för 30 år yngre som följde få eller inga av dem.

Man fann naturligtvis också den förväntade fördelningen av hälsotillståndet, det vill säga bättre för yngre än äldre, bättre för rika än för fattiga. Men i alla sociala och åldersmässiga skikt påverkade dessa vanor hälsotillståndet, och var också klart relaterade till dödligheten och livslängden.

Det finns heller inget entydigt samband mellan å ena sidan befolkningens hälsotillstånd, mätt på olika sätt, och å andra sidan hur mycket pengar som läggs ner i sjukvården, vare sig man mäter i kronor eller i procent av brutonationalprodukten (BNP).

Däremot finns, internationellt sett, klart samband mellan ett lands samlade BNP och spädbarnsdödligheten, som ju betraktas som ett gott mått på en socio-ekonomisk standard.

Slutsatserna av dessa analyser blir naturligtvis inte att sjukvårdsapparaten inte behövs eller att den har dålig effekt. Sjukvården har också andra uppgifter än att minska dödligheten, till exempel att lindra smärta och att trösta.

Dessutom anser många människor att god och lättillgänglig hälso- och sjukvård är en av välfärdssamhällets mest angelägna förmåner – en trygghetsfaktor av hög dignitet.

För den vanliga människan är inte sjukvårdens mål i första hand att åstadkomma en god folkhälsa eller en lång medellivslängd; vad hon vill ha är en lättillgänglig vård som snabbt kan lindra hennes plågor.

Det viktiga är att man inser att det goda hälsotillståndet och den högklassiga sjukvården båda är produkter av en hög och jämn socio-ekonomisk standard, och inte tillskriver sjukvården effekter som den inte har och ålägger den krav som den inte kan uppfylla. Det finns nog av bekymmer ändå för sjukvården.

Sjukvårdens problem

Kortfattat kan man sammanfatta sjukvårdens aktuella problem i följande fem punkter, de problem som ibland kallas för kris.

1. Ökning av kostnaderna och begränsning av resurserna.

Utgifterna för sjukvården, mätta i fasta priser, har i stort sett sexdubblats på de senaste 30 åren. De senaste årens ekonomiska nedgång har dessutom kommit att starkt begränsa den offentliga sektorns expansion och tvingat politikerna att ifrågasätta tidigare självklara utgifter.

2. Ojämn fördelning av resurserna.

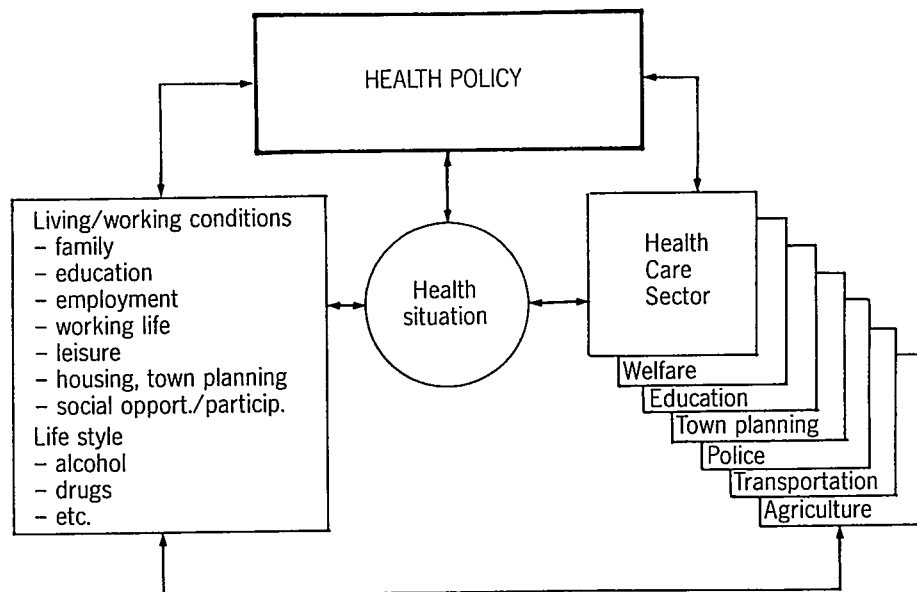
Både geografiska och specialitetsmässiga skillnader föreligger. Således varierar till exempel läkartätheten, sängantalet, operationsfrekvenser och läkemedelsförsäljning mellan olika områden utan att rimliga behovsskillnader ligger bakom. Snarare tycks det vara så att utbudet är omvänt proportionellt mot behovet enligt den så kallade "Inverse Care Law", eller på svenska "När nöden är som störst är hjälpen som längst bort".

Diskrepansen mellan slutna vård och primärvård har också uppmärksamats; trots uttalad politisk vilja att öka primärvårdens resurser, går fortfarande en mycket stor del av ekonomisk och personell satsning till den högspecialiserade sjukhusvården. En viss skiftning av prioriteringen mot primärvården kan dock skönjas – längst har Finland nått i Norden.

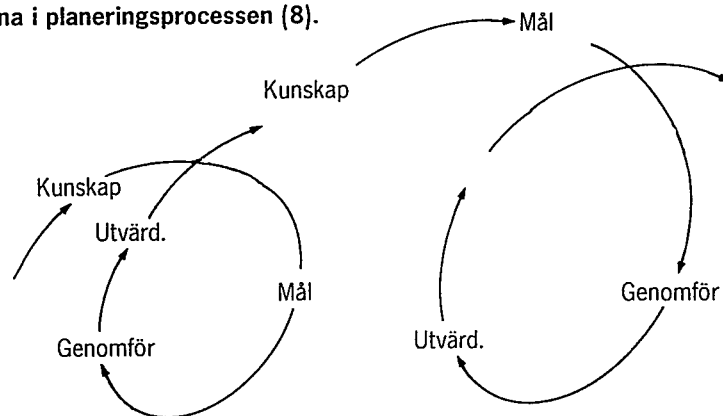
3. Ojämnt utnyttjande av vården.

De senaste årens vårdkonsumtionsstudier och levnadsnivåundersökningar har visat markanta skillnader, dels mellan olika regioner och dels mellan olika åldersmässiga och socio-ekonomiska grupper när det gäller utnyttjandet av vårdresurserna.

Figur 1.
Intersektoriellt samarbete (7).



Figur 2.
Skedena i planeringsprocessen (8).



4. Ökning av vissa hälsoproblem.

De gamla folksjukdomarna av huvudsakligen infektiöst ursprung har försvunnit eller minskat, men andra har kommit i stället. Hjärt-kärlsjukdomar, vissa psykiska åkommor, trafikskador, kroniska sjukdomar och tumörer är i dag viktiga orsaker till funktionsnedsättningar och vårdutnyttjande, för att inte tala om alkoholismen, och, i ett vidare perspektiv, konsekvenser av arbetslöshet.

5. Många hälsoproblem svarar inte på traditionell medicinsk behandling.

Trots utvecklingen av medicinsk teknologi och nya mediciner har man inte lyckats komma till rätta med befolkningens hälsoproblem i den utsträckning man hoppats. Det börjar stå klart för en allt större krets av politiker och yrkesmän att orsakerna till ohälsan och därmed också deras botemedel står att söka utanför den traditionella medicinen, nämligen i miljön, och i det personliga hälsobeteendet, "livsstilen".

Dessa problem är förvisso inte bara svenska – över praktiskt taget hela världen möter man samma bild, om än på olika nivåer. Även så i u-länderna där man i det stora hela följt de rika

ländernas modeller, som där lett till en ännu mer iögonfallande snedfördelning.

Lösningen av befolkningens stora hälsoproblem ligger således inte inom medicinen utan är ett generellt samhällsproblem, där sektorer utanför hälsosektorn i själva verket spelar den största rollen.

Det är alltså det överordnade begreppet "hälsopolitik" som är det viktigaste när det gäller att skapa och bibehålla ett gott hälsotillstånd hos befolkningen, och hälsopolitiken är i sin tur en viktig del av välfärdspolitiken som ju för de nordiska länderna blivit något av ett kännemärke.

I det intersektoriellt nätverksliknande samarbete som måste till för att skapa en hälsopolitik kommer hälso- och sjukvårdssystemet att inta en central plats (figur 1) och ett tungt ansvar kommer alltid att vila på hälso- och sjukvården och dess förmåga att anpassa sig till nya krav.

Och därför är det så viktigt att det som görs inom sjukvården verkligen kan dokumenteras och utvärderas.

Utvärderingsmodeller

Först och främst är utvärderingen naturligtvis ett led i en planeringsprocess,

som innehåller fyra skeden: kunskapsproduktion, målformulering, genomförande och utvärdering (figur 2). Denna modell är generellt tillämpbar på olika processer och när det gäller hälso- och sjukvården kan man urskilja tre nivåer, där planeringsprocessen är viktig och där alltså utvärdering bör ingå.

1. Samhällsnivå

Eftersom orsakerna till ohälsa i första hand står att finna i samhället utanför hälso- och sjukvården, i miljön och livsstilen, så intar välfärdspolitiken, och därri hälsopolitiken, en central plats för att utjämna skillnaderna mellan olika sociala grupper och mellan olika geografiska områden. Utvärderingen här gäller då vilka sektorer man får att medverka, hur resurserna används och hur effektiva åtgärderna är när det gäller att nå målen.

2. Organisationsnivå

Det vill säga hur fungerar till exempel sjukvården, hur är dess produktivitet och kvalitet, hur svarar den mot behov och efterfrågan, från samhället och från patienterna?

3. Individnivå

Hur blir den enskilde patienten omhändertagen och slussad genom systemen till behandling och botande? Men också: hur har den enskildes livsstil ändrats i syfte att förebygga ohälsa?

På alla nivåerna har utvärderingen av tradition varit inriktad mer på *struktur* och *prestationer* än på *resultat* och mer på *produktivitet* och *kvantitet* än på *kvalitet*.

