

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

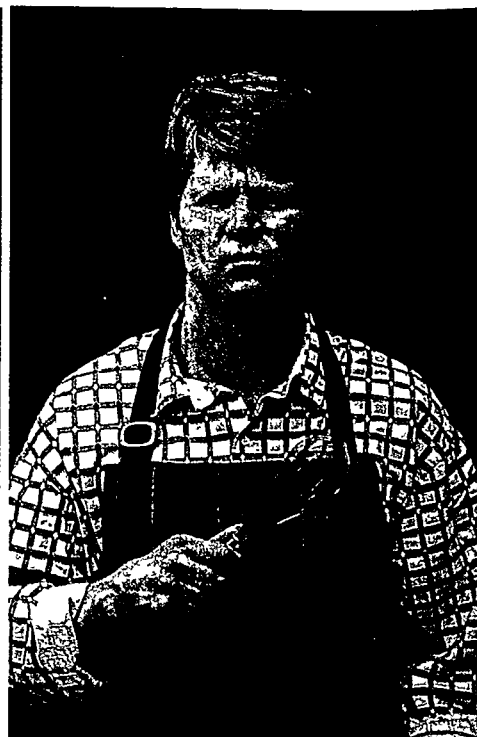
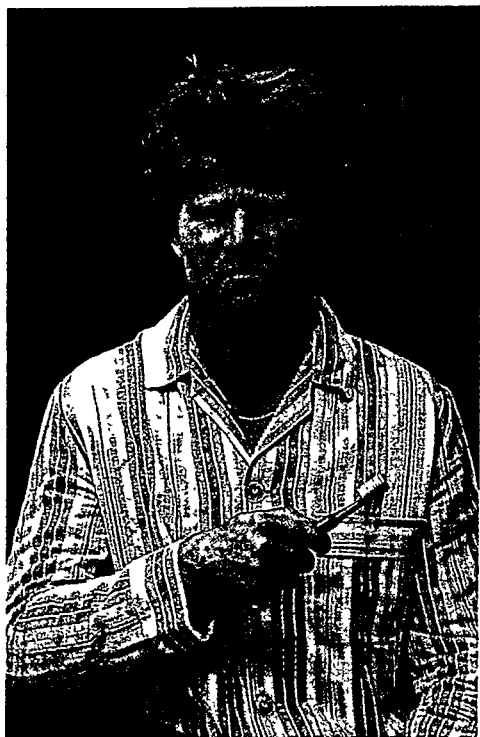


TEMA

2
1988

SKARABORG

”och när du får ont
tar du två tabletter tre gånger om dagen...”



För att uppnå effektiv smärtlindring fordras en adekvat dosering.

Rekommenderad dos för Distalgesic är i de flesta fall 2 tabletter 3–4 gånger om dagen. Som startdos kan dock 3–4 tabletter ges.* Maximal dygnsdos är 8 tabletter.

* (Läkemedelsboken 85, sid. 919).



Eli Lilly Sweden AB. Box 300 37, 10425 Stockholm, Tel: 08-13 02 50.

DISTALGESIC ΔR

Deklaration: En tablett innehåller: Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g, constit. et color (titandioxid) q. s. Egenskaper: Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. Indikationer: Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. 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 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.

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1988. 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* 1988.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/88	8/ 4-88	22
4/88	10/ 6-88	37
5/88	1/ 9-88	44
6/88	6/10-88	48

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmän Medicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Huvudredaktör:
Bo Haglund
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Redaktionskommitte:
Dan Andersson
Malin André
Cecilia Björkelund
Anders Håkansson
Anna Källkvist
Rolf Linnarsson

Redaktionsadress:
AllmänMedicin
Institutionen för socialmedicin
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 94 92
(Margareta Lindborg)

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n.b, 112 47 Stockholm
Tel: 08/51 67 60

Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 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: Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1988

ISSN 0281-3513

Kalendarium

Ledare:

Satsningen på primärvård och förebyggande arbete i Skaraborg

Lars Berg

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Epidemiologi vid planering för hälsa

Lars Berg

Video i utbildningen:

Medicinskt Magasin – Video för fortbildning

Masterutbildning i folkhälsovetenskap 1988/89

TEMA Skaraborg

Allmänmedicin – Skaraborgsmodellen

Leo Olsson

Klinikfärdiga patienter – Förvaltningsrevision av

"Slussen", samverkansrutin för överflyttning av

medicinskt färdigbehandlade patienter

Göran Norberg, Georg Rentrop

Primärvårdens förebyggande arbete

Martin Gren

HK 33-42. Primärprevention via hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo

Lars-Göran Persson, Kjell Lindström

Riskprofil – ett hjälpmedel vid preventivt arbete

Lars-Göran Persson, Kjell Lindström

Dyspepsi i Habo. Fynd och diagnoser under ett år

Lars-Göran Persson, Sigmund Löfstedt,

Ingvar Kagevi

Jourpatienter vid vårdcentralen – relevant anamnes?

Kjell Björklund

Smärta som orsak till patient-läkarkontakter

– Patientens uppfattning om sin sjukdom

Valthor Stefansson

FV-uppsats 1986 – 1:a pris

Att förebygga trafikolyckor – något för primärvården?

Torgny Wessman

Föreningsnytt

SFAM:s höstmöte i Umeå

Lars Jerdén

Efterutbildning i Dubrovnik 1987

Peter Baeckström

Recensioner

Långtidssjukskrivna i Hofors

Ska forskning vara nyttig?

Egenvård i teori och praktik

– en samhällsmedicinsk utvärdering

36

37

38

40

41

42

46

49

51

54

58

61

63

65

67

69

66

68

70

628

81

82

82

83

85

86

87

88

89

90

91

92

93

KALENDARIUM

APRIL 1988

□ **19–20 april.** Svensk Förening för Sterilisering och Sjukhushygien, 1988 års studiedagar i Ronneby.

Infektionsproblem inom äldreomsorg och hem-sjukvård.

Information: Birgitta Fryklund, SBL, 105 21 Stockholm.

□ **22 april.** Sydsvenska allmänlärares klubbens vårmöte, Ronneby.

Information: Yvonne Sverkersson, Lyckeby vårdcentral, 371 62 Lyckeby. Tel 0455/889 14.

MAJ 1988

□ **2–6 maj.** IV Internationella psykiatriska rehabiliteringskongressen, ÖREBRO, Sverige.

Information: Dr S Rost, Psyk Rehab kliniken, Regionsjukhuset, S-700 04 Örebro.

□ **3–6 maj.** International postgraduate programme in medicine: Modern treatment of chronic pain, LUND, Sverige.

Information: Lund University, Postgraduate Centre of Medicine, Box 117, 221 00 Lund.

□ **4–6 maj.** 2nd European congress on back pain, current concepts and recent advances, MONTREUX, Schweiz.

Information: Secretariat of the Back pain, 2nd European congress, 30 Deane way, Ruislip, Middlesex HA4 8 SX, England.

□ **5–7 maj.** Scandinavian Society for the study of diabetes 23rd Annual meeting, BERGEN, Norge.

Information: Dr Sylvi Aanderud Medisinsk avdelning, Haukeland sykehus, N-5021 Bergen.

Kvinnor Kan – idé- och handelsmässan

anordnas 5–8 maj
i Elmias mässlokal
i Jönköping

Bland seminarierna ingår bland annat:

Teknik för livet – mänsklig teknik inom sjukvården.

Vård i hemmet – eller på hemmet – Debatt om hemvård och hemsjukvård.

Kvinnohälsa – Är det en sjukdom att vara kvinna?

Det är bättre att stämma i bänken – Om förebyggande hälsovård.

Droger är vår verklighet.

Mässprogram kan rekvideras från Kvinnor Kan, Östermalmsg 33, 114 26 Stockholm, tel 08-732 07 07.

□ **6–7 maj.** Distriktsläkarföreningens årsmöte i Linköping.

TEMA: Distriktsläkarens arbetsmiljö. DI Olof Svender, DLM, 827 00 Ljusdal. Tel 0651/133 50.

□ **24 maj–3 juni.** Residential course: Epidemiology and field research methodology, UMEÅ, Sverige.

Detta är en sammanställning av konferenser och symposier av allmänmedicinskt intresse. Redaktionen är mycket tacksam för kompletteringar, korrigeringar och tips till Tidskriften AllmänMedicin. Margareta Lindborg, 172 83 Sundbyberg.

Personadatorer och personligt datorstöd för läkarmottagningen i primärvården.

Tid: 18–19 maj 1988

Plats: Hotell Nordkalotten, Luleå

Konferensens tema kommer att vara de små datorerna och datasystemen, – de som ska kunna vara möjliga att pröva och satsa på även för dem som inte vill eller kan skaka loss många miljoner från sin huvudman.

Ytterligare information från:

SAMHÄLLSMEDICINSKA ENHETEN

Birger Gran, distr.läkare

Köpmangatan 36 B

951 32 LULEÅ

Tel: 0920-712 10

Information: Maria Emmelin (sekr), Inst för epidemiologi och omvårdnadsforskning, Umeå universitet. Tel 090/10 27 69.

□ **27–29 maj.** Sveriges Kvinnliga Läkare Förening 100-års jubilerar, Berwaldhallen, Stockholm.

Information: Disa Lidman, Plastikkirurgiska kliniken, Regionsjukhuset, 581 85 Linköping.

□ **29 maj–1 juni.** 2nd European symposium on suicidal behavior, EDINBURGH, Storbritannien.

Information: Stephen Platt, MRC Unit for Epidemiological Studies in Psychiatry, University Department of Psychiatry, Royal Edinburgh Hospital, Morningside Park, Edinburgh EH10 5 HF, UK.

□ **31 maj–3 juni.** Scandinavian congress of rheumatology, REYKJAVIK, Island.

Information: Iceland Tourist Bureau, c/o Thórunn Ingólfssdóttir, Skógarhlid 6, IS-101 Reykjavik.

JUNI 1988

□ **5–6 juni.** 1st European congress on obesity, STOCKHOLM, Sverige.

Information: Secretariat: Obesity Congress, c/o Kreab Congrex, Box 5619, S-114 86 Stockholm.

□ **12–15 juni.** World Federation of Neurology research group on dementia, International symposium on Alzheimer disease, KUOPIO, Finland.

Information: A G Wang, DPS's bestyrelse Psyk afd P, Odense Sygehus, DK-5000 Odense C.

□ **12–16 juni.** 4th International conference on AIDS, STOCKHOLM, Sverige.

Information: 4th Int. Conference on AIDS, c/o Stockholm Convention Bureau, Box 6911, S-102 39 Stockholm.

□ **14–17 juni.** 1st World congress on allied health, HELSINGØR, Danmark.

Information: Søren Hansen, Panum Institutet, Norre Alle 20, DK-2200 København N.

□ **23–25 juni.** Nordeuropeiska sektionen av Medical Women's International ASS, 9th congress, DUBLIN, Irland.

Information: Disa Lidman, Plastikkirurgiska kliniken, Regionsjukhuset, S-581 85 Linköping.

JULI 1988

□ **3–8 juli.** International congress of dietetics: Man, his nutrition in a technological world, PARIS, Frankrike.

Information: Secrétariat c/o ICD-SOCFI, 14 rue Mandar, F-75002 Paris, Frankrike.

□ **10–22 juli.** Course: Psychogeriatrics: the clinical and organizational psychiatry of the elderly, NOTTINGHAM, England.

Information: The British Council i respektive land.