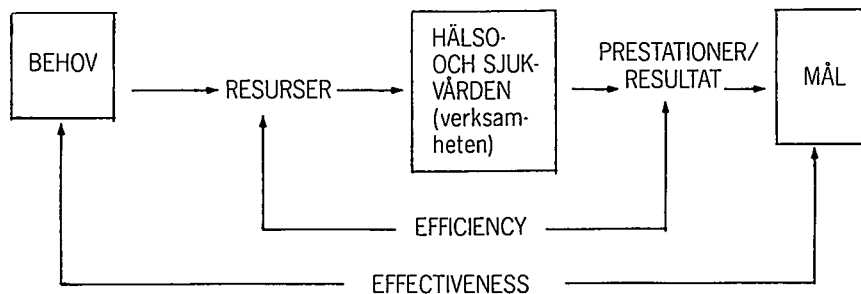
Med *struktur* menas resurser i form av till exempel antal sjukhus, läkare, sjuksköterskor, antal invånare per läkare. Med *prestationer* menas antal besök, antal vaccinationer, antal operationer, antal identifierade hälsoproblem. Med *resultat* menas hur hälso-tillståndet eller sjukdomarna påverkats av insatta åtgärder.

Givetvis är det det sista målet, resultatet, som är det verkligt intressanta i utvärderingen; de andra får betraktas som ofullständiga delmål, som dock har ett i bästa fall indirekt och ibland helt oberoende samband med resultaten. Det är dock inte alltid möjligt att "nå ända fram", och det kan också ha ett egenvärde att analysera fördelningen av resurser och prestationer, vilket framgick av det vi tidigare sade om samhällsnivån.

Effektivitetsanalyser

Antalet vårdplatser och antalet läkare har alltså blivit de viktigaste måttstockarna för att bedöma sjukvårdens kapacitet. I konsekvens härmed har antalet vård dagar, antalet intagna patienter och antalet läkarbesök blivit centrala prestationsmått. Om man relaterar prestationerna till resursinsatserna (till exempel kostnader) får man uppgifter om produktiviteten.

Figur 3. Begreppen efficiency och effectiveness.



Man talar om tre slag av analyser: cost-benefit, cost-efficiency och cost-effectiveness.

Cost-benefit syftar till att identifiera och kvantifiera samhällsekonomiskt betydelsefulla insatser och resultat och värdera dem i ekonomiska termer. Bakom ligger uppfattningen att endast det som kan mätas har betydelse. Ovägbara men viktiga storheter riskerar att försvinna ur blickfältet. Det är inte ofta en renodlad cost-benefitanalys kan tillämpas som underlag för beslut inom hälso- och sjukvården. "Det är bättre att ha ungefär rätt än exakt fel", säger den erfarne kritikern.

Cost-efficiency används när investeringen eller resursinsatsen är given. Frågan är då hur man kan nå bästa möjliga resultat inom den ramen. Hur kan ett sjukhus, som en gång väl byggts, bäst användas? Hur utnyttja en laboratorieutrustning så att resultaten blir "optimala".

Cost-effectiveness används när målet är givet. Hur finna den minst resurskrävande vägen för att nå målet? Antag att det gäller att ge rimligt stöd för en grupp handikappade. Vad kostar och vad ger hemvård, eller vård på sjukhus, sjukhem, vårdhem, rehabiliteringscenter?

Skillnaden mellan begreppen "efficiency" och "effectiveness" illustreras av figur 3.

Vanligtvis är det nödvändigt – och klokt – att begränsa utvärderingens omfattning till att granska olika delområden eller speciella program inom hälso- och sjukvården, till exempel program för förebyggande vård.

Förebyggande vård

Det är nog ingen överdrift att påstå att utvärdering av hälso- och sjukvårdens effekter inte precis tillhört de mest prioriterade områdena. Mycket har tagits för givet och aldrig ifrågasatts av någon, och det är alltså ett relativt ny-mornat intresse vi nu ser blomma upp runt omkring oss. Inte desto mindre är det intressant och hoppfullt att se hur evalueringsstankarna trängt in också i den förebyggande vården, först inom barnhälsovården men på senare tid även inom skolhälsovården när det gäller barns hälsa.

Vid en genomgång av den förebyggande hälsovården, före och under skolåldern, som nyligen gjorts för de nordiska länderna, fann man att grundsyn, målsättning, problem och

utvecklingslinjer var påfallande lika i alla fem länderna (9).

1. *Innehållet*, där man strävar efter att lämna den traditionella somatiska inriktningen och i stället riktar in sig på "The new morbidity", det vill säga psykosociala problem, långvarig sjukdom och handikapp, olyckor, vanvård och i högre åldrar också missbruk.

2. *Metoderna*, där den gamla kliniska läkarundersökningen får stryka på foten för screening-undersökningar och där hälsofostran träder fram som en väsentlig primärpreventiv insats. Genomgående söker man också engagera familjen och utnyttja dess resurser.

3. *Personalen*, där man i alla länder nu placerar sjuksköterskan som den självklara centralfiguren, som står för det mesta rutinarbetet i hälsovården och svarar för sammanhållning och kontinuitet. Hennes uppgift är mer än hälsokontrollerande, hon har kommit att bli en lättillgänglig medicinsk och social resursperson för hela familjen, en hjälpare och tröstare för barn, elever, lärare, vårdare och föräldrar. Till sin hjälp har hon en rad specialister, där läkaren med sin medicinska kunskap är den viktigaste, men där också psykolog och kurator är betydelsefulla.

4. *Organisationen*, där man genomgående strävar efter att decentralisera verksamheten och förankra hälsovården i någon form av lokal organisation. Denna anknytning kan få olika utseende i olika länder, men man ser i alla länder hälsovården som en ingrediens i primärvården och är angelägen att behålla den som en sådan.

5. *Forskningen*. Glädjande nog finns det också en klar tendens att vilja ge sig i kast med forskning och utvecklingsarbete och de tidigare ovan nämnda utvecklingslinjerna är till stor del resultatet av utvärderingar av den tidigare verksamheten. Det finns i dag i alla våra nordiska länder en rad studier över till exempel utfallet av hälsokontroller och screeningmetoder, och de har alla visat att de gamla somatiskt inriktade hälsobesiktningarna i stort sett var ineffektiva, betydelselösa, onödiga och dyra, och att de snarast stått i vägen för andra väsentliga uppgifter för hälsovården. Man har också kunnat sanera i floran av screening-program, och genom att mäta sensitivitet,

specificitet och prediktivitet kunnat visa vilka screening-metoder som ger för dåligt utbyte, eller orimligt hög belastning på de diagnostiska resurserna och i onödan oroar de undersökta. Entusiasmen för tidig uppspårning av risk-grupper har också svalnat betydligt efter de uppföljningar som gjorts och som klart visat att det komplicerade samspelet mellan genetiska och sociala faktorer i utvecklingen gör det oerhört svårt att tidigt prognosticera senare avvikelser eller handikapp.

I dag vill man i stället bibehålla den individuella kontakten med barn och familj genom omformade hälsoundersökningar, som bör "präglas av en helhetssyn på hälsan där kropp, själ, miljö och sociala faktorer ses i ett sammanhang" (10). Samtidigt vill man rikta in sig på breda primärpreventiva och hälsobefrämjande program och på ett mer psykosocialt arbetssätt.

Detta låter rimligt och välbetänkt med våra nuvarande kunskaper och attityder till hälsovård. Det är dock högst väsentligt att också dessa nyare insatser och åtgärder blir föremål för utvärderingar, att också de följs upp och bedöms utifrån sådana värderingskriterier som tidigare berörts.

Det är fortfarande viktigt att mäta effekterna på individerna, som man gjort tidigare, till exempel värdering av screening-verksamhet, förbättring av den fysiska konditionen, minskning av hälsorisker, men det är också dags att

hälsovården för barn och ungdom söker värdera sin plats på de andra nivåerna, det vill säga på organisations- och samhällsnivå. Hur kan man i samverkan med andra sektorer i samhället arbeta för välfärdspolitiska och hälsopolitiska mål, hur kan man tillsammans med andra hälso- och sjukvårdsorganisationer balansera barns och ungdoms vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion?

Aubrey Kagan's ord är relevanta i detta sammanhang också: "All verksamhet som inte utvärderas är experiment, men utförda så att man inte kan lära sig något av dem" (11).

Litteratur

1. Jakobsson G, Köhler L. Barns hälsotillstånd i Norden. Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport NHV 1984:3. Lund: Studentlitteratur, 1984.
2. McKeown T. The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? London: Nuffield, 1976.
3. McKinley J, McKinley S. The Questionable Contributions of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. Milbank Memorial Fund Quarterly. Summer 1977, p. 405-28.
4. Lalonde M. A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, April 1974.
5. Dever AGE. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. I: Social Indicators Research 1976;2:453-66.
6. Berkman L, Breslow L. Health and ways

of living. New York-Oxford: Oxford University Press, 1983.

7. Brogren P-O. Promotion of Mental Health. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 1985 (Rapport NHV 1985:3).

8. Swedner H. Sociologisk metod. En bok om kunskapsproduktion och förändringsarbete. Lund: Liber Läromedel, 1978.

9. Köhler L. Förebyggande vård - organisation, innehåll, resultat. I: Köhler-Merck (red) Barns hälsa och välfärd, Nordisk lärobok i socialpediatrik. Lund: Studentlitteratur, 1984.

10. Cerncrud L. Hälsoundersökningarna i skolan förändras - somatisk inriktning ger vika för helhetssyn. Läkartidningen 1984; 81:3022-4.

11. Kagan A. Evaluation of Mass Screening for Health: Needs, Difficulties and Possibilities. Public Health, London, 1972;86:119-24.

Författarpresentation

Lennart Köhler, professor, rektor Nordiska hälsovårdshögskolan.*

*Per-Olof Brogren, regionchef, Sprinkonsult.***

*Postadress

Medicinaregatan, 413 46 Göteborg.

Box 2809, 403 20 Göteborg.

Till Dalarna i höst.....

SFAM:S MÖTE I BORLÄNGE

25 - 27 september

Huvudtema:

PSYKO-SOMATIK I TEORI (25/9 - 26/9)
OCH PRAKTIK (27/9)

Dessutom:

Fria föredrag, årsmöte m m.

VÄLKOMNA!

Från epidemiologiska studier till hälso-utbildningsprogram på samhällsnivå.

En historisk analys av preventiva strategier

BO JA HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

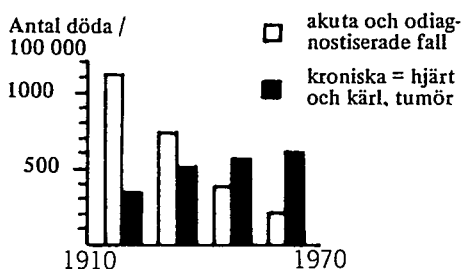
Artikeln utgör ett försök till analys av de preventionsstrategier som använts under de senaste 30 åren mot några av våra största folkhälsoproblem, i första hand från hjärt/kärlområdet. Historiskt har tre preventionsstrategier avlöst varandra; den monofaktoriella strategien, den multifaktoriella strategien och hälso-utbildningsprogram på samhällsnivå (community intervention program). Den tredje fasen inleddes 1972 med Nordkarelen-projektet. I den första fasen klarlades samband mellan enskilda riskfaktorer och ohälsa. Med hjälp av den multifaktoriella strategien visades att det är möjligt att påverka levnadsvanor hos högriskindivider och att detta positivt påverkade sjuklighet och död. I hälso-utbildningsprogrammen på samhällsnivå har visats att levnadsvanor i hela befolkningsgrupper på motsvarande sätt kan påverkas.

Nyckelord: Samhällsmedicin, prevention, community intervention, medicinsk historia.

Introduktion

Under de senaste 100 åren har en utveckling ägt rum i Sverige från ett jordbrukssamhälle till industrisamhälle. Förändrade samhällsförhållanden har haft återverkningar på närmiljö såsom arbete, boende och fritid men även på familjebildning, matvanor och utbildning. Dagens samhälle karakteriseras framför allt av koncentration och funktionsuppdelning. Samhällsstrukturella förändringar kan avläsas i förändrade hälsoförhållanden för den enskilde och därmed också ett förändrat sjukdomsmönster i befolkningen.

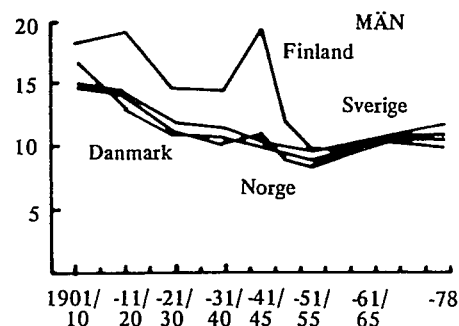
Figur 1. Dödlighet i olika akuta och kroniska (inkl. övriga) sjukdomar i Sverige för perioden 1910–1970 per 100.000 av standardpopulation för män.



Källa: Carlsson G o.a. Liv och hälsa. Falköping 1979.

I jordbrukssamhället dominerade de akuta infektionssjukdomarna, medan i dag de kroniska sjukdomarna utgör de vanligaste orsakerna till ohälsa (figur 1). De fem dominerande orsakerna till sjuklighet och död i dag är hjärt/kärlsjukdomar, cancer, ledsjukdomar, mental ohälsa och olycksfall (1). För hjärt/kärlsjukdomar dominerade under början av seklet reumatiska hjärtsjukdomar. I samband med att penicillin upptäcktes kunde man genom medicinsk behandling dramatiskt förändra förekomsten av reumatiska sjukdomar. Samtidigt utvecklades också hjärt/kärlkirurgi under 1940 och 1950-talet och klaffsjukdomar i hjärtat kunde med de nya kirurgiska metoderna behandlas. Dessa medicinska framgångar medförde att man i slutet av 50-talet hade en stor tilltro till att fortsatt utveckling av den medicinska teknologin skulle kunna lösa bekymret med den höga dödligheten i hjärt/kärlsjukdomar. Inom det invärtesmedicinska området utvecklades därför alltmera raffinerade metoder för intensivvård under 60-talet. Trots dessa insatser ökade dödligheten i hjärt/kärlsjukdomar för medelålders män i västvärlden (2).

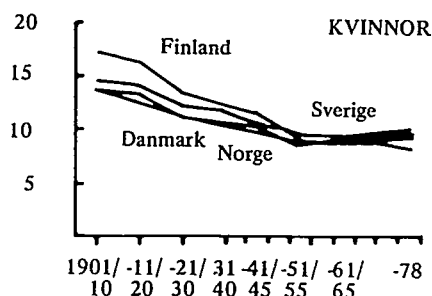
Figur 2. Dödstalen för män åren 1901/10–1978 (per 1.000 män).



Källa: Jakobsson G o.a. Hälso-utvecklingen i Norden. 1981.

Den ökade dödligheten betingades huvudsakligen av hjärt/kärlsjukdomar och cancer men även olycksfall och alkoholrelaterade sjukdomar. Dessa förändringar är orsaker till den ökade dödligheten i de nordiska länderna för män från början av 60-talet. I "statistisk historisk tid" är detta första gången en ökning av den svenska befolkningens totala dödlighet äger rum.

Figur 3. Dödstalen för kvinnor år 1901/10–1978 (per 1.000 kvinnor).



Källa: Jakobsson G o.a. Hälso-utvecklingen i Norden. 1981.

Motsvarande ökning har också ägt rum för kvinnorna i Norden med en tidsförskjutning på ca 10–15 år jämfört med männen (figur 3).

En medicinsk teknologisk lösning på hälsoproblemen syntes inte vara framgångsrik, varför man började söka efter alternativa möjligheter.

Epidemiologiska studier

Samtidigt växte en kunskap fram genom epidemiologiska studier att olika riskfaktorer påverkade hjärt/kärlsjukligheten. Det fanns stora skillnader mellan män och kvinnor, i olika åldersgrupper, mellan olika befolkningsgrupper och i socioekonomiska skiktningar i samhället. De viktigaste riskfaktorerna i de här diskussionerna bedömdes vara rökning, höga blodfetter samt ett högt blodtryck. Om riskfaktorerna påverkades kunde man då förebygga hjärt/kärlsjukdomar? Den här kunskapsbakgrunden är viktig för förståelsen av framväxten av olika förebyggande strategier.

Preventionens tre strategiska faser

Strategin för att förebygga hjärt/kärlsjukdomar har i princip genomgått tre faser. Till en början riktades förebyggande aktiviteter mot enskilda faktorer, så kallat monofaktoriellt angreppssätt där efter försökte man påverka flera faktorer samtidigt så kallat multifaktoriellt angreppssätt. Erfarenheterna från dessa båda faser i utvecklingen ledde fram till hälsoutbildningsprogram på samhälls nivå, den tredje fasen.

Monofaktoriellt angreppssätt

Den engelska studien om förändrat rökvanebeteende hos läkare och det positiva utfallet i form av minskad dödlighet i hjärt/kärlsjukdomar hos de som slutat röka är numera klassisk (3).

En annan också klassisk studie när det gäller högt blodtryck är den så kallade Veterans Administration Study i USA som måste avbrytas innan studien genomförts på grund av mycket stora skillnader i dödlighet mellan behandlings- och kontrollgrupp (4).

Sedan dess har en rad undersökningar genomförts för att studera nyttan av behandling även hos individer med lätt förhöjt blodtryck. Studierna som genomförts för dessa riskgrupper är omdebatterade. Diskussionen har gällt om vinsten med medicinsk behandling överväger förlusterna i form av olika biverkningar till följd av behandlingen.

På basen av studier av medicinsk behandling för gränsvärdesblodtryck hos stora befolkningsgrupper har National Institute of Heart Lung and Blood i USA utgivit rekommendationer för behandling av gränsvärdesblodtryck. Det rekommenderas, att för gränsvärdesblodtryck skall icke farmakologisk behandling alltid provas först. De åtgärder som föreslås, är *viktreduktion*, *saltreduktion* i föda samt *fysisk aktivitet*.

När det gäller den tredje riskfaktorn, höga blodfetter, har två större studier genomförts med olika medel – klofibrat och kolestyramin (5, 6). I båda studierna har dödligheten i hjärt/kärlsjukdom reducerats. I klofibratstudien

var reduktion 20 procent i den behandlade gruppen. Tyvärr var det dock så att man samtidigt hade en förhöjd total dödlighet och "överdödligheten" förorsakades av ett större insjuknande i cancer hos den behandlade gruppen. Under början av år 1984 redovisades resultaten av en annan studie, The Lipid Research Clinic Coronary Primary Prevention Trial (LRC-studien). Syftet var att påvisa hur en sänkning av kolesterolhalten genom medicinsk behandling reducerar sjuklighet och dödlighet i hjärt/kärlsjukdom. Huvudfynden från denna studie var att för varje procents sänkning av totalkolesterol kan risken för sjuklighet och död i coronar sjukdom förväntas minska med 2 procent. I studien kunde således påvisas att man med medicinsk behandling kunde reducera sjuklighet och död i hjärt/kärlsjukdom.

Huvudsatsen från studierna med monofaktoriell strategi är att ökade *kunskaper* har erhållits om samband mellan riskfaktorer och dödlighet i hjärt/kärlsjukdomar. Det finns emellertid tveksamheter på grund av biverkningar med medicinsk behandling, både när det gäller medel som används för att sänka blodfetter och när det gäller att sänka ett högt blodtryck. Det sistnämnda gäller framför allt i gränsvärdesområdet (7). På grund av *biverkningarna* började man fråga sig hur man kunde påverka beteendet som en alternativ förebyggande strategi.