□ **31 juli–6 augusti.** 35th International congress on alcoholism and drug dependence, OSLO, Norge.

Information: The National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Box 8152 Dep, N-0033 Oslo 1.

AUG 1988

□ **22 augusti–2 september.** "NIVAKURS": Epidemiologic Study Design.

Information: Nordic Institute of Advanced Occupational Environment studies, c/o Inst of Occupational Health, Topeliuksenkatu 41aA, SF-00250 Helsinki, Finland.

SEPT 1988

□ **29–30 september.** SFAMs höstmöte i Gävle.

1989

□ **28 maj–2 juni.** 12th Conference of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA

Information: Dr G Almagor, Wonca 1989, P O Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel

□ **23–26 augusti.** 6:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin, Århus

SFAM'S vårmöte i Sunne 20–21 april 1989

Satsningen på primärvård och förebyggande arbete i Skaraborg

Skaraborg har gjort sig känt genom sin satsning på primärvård och förebyggande arbete.

Länet har ca 270 000 invånare, utgör landets näst största lantbrukslän, har få stora städer och saknar ett accepterat länscentrum. De 17 kommunerna har från 5 400 till drygt 46 000 invånare.

Landstinget antog år 1971 en hälsoplan och några år senare – 1973 – tillkom Hälsovårdsenheten som en av de första "samläkarmedicinska" enheterna i landet. Hälsoplanen var den första av sitt slag i landet. Mer än sjutton år senare är stora delar av innehållet fortfarande aktuellt.

Under åren 1974–77 kom tandvårdsplanen, planen för rehabilitering och omvårdnad samt utredningen om kommunbaserad vård. Uttrycket "Skaraborgsmodellen" myntades. Denna modell innebar en decentraliserad primärvård där varje kommun skulle ha minst en egen vårdcentral och sjukhem samt eget kansli och politisk nämnd (primärvårdsnämnd). Med tiden har begreppet fått något skiftande och vidare tolkningar, vilket ibland medfört en del missförstånd.

Under 1980-talet byggdes primärvården snabbt ut i kommunerna enligt utredningarnas intentioner. Kommungränserna sammanfaller helt med primärvårdsområdesgränserna.

Hälsovården i Skaraborg startade med tonvikt på kampanjer, hälsokontroller och företagshälsovård. I en nyorienteringsfas 1973 vid Hälsovårdsenhetens tillkomst började ett mera systematiskt utvecklingsarbete och en expansiv fas inträdde. Olycksfallsprojektet i Falköping, hälsoprofil Skaraborg 1977, vårdprogram mot högt blodtryck, lösningsmedelsprojektet, cancerregisterstudierna och suicidprojektet tillkom bland många andra projekt under denna tid.

Försöksverksamhet med "grupper" (tobak, kost, motion m m) ledde till en kommunbaserad hälsovårdssatsning i Vara 1978, där speciell hälsovårdspersonal fick i uppgift att utveckla det förebyggande arbetet. Vara fick sedan bilda modell för utbyggnaden av hälsovårdsavdelningar i de övriga kommunerna i samband med decentraliseringen av primärvården från 1980 och framöver.

Hälsovårdsavdelningarna består i princip av en hälsoplanerare (samläkarvetare/beteendevetare), en hälsoinformatör (sjuksköterska/distriktsköterska) och en hälsoledare (fritidsledare/undersköterska). Beroende på

lokala förhållanden och kommunstorlek har vissa modifieringar skett på sina håll.

I takt med primärvårdens och hälsovårdens utbyggnad decimerades hälsovårdsenheten. I samband med en omorganisation ombildades enheten år 1985 och bytte namn till samläkarmedicinska enheten, med anledning av att samläkarmedicin som begrepp blivit etablerat och accepterat.

En stor mängd projekt har genomförts under 1970- och 1980-talet i Skaraborg både utgående från hälsovårdsenheten, primärvård och hälsovård. Dessa är till stora delar redovisade i rapportserien "Landstingets hälsovård", i tidskrifter eller lokalt i stencilmform.

Artikelpresentation

Artiklarna försöker återspegla bredden i den skaraborgska primärvården och i det förebyggande arbetet.

Som en uppföljning av en tidigare artikel (Primärvårdsnämnd och -kansli – erfarenheter från Skaraborg, SFAM-nytt 1981:144-5) beskriver Leo Olsson – frilandsjournalist – skaraborgsmodellen sett ur Tibros perspektiv. Några nyckelpersoner i den administrativa, medicinska och politiska ledningen ger sina intryck av verksamheten. I en faktabeskrivning diskuteras de riktningar för gemensamt ledningsansvar som antogs av primärvårdschefer och primärvårdsdirektörer 1986. Någon formellt antagen befattningsbeskrivning finns fn inte.

Samverkansformerna mellan länsjukvård och primärvård för patienter i behov av sjukhemsvård, hemsjukvård eller social omsorg efter utskrivning från länssjukvårdsenhet är sedan 1984 reglerade i en samverkansrutin – "slussen". I en mera målinriktad sk förvaltningsrevision har revisorerna Göran Norberg och Georg Rentrop studerat hur primärvårdsområdena lyckats med målsättningen att omhänderta klinikfärdiga patienter inom en vecka.

I en artikel från Götene beskriver Martin Gren, hälsoplanerare, hur primärvårdens förebyggande arbete utvecklats. Vid införandet av de tre hälsovårdstjänsterna var riktlinjerna och ställningen i organisationen oklara från början. En analys av utvecklingen visar på vikten av klara mål och konkreta krav.

Habo vårdcentral har under flera år haft en god och stabil distriktsläkarmanning och får inom kort även status av utvecklingsvårdcentral. I den första

artikeln från Habo redogör Lars-Göran Persson och Kjell Lindström för ett primärpreventivt projekt riktat mot riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. Målgruppen utgörs av yngre män. Det preliminära resultatet antyder att riskfaktorbelastningen kan minskas.

I den andra artikeln av samma författare beskrivs riskprofilen – det pedagogiska hjälpmedel som används vid hälsokontrollerna. Detta medel kan bli ett utmärkt instrument i handen på allmänläkare och distriktsköterskor i det individuella preventiva arbetet, men även för att påverka medvetenheten i befolkningen om hälsorisker.

Besvär från mag-tarmkanalen är vanligt i befolkningen. I en gastrokopstudie med datorbaserad anamnesupptagning vid vårdcentralen i Habo undersökte Lars-Göran Persson, Sigmund Löfstedt och Ingvar Kagevi konsekutiva patienter som sökte för mag-tarmsymtom. Studien har sedan stått modell för en planerad multicenterstudie.

Hur relevant är anamnesupptagandet för akuta patienter på jourcentral för ryggbesvär och luftvägssymtom? Kjell Björklund, distriktsläkare vid vårdcentralen i Falköping, konstaterar brister på åtskilliga punkter och ger i sin konklusion konkreta förslag på förbättringar.

Valthor Stefansson, FV-läkare vid vårdcentralen i Stöpen, har studerat patienter med smärta som kontaktorsak. Patienternas egna förklaringar till symtomen överensstämmer överraskande väl med läkardiagnoserna.

Framtidsperspektiv på primärvården i Skaraborg

Ekonomiska problem dominerar landstingsdebatten i Skaraborg liksom i övriga Sverige. Närmaste året skall en översyn av skaraborgsmodellen göras med ett fördjupat studium av bl a kirurgi- och medicinklinikernas arbetsområden. Sedan ett år pågår i samarbete med Spri ett utvärderingsprojekt av primärvården i Habo och en jämförande studie mellan Habo och grannorten Bankeryd planeras.

Den bristande tillgången på allmänläkare är ett av de stora hindren för att utveckla en fungerande primärvård. Ca 50 av de 140 allmänläkartjänsterna är fortfarande obesatta. Innan en full bemanning nåtts kan primärvårdsmodellens funktion och möjligheter inte bedömas tillfredsställande.

Sammanfattningsvis är bilden både ljus och mörk. Den konsekventa satsningen både i form av primärvårdsutbyggnaden och i personal med avsatt tid för hälsoarbete är Skaraborgs styrka. Svårigheten att besätta nyckeltjänsterna och behålla personalen utgör svagheter.

Lars Berg



Epidemiologi vid planering för hälsa – en presentation av Måns Roséns avhandling

LARS BERG

Spri-rapporten "Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag" (1) var en milstolpe för att belysa potentiella möjligheter men även problem vid användningen av hälsostatistiska data i planeringsprocessen. Med utgångspunkt i detta samarbetsprojekt mellan Västerbottens läns landsting, Umeå universitet och Spri har Måns Rosén baserat sin avhandling som han försvarade måndagen den 25 maj 1987 i humanisthuset, Umeå.

Arbetets huvudtema är en genomgång av hur en strukturerad planering skall genomföras. Med främst dödsorsaksstatistiken, men även andra datakällor, som exempel beskrivs möjligheten att använda existerande register för praktisk hälsoplanering. Avhandlingens styrka är den sammanhållna ramberättelsen som beskriver planeringsprocessen alltifrån identifikation av hälsoproblem till resursfördelningsmetoder och vård på lika villkor och till en planeringsstrategi där kommundiagnostik kan bilda utgångspunkten för lokal intervention. Avhandlingen är utgiven som Spri tryck 152 och kostar 140 kr (2).

Nyckelord: Planering, epidemiologi, register, medicinsk teknologi, hjärt-kärlsjukdomar, cancer, kost, hälso- och sjukvårdsforskning.

Bakgrund

Bakgrunden till avhandlingsarbetet utgörs av behovet av planeringsdata.

Hälso- och sjukvårdssektorns expansion tillsammans med en minskad ekonomisk tillväxt ökar behovet av kunskap om effekter av olika behandling och förebyggande insatser.

Trots förbättringar i hälsotillståndet – som minskad spädbarnsdödlighet och ökad medellivslängd – i Sverige under 1900-talet finns både könsskillnader och regionala differenser som belyser att mycket återstår för att förbättra folkhälsan.

Den information som finns i våra olika register utgör en utmärkt bas för att förstå de lokala hälsoproblemen. I Sverige har vi en lång tradition med god tillgänglighet och kvalitet i dessa register, men vi har inte alls utnyttjat dessas potentiella möjligheter.

Med utgångspunkt från samarbetsprojektet "Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag" utvecklas i avhandlingen planeringsprocessen närmare.

Syfte

Huvudsyftet är att belysa möjligheterna att använda epidemiologiska data från existerande register som ett planeringsverktyg.

Delmålsättningarna har en praktisk inriktning:

1. Värdera offentliga statistiska datakällor och möjligheten att använda dessa för hälsoplanering.
2. Ge exempel på hur dessa datakällor kan användas för planering.
3. Belysa problemen vid ekologisk sambandsanalys.
4. Skissa en modell för att öka medvetenheten om preventiva möjligheter.

Dödsorsaksregistret används genomgående för att ge praktiska exempel.

Metoder

Principerna har varit följande:

1. Skapa en teoretisk modell för lokal hälsoplanering.
2. Att som exempel använda ett samarbetsprojekt som är starkt sammanknutet med användaren, i detta fall landstinget i Västerbotten.
3. Litteraturstudier för att få en översikt av problem och tillgängliga metoder.
4. Insamling och analys av empiriska data från varierande register.

För att nå målsättningarna måste metodproblem integreras med empiriska resultat. För att underlätta förståelsen har "fallet Västerbotten" genomgående använts som illustration alltifrån den initiala kartläggningen av hälsoproblem till den lokala interventionen.

Resultat och diskussion

I presentationen har jag valt att något okonventionellt slå samman resultat och diskussion. Anledningarna till detta är två.

För det första bör syntesen – planeringsunderlag sammankopplat med



Respondent: Måns Rosén
Foto: Lennart Nyström



Opponent: Sven-Olof Isacson
Foto: Lennart Nyström

preventiva strategier för att uppnå en förbättrad folkhälsa – framhåvas. Alltför ofta frikopplas planeringsprocessen från praktiska åtgärder, och då i synnerhet preventionen.

För det andra är ramberättelsen utformad så att den beskriver planering för hälsa som en helhet, som en kontinuerlig och sammanhängande process. Ramberättelsen är relativt omfattande (158 sidor) och kan läsas fristående från de 7 artiklarna som avhandlingen baseras på. Detta är också anledningen till att dispositionen i min redogörelse följer ramberättelsen och inte artiklarna.

Utgångspunkten ligger i hälso- och sjukvårdslagens krav:

- befolkningsansvar
- behovsbaserad planering
- vård på lika villkor.

Vi saknar idag inom hälso- och sjukvården konkreta målformuleringar. Istället mäter vi lättåtkomliga variabler som läkarbesök, vård dagar och

sjukhussängar. Resurser och resultat diskuteras istället för en koncentration på om målsättningarna är uppnådda eller ej.

I en föreslagen *modell för planeringsprocessen* förespråkar Måns Rosén ett planeringsunderlag som baseras på samhällsdiagnosen (kommundiagnosen), men där denna värderas och sammanvävs med även andra kunskaper och datakällor, som exempelvis koncensusuttalanden, vårdprogram och internationella erfarenheter.

Detta planeringsunderlag – som kan vara framtaget centralt i ett landsting – blir sedan föremål för lokal analys och diskussion. Därefter förs materialet ut för diskussion i lokalsamhällets olika organisationer, myndigheter och grupper. Sedan målsättning och resursbehov klarlagts måste samhällsdiagnosen slutligen integreras i planerings- och budgetprocessen.

En mängd register kan tjäna som underlag för planering. I avhandlingen studeras särskilt dödsorsaksregistret men även undersökning om levnadsförhållanden (ULF), cancerregistret och hushållsundersökningen.

Tillgängligheten till registerdata överhuvudtaget är god i Sverige. Informationen täcker hela landet och kan brytas ner till små geografiska områden som kommuner. Däremot är uppgifter om exempelvis besök i öppen vård, livsstil och funktionsförmåga begränsade.

Datakvaliteten i våra register uppvisar åtskilliga brister, i synnerhet rörande vissa diagnoser. Det viktiga är emellertid att många av dessa brister kan överkommas. Ett sätt är att studera subgrupper i form av åldersgrupper eller enbart vissa diagnosgrupper. I många fall tar dessutom olika felkällor ut varandra. Att oberoende datakällor pekar i samma riktning styrker även att ekologiska data i våra register är valida. Slutsatsen blir att våra officiella register om hälsoförhållanden har hög tillförlitlighet.

Att *identifiera hälsoproblem* är ett första led i en planeringsprocess. Svårigheten består i att bestämma med vad och hur man skall värdera olika hälsoproblem. Skall indikatorer på enskilda variabler användas, eller skall index, dvs summerade data från två eller flera variabler användas? Bör hälsoproblemen mätas direkt eller indirekt? Är ett hälsoproblem med hög dödlighet "viktigare" än om det ger dålig funktionsförmåga eller invaliditet?

Något entydigt svar ges naturligtvis inte. Olika aspekter måste här vägas samman och det finns ingen "sanning". Tre viktiga mått finns dock. Det första är hälsoproblemets omfattning. Det andra är det statistiska sambandets styrka mellan riskfaktor och sjukdom. Det tredje är den sk epidemiologiska paradoxen, dvs den möjliga påverkan en riskfaktorförändring kan

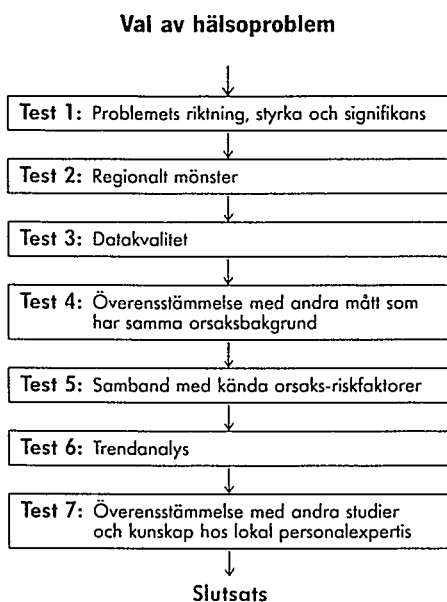
få på hälsoproblemets omfattning i befolkningen som helhet.

Vilka hälsoproblem finns då i Västerbotten? Vid en sammanvägd bedömning enligt ovan finner man att hjärt-kärlsjukdom är dominerande och vanligare i regionen.

Om man finner *regionala skillnader* i något hälsotillstånd, är då dessa fynd säkra? Vid registerstudier studeras ju grupper och inte enskilda individer. En hel del fallgropar finns.

Små tal vid nedbrytning av data, risk för signifikans pga slumpinverkan samt olika sätt att standardisera är några fallgropar. Ekologisk korrelation belyses särskilt. Detta innebär att trots påvisade grupsamband vid korrelationstestningen behöver detta inte innebära att det gäller för individerna. Några andra problem är migration, olika administrativa gränser samt skiftande lokala diagnoskriterier.

För att bemästra dessa problem föreslås en modell i 7 punkter för att systematiskt strukturera en regional analys av funna olikheter (Figur 1). Vid en sådan systematisk genomgång av hjärt-kärlsjukdom i Västerbotten ger samtliga test entydigt besked om att dödligheten i denna grupp är högre i Västerbotten jämfört med Sverige.



Figur 1.
Analyschema för regional dödlighet.

Sambanden mellan riskfaktorer och hälsoproblem är viktiga vid *analys av regionala variationer*. I avhandlingen ges en översikt över kända samband mellan riskfaktorer och hjärt-kärlsjukdom samt vissa cancerformer.

Vid en jämförelse av dödlighetsmönstret i landets 24 län finner man en nord-sydgradient där hjärt-kärlsjukdom, diabetes och magcancer är vanligare i norra Sverige, medan colon- och rectumcancer är mera vanligt

förekommande i söder. Dessa fakta stöds av andra hälsodatauppgifter och även vid nedbrytning i köns- och åldersgrupper och för olika tidsperioder.

De vanliga kända riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom – fränsett rökning – uppvisar en positiv korrelation till dödligheten i denna grupp. Detta får inte tolkas som att rökning inte skulle uppvisa samband med hjärt-kärlsjukdom. Tvärtom, om västerbottningarna inte skulle röka så lite skulle hjärt-kärl dödligheten vara ännu högre. I själva verket skulle en rökfrekvens i Västerbotten motsvarande genomsnittet i landet innebära en ökning i relativ risk för död i hjärt-kärlsjukdom för männen på ca 10 procent och för kvinnorna på 2,5 procent.

För bröst- och kolorectal cancer finner man en negativ korrelation till högt intag av fibrer. Däremot finner man för coloncancer inget samband för fettintag, men ett negativt samband för högt mjölkintag.

Sammanfattningsvis gäller att:

- dödlighet i hjärt-kärlsjukdom är högre än för landet i övrigt
- riskfaktorerna – fränsett rökning och alkoholmissbruk – för hjärt-kärlsjukdom är vanligare, speciellt gällande dietära faktorer
- beträffande riskfaktorerna för cancer har man åtminstone en god vana, nämligen högt fiberintag.

Vad får detta för *konsekvenser för planeringen* i Västerbotten?

En förebyggande insats bör riktas mot i synnerhet dietära riskfaktorer och högt blodtryck. Konkret innebär detta bl a att minska intaget av fett och salt i befolkningen, att minska fettandelen i mjölk och margarin eller smör. Förekomsten av högt blodtryck och diabetes som riskfaktorer talar för en kombinerad befolknings- och högriskstrategi.

En preventiv strategi innebär också att främja ett gott hälsobeteende. Den låga rökfrekvensen bör bibehållas.

Slutligen bör vissa funna samband studeras närmare vilket ger anvisningar om forskningsområden av speciell vikt som landstinget särskilt bör stödja.

Ett *beslut om ett konkret preventivt handlande* är alltid en fråga om en subjektiv bedömning. Hur mycket skall krävas innan det anses moraliskt att göra något – eller tvärtom – omoraliskt att inte agera?

En beskrivning av idag kända *interventionstrategier mot hjärt-kärlsjukdom* talar för en kombinerad låg- och högriskstrategi riktad mot hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Detta beslut har också tagits i consensus mellan olika parter i Västerbotten. Nyttan uppväger nackdelarna.

År 1984 antogs av landstinget ett tio-årigt hjärt-kärl/diabetes-preventivt projekt i Västerbotten som helhet, men i Norsjö kommun (med högst

hjärt-kärl dödlighet) i synnerhet. Kommundiagnosen kan här peka ut viktiga områden och stimulera till aktion, men den förebyggande strategin måste lita till motivation och deltagande från människor i det lokala samhället.

Disputationen

Opponent i Umeå var professor Sven-Olof Isacson, Malmö. Han utgick ifrån de 7 artiklarna, vilket kanske är nödvändigt vid en disputation (?), men tyvärr poängterades därför istället detaljerna och förlorades den logiska sammankopplingen som ramberättelsen ger.

Några väsentliga saker diskuteras. Det första gällde befolkningsstrategin och kommundiagnosens roll. Är kommundiagnosen, i sin deskriptiva form, övervärderad? Bör mera vikt fästas vid befolkningsdeltagande och målgrupper för intervention? Analysen av nyckelpersoner, organisationer osv är kanske mest väsentligt?

Det andra var värdet av processbeskrivningen. Vad händer, vilka grupper eller individer ändrar vanor? Vad görs egentligen i praktiken av politiker och personal inom hälso- och sjukvården?

Det tredje gällde utvärderingen. Intermediära mått – exempelvis ändringar i förekomst av riskfaktorer – bör användas i högre grad än för närvarande.

Slutsatser

Måns Roséns avhandling utgör en viktig sammanställning av våra kunskaper idag över användningen av offentliga register för planeringsändamål. Styrkan ligger i den systematiska ansatsen i ramberättelsen. Planeringsprocessen blir en helhet där teoretiska slutsatser inte innebär slutet, utan början på nästa fas – aktionen.

Avhandlingen rekommenderas för distriktsläkare eller hälsoarbetare som vill sätta sig in i den samhällsmedicinska fronten idag – syntesen mellan planering och prevention – för en förbättrad folkhälsa.

Den bör utgöra obligatorisk litteratur för samhällsmedicindelen i mastersutbildningen i folkhälsovetenskap.

Avhandlingen är skriven på engelska. När kommer Spri's översättning av ramberättelsen?

Referenser

1. Spri. Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag. Stockholm: Spri, 1979 (Spri rapport 14).
2. Rosén Måns. Epidemiology in Planning for Health – with Special Reference to Regional Epidemiology and the Use of Health Registers. Umeå universitet. Thesis. Spri, 1987 (Spri tryck 152).

Författarpresentation

Lars Berg är distriktsläkare vid vårdcentralen i Tibro.