Multifaktoriellt angreppssätt

Försöken med förebyggande aktiviteter mot enskilda faktorer avlöstes av studier där flera riskfaktorer påverkades samtidigt. Dessa studier har vid genomförandet, framför allt riktat sig mot *högriskindivider*. Arbetet följer ett tvåstegs förfarande. Det första steget innebär en inventering av hela eller delar av befolkningen för att finna riskbelastade individer. I nästa steg riktas preventiva åtgärder mot dessa individers ökade risker. *Fördelarna* med denna strategi är att den är logiskt enkel och att effekten av interventionen för den enskilde individen, är stor i proportion till hans/hennes ökade risk. Det här innebär en stor fördel att motivera individerna till hälsobefrämjande åtgärder. Till *nackdelarna* hör att *interventionsfasen är resurskrävande och måste upprepas med jämna mellanrum för att fånga upp nya högriskindivider. Även kostnaderna för interventionen kan vara en begränsande faktor* (8).

Det finns i Norden några mycket uppmärksammade undersökningar som har genomförts med den multifaktorella strategin. I Sverige har dessa aktiviteter varit koncentrerade till Göteborg, inom ramen för den så kallade primärpreventiva studien (9). En annan är Oslo-undersökningen (10). I den sistnämnda undersökningen studerades om minskad rökning och en sänkning av serumfetter med hjälp av en diet rik på fleromättade fetter, kun-

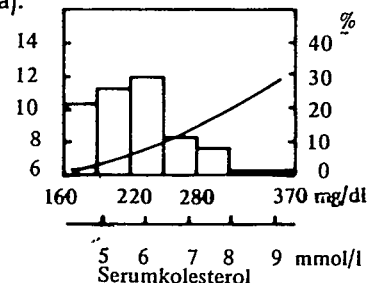
de minska insjuknande i hjärtsjukdom. Efter fem år av intervention var hjärtinfarkt och plötslig död 47 procent lägre i den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen. Resultaten ansågs bero framför allt på en sänkning av plasmakolesterol och till en mindre del på en minskad rökning.

Inom ramen för WHO:s arbete startades European Collaborative Multifactorial Preventive Trial i vilken man försökte påverka högriskindivider genom en multicenter studie i fem länder (11). Studien har redovisat framgångar när det gäller att påverka individernas riskfaktorer. Däremot har man inte kunnat påvisa någon förändrad sjuklighet eller dödlighet i hjärt/kärlsjukdomar.

Samma strategi har också använts i den amerikanska Multipel Risk Factor Intervention Trial den så kallade MRFIT-studien (12). Målsättningen var att avgöra om *serumkolesterol*-sänkning med diet, *hypertonibehandling* med läkemedel och minskad *cigarettrökning* kunde leda till minskad dödlighet i hjärtsjukdom under en 6-årig uppföljningstid.

I MRFIT-studien försökte man således påverka rökvanor, blodfettnivåer och blodtrycksnivåer samtidigt. Någon skillnad i total dödlighet mellan behandlings- och kontrollgruppen kunde inte ses. En lägre dödlighet än förväntat förelåg både i behandlings- och kontrollgruppen, mera uttalat i behandlingsgruppen. Det debatteras om detta skall tolkas som ett positivt fynd då mycket talar för att man i praktiken haft två interventionsgrupper och ingen kontrollgrupp. Däremot reducerades dödligheten kraftigt i undergrupper hos de som slutat röka och de som sänkt blodfettsnivån. Undergrupper som behandlats mot sitt höga blodtryck, har i stället haft en högre dödlighet än kontrollgruppen. Preliminära resultat från ytterligare fördjupade studie i MRFIT talar för att de negativa effekterna av medicinsk blodtrycksbehandling sannolikt är underskattade.

Figur 4. Prevalensen av olika serumkolesterolnivåer (histogram), och risken för död i hjärtinfarkt eller plötslig hjärtdöd (kurva).



Källa: WHO Technical Report series No 678, 1982.

Den epidemiologiska paradoxen

Majoriteten av individer som får hjärtinfarkt kommer dock inte från gruppen med extremt höga blodkolesterolvärden, eller från gruppen storrökare eller från de med extremt höga blod-

trycksvärden, utan från den stora delen av befolkningen med måttliga förhöjda riskvärden. Det här illustreras i figur 4 som visar hur den individuella risken ökar allt mer med stigande serumkolesterolvärden men att flertalet dödsfall på grund av hjärtsjukdom som kan tillskrivas serumkolesterolförhöjningen inte kommer från de med mycket hög risk utan från det stora antalet som har en måttlig förhöjning (13). Detta kallas den epidemiologiska paradoxen.

Studierna med multifaktoriell preventionsstrategi har givit ytterligare kunskaper när det gäller möjligheter till förebyggande arbete. Det har visat sig möjligt att förändra levnadsvanor hos högriskgrupper när det gäller mat, rökning och motion och att dessa förändringar som sänker dödligheten och insjuknande, åtminstone när man förändrar rökvanor och matvanor.

En ytterligare slutsats är att även om behandling med medicinska droger mot riskfaktorer som höga blodfetter och ett högt blodtryck är möjligt, är det opraktiskt och inte särskilt önskvärt, på grund av biverkningar. Det här gäller framför allt om man vill behandla hela befolkningsgrupper, där man kan förvänta sig de största hälsovinster. Det här visar att den förebyggande strategin måste förskjutas från påverkan av högriskindividers beteende mot att förebygga att högriskindivider utvecklas i befolkningen. Denna insikt låg till grund för det tredje steget i genomförandet av preventiva program med ett totalt deltagande av hela samhället i en förändringsprocess mot bättre hälsa.

Hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå

Kritiska frågor vid hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå är om det är möjligt att påverka beteendet hos en hel befolkning. Om detta låter sig göras påverkas då sjuklighet och dödlighet?

I det tredje steget av förebyggande program deltar hela samhället i arbetet för bättre hälsa. Gränserna suddas ut mellan hälsosystemet och samhället för övrigt. Politiker, administratörer, läkare och opinionsbildare samarbetar i hälsoutbildningsprogrammen sida vid sida, med officiella och frivilliga organisationer. Aktiviteterna inriktas inte längre mot högriskgrupper utan mot samhället i sin helhet.

Den tredje fasen när det gäller förebyggande strategier startade i Nordkarelen i Finland 1971 (14, 15, 16). Avsikten var att sänka den höga dödligheten i hjärt/kärlsjukdomar i regionen. Nya metoder för förebyggande arbete utarbetades och anpassades till lokala förhållanden. Genom ett helhjärtat samhällsengagemang stöttades också förändringar i levnadsvanor genom ett ändrat livsmedelsutbud och ny prispolitik. Motionsanläggningar byggdes och nya lagar tillkom för att påverka rökvanorna.

Tabell I.

Översikt av hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå.

Projektbenämning	Land	Tidplan för genomförande
1. Nordkarelen-projektet: Två län, ett behandlingslän, ett referensområde, n= 433 000	Finland	1972-1976
2. Stanford Three Community Study: Tre städer, två behandling, en referens, n= 45 000	USA (Kalifornien)	1972-1975
3. Novi Sad-projektet: Ett behandlingslän. Landet som referensområde.	Jugoslavien	1974-1980
4. Swiss National Research program: Fyra städer, två behandling, två referens, n= 40 000	Schweiz	1978-1980
5. Stanford Five City Project: Fem städer, två behandling, två referens, n= 350 000	USA (Kalifornien)	1980-1986
6. Minnesota Heart Health Study: Två mindre städer, två större städer, två förorter, parvisa behandlings- och referensområden, n= 356 000	USA (Minnesota)	1982-1989
7. Pawtucket Heart Health Study: Två städer, en behandling, en referens, n= 173 000	USA (Rhode Island)	1982-1986
8. North Coast Project: Tre städer, två behandling, en referens, n= 70 000	Australien	1977-1980
9. Community Health Improvement Project: Två län, ett behandlingslän, ett referensområde, n= 224 000	USA (Pennsylvania)	1979-
10. Heidelberg-studien: Tre städer, två behandling, en referens, n= 30 000	Västtyskland	1980-
11. South African Study: Tre städer, två behandling, en referens, n= 16 000	Sydafrika	1980-1983

Flera liknande program pågår för närvarande i bland annat USA, Schweiz, Jugoslavien och Västtyskland (tabell I). Totalt finns drygt 10 sådana program i västvärlden, varav flera samordnas av WHO.

En rad kanaler har använts i Nordkarelen. Dessa har utgjort samarbetspartner i hälsoutbildningsprogrammet på samhällsnivå. Exempel är kommunerna; hälsocentraler, skola, socialtjänst, intresseorganisationer typ fackföreningar, kyrkor, idrottsrörelser och folkbildningsorganisationer, massmedia, livsmedelsintressenter samt frivilliga nyckelpersoner i lokalsamhället. Under projektets gång har också en förskjutning skett mot en allt mer omfattande verksamhet riktad mot de unga.

Vid 10-årsanalysen visade det sig att mortaliteten i hjärtsjukdom mellan 1969 och 1979 sjönk betydligt mer i Nordkarelen än i andra delar av Finland. Minskningen i Nordkarelen var 24 procent bland män och 51 procent bland kvinnor, jämfört med 17 respektive 25 procent för övriga Finland (14).

Erfarenheterna från Nordkarelen visar att riskfaktorerna i befolkningen kan reduceras. Minskningen av antalet rökare ägde rum i alla befolkningsgrupper men särskilt bland högriskindivider. Även när det gäller kostvanorna med fettreducering, skedde för-

rändringar. Även den genomsnittliga blodtrycksnivån sjönk under försöksperioden. Dödligheten påverkades, om än efter längre tid än som ursprungligen förväntades.

En annan viktig lärdom var att *primärhälsovården* var en viktig *organisatorisk motor* i de förebyggande aktiviteterna. Detta skedde framför allt i samarbete med frivilliga organisationer. Slutligen utgjorde *hälsopolitiska ställningstaganden* när det gäller förbud mot rökning och förändrad prispolitik för *kost viktiga faktorer för resultat* som kan ses i Nordkarelen.

Hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå mot andra folksjukdomar

I i-länderna finns mycket få exempel på breda hälsoutbildningsprogram mot andra sjukdomsgrupper. Exempelvis finns inga brett upplagda program för att förebygga cancer. Däremot börjar erfarenheter växa fram när det gäller olycksfall.

Det mest omfattande är det så kallade Falköpingsprojektet där syftet har varit att minska olycksfallsfrekvensen (17). Detta har genomförts genom att en hälsovårdsorganisation tillskapats med samordnande ansvar även på lokal nivå. Riktade åtgärdsprogram för olika åldersgrupper har genomförts. Hemolycksfall och arbetsolycksfall har prioriterats.

För att få in den förebyggande aspekten i det dagliga arbetet på lokal nivå, har en samverkan skett i bland annat en referensgrupp mellan kommunala förvaltningar, företagshälsovård, frivilliga organisationer och föreningar. Åtgärderna har kanalyserats via barnavårdscentraler, företagens skyddsorganisationer, barnomsorgsverksamhet och för de äldre via hemtjänsten och så vidare. Åtgärdsprogram har innefattat information, utbildning, tillsyn samt också förändring av den fysiska miljön.

Sverige har en av världens lägsta dödligheter i barnolycksfall vilket uppnått genom olika former av förebyggande arbeten under de senaste decennierna. I det här perspektivet är det anmärkningsvärt att i Falköpingsprojektet har man lyckats reducera olycksfallsfrekvensen för barn med ytterligare 25–30 procent. En ännu större nedgång kan också ses när det gäller arbetsolycksfall. Erfarenheterna från Falköpingsprojektet visar att om resurserna samordnas i förebyggande arbete kan uttalade förändringar ske (18).

Slutsatser

En rad omgivnings- och beteendefaktorer är betydelsefulla orsaksfaktorer för flera kroniska sjukdomar samtidigt. Cigarettrökning bidrar till en stor del inte bara till hjärt/kärlsjukdomar utan också till cancer och kroniska luftrörsbesvär. Olika näringsfaktorer är betydelsefulla, inte bara för hjärt/kärlsjukdomar utan också för diabetes, cancer och mag-tarmbesvär. Listan kan göras längre men huvudkonklusionen är klar, det finns flera gemensamma riskfaktorer för en rad kroniska sjukdomar som kan påverkas samtidigt i hälsoutbildningsprogram.

Populationsstrategin blir effektivare med en samtidig påverkan av flera riskfaktorer. Om man exempelvis i hela populationen kan minska blodtrycket med 5–10 mm, minska serumkolesterol med 0,7 mmol/l samt minska rökningen med genomsnitt 10 cigaretter per dag bland rökarna, så skulle *hjärtinfarktinsjuknandet halveras*. Den här prediktionen har genomförts utifrån analyser av flera amerikanska undersökningar i Healthy People-rapporten (19) och för svensk del utifrån erfarenheterna av den primärpreventiva studien i Göteborg. Det sista redovisas i Kurt Svärdsudds och Lars Wilhelmssens bakgrundsrapport i HS-90-arbetet – Att förebygga hjärt/kärlsjukdomar (8).

Innehållet i hälsoutbildningsprogrammen på samhällsnivå har alltmer inriktats mot den yngre generationen. Målsättningen är att de unga aldrig börjar röka, lär sig äta en fettfattig och saltfattig kost och dessutom ges bättre möjligheter till ökad fysisk aktivitet.

Krympande ekonomiska resurser har också medfört att även de rikaste länderna har svårt att sätta upp speciella operationella enheter för hälsoutbildningsprogram, enbart riktade

till en kronisk sjukdom. Strategin har därför varit att effektivare använda de basorganisationer som finns. Det här har framför allt utvecklats i Nordkarelen i Finland och Novisadprojektet i Jugoslavien. Där har särskilt utbildad hälsovårdspersonal i primärvården utgjort hörnstenarna i den förebyggande verksamheten. Jämfört med de länder som genomfört hälsoutbildningsprogram har Sverige många och goda förutsättningar för ett förebyggande arbete. Den nya hälso- och sjukvårdslagen åtföljd av HS-90-utredningen och propositionen innebär dessutom ett "åtagande" för hälso- och sjukvården att organisera ett sådant arbete.

Referenser:

1. Carlsson G o a: Liv och Hälsa. Falköping: Liberförlag 1979.
2. The Cardiovascular Disease Program of WHO in Europe, Köpenhamn: World Health Organization, 1981. (Public Health in Europe 15.)
3. Doll R, Hill AB: Mortality in relations to smoking; ten years' observation of British doctors. *Br Med J* 1964; 1:1339.
4. Veterans Administration Cooperative Study. Effects of treatment on morbidity in hypertension. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 115 to 129 mmHg. *JAMA* 1967;202: 1028–34.
5. Report from the committee of principal investigators: A cooperative trial in the primary prevention of ischemic heart disease using clofibrate. *Brit Heart J* 1978;40: 1069–1118.
6. The Lipid Research Clinic Coronary Primary Prevention Trial Result. II. The Relationship in Trial Result of Coronary Heart Disease to Cholesterol lowering *JAMA* 1984;251: 365–74.
7. WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. Trials of the treatment of mild hypertension. An Interim Analysis. *The Lancet* 1982;1: 149–56.
8. HS90. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom, ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Stockholm: Allmänna förlaget, 1984 (SOU 1984: 43).
9. Wilhelmsen L, Wedel H, Tibblin G. Multivariate analysis of riskfactors for coronary heart disease. *Circulation* 1973;48: 950.
10. Hjerman I, Velje Byre K, Holme I, Leren P. Effects of diet and smoking intervention of the incidence of coronary heart disease. *The Lancet* 1981;2: 1303–10.
11. World Health Organization European Collaborative Group. Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease: 3. Incidence and mortality results. *Eur Heart J* 1983;4: 141.
12. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (MRFIT). Multiple Risk Factor Intervention Trial Risk Factor Changes and Mortality Results. *JAMA* 1982;248: 1465–77.
13. Prevention of coronary heart disease. Report of WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1982 (Technical Report Series 678).
14. Salonen o a. Decline in mortality from coronary heart disease in Finland from 1969 to 1979. *BMJ* 1983;286: 1857–60.
15. MC Alister A, Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Koskela K. Theory and Action for Health Promotion. Illustrations from the North Karelia Project. *AJPH*, 1982;72: 53, 50.

16. Hallqvist J, Kanström L, Tillgren P. Nordkarelen-projektet – Exempel på samhällsbaserat förebyggande arbete. Rapport från studiebesök i Finland. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, 1983 (Röd rapportserie nr 1).

17. Haglund BJA, Bolin A, Schelp L. Samhällsmedicinsk verksamhet i Skaraborgs län – erfarenheter från ett decennium. I Arvidsson O: Att förändra levnadssätt. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond, 1982. (1982;3 sid 68–87.)

18. Schelp L, Pers medd 1985.

19. Healthy People. The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Background Papers. US Department of Health, Education and Welfare. DHEW (PHS) Publication ND 79-55071A, Washington 1979.

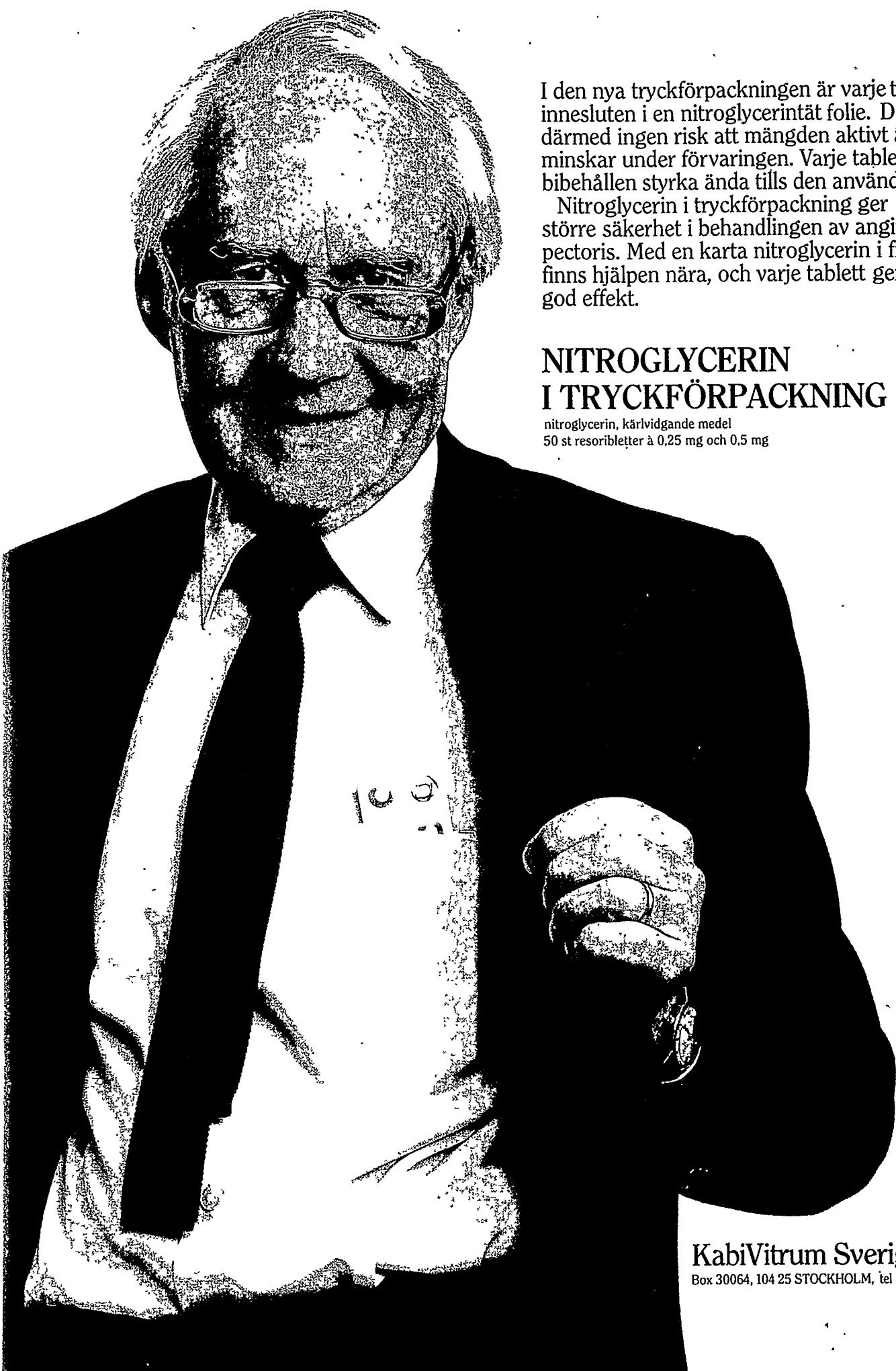
Författarpresentation

Bo J A Haglund, distriktsläkare och biträdande hälsovårdsöverläkare i Stockholms läns landsting,*

Leif Svanström, professor och hälsovårdsöverläkare i Stockholms läns landsting.