VIDEO I UTBILDNINGEN

MEDICINSKT MAGASIN

– Video för fortbildning

Medicinskt magasin är en "videotidning" som utkommer 4 gånger per år. Den innehåller fortbildning, intervjuer, referat etc. Medicinskt Magasin vill även stimulera utvecklingsarbete genom att sprida idéer i primärvården, exempelvis inslaget om "öppen mottagning". Medicinskt Magasin är framför allt avsett för läkare, men kan även användas för utbildning av annan sjukvårdspersonal.

Supplement till Medicinskt Magasin är videoband som behandlar – analyserar – ett ämne mer ingående.

Medicinskt Magasin produceras av Institutionen för Allmänmedicin vid Uppsala universitet och stöds ekonomiskt av Apoteksbolaget.

Nedan följer en innehållsförteckning av tidigare utgivna Medicinska Magasin samt supplement.

Nummer 1, 1986

- Ledare: Om information på vårdcentral – professor Gösta Tibblin
- Nobelpriset i medicin 1985
- Besök på Sollentuna vårdcentral:
 - a) Om FoU – distriktsöverläkare Ingvar Krakau
 - b) Cykelhjälsprojektet – distriktsköterska Barbara Pettersson
- Kommentarer – forskningsassistent Lena Olsson, Köping.

Nummer 2, 1986

- Clara Hellner presenterar sig
- Om sjukdom i olika länder. Lisbeth Sachs, medicinsk antropolog
- Besök på Skebäcks vårdcentral: IFBH – Lennart Halfvarsson och Inger Almer Larsson
- Acne-behandling – Carin Vahlquist
- WONCA – London

Nummer 3, 1986

- Öppen mottagning i Björknäs – Kenneth Widäng
- Röda ögat – Lennart Berggren
- FV-disputation i Luleå – Ulf Måwe
- Våra grannar företagshälsovården – Sven Kvarnström
- SFAM:s höstmöte – Rune Björke
- Medicinskt magasin sprids över Sverige – Clara Hellner

Nummer 4, 1986

- Utryckningsverksamhet vid Bålsta vårdcentral – Claes Sundquist
- Riksstämman – ortopedisk medicin – Lars Englund, Göran Sjönell, Ian Goldie
- Typ A-människor – Meyer Friedman, Nancy Fleischman
- Allmänmedicin på Kreta – Michael Fioretos

Nummer 1, 1987

- Venösa bensår – Bengt Fagrell
- Riksstämman – icke farmakologisk behandling av hypertoni, riskfaktorer för cerebrovaskulära sjukdomar – Birger Gran, Cecilia Björkelund
- Nackundersökning – Lars Englund
- Läkares psykosociala arbetsmiljö – Gösta Tibblin

Nummer 2, 1987

- Gastroskopi på KS – Premyls Slezak
- Behandling av nackbesvär – Lars Englund
- Höftfrakturer i Uppsala – Birgitta Hansson
- "Allmänmedicin i Stockholm" – Göran Sjönell

Nummer 3, 1987

- Malignt melanom – Harry Beitner
- Läkemedelsstatistik – Barbro Westerholm
- Ortopedisk medicin – Bernt Ersson

Supplement nr 1

- Det höga blodtryckets ABC – Gösta Tibblin och Christer Blondell
- Patientinformation – Vad är högt blodtryck? – Gösta Tibblin och Christer Blondell

Supplement nr 2

- Acne – Carin Vahlquist

Supplement nr 3

- Höftfrakturer i Uppsala – Birgitta Hansson

Supplement nr 4

- Medicinska profiler – Lars Werkö

Supplement nr 5

- Bi- och getingstick – Tony Foucard

Priset för Medicinskt Magasin är endast kopierings- och distributionskostnad dvs 200:- (VHS), 300:- (U-matic) per nummer.

Prenumeration på Medicinskt Magasin, samt lösnummerbeställning av tidigare utgivna program, görs till Allmänmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.



MASTERUTBILDNING I FOLKHÄLSOVETENSKAP



1988/89

i Stockholm vid Karolinska Institutet och Statens Miljömedicinska Laboratorium
i samarbete med Socialstyrelsen och Nordiska hälsovårdshögskolan



Folkhälsovetenskap (Public Health Sciences) studerar förekomst av sjukdom och ohälsa i olika befolkningsgrupper. Området är särskilt inriktat på sambanden mellan ohälsa och faktorer i miljö och levnadsvanor liksom effekterna av prevention, behandling och hälsobefrämjande insatser.

Sedan 1986 bedrivs en utbildning på masternivå (post graduate) i Stockholm i samverkan mellan institutioner vid KI och SML samt Yrkesmedicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset. Kurserna kan enligt särskild överenskommelse tillgodoräknas i Master of Public Health-examen (MPH) vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Social- och preventiv medicin

Del I – Prevention, 12.9–7.10 1988

Del II – Planering, 3.4–28.4 1989

Kursansvariga: prof Leif Svanström och med dr Bo Haglund (del I); docent Finn Diderichsen och dr Johan Hallqvist (del II).

Kursavgift: Del I – 6.500:– och del II – 7.000:–

Ansökningstid: 4 april 1988 (del I) och 15 januari 1989 (del II)

Upplýsingar och anmálningblankett: Märta Lundström, tel 08/98 95 00 (Inst för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan)

Epidemiologi och biostatistik

Del I – Grundkurs i epidemiologi och biostatistik, 10.10–3.11 1988

Del II – Försättningskurs i epidemiologi och biostatistik, 16.1–10.2 1989

Kursansvariga: prof Anders Ahlbom, docent Lars Alfredsson, dr Maria Gerhardsson, fil kand Niklas Hammar och prof Staffan Norell

Kursavgift: Del I – 6.500:– och del II – 7.000:–

Ansökningstid: 1 juni 1988 (del I)

Upplýsingar och anmálningblankett: Lilian Ekwall, tel 08/23 69 00 (Statens Miljömedicinska Laboratorium)

Miljömedicin

Del I – Grundkurs i miljömedicin, 13.2–10.3 1989

Del II – Försättningskurs i miljömedicin, 5.9–30.9 1988 och hösten 1989

Kursansvarig: tf prof Monica Nordberg (del I+II)

Kursavgift: 1988 avgiftsfritt, 1989 ev avgiftsbelagd

Ansökningstid: 1 juni 1988

Upplýsingar och anmálningblankett: Eva Undsén, tel 08/34 05 60, ank 1170 (Hygieniska institutionen)

Olycksfallsepidemiologi och -prevention

Kurstid: 10.10–3.11 1988

Kursansvariga: prof Leif Svanström, dr med sc Lothar Schelp och fil kand Gunilla Bjärås

Kursavgift: 6.500:–

Ansökningstid: 1 maj 1988

Upplýsingar och anmálningblankett: Leila Abdollahnezhad, tel 08/98 92 25 (Inst för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan)

Hälsoarbete

Del I – Hälsobefrämjande arbete/Health Promotion, 21.11–16.12 1988

Del II – Hälsoupplýsing, våren 1989

Kursansvariga: prof Leif Svanström och med dr Bo Haglund tillsammans med tf byråchef Bo Pettersson.

Kursavgift: Del I – 6.500:– och del II – 7.000:–

Ansökningstid: 1 maj 1988 (del I)

Upplýsingar och anmálningblankett: Leila Abdollahnezhad, tel 08/98 92 25 (Inst för Socialmedicin, vårdcentralen Kronan)

Allmänmedicin – Skaraborgsmodellen

LEO OLSSON

iBC 6282

Det sk Skaraborgsmodellen, med decentraliserat ledningsansvar, har nu varit igång sedan början av 80-talet. Uppbyggnadsskedet har övergått till ett skede av anpassning och effektivisering.

I Tibro, en av de kommuner som har längst erfarenhet, håller primärvården successivt på att närma sig kommunen. Samverkan blir allt viktigare för att klara alla nya åtaganden, betonar den lokala primärvårdsledningen.

Nyckelord: Primärvård, primärvårdsorganisation, primärvårdsnämnder, Skaraborgsmodellen, Tibro.

Tibro var en av de kommuner som var först med att genomföra den nya decentraliserade primärvårdsorganisationen – den sk Skaraborgsmodellen. Hälso- och sjukvården levde tidigare under ytterst knappa resurser. Under exempelvis 1979 fanns en distriktsläkare som till sin hjälp hade 30–40 olika korttidsvikarierande läkare.

I februari 1980 startade primärvårdsutbyggnaden i och med att en ny vårdcentral togs i bruk. Idag sysselsätter primärvården i Tibro cirka 400 personer och omfattar:

- En vårdcentral med tre distriktslag. Varje distriktslag består av två distriktsläkare, distriktsköterskor, mottagningsköterskor, sjukvårdsbiträden samt undersköterskor i hemsjukvård. I vårdcentralen finns dessutom laboratorium samt mödra- och barnvårdscentral.

Till distriktslagens förfogande står:

- Medicinska behandlingsresurser som terapibad, arbetsterapi, dag-sjukvård, dagvård för senil dementia samt psykiatrisk mottagning med psykolog, kurator, sjuksköterska och skötare.

- Hälsovård med hälsoplanerare (socioekonom), hälsoinformatör (sjuksköterska) och hälsoledare (fritidsledare).

- Sjukhem med 86 platser.

- Omsorgsverksamhet för utvecklingsstörda med gruppbostad för fem personer, dagcenter för 20 personer samt en tonårsgrupp.

- Fritidsavdelning för äldre, som bor hemma eller på institution, psykiskt sjuka och utvecklingsstörda. Avdel-

ningen drivs i samarbete med kommunens socialförvaltning.

- Distriktstandvård med sex tandläkare.

Nära kontakt med beslutsfattarna

Hur fungerar då den utbyggda primärvården i praktiken? Fungerar Skaraborgsmodellen tillfredsställande? "På grund av vakanser har den inte kunnat provas i full utsträckning, men tanken bakom modellen är bra", svarar Bo Rylander, distriktsläkare och primärvårdschef i Tibro. "Det lokala inflytandet har stora fördelar. Kontakten med beslutsfattare är nära. De flesta frågor kan lösas utan omständlig skriftväxling."

Den instans som har det yttersta ansvaret på lokalplanet är primärvårdsnämnden. Nämnden består av sju ordinarie ledamöter; flera med lång erfarenhet av kommunpolitik. En av dem är tillika ledamot av landstingets förvaltningsutskott. Nämnden sammanträder en gång i månaden. Ordförande är Wärne Eriksson:

"Den kärva ekonomin sätter sin prägel på sammanträdena. Vi tycker att primärvården ibland får stå tillbaka för länssjukvården. Primärvården ska prestera så mycket med så små medel", anser han.

Frihet under ansvar

Primärvårdsnämnden är organisatoriskt underställd landstingets förvaltningsutskott. Det betyder att nämnden är något av landstingets "förlängda arm" som har att följa de råd och anvisningar som förvaltningsutskottet lämnar.

"Visst kan det vara frustrerande att verkställa redan fattade beslut. Men samtidigt ska man inte glömma att vi har vår frihet, frihet under ansvar. Vi kan gå emot förvaltningsutskottet. Det förekom senast när utskottet föreslog en indragning av ambulansen i Tibro då vi protesterade med hänvisning till vår lokalkännedom", berättar Wärne Eriksson.

Men många meningsskiljaktigheter mellan landstinget och primärvårdsnämnden skulle gå att undvika, anser han. Mera förhandsinformation skulle ge ledamöterna en större handlingsberedskap, vilket man saknar idag:

"Besluten kommer i många fall alltför abrupt, utan förvarning. Avvecklingen av institutionerna är bara ett exempel. En tung fråga som handlar

om vård, bostäder och ekonomi och som tar tid att lösa".

Något gemensamt forum för förvaltningsutskottet och primärvårdsnämnden finns heller inte. Meningsutbytet sker inom respektive partigrupp. Desto mer organiserad är kontakten inåt i organisationen, mellan primärvårdsnämnden och den lokala tjänstemannaledningen. Varje månad träffas nämndpresidiet samt primärvårdsdirektören Goldie Wahlén och primärvårdschefen Bo Rylander.

Inga befattningsbeskrivningar

Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvårdsdirektör och primärvårdschef är någonting som vallat diskussioner sedan Skaraborgsmodellen infördes. Primärvårdsdirektören har det administrativa ansvaret och primärvårdschefen det medicinska. Men för övrigt finns inga klara befattningsbeskrivningar som reglerar de båda tjänsterna, förutom de riktpunkter som bestämdes för något år sedan (se separat artikel)

"När jag var ny i tjänsten kände jag en viss otrygghet. Men nu ser jag det snarare som en fördel att slippa befattningsbeskrivning. Jag har inga gränser som stänger in mig", konstaterar Bo Rylander. "För arbetsfördelningen är oväsentlig. Huvudsaken är att vi tillsammans gör vad vi ska göra, att slutprodukten blir bra."

Men för att slutprodukten, resultatet, ska bli bra krävs att samarbetet mellan primärvårdsdirektören och primärvårdschefen fungerar väl, att personkemin stämmer, menar Bo Rylander. "Visst förekommer det meningsskiljaktigheter i vissa sakfrågor. Men efter diskussion kommer vi alltid fram till en rimlig standpunkt", förklarar han.

En gång i veckan träffas Bo Rylander och Goldie Wahlén för diskussioner – "oavsett om det finns mycket eller litet att avhandla".

Samverkan på flera plan

Men deras "tentakler" sträcker sig också längre ut i primärvårdsorganisationen. En gång i månaden samlas ledningsgruppen respektive samrådsgruppen. I ledningsgruppen ingår, förutom tjänstemannaledningen, även första distriktsköterskan, primärvårdsföreståndaren, chefen för primärtandvården samt i förekommande fall även personalchefen och utbildningssekreteraren. Samråds-

gruppen består också av personal från olika verksamhetsgrenar som kallas in allt efter de frågor som tas upp.

De kommunala förvaltningarna är andra viktiga samarbetspartners. Primärvårdsnämnden och socialnämnden har hittills haft ett par gemensamma sammanträden och primärvårdsdirektören och socialchefen träffas ofta. "För att kunna göra en bra primärvård krävs samverkan och gemensamma planer med kommunen. Vi har nu ett embryo till en gemensam plattform", förklarar Goldie Wahlén.

Nya förutsättningar

Behovet av samverkan har blivit allt större under senare år, vilket till stor del beror på att förutsättningarna för primärvården förändrats sedan organisationen började byggas upp. Nya åtaganden har tillkommit och verksamheten ändrat inriktning:

Sjukhemsvården har minskat, medan hemsjukvården ökat. Platsantalet på sjukhemmet har reducerats från 96 till 86 platser. En ytterligare neddragning med tio platser finns med i planerna. Ett psykiatriskt öppenvårdsteam, knutet till länssjukvården, har etablerat samarbete med psykiatrimottagningen omkring de tyngre behandlingsärendena. Utvecklingsstörda, psykiskt sjuka och senil dementa har lämnat institutionerna och integrerats i hemkommunen.

"Det är åtaganden som inte fanns med i de ursprungliga planerna och som nu tvingat fram en samverkan med kommunen", säger Goldie Wahlén.

Nattpatruller, bemannade med personal från både primärvården och kommunen, har inrättats för att klara den ökade satsningen på hemsjukvård. Och snart ska primärvården och kommunen dra igång en gemensam satsning på förebyggande hälsovård. Detaljerna håller fn på att diskuteras med representanter från socialförvaltningen, fritidsnämnden, miljö- och hälsoskyddskontoret osv.

Klargöra egna kompetens

"Primärvården har lämnat uppbyggnadsskedet och gått in i ett skede av anpassning och effektivisering. Den stora potentialen ligger i samverkan med kommunen, eftersom vi har många gemensamma angelägenheter", understryker Bo Rylander.

Att klargöra den egna kompetensen och utveckla nya verksamhetsgrenar tillsammans med kommunens förvaltningar blir en viktig uppgift för primärvården framledes, menar Goldie Wahlén:

"Primärvården måste inse sina begränsningar. Det är meningslöst att gå in på områden som andra behärskar." Blir då nästa steg att kommunen tar över hela huvudmannaskapet för primärvården?

"Knappast troligt", svarar Bo Rylander. "För oss som sitter långt ut i

organisationen är visserligen kommunen vår naturliga samarbetspartner. Men därifrån till att låta kommunen överta huvudmannaskapet är det långt. Det skulle förmodligen slå snett mot småkommunerna, med begränsade resurser."

Många vakanser

Men en hämmande faktor för primärvården är alla vakanta läkartjänster. Tibro, som tillhör de mest lyckligt lottade, saknar två av sex läkare. I vissa andra kommuner, framförallt i norra länsdelen, är situationen värre. Från i höst räknar primärvårdsledningen i Tibro med att återigen ha alla tjänster tillsatta. Då återvänder två läkare som tidigare gjort sin FV-tjänst på vårdcentralen.

"Bra utbildningsresurser är avgörande för rekryteringen. I Tibro finns ett utbildningsprogram för AT-läkare som blivit en betydelsefull rekryteringskälla. Samtliga läkare som idag är ordinarie har fått sin allmänläkarutbildning i Tibro", konstaterar Bo Rylander.

En hög bemanning är i sig också avgörande för hur rekryteringen ska lyckas. Ju flera läkare som finns på vårdcentralen, desto lättare är det att rekrytera nya. Vårdcentraler med stor underbemanning hamnar lätt i en ond cirkel och har svårt att tillsätta vakanta tjänster. Det här är ett problem som "kastat grus i maskineriet" på Skaraborgsmodellen. Modellen förutsätter att alla tjänster är tillsatta.

"Skaraborgsmodellen har ännu inte kunnat provas som den en gång var tänkt. Så det är fortfarande för tidigt att göra en utvärdering", framhåller Bo Rylander.

Svårt att planera

Den ekonomiska åtstramningen har också skapat problem för den lokala primärvårdsavdelningen. Sparbetingen har gjort det näst intill omöjligt att upprätta tillförlitliga långtidsplaner, enligt Goldie Wahlén:

"Numera skriver jag alltid mina treåriga långtidsplaner med förbehållet: 'vi får väl se hur det blir.'" Men i ett längre perspektiv har Skaraborgsmodellen inneburit en kraftig resursförstärkning. Det är både primärvårdsledning och kommuninvånare överens om. På mindre än tio år har enläkarstationen i Tibro förvandlats till en sexläkarstation med betydande kringresurser.

"Jag känner ingen tveksamhet inför Skaraborgsmodellen. Det finns en vilja att förverkliga de mål som en gång sattes upp. Modellen har framtiden för sig", sammanfattar Bo Rylander.

"Vi är i stort sett nöjda. Primärvården har fått ökade resurser. Rättvisan mellan kommunerna har blivit större. Det lokala ledningsansvaret har lett till bättre kontakt mellan politiker och tjänstemän", konstaterar Karl-Erik



Goldie Wahlén började som primärvårdsdirektör i Tibro i september 1985. Hon har arbetat inom kommun och landsting sedan 1965. Närmast kom hon från en tjänst som biträdande vårdchef inom omsorgsförvaltningen i Bohuslandstinget i Göteborg. Goldie Wahlén är socionom och har dessutom en grundläggande rättsutbildning samt studier i psykologi bakom sig.



Bo Rylander blev primärvårdschef i februari 1986. 1981 kom han till Tibro som FV-läkare. Efter vidareutbildningen i allmänmedicin återvände han och tillträdde tjänsten som ordinarie distriktsläkare hösten 1985.



Wärne Eriksson är ordförande (fp) i Primärvårdsnämnden sedan 1985. Han är pastor inom Svenska Missionsförbundet och tjänstgjorde 1974–1984 i Tibro Missionsförsamling. Sedan 1984 är han distriktsföreståndare för Skaraborgs distrikt inom Svenska Missionsförbundet.



Karl-Erik Axelsson är centerpartistiskt landstingsråd och förvaltningsutskottets ordförande sedan 1985. Han har varit landstingsman sedan 1970, bla utbildningsnämndens ordförande i 11 år. 1982–1985 var han vice ordförande i läns-sjukvårdsnämnden. Karl-Erik Axelsson är bosatt i Tibro och var ledamot av Primärvårdsnämnden i kommunen 1979–1982.

Axelsson, landstingsråd och förvaltningsutskottets ordförande.

Primärvårdssatsningen, den sk Skaraborgsmodellen, grundar sig på det stora sjukvårdsbeslut som fattades i mitten av 60-talet. 1977 beslutade landstinget att decentralisera den administrativa ledningen av primärvården genom att etablera lokala primärvårdskanslier och 1979 att även inrätta primärvårdsnämnder, politiska ledningsorgan för primärvården, i var och en av kommunerna.

Den nya primärvårdsorganisationen genomfördes i tre etapper under perioden 1980–1982.

"Idag är primärvården i stort sett färdigutbyggd. Vi har organisationen och de fasta resurserna. Det vi saknar är full bemanning. Vi lever i en svår vakanssituation", förklarar Karl-Erik Axelsson.

"Vi måste därför försöka skapa en så bra arbetsmiljö och så goda arbetsvillkor som möjligt. En personal som trivs och tror på verksamheten är bästa garantin för att få vakanta tjänster tillsatta."

Men dessvärre ställer inte alla upp lika helhjärtat på Skaraborgsmodellen, kan Karl-Erik Axelsson konstatera. Konflikter har blossat upp i några av kommunerna, vilka har sin grund i bla motsättningar mellan tjänstemän och politiker:

"Det finns de som tycker att politikerna enbart stör arbetet. Och då blir det lätt konflikt."

Inte heller mellan länssjukvården och primärvården fungerar samarbetet helt tillfredsställande:

"Specialisterna på länssjukvården saknar fullt förtroende för primärvården. Meningen var att de skulle följa patienterna ut till vårdcentralerna. Men fortfarande får patienterna i hög utsträckning resa till sjukhusen."

Nämnden identifierar sig med kommunen

Primärvårdsnämndernas ställning har vållat en del diskussioner. Nämnden lyder under förvaltningsutskottet och har att följa de direktiv och anvisningar som utskottet lämnar.

"Ett dilemma är att ledamöterna identifierar sig mer med kommunen än med landstinget. De måste ha klart för sig vilken stol de sitter på, att de ska leda verksamheten i landstingets ställe. Är de inte väl förankrade i landstinget kan det finnas risk att de mår dåligt."

"Däremot är det ingenting som säger att verksamheten ska fungera på samma sätt i alla kommuner. Förvaltningsutskottet anger endast ekonomiska ramar och riktlinjer."

Primärvården har under senare år genomgått stora verksamhetsförändringar och tillförts många nya arbetsuppgifter som öppenvård inom psykiatri och omsorgsverksamhet för utvecklingsstörda. Sjukhemsvården har likaså minskat och hemsjukvården ökat.