*Postadress: Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 17283 SUNDBYBERG

Bibehållen effekt till sista tablett



I den nya tryckförpackningen är varje tablett innesluten i en nitroglycerintät folie. Det är därmed ingen risk att mängden aktivt ämne minskar under förvaringen. Varje tablett har bibehållen styrka ända tills den används.

Nitroglycerin i tryckförpackning ger större säkerhet i behandlingen av angina pectoris. Med en karta nitroglycerin i fickan finns hjälpen nära, och varje tablett ger lika god effekt.

NITROGLYCERIN I TRYCKFÖRPACKNING

nitroglycerin, kärlvidgande medel
50 st resoribletter à 0,25 mg och 0,5 mg

KabiVitrum Sverige AB

Box 30064, 104 25 STOCKHOLM, tel 08/54 10 40.

Praktisk prevention prioriterad

En rapport från VIII:e Nordiska kongressen i socialmedicin i Tammerfors, Finland 5-7 juni 1985

BO JA HAGLUND · LEIF SVANSTRÖM

Vid den VIII:e Nordiska socialmedicinska konferensen i Tammerfors 5-7 juni 1985 redovisades ett trendbrott inom socialmedicinsk forskning. En förskjutning har ägt rum från traditionell epidemiologisk redovisning till diskussioner av socialmedicinsk teori och praktik inom det förebyggande området. Bo JA Haglund och Leif Svanström vid institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet i Sundbyberg rapporterar från kongressen.

Nyckelord: Samhällsmedicin, socialmedicin, prevention.

Att förebygga är huvudmålsättningen för den samhällsorienterade praktiken. De naturliga stegen i denna praktikform är att beskriva ohälsans utbredning, att analysera dess orsaker och att åtgärda orsakerna – prevention. Inom Nordisk socialmedicin har under en följd av år verksamheten karakteriserats av beskrivande studier. Vid den VIII:e Nordiska kongressen i Tammerfors förelåg ett klart trendbrott. Analyser av ohälsans orsaker utifrån utvecklade socialmedicinska teoretiska modeller och exempel på förebyggande åtgärdsprogram spelade huvudroller i kongressens vetenskapliga diskussioner. De nya vindarna blåste i alla nordiska länder. Dessa vindar slog emot deltagarna redan i öppningsföreläsningen där den danske vetenskapsteoretikern Uffe Juul-Jensen talade om "Causality in Social Medicine".

Teorier bygger på modeller som avser att ge en större förståelse av verkligheten. Det finns emellertid olika vetenskapliga traditioner och i diskussionerna omkring medicinens egentliga innehåll bryts dessa traditioner. Vi har å ena sidan en empirisk, beskrivande forskningstradition där sökandet efter sanning utgör grundfrågeställningen. Den biologiskt naturvetenskapliga delen av medicinen är fast förankrad i denna tradition. Det finns emellertid också en annan vetenskaplig tradition, en föreskrivande normativ vetenskap,



Uffe Juul-Jensen angav tonen i den nya socialmedicinska utvecklingen. (Foto: Bo Haglund)

där den viktiga frågeställningen är att klarlägga regler för handlande. Värderingar, människosyn och moral är avgörande i denna tradition.

I de vetenskapsteoretiska diskussionerna har det framkommit att i medicinen finns inte någon entydig beskrivande vetenskapsteoretisk tradition, däremot finns en mycket väl utvecklad praktik som faller inom ramen för den föreskrivande vetenskapstraditionen. Uffe Juul-Jensen har i denna tradition utvecklat "praktikbegreppet". Detta sönderfaller i tre huvudinriktningar:

- 1 Sjukdomsorienterad praktik.
- 2 Situationsorienterad praktik.
- 3 Samhällsorienterad praktik.

Den sjukdomsorienterade praktiken besvarar i första hand frågan hur man skall behandla? och vad skall behandlas? Den situationsorienterade praktiken besvarar frågeställningarna "Vem skall behandlas?", i viss mån också "Varför patient?". Sjukdomar är i den här praktiken dynamiska, vilka varierar med historiens utveckling.

Den tredje praktikformen – samhällsorienterad praktik, svarar till grundfrågeställningen "Vad skall förebyggas?" och i viss mån också "Hur

skall vi förebygga?". Uffe Juul-Jensen uppehöll sig framför allt inom denna praktikform i sin framställning, som riktar sig mot grupper och ej individer. Här handlar det om att kartlägga hur hälsoriskmönstret ser ut i lokalsamhället där man arbetar, men framför allt att fråga sig varför det ser ut som det gör och vilka möjligheter till förändring som föreligger. Så fort man tar med förändringsperspektivet krävs ett helt nytt förhållningssätt gentemot andra grupper, organisationer och myndigheter i samhället. En förändringsprocess i lokalsamhället kräver ett fördjupat deltagande av många individer. Demokratibegreppet är centralt i diskussionen i denna praktikform. Juul-Jensen avslutade med att citera Rudolf Virchow som redan i mitten av 1800-talet formulerade att medicin är samhällsvetenskap och politik är inget annat än medicin i stor skala.

Huvudslutsatsen av Juul-Jensens inlägg var att orsaksbegreppet måste förankras i praxis och att flera teoretiska modeller utgående från olika medicinska erfarenheter måste utgöra basen i den förebyggande handlingen.

Masterskurser i Stockholm Samhällsmedicin: prevention och planering

Del I - Prevention

Health Care Research

En annan av öppningsföreläsarna var Olli S Miettinen. Han är välkänd för alla som sysslat med epidemiologiska frågeställningar. Han har gjort banbrytande insatser när det gäller beräkningsmetoder inom medicinsk statistik och epidemiologi. Dessa kunskaper vill Miettinen överföra till "Health Care Research". Att oreflekterat föra över teknokratiska idéer in i Hälso- och sjukvårdsforskningen utgör emellertid en fara. Trendbrottet inom socialmedicinen blev särskilt tydligt i diskussionen efter Miettinen's föredrag. För att belysa vad som avsågs med Hälso- och sjukvårdsforskningen tog Miettinen bilden av att denna kunde liknas vid en biltvätt där tiden nu var mogen, att gå ifrån handtvätt av bilar (patienter) till helautomatisk hantering. Automaten (algoritmer för handlande) utgör grunden för en mera rationell och därmed billigare sjukvård. Miettinen gav en utmärkt bild av hur diskussionerna i ämnet förs för närvarande i USA, men denna utveckling stod i bjärt kontrast till den diskussion som fördes för övrigt vid kongressen runt preventionens teori och metodik. En teknokratisk Hälso- och sjukvårdsforskning isolerad från olika förutsättningar som den presenterades av Miettinen är av diskussionen att döma en omöjlighet i de nordiska länderna.

Prevention

Av de 102 föredragen behandlade ett 20-tal möjligheter till prevention av folkhälsoproblem som olycksfall och besvär från rörelseapparaten. Framför allt olycksfallsprojekten utgjorde goda exempel på vinster med aktivt förebyggande arbete.

Fördjupade analyser av livsstils-mönster sett i ett socialt perspektiv presenterades bland annat av Palosuo vid Institutionen för folkhälsovetenskap i Tammerfors. I dessa föredrag försökte man belysa vad som ligger bakom skillnader i till exempel rökvanor mellan olika sociala grupper i samhället. De analytiska modeller som presenterades ger kunskaper med bättre möjligheter till förebyggande arbete - eller hälsofostran som finländarna kallar det.

En rad studier har visat på samband mellan socialt nätverk och dödlighet, sjuklighet och sjukvårdsutnyttjande. Bertil S Hansson från Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö presenterade en intressant analysmodell för förståelse av sambandet mellan socialt nätverk, socialt stöd, social integration, social participation och socialt inflytande. Dessa begrepp analyserades i en systemmodell utifrån medicinsk, psykologisk och sociologisk kunskap. Modellen illustrerade Uffe Juul-Jensens tes om att fördjupad

Karolinska Institutet, institutionen för socialmedicin vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, i samarbete med

kunskap om orsaker kräver användande av flera referensramar. Hanssons modell har även empiriskt testats i den prospektiva studien av 1914 års män i Malmö.

Sociala klasskillnader

En rad föredrag belyste relationen mellan social klass och ohälsa. Seppo Koskinen och andra vid sociologiska institutionen i Helsingfors universitet har studerat sociala mortalitets- och morbiditetsdifferenser mellan nordens länder. Dödlighet och sjuklighet är högre i Finland än i de andra länderna. Socioekonomiska mortalitets- och morbiditetsdifferenser är också större och mera konsekventa i Finland. Skillnaderna mellan sociala klasser har inte heller förändrats under 1970-talet. Dessa kunskaper är viktiga när hälsopolitiska strategier för jämlikhet i hälsa diskuteras.