"Jag kan förstå att det känns tungt för vissa grupper. Vi måste därför komplettera resurserna med specialister inom olika områden."

Karl-Erik Axelsson betraktar ända Skaraborgsmodellen som en bra plattform för framtidens hälso- och sjukvård.

"Formerna måste alltid prövas. Det är viktigt att primärvården lever i tiden", säger han.

Primärvårdscheferna och primärvårdsdirektören utgör, tillsammans med chefen för primärtandvården, primärvårdsområdets högsta tjänstemannaledning. Nagra befattningsbeskrivningar finns inte för de båda tjänsterna. Men vid överläggningar hösten 1986 med primärvårdschefer och primärvårdsdirektörer kom man överens om följande riktpunkter för ett gemensamt ledningsansvar:

- *Samverkan är ett nyckelord* för de lokala chefsfunktionerna. Dessa måste bygga på nära samarbete och förtroende. Organisationen förutsätter ett gemensamt ledningsansvar för utveckling, planering och förändringsarbete inom primärvårdsområdet, så att olika professionella kompetenser kan tillvaratas.

- *Primärvårdschefen* är ansvarig för ledningen av den medicinska verksamheten i primärvårdsområdet.

- *Primärvårdschefens* ledningsfunktion innebär ett ansvar för ledning, planering och samordning av verksamheten och ansvar för att fastställda planer fullföljs inom ramen för tilldelade resurser och med tillgodoseende av medicinskt kvalitet och säkerhet.

- *Primärvårdschefens* roll kan här jämföras med distriktsöverläkarens.

- *Primärvårdschefen* har också en chefsläkarroll som kan uttryckas som

att primärvårdschefen skall vara medicinskt sakkunnig och expert till både den lokala politiska nämnden/primärvårdsnämnden och primärvårdsdirektören. Här ansvarar primärvårdschefen för att väsentlig information rörande medicinska frågor förs fram till den politiska ledningen och till primärvårdsdirektören.

- *Primärvårdschefens* övergripande ansvar undantar inte att varje distriktsläkare har sitt medicinska yrkesansvar och ett ansvar för ledningen av den medicinska verksamheten inom det verksamhetsområde som bestämts i enlighet med §14 i Hälso- och sjukvårdslagen.

- *Primärvårdsdirektören* har rollen som förvaltningschef för hela verksamheten inom primärvårdsområdet och skall här ansvara för ledning, planering, samordning, utveckling och uppföljning av denna. Primärvårdsdirektören skall också biträda primärvårdsnämnden och ansvara för beredning och handläggning av ärenden inom nämndens verksamhetsområde, samt framlägga förslag till budget.

- *Till hjälp för ledning, planering och samordning av verksamheten* finns också de administrativa resurserna vid primärvårdskansliet tex personalfunktionen vid anställning av personal och ekonomifunktionen för budgetering, ekonomiska kontroller och inköp.

- *Ett administrativt ledningsansvar* finns också ute i verksamheten i form av kostnadsställeansvar (budget-, resultat- och personalansvar). Detta kan ligga på distriktsläkare, föreståndare eller andra chefer för olika enheter och utformas lokalt.

- *En lokal ledningsgrupp* utgör det organ vari övergripande och principiella frågor ska tas upp. Den individuella kompetensen i gruppen bör vara avgörande för hur och av vem frågor förs vidare.

- *Särskild vikt av samverkan och samråd* inom primärvårdsledningen föreligger inom följande områden:

- utvecklingsarbete
- strategisk planering
- budget/årlig planering och resultatansvar
- ärendeberedning inför presidie- och nämndsammanträde
- tillsättning av "nyckeltjänster" inom organisationen
- inköp av utrustning av principiell karaktär
- utbildningsplanering.

Författarpresentation

Leo Olsson, frilansjournalist.

Postadress, Research & Result AB, Ställverksgatan 7, 51300 Tibro

Reflotron®

Svar medan
patienten
väntar



mannheim



BOEHRINGER MANNHEIM SCANDINAVIA AB
Division Diagnostika
Box 147 • 161 26 Bromma 1 • Tel. 08-98 81 50

Klinikfärdiga patienter

LB 06283

Förvaltningsrevision av "Slussen", samverkansrutin för överflyttning av medicinskt färdigbehandlade patienter.

GÖRAN NORBERG · GEORG RENTROP

Enligt kommunallagen åligger det revisorerna att bl a granska om landstingets olika verksamheter utövas på ett ändamålsenligt sätt. Det är dock ofta så att verksamhetsmålen inte alltid är klart uttalade. Revisionens första uppgift blir då att själv tolka målen

"Slussen", samverkansrutiner för överflyttning av medicinskt färdigbehandlade patienter, är en rutin som har en målformulering. I och med att målen är klara och mätbara för denna rutin, skulle den kunna vara föremål för en förvaltningsrevision.

Nyckelord: Primärvård, hemsjukvård, slutenvård, sjukhusvård, äldreomsorg, samarbete, forskning.

Introduktion

Förutsättningar för den kommunala revisionen ges i kommunallagens 5 kap 3 par.

"Revisorerna granskar styrelsens och övriga nämnders verksamhet. De prövar om verksamheten har utövats på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den kontroll som har utövats inom nämnderna är tillräcklig."

Kommunallagen detaljbestämmar således inte revisionens innehåll. Utformning och omfattning kan anpassas efter det enskilda landstingets speciella behov och förhållanden. Revisionsarbetets inriktning har förändrats från renodlad redovisningsrevision till att mer bli en form av verksamhetsanalys, sk förvaltningsrevision.

Förvaltningsrevisionens viktigaste syfte är att ge idéer och impulser till förbättringar och förändringar.

Syfte

Syftet med granskningen av "Slussen", var att ge en nulägesbeskrivning av hur rutinen fungerade inom landstingsområdet, att analysera samverkan mellan den öppna och den slutna vården samt att redovisa i vilken utsträckning verksamheten uppnått sina mål.

"Slussen"

En utredningsgrupp tillsattes i mars 1983 med företrädare för länssjukvård och primärvård för att "tillse att samverkan mellan länssjukvård och primärvård sker på ett optimalt sätt för patienterna".

Utredningsgruppens förslag till samverkansrutiner, som kom att kallas för "Slussen", började gälla den 1 januari 1984.

Samverkansrutinerna finns beskrivna i anvisningarna för "Slussen". (1).

Ur anvisningarna kan följande läsas ut:

- När en patient bedöms färdigutredd och färdigbehandlad vid klinik och inte längre är i behov av länssjukvårdens speciella resurser (klinikfärdig) skall han omhändertas av primärvården.
- Det är primärvårdens uppgift att samverka med socialvården i respektive kommun. Primärvården har högst 7 dagar på sig att planera för patientens fortsatta vård.
- Rutinen gäller för patienter som kräver fortsatt vård, omvårdnad eller tillsyn vid sjukhem, primärkommunalt serviceboende, dagvård eller omvårdnad i hemmet.

Formalia

När patienten är klinikfärdig sker kontakten med primärvården dels genom ett sk telefonmeddelande dels genom en skriftlig anmälan (slussenblanketten).

Ansvarig för telefonmeddelandet är avdelningsföreståndaren som tar kontakt med slussenansvarig kontaktperson i primärvården.

Det andra momentet görs av ansvarig läkare på avdelningen som skriver beslutet om att patienten är klinikfärdig på slussenblanketten. Denna skickas därefter till primärvården som underlag för vårdbedömning.

Blanketten består av ett original och tre kopior. Ett exemplar behålls på avdelningen och läggs in i patientens journal, medan original och två kopior skickas till patientens primärvårdsområde. När patienten skrivits in i primärvården returneras ett exemplar till utskrivande avdelning som en bekräftelse på att rutinen är avslutad. Original och en kopia behålls i primärvården.

Material och metod

Förstudie

Revisionskontoret påbörjade hösten 1985 en förstudie med patientmaterial från första halvåret 1985. Förstudien omfattade ca 700 utskrivna patienter från medicin- och kirurgklinikerna vid länsdelssjukhusen i Falköping och Lidköping samt dessutom från övriga kliniker vid länssjukhuset Skövde, KSS.

Vi fick hjälp med insamling av patientfakta till såväl för- som huvudstudien av resp kontaktperson för slussenrutinen i landstingets 17 primärvårdsområden.

Patientmaterial stansades in på landstingets ADB-avdelning och bearbetades genom att vi tog ut motsvarande patientgrupp från landstingets slutenvårdsregister.

Detta sätt att jämföra register var emellertid behäftat med vissa felkällor och blev inte så lätthanterligt som vi trott. Vi kunde inte heller få ut vissa, för studien, viktiga fakta ur registret. Därför valde vi en annan modell att bearbeta patientmaterialet vid huvudstudien.

När förstudien var klar redovisades den för primärvårdscheferna (distriktsöverläkare) och riktlinjerna för huvudstudien lades fast.

Huvudstudien

Huvudstudien genomfördes under våren 1986 och omfattade 479 patienter utskrivna genom slussenrutinen från medicin, kirurg samt övriga kliniker under första kvartalet samma år. (2).

För att kunna få information om de administrativa momenten i slussenrutinen gjorde vi upp en särskild blankett. På denna fyllde sedan slussenansvarig kontaktperson i primärvården i datum för slussenblankettens underskrift, datum när den ankom till primärvården, när beslut om inskrivning togs i primärvården, aktuell vårdform samt slutligen utskriftsdatum.

Därigenom kunde vi följa patientflödet i "Slussen" från klinik till primärvård.

Det material vi på detta sätt fått fram, bearbetade vi i revisionskontorets persondator. Vi lade upp ett avpersonifierat register ur vilket vi kunde analysera de olika momenten i "Slussen".

De slutsatser vi drog av huvudstudien redovisades för primärvårdsnämnderna, länssjukvårdsnämnderna och förvaltningsutskottet.

Resultat

Vår huvudstudie omfattade 479 patienter utskrivna genom "Slussen" under första kvartalet 1986.

Av dessa patienter kom 18% från bassjukhuset i Falköping (BSF), 30% från bassjukhuset i Lidköping (BSL) medan resten, dvs 50% kom från kärnsjukhuset i Skövde (KSS).

- Beträffande patienternas ålderssammansättning konstaterade vi att 13% var yngre än 70 år, 39% var mellan 70 och 80 år medan 48% var äldre än 80 år.
- Beträffande vårdformer i primärvården konstaterade vi att 70% av patienterna skrivs in på sjukhem (sluten primärvård).
- Antal patienter och antal klinikfärdigdag per patient inom länssjukvård och primärvård samt totalt, redovisas i tabell I för olika vårdformer i primärvård.
- Antal klinikfärdigdag per patient fördelade sig från 5 till 22 dagar mellan primärvårdsområdena. För två områden var summan 22 resp 21 dagar. Övriga primärvårdsområden hade mindre än 14 klinikfärdigdag per patient.

Diskussion

Vår samlade uppfattning var att slussenrutinen fungerade bra.

Vi konstaterade att målet för "Slussen" nåddes av alla primärvårdsområden där antalet vårdplatser var fullt utbyggda, utom i ett.

De skillnader som redovisats, primärvårdsområdena emellan, vad gäller antal dagar som i genomsnitt behövts för att förbereda övertagande av patienter (mellan 5 och 22 dagar), förklaras av skillnad i antal sjukhemsplatser per äldre innevånare i resp primärvårdsområde. Fler sjukhemsplatser innebär sannolikt högre mottagningskapacitet i primärvård.

Antalet sjukhemsplatser upplevs som styrande. Detta påvisas av studiens resultat beträffande den vårdform patienterna skrevs in i primärvård, dvs sluten primärvård (ca 70% skrevs in vid sjukhem). Likaså torde patienternas ålder ha stor betydelse vid val av vårdform (nästan hälften av patienterna var över 80 år).

Den första vårdnivån i primärvård tycks vara sjukhem även om målsättningen är att patienterna skrivs ut till eget boende i så stor utsträckning som möjligt. En förbättrad hemsjukvård bör kunna "tömma" sjukhemmen tidigare än vad som är fallet idag.

I Töreboda har man kartlagt hur länge slussenpatienter vårdas på sjukhem/motsvarande före utskrivning. Av mätningen framgår att medelvårdtiden på sjukhem var 22 dagar för

Tabell I

Antalet patienter och antalet dagar "i slussenrutinen" per patient inom respektive nämnds ansvarsområde fördelat för olika vårdformer i primärvård.

Vårdform i primärvård	Antal patienter	Antal "slussendagar"/patient i Länssjukvård**)	Primärvård	Totalt*)
Öppenvård	92	3	6	9
Slutenvård	342	3	9	12
Annan vårdform	45	3	4	7
Summa	479	3	8	11

*) Dvs det antal dagar det tog från det att patienten klinikfärdigförklarats till faktisk utskrivningsdag.

**) Det tar i genomsnitt tre dagar för slussenblanketten att nå primärvård från länssjukvård.

medicinpatienter och 32 dagar för kirurgpatienter medan ortopedpatienternas medelvårdtid var 49 dagar.

Av detta skulle slutsatsen kunna dras att hemsjukvård i första hand kan sättas in för medicinpatienter.

Under alla omständigheter behövs fler sk korttidsplatser på sjukhem. Vi fann vissa skillnader sjukhusen emellan beträffande antal klinikfärdigdag (8 till 13 dagar). Vi konstaterade emellertid att detta till största delen berodde på att primärvården är olika mycket utbyggd i resp sjukhus upptagningsområde.

Det var ingen skillnad klinikerna emellan.

Vad vi däremot fann besynnerligt var att det i genomsnitt tog tre dagar för slussenblanketten att nå primärvård från länssjukvård. Vi konstaterade emellertid att detta beror på administrativa moment i rutinen, företrädesvis posthantering etc.

Om målet med "Slussen" nås på kortare tid än de uttalade 7 dagarna, bli genom att förenkla de administrativa rutinerna, kan antalet vård dagar klinikfärdiga patienter ligger på "fel" vårdnivå minska. "Slussen" är en av de få mätbara rutinerna i sjukvårdsapparaten. Genom samverkan kan resurserna utnyttjas rätt för att bereda patienterna vård på rätt vårdnivå.

Målet med "Slussen" är att anpassa vården till en nivå som är medicinskt och ekonomiskt motiverad. Sker ingen uppföljning av om målet nås kan detta bidra till att driftansvariga inte heller följer uttalade målformuleringar.

Revisionens främsta uppgift är att pröva och följa om verksamheten utövas på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Förvaltningsrevisionens uppgift därutöver är att fånga idéer och ge impulser till förändringar och förbättringar.

Att detta uppmärksammas av driftansvarig nämnd visar förvaltningsutskottets svar på revisorernas skrivelse med anledning av rapporten.

Utskottet skriver, att "de påpekanden som görs i rapporten kommer att

studeras som ett led i att utveckla hälso- och sjukvården".

Revisionens framtida roll är således att göra uppföljningar av verksamheter men även att föra fram idéer till förändringar och förbättringar.

Referenser

1. "Slussen", Samverkansrutiner för överflyttning av medicinskt färdigbehandlade patienter från länssjukvård till primärvård. (1983-10-18)
Stencil, Skaraborgs läns landsting.
2. Förvaltningsrevision "Slussen", Samverkansrutiner för överflyttning av klinikfärdiga patienter. (1986-08-01)
Stencil, Skaraborgs läns landsting.

Författarpresentation

Göran Norberg är revisor vid revisionskontoret, Skaraborgslandstinget, Mariestad.

Georg Rentrop är revisionschef vid Revisionskontoret, Skaraborgslandstinget, Mariestad.



(atenolol)

Tenormin är effektivt i de flesta situationer.

En av fördelarna är att behandling med normaldos Tenormin 50–100 mg en gång om dagen ger både betablockad och blodtryckskontroll under hela dygnet.

Som läkare får du också ett enkelt patienturval och slipper att överväga uteslutande av många patienter.

Dessutom har Tenormin visat sig effektivt för behandling av hypertoni också hos patienter som är gravida, har diabetes eller astma. I det senare fallet rekommenderas dock samtidig behandling med beta₂-stimulerare.

Du kan läsa mer om 10 års erfarenhet av Sveriges mest använda betablockerare i den lilla skriften "Tenormin i din vardag".

Den finns hos vår produktspecialist.



Behandling med Tenormin leder bl a till lägre hjärtfrekvens, hjärtminutvolym och blodtryck. Biverkningar som kan förekomma är trötthet, yrsel, gastrointestinala störningar, perifer kyla i extremiteter, muskelsvaghet och bradykardi.

CNS-biverkningar såsom sömnstörningar, mardrömmar etc har rapporterats, dock i betydligt lägre frekvens än med lipidlösliga betablockerare.



(ATENOLOL TABL 50 OCH 100 MG)

Tenormin · 10 år

ENKEL, EFFEKTIV OCH SÄKER

Primärvårdens förebyggande arbete

1806284

MARTIN GREN

Sedan 1981 har det i Skaraborg funnits tre tjänster i varje primärvårdsområde, speciellt avsat- ta för förebyggande arbete. En hälsoinformatör (sjuksköters- ka), en hälsoledare (fritidsleda- re) och en hälsoplanerare (sam- hållsvetare). I artikeln beskrivs kort hur arbetet utvecklats i praktiken, vad som kan ha in- verkat hämmande på utveck- lingen och hur man kan gå vi- dare för att utveckla hela pri- märvårdens förebyggande arbe- te. Texten bygger på erfarenhe- ter från Götene primärvård och syftar till att belysa utvecklingen som process över tiden.

Nyckelord: Prevention, kommunba- serad hälsovård, mål, primärvård, ut- veckling, hälsoplanering, Götene, Skaraborg.

Utvecklingen

I Götene medförde de tre kommunba- serade tjänsterna att en speciell enhet inom primärvården växte fram; "häl- sovården". En första fas i utveckling- en påbörjades, vilket innebar att knyta kontakter, ta fram material, in- formera och att överhuvudtaget försö- ka förankra verksamheten. Bland annat resulterade det i årliga "häl- sovårdsprogram" som antogs av den lokala primärvårdsnämnden. En andra fas följde som innebar att försö- ka finna samarbetsformer, inriktning och arbetssätt. Det medförde att en rad olika konkreta projekt startades; pensionärsgymnastik, "Må-Bra" i års- kurs 4, utställningar, kost- och mo- tionsgrupper, olycksfallsregistrering, kartläggningsarbete m.m. Vad gäller den mer "ideologiska" inriktningen så användes i huvudsak de tre traditio- nella livsstilsfaktorer, kost, motion, tobak och i viss mån alkohol som grund för arbetet. Nyligen har en tred- je fas påbörjats som innebär att kri- tiskt granska det hittillsvarande arbe- tet, samt att strukturera upp riktlinjer för framtiden.

Analys av utvecklingen

Nedan presenteras några av de fakto- rer som inverkat hämmande på ut- vecklingen. Punkterna är inte fulltali- ga, men kan förhoppningsvis tjäna som trampolin för fortsatt tankeverk- samhet.

(1) Oklara riktlinjer från början.

En av tankarna bakom de tre tjänster- na var att utveckla kommunbaserad hälsovård. Det hela hade karaktären av ett utvecklingsprojekt, där det inte fanns så många praktiska erfarenheter att falla tillbaka på. Detta innebar bl a att riktlinjer fick utarbetas efter hand genom tex hälsovårdsprogram eller "trial end error". Den övriga pri- märvårdsorganisationen liksom pri- märvårdsledningen var heller inte rik- tigt medvetna om vad de tre tjänsterna egentligen skulle användas till.

(2) Förebyggande – en "ny" företeel- se.

En annan faktor som präglade utveck- lingen är att förebyggande arbete saknar tradition inom hälso- och sjuk- vården. Med förebyggande avses här i första hand primär prevention. Att in- troducera ett nytt synsätt är alltid svårt i organisationer. Det aktiverar många reaktioner, allt ifrån "försvar" till re- ella åsiktsskillnader. Skaraborg var också mycket tidigt ute i folkhälsoar- betet. Det är ju först nu som samhälls- medicin börjar bli etablerat. Detta, och andra liknande faktorer, har med- fört att kunskap har saknats på de fles- ta nivåer inom primärvårdsorganisa- tionen. Av det senare följer att möjlig- heterna att aktivt driva utvecklingen varit begränsade.

(3) Oklar ställning i organisationen.

De tre tjänsterna initierades av häl- sovårdsenheten (HVE), numera sam- hållsmedicinska enheten (SME). De placerades i primärvården men har samtidigt varit kopplade till HVE/ SME genom "träffar" och annat arbe- te. På liknande sätt har ställningen inom primärvården varit oklar. Ibland har målsättningen varit att de skall in- tegreras med övrig verksamhet i så stor utsträckning som möjligt. Ibland har "hälsovården" blivit en organisa- tion i organisationen, med uppgift att "frälsa" resten av primärvården när det gäller förebyggande arbete. Man har ibland sagt att de ska fungera som en "motor" när det gäller att driva det förebyggande arbetet. En enskild enhet kan emellertid inte ta på sitt ansvar att få en hel organisation att arbeta förebyggande. "Motorperspek- tivet" har därigenom bidragit till att hela primärvårdens roll och ansvar i det förebyggande arbetet inte upp- märksamats tillräckligt. Dels gäller det ledningens ansvar och uppgift att driva utvecklingen, dels gäller det andra yrkesgruppers roll i det preven- tiva arbetet.

(4) Primärvård under uppbyggnad.

Under perioden 1981–1986 har det samtidigt skett en kraftig uppbyggnad och utveckling av primärvårdsorgani- sationen. När den första uppbygg- nadsperioden avslutats har nästa fas med "driftsproblem" tagit över. Man kan därför naturligtvis undra över hur mycket tid det faktiskt funnits över till utveckling inom det förebyggande om- rådet.

(5) Mål och uppföljning.

Både i Götene primärvårdsplan (1982) och de årliga hälsovårdsprogrammen har mål/riktlinjer fastställts för det fö- rebyggande arbetet. I praktiken kan man säga att de mer verkat som pro- gram för hälsovården än som ledstjär- na för hela primärvården. För att om- sätta planer och program krävs en aktiv ledningsstrategi som kan omsät- ta allmänt hållna viljeinriktningar till krav på konkret handlande i prakti- ken.

Utvecklingsperioden är nu över

För det framtida arbetet är det viktigt att konstatera att perioden hittills varit en utvecklingsperiod som nu är över. Den har på sina håll varit smärtsam (inte minst för enskilda hälsoarbete- re), men nyttig och lärorik. Idag är det emellertid hög tid att klarare struktu- rera upp hela primärvårdens roll och ansvar i det förebyggande arbetet. Inte minst för att kunna leva upp till lagar och alla de hälsopolitiska mål- sättningar som satts upp när det gäller förebyggande arbete och primärvård. Kanske är risken annars att pri- märvård till slut bara visar sig vara ett nytt ord på gammal traditionell sjukvårdsverksamhet.