De bestående skillnaderna kan till delar förklaras av kvarstående sociala klasskillnader i livsstilmönstret. Seppo Aro och andra från Institutionen för folkhälsovetenskap i Tammerfors belyste detta i en studie där situationen när det gäller rök-, alkohol-, kost- och motionsvanor jämfördes för olika sociala klasser 1973 och 1983. Arbetare hade genomgående högre andelar i de olika riskvanorna. För matvanor gällde att tjänstemän i högre grad accepterat "goda matvanor" med mindre fett och sockerkonsumtion jämfört med arbetare. För män hade dessa skillnader vidgats mellan 1973 och 1983.

För Sverige redovisade Denny Vågerö och andra vid Institutionen för socialmedicin vid Huddinge sjukhus en studie av cancermorbidity i fem sociala grupper, utgående från cancermiljöregistret. Lungcancerfrekvensen var högst bland arbetare. Däremot var förekomsten av "kostrelaterad cancer" som coloncancer och bröstcancer högre bland tjänstemän och egna företagare. Dessa fynd är av betydelse när strategier för cancerprevention skall diskuteras.

Slutomdöme

Att förebygga sjukdomar har i lagar och utredningar prioriterats i samtliga nordiska länder under de senaste åren. Mot denna bakgrund är det glädjande att se att en rad erfarenheter från förebyggande arbete, en av socialmedicinens hörnstenar, redan finns.

Författarpresentation:

Bo JA Haglund*, Leif Svanström

*Postadress: Inst för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 172 83 SUNDBYBERG

Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg och Socialstyrelsen anordnar den första delen av en kurs i samhällsmedicin under tiden 25/8-19/9 1986. En överenskommelse finns om att kursen kommer att godkännas som del i utbildning till Master of Public Health vid Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Den första delen avser att belysa metoder och förutsättningar för lokalt hälsoarbete. Möjligheter för prevention av folksjukdomar. Metoder för lokalt hälsoupplysningsarbete och samhällsarbete. Metoder för utvärdering av förebyggande program.

Den andra delen tar utgångspunkt i ohälsans och vårdens sociala fördelning, dess orsaker och konsekvenser för landstingens planering av hälso- och sjukvårdens individinriktade verksamhet såväl som medverkan i samhällsplanering.

Den andra delen är planerad till april 1987, och kommer att annonseras separat under våren 1986. De båda delarna utgör en helhet som kan gås separat.

Målgrupp:

Kursen riktar sig till personer som arbetar med förebyggande insatser och planering inom hälsovård, primärvård, länssjukvård och administration inklusive personal inom samhälls- och miljömedicinska enheter. Deltagarna bör ha grundutbildning (medellång vårdutbildning eller längre) som sköterska, läkare, samhällsvetare eller motsvarande. Deltagarna bör också ha några års yrkeserfarenhet.

Kursutformning:

Kursen ges under 4 veckor.

Vecka 1: *Samhällsmedicin i teori och praktik*

- Vad är samhällsmedicin?
- Från makrokosmos till mikrokosmos. Om nivåer.
- Hälsobegreppet och förebyggande arbete.
- Preventionens historik.
- Samhällsdiagnostik.
- Epidemiologins roll i samhällsdiagnos.
- Modeller för intervention.

Vecka 2: *Beteendepidemiologi*

- Teoretisk bakgrund till hälsobeteende.
- Definition av beteendepidemiologi.
- Beteendepidemiologins roll i epidemiologisk forskning.
- Bedömning av hälsobeteende.
- Socialpsykologiska teorier omkring relationer, attityder och beteende.

– Praktisk betydelse av beteendepedagogologi för utformning av preventionen.

Vecka 3: Intervention/tillämpningsseminarier

- Inom hjärt- kärlområdet.
- Inom olycksfallsområdet.
- Inom cancerområdet.

Grupparbeten och redovisning i närvaro av resurspersoner. Hjärt- kärlsjukdomarna belyses utifrån erfarenheter framför allt från Minnesota Heart Health Program och Pawtucket Heart Health Program i USA. Medlemmar från dessa program medverkar som resurspersoner.

Vecka 4: Utvärdering av hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå

- Modeller för utvärdering.
- Hur mäta ändrat hälsobeteende?
- Hur mäter man effekter av hälsobeteende?
- Instrument för mätning av rökvanor, alkoholvanor, kostvanor. Validitetsproblem.
- Mätning av biologiska markörer, som indikatorer på levnadsvanor och tidig indikator på sjukdom.
- Morbiditet och mortalitetsmätning.
- Går det att mäta effekter av intervention.

Undervisningsformer:

Föreläsningar, seminarieövningar och gruppuppgifter kring speciella projekt. Vecka 2 och delar av vecka 3 kommer att genomföras helt på engelska.

Examination:

Obligatorisk närvaro och godkända resultat av arbetsuppgifter.

Kurstid:

25 augusti–19 september 1986.

Antagningsförfarande och kurskrav:

Delar av kursen kommer att ges på engelska varför kunskaper i att uttrycka sig på engelska språket erfordras. Tidigare utbildning i epidemiologi är en fördel. Efter ansökningstidens utgång kommer anmälningarna att underställas samhällsmedicinska funktioner i respektive landstingsområde för yttrande och prioritering. Deltagarantal maximerat till 30.

Kursansvariga:

Professor Leif Svanström och meddr Bo Haglund.

Kurskostnad:

Kursavgiften är 5.000 kronor per person. Resor, uppehälle och traktamente bestrides av kursdeltagarna själva. Det förutsättes att arbetsgivare ger detta stöd.

Upplysning och ansökan:

Upplysning om kursdel 1 ges av Urban Göransson (kurssekreterare), telefon 08-989221 eller Bo Haglund (08-989100).

Ansökan insändes senast den 12 mars 1986 till

Missbruksproblem i primärvården

ANDERS ROMELSJÖ

Både Landstingsförbundet och Läkarförbundet vill ge primärvården ökade uppgifter inom alkoholområdet. Detta kan te sig naturligt med tanke på primärvårdens förstahandsansvar mot befolkningen och då många personer med (ofta dolt) alkoholmissbruk söker primärvården. På senare tid har också rapporterats om ökade insatser från primärvården på alkoholområdet. Den ökade aktiviteten var tydlig även vid fjärde Nordiska kongressen i allmänmedicin i Dalby, där en eftermiddags-session ägnades åt missbruksproblem i primärvården.

Nyckelord: Primärvård, alkohol, läkemedel, narkotika, missbruk, behandling, forskning.

Hela sju föredrag behandlade missbruksproblem i primärvården. Fem av dessa gällde alkoholmissbruk. Som jämförelse kan nämnas att vid Första Nordiska kongressen i Köpenhamn 1979 hölls ett föredrag om alkoholmissbruk (trombos hos alkoholister). Vid andra kongressen i Bergen 1981 hölls ett föredrag (alkoholism och sjukvårdskonsumtion hos medelålders män i Olofström) och vid tredje kongressen i Tammerfors hade inget av föredragen alkoholmissbruk som huvudtema.

Alkohol i allmänpraxis i Norge

Dag Bruusgaard och Olav Rutle och Olaf Asland vid institutet for almenmedisin i Oslo belyste i två föredrag alkoholproblem i allmänpraxis. De hade sänt en enkät till 400 allmänpraktiserande läkare och vänt sig till 3479 patienter som föremål för undersökningen.

179 av de 400 läkarna deltog i undersökningen, vilken innebar en skattning av säkra eller möjliga alkoholproblem hos konsekutiva patienter under en dag. Läkarna bedömde att alkoholmissbruk hade haft samband med den aktuella konsultationen vid 6,5 procent av besöken och för 12,6 procent av besöken hos män i åldern 40–49 år. Inkluderas även en uppskattning av betydelsen av andras alkoholbruk för konsultationen och av alkoholvanor hos allmänna betydelse för hälsan stiger procentsiffran till 11,2 procent för hela patientgruppen och till 25,7 procent för män i åldern 40–49 år. De 3479 patienterna i åldern 15 år och äldre fick senare ett frågeformulär om rökning, motions- och alkoholvanor sänt till bostaden. 79 procent besvarade formuläret. Hela 31 procent av dagligrökarna menade att det kunde finnas samband mellan deras rökning och de problem som de sökte läkare för. 16 procent av de som uppgav att de drack alkohol minst en gång/vecka bedömde att alkoholvanorna hade betydelse för konsultationen. Det förefaller alltså som om patienterna i stor utsträckning var klara över sambandet mellan livsstil och hälsa. Undersökningen talar också för att patienterna accepterade att man frågade om alkoholvanor.

Kurssekreterare Urban Göransson
Karolinska Institutet
Institutionen för Socialmedicin
Vårdcentralen Kronan
17283 Sundbyberg

cent för män i åldern 40–49 år. De 3479 patienterna i åldern 15 år och äldre fick senare ett frågeformulär om rökning, motions- och alkoholvanor sänt till bostaden. 79 procent besvarade formuläret. Hela 31 procent av dagligrökarna menade att det kunde finnas samband mellan deras rökning och de problem som de sökte läkare för. 16 procent av de som uppgav att de drack alkohol minst en gång/vecka bedömde att alkoholvanorna hade betydelse för konsultationen. Det förefaller alltså som om patienterna i stor utsträckning var klara över sambandet mellan livsstil och hälsa. Undersökningen talar också för att patienterna accepterade att man frågade om alkoholvanor.

Strategi för prevention

Erik Tell, lärare vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, diskuterade en riskfaktorstrategi för alkoholsjukdomar i primärvården med utgångspunkt från hälsoundersökningen av cirka 10000 medelålders män i Malmö. Under en uppföljningsperiod på i genomsnitt 4 1/2 år inträffade 301 dödsfall. Vanligaste dödsorsak var alkoholrelaterade sjukdomar med 101 dödsfall. Hjärtsjukdomar kom på andra och cancer på tredje plats. Trell påvisade att ett förhöjt värde på GT hade mycket stor betydelse som prediktor för alltför tidig död. En kombination av olika måtvärden som högt GT, lågt kreatinin, högt triglyceridvärde samt högt värde på en frågetest om alkoholmissbruk hade ett ännu högre prediktionsvärde. Trell diskuterade den intressanta parallellen med multirisikstrategi för hjärt-kärlsjukdomar och menade att ett liknande synsätt, kanske baserat på en kombination av olika alkoholrelaterade biokemiska test och andra test kunde bli värdefullt.

Primärvården och alkoholmissbrukare

Per Sandberg och Anders Romelsjö, institutionen för socialmedicin, Karolinska sjukhuset, Sundbyberg, presenterade resultat av en undersökning av inställningen till alkoholmissbruk och till behandling av alkoholmissbruk i primärvården utifrån en enkät till 15 vårdcentraler och samtliga primärvårdschefer i länet. Bakgrunden till undersökningen var förhoppningarna på en kraftigt ökad insats av primärvården på alkoholområdet i olika hälsopolitiska dokument, en pågående sekundärpreventiv studie vid fem vårdcentraler i Stockholms län samt arbetet på vårdprogram inom länet med ökade uppgifter för primärvården. Enkäten visar bland annat att det förelåg ganska stor tveksamhet till förslagen att ge primärvården huvuduppgiften vid behandling av alkoholo-

lister. Det stora flertalet instämde i vikten av att kunna nå patienten i ett tidigt skede av högkonsumtion eller alkoholmissbruk. Majoriteten ansåg att distriktssköterskan var en viktig resurs för patienter med alkoholproblem och att mer resurser och framför allt utbildning var viktig. I regel var distriktsläkarna mer positiva och undersköterskorna mest negativa, medan sjuksköterskorna intog en mellanställning. Detta kan kanske bero på olika utbildning inom området och olika erfarenheter i kontakten av personer med alkoholproblem. Den personal som vid fem vårdcentraler fått lite utbildning inom området hade en mer positiv inställning. Sandberg och Romelsjö föreslog en till arbetsuppgifterna för olika personalgrupper anpassad utbildning samt en sekundärpreventiv inriktning av arbetet.

Att mäta alkoholkonsumtion

Sven-Olov Isaksson från Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö presenterade resultat från en metodikstudie av 60-åriga män i Malmö. Alkoholkonsumtion och alkoholbeteendet skattades med sex olika metoder: enkät, kostintervju, MAST (frågeformulär om tecken på alkoholproblem), registrering enligt nykterhetsvårdslagen, vård vid alkoholklirik, GT-bestämning. Resultaten visade att de olika metoderna kompletterade varandra, vilket var väntat. Det mäter också lite olika dimensioner av alkoholproblem. 75 procent överensstämde i svaren från enkät och intervju får anses klart tillfredsställande. Högre alkoholkonsumtion rapporterades i enkät än vid intervju, i linje med andra undersökningar.

Narkotikaproblem i allmänpraxis

Erik Solberg redovisade den kanske första undersökningen av narkomaner i allmänpraxis. Ett åttiotal läkare i Akershus län noterade narkomaner bland patienterna under en period på två månader. De fann 68 narkomaner varav en tredjedel kvinnor. I undersökningen ingick ej att ta anamnes på eventuellt narkotikabruk eller att i övrigt vidta särskilda åtgärder för att försöka hitta patienter med detta problem. I genomsnitt hade narkomanerna missbrukat i åtta år. Hälften hade använt cannabis, 45 procent heroin och 30 procent amfetamin. Huvuddelen syntes alltså vara ganska grava missbrukare, socialt identifierade som sådana. Majoriteten av läkarna saknar riktlinjer för behandling av narkomaner. Hälften ansåg det inte vara meningsfullt att arbeta med dessa patienter.

Läkemedelsmissbruk

Arne Melander vid avdelningen för klinisk farmakologi i Dalby gav synpunk-

ter på bruk och missbruk av anxiolytika och hypnotika främst med utgångspunkt från erfarenheter från Malmö. 1978 var användningen av dessa medel avsevärt större i Malmö än genomsnittligt i Sverige. Efter omfattande informationsinsatser samt särskilda samtal mm mot de cirka tio läkare, alla privatpraktiker, som stod för särskilt stor läkemedelsförskrivning, minskade denna inom ett år med 25 procent. Samtidigt minskade antalet slutenvårdstillfällen till följd av missbruk av lugnande medel med 40 procent. Antal självmord minskade under en femårsperiod från 50/år till 17/år. Melander sammanfattade att omfattningen av bruket och därmed missbruket av dessa medel främst bestäms av antalet läkare och dessas attityder till anxiolytika och hypnotika. Med informationsinsatser kunde man på kort tid avsevärt reducera användningen av dessa läkemedel och också missbruket.

2:a Nordiska hälsocenterkongressen

24–26 mars i Vindeln, Västerbotten

För andra året i rad anordnar Vindelns hälsocentrum, landstingets hälsocentrum i Vindeln, en kongress. Kongressen vänder sig till forskare och forskningsintresserade med anknytning till hälsocentra och andra preventiva verksamheter.

Innehåll:

Dag 1.

Preventiva strategier: Populations- och riskfaktorinterventionsstrategier.

Dag 2.

Två parallella sessioner med olika teman fm och em:

– Obsitas, – Icke farmakologisk behandling av hyperton, – Motion, – Biologisk medicin.

Dag 3.

Hälsopolitiska synpunkter på hälsocentra och andra preventiva verksamheter.

Kurskostnad: 1.800 kronor vilket inkluderar mat och logi. För den som vill delta enstaka dagar eller ej utnyttjar logi eller måltider sker reduktion av avgiften.

Anmälan: (senast 3/3 1986) ska sändas till:

Ebba Sandström
Vindelns hälsocentrum
Fack 53
922 00 VINDELN
Telefon 0933-11560

Utvecklingen mot eget boende bland äldre ökar kraven på säker läkemedelshantering

Utvecklingen på läkemedelsområdet går snabbt. Ökade kunskaper och mer ändamålsenliga läkemedel möjliggör i många fall en avsevärt bättre behandling än tidigare. Denna utveckling ställer emellertid allt större krav på hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens personal. Felaktig medicinering kan få allvarliga konsekvenser.

Den pågående utvecklingen mot fastare former för samverkan och samarbete mellan kommuner och landsting inom äldreomsorgen, underlättar för allt fler personer att återvända till eller bo kvar i sina egna bostäder med tillgång till behovsanpassad service och sjukvård. Också denna utveckling ställer ökande krav på säker läkemedelshantering inom den öppna vården. I propositionen till socialtjänstlagen förutsätts också en successiv förändring av ålderdomshemmen, med sin höga omhändertagandenivå, till servicehus med individuellt anpassad service med inriktning på att stödja och tillvarata den enskildes resurser.

Att den enskilde själv, eventuellt med stöd av personal, ansvarar för sin egen medicinering utgör ett viktigt led i denna utveckling. En av de grundläggande målsättningarna när det gäller läkemedelshantering vid servicehus med helinackordering är att var och en så långt det är möjligt tar ansvar för sin egen medicinering.

Socialstyrelsens allmänna råd om läkemedelshantering inom social hemtjänst och vid servicehus med helinackordering (1985:5) syftar till att ge huvudmännen underlag för enhetliga och säkra arbetsrutiner för läkemedelshantering. En väsentlig utgångspunkt för dessa råd är att kommunerna och landstingen i nära samarbete kommer överens om ansvarsfördelning och organisation när det gäller läkemedelshantering. De allmänna råden gäller från 1 juli 1985.

"Läkemedelshantering". Allmänna råd från socialstyrelsen 1985:5.

Pris: 19 kr.

Information: Avdelningsdirektör Christer Lindmark, tel 08/7833786, eller förste byråsekreterare Gudrun Nörle, tel 08/78323606, byrån för äldreomsorg, ekonomiskt bistånd och invandrarfrågor.

Ett gott samvete
är den bästa
huvudkudden.

När patienten slipper mardrö
När doktorn vet att han med gott samvete
kan skriva ut preparatet.
När stora undersökningar har dokumenterat dess effekt.
När det har funnits så länge att alla egenskaper är kända.

Då kan alla berörda sova gott om natten.

*

- MRC-studien på ca 17.000 patienter publicerad i British Medical Journal vol. 291 13 juli 1985, visar att substansen i Salures-K, bendroflumetiazid, är jämbördig med betablockerare vid till medelsvår hypertoni.
- 10-årsstudien vid Sahlgrenska, publicerad i Läkartidningen nr 13 1985, visar påstådda biverkningar som kaliumbrist, glukosintolerans osv är betydligt ömindrade när Salures-K används i rekommenderade låga doser.

Salures-K. Tabl. bendroflumetiazid 2,5 mg,
kaliumklorid 0,57 g. Indikation: hypertoni.
Nu i två förpackningar: 100 st glas och
98 st dospack — enkelt och praktiskt för
patienten.



FERROSAN
Box 839
201 80 Malmö



Selexidin

pivmecillinam

Etablerat förstahandsmedel vid distala urinvägsinfektioner

Selexidin
Selexidin®
Selexidin®
Selexidin®

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

Selexidin® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Selexidin: pivmecillinam Grupp 7B 0605
Tabletter 200 mg, *dosgranulat* 100 mg.

Indikationer: Urinvägsinfektioner orsakade av mecillinamkänsliga mikroorganismer.

Kontraindikationer: Penicillin- och cefalosporin-överkänslighet.

Förpackningar: Tabl.: 20, 30, 40 och 100 st.
Dosgranulat: 20 st.