Vad krävs för att utveckla primärvårdens förebyggande arbete?

För att gå direkt på kärnan så krävs det; (1) klara mål och (2) konkreta krav. Detta kan synas som en förenk- ling eller en modefluga stulen direkt ur Janne Carlzons "Riv pyramider- na". Det är möjligt att så är fallet, men vad händer i en organisation där klara mål för arbetet och konkreta krav på arbetsuppgifter saknas eller är oklara?

Mot bakgrund av den tidigare ana- lysen så är två saker mest angelägna att klara ut för att kunna fortsätta ut- vecklingen mot mål och krav; utbild- ning och en genomgång av primär- vårdens roll och ansvar.

Utbildning

Ett hinder för utvecklingen är att det saknas kunskap i och om det förebyggande arbetet. Idag används tex "förebyggande" på ett så odefinierat och allmänt hållt sätt, att det i praktiken kan innebära vad som helst. En del kan hävda att distriktssköterskorna borde arbeta "mer förebyggande". Själva kan de å sin sida hävda att "det har vi alltid gjort". Naturligtvis har de det! (Att tyngdpunkten i deras förebyggande arbete alltid varit på sekundär och tertiär prevention är en annan sak.)

Att inte ha en gemensam kunskapsbas i en organisation innebär att man saknar ett gemensamt språk. Detta leder till missförstånd och förvirring. Beroende på arbetsuppgifter, utbildning, värderingar, politisk uppfattning, människosyn m.m., menar man olika saker när man talar om "förebyggande".

Ett krav i framtiden är därför att alla i primärvården kan väckas mitt i natten och utan vidare förklara vad primär, sekundär och tertiär prevention innebär. I praktiken handlar det om att genomföra lokala utbildningar baserade på samhällsmedicin och hälsopolitik. Det senare är inte minst nödvändigt därför att "förebyggande arbete" delvis innebär att man lämnar "vetenskap" och beprövad erfarenhet i klassisk naturvetenskaplig mening. I och med hälsopolitik blir gränserna

mellan medicin och politik ännu mer flytande, vilket personalen måste få en chans att lära sig. (När allt kommer omkring kanske det hela inte är så mycket en fråga om metoder, snarare om ideologi.)

Primärvårdens roll och ansvar

I framtiden måste hela primärvårdens roll och ansvar i det "förebyggande" uppmärksammas i betydligt större utsträckning. Ska tex engagemanget bygga på sofistikerade preventiva tekniker inom det sekundärpreventiva området, eller ska det eftersträvas breda insatser åt det hälsopolitiska hållet? Med andra ord behöver det göras klara avgränsingar av primärvårdens arbetsuppgifter. Det räcker inte med allmänt hållna dekret av typen, "primärvården ska så långt som möjligt arbeta förebyggande".

Det förebyggande arbetet är alltför viktigt för att byggas upp på ett antal eldsjälur, som ofta varit fallet hittills. För att motverka detta krävs en genomgång av verksamhetsområden och arbetsuppgifter inom primärvården. Vad för preventivt arbete ska tex distriktsläkaren göra? Inom vilka områden ska arbetet bedrivas? Hur mycket tid ska avsättas? Hur ska avvägningen mellan primär, sekundär och tertiär prevention göras?

I detta arbete är det oerhört viktigt att uppmärksamma hela primärvårdens roll och ansvar, såväl den

administrativa, medicinska som den politiska. I allt utvecklings- och förändringsarbete måste ledningen vara två steg före och aktivt markera riktningen.

Vad väntar vi på?

Att försöka påverka primärvården att arbeta "mer förebyggande" är inte anorlunda än att arbeta med andra processer som syftar till förändring. En av erfarenheterna av förändringsarbete är att läpparnas bekännelse inte alltid motsvaras av vad som händer i praktiken. Det är mycket vanligt att människor verbalt säger sig vara beredda att ändra sitt beteende, men undviker att göra det i praktiken. Detta är också ett vanligt fenomen i organisationer. Inom primärvården är en allmänt positiv inställning till "förebyggande" inte ovanlig, men detta motsvaras inte alltid av insatser i praktiken.

Därför är vi tillbaka till klara mål och konkreta krav. Viljeinriktningar inom det "förebyggande" måste genom en aktiv och konsekvent ledningsstrategi omvandlas till konkret handlande. Vad väntar vi på?

Författarpresentation:

Martin Gren är sedan ett par år verksam som hälsoplanerare i primärvården, Göteborg.

Kurser &
konferenser.

Distriktsläkarna i Jämtland springer 32 mila-stafett

OLOF ENGLUND

Denna sommar arrangeras en jättelik stafett från Trondheim i Norge till Östersund i Jämtland. Det blir 24 sträckor som varierar mellan 4 och 25 km i längd och är utspridda på fyra dagar.

Distriktsläkarkåren i Jämtland har bestämt sej för att ställa upp med ett lag. Man vill göra en rolig grej ihop samtidigt som konditionen förbättras. Man vill också slå ett slag för friskvården genom att utmana andra personal-kategorier att ställa upp med lag. Distriktsläkarlaget ska också sköta sjukvården under loppet och på så sätt få träning inför Femdagars i orientering som året efter går i Jämtland. Mellan var tredje och var fjärde distriktsläkare i länet har anmält sej till laget och även en del överviktiga med "dåligt flås" har startat motionera.

Kanske distriktsläkare på andra håll i landet kan ta detta som en sporre att anmäla egna lag till detta lopp eller motionsaktiviteter på hemorten?



Här syns några i distriktsläkarnas lag: Olof Englund, Östersund; Kaj Norrby, Svenstavik; Christian Bergh, Östersund; Göran Wedin, Järpen; Ann-Sofie Gume-lus, Åre; Hans-Olof Nyhlén, Frösön; Lennart Sjöberg, Frösön; Staffan Ber-nardzon, Offerdal; Kerstin Henriksson, Östersund; Hans Beijer, Östersund; Lars Bjerner, Frösön samt Ulf Böke, Backe.

Författarpresentation:

Olof Englund, distriktsläkare vid Hc Z-gränd, Östersund

HK 33–42. Primärprevention via hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo

LARS-GÖRAN PERSSON · KJELL LINDSTRÖM

Sedan januari 1985 pågår i Habo, Skaraborgs län, ett projekt med primärpreventiv mål-sättning. Män födda 1943–1952 undersöks med avseende på riskfaktorer främst vad gäller hjärt-kärlsjukdomar. Hittills har 506 stycken primärundersökts. Arbetssättet redovisas liksom en del preliminära delresultat som bl.a. tyder på att riskfaktorbelastningen kan minskas. Analys av bortfallsgruppen presenteras.

Nyckelord: Prevention, hälsokontroller, män, riskfaktorer, hjärt-kärlsjukdomar

Inledning

På senare år har det förebyggande arbetet i sjukvården alltmer kommit i förgrunden. Enligt HS90-utredningen skall det huvudsakliga preventiva arbetet bedrivas i primärvården. I den nya Hälso- och Sjukvårdslagen framhålls också distriktsläkarens direkta ansvar för befolkningens hälsa. Det finns inga bestämda direktiv för hur det förebyggande arbetet skall bedrivas.

Särskilt vad gäller hjärt-kärlsjukdomar har det skrivits mycket om riskfaktorer. I Framinghamstudien räknades rökning, förhöjt kolesterol och hypertoni som de tunga riskfaktorerna. Detta är fortfarande allmänt accepterat. Det finns dessutom en rad andra riskfaktorer, exempelvis fysisk inaktivitet, stress, ogynnsamma psykosociala förhållanden, speciell personlighet (typ A), övervikt, förhöjda triglycerider etc.

De bakomliggande orsakerna till cancer är mera osäkra. Sannolikt samverkar ett flertal olika faktorer på samma sätt som vad gäller hjärt-kärlsjukdom. Förutom rökning är kosten en betydelsefull faktor. Cancerkommittén uppskattar att knappt en tredjedel (cirka 10 000) av cancerfallen i Sverige har samband med kostvanor och då främst fettintaget [1]. Detta ligger till grund för det stora kostcancerprojektet i Stockholms läns landsting.

Som enskild riskfaktor har alkohol stor betydelse, särskilt för gruppen medelålders män. I en storstadsmiljö (Malmö) räknas 25 procent av alla dödsfall i denna åldersgrupp som alkoholrelaterade [2].

Livsstilen har således stor betydelse för morbiditet och mortalitet. I en norsk studie [3] från 1986 där man via enkät studerat drygt 10 000 män i åldern 35–74 år angående sex livsstilsvariabler (rökning, fysisk aktivitet, alkoholintag, kostvanor för frukt/grönsaker, bröd och potatis), fann man ett starkt samband mellan poängsiffran för hälsovanor och dödlighet under uppföljningstiden 11,5 år. Sannolikheten för en 40-åring man med bara goda vanor att uppnå en ålder av 80 år var tre gånger så hög som för en man med ingen eller bara en god vana. I en studie från Alameda County i Californien [4] med 19 års uppföljningstid studerades sju "hälsovanor". Män som följde dessa hälsoråd hade en mortalitet på endast 28 procent jämfört med de som endast följde 0–3 av hälsoråden. Motsvarande procentsiffra för kvinnor var 43 procent.

Ett antal stora studier har visat att intervention på olika sätt och därmed en sänkning av riskfaktormönstret lett till en sänkning av morbiditet och mortalitet. Som exempel kan nämnas: Australiska ANBP-studien – blodtryck [5], LRC-studien – kolesterol [6], Oslo-studien – kolesterol, rökning [7], Kristenssons studier från Malmö – alkohol [8], WHO Multifactoriel Trial i Belgien – kombinerade riskfaktorer [9] och en studie av drygt 1 000 hjärtinfarktpatienter av Friedman et al., där man lyckades visa en signifikant minskning i reinfarktincidensen hos den grupp som fått beteendeterapi avseende minskning av typ A personlighet [10].

Hälsokontroll med screeningverksamhet innebär vanligen att högriskindivider letas fram. Enligt den sk populationsstrategin (exempelvis Nordkarelen-projektet) bör alla i en befolkning påverkas till förbättrad livsstil. Teoretiskt kan på detta sätt de största vinsterna ur folkhälsoperspektiv uppnås [11].

Bakgrund

Habo kommun består av knappt 9 000 invånare. Under 1970-talet skedde en betydande inflyttning av i första hand barnfamiljer. En betydande andel av befolkningen utgörs av män i yngre medelåldern. Endast drygt 8 procent är över 70 år, jämfört med drygt 12 procent i länet och landet för övrigt. Arbetslösheten är och har varit låg. Det finns få socialt utslagna och få ensamboende. Den synliga missbruksfrekvensen är låg. Antalet invandrare är också lågt. I kommunen kommer en betydande del av riskpopulationen att utgöras av yngre medelålders män. Riskfaktorernas långa latentstid innan de ger upphov till sjukliga förändringar har gjort att vi valt en relativt ung åldersgrupp (33–42 år).

Material och metod

Sedan januari 1985 pågår en hälsoundersökning, där samtliga 780 män födda 1943–1952 fortlöpande inbjuds till en kostnadsfri hälsoundersökning kvällstid (då undersökningen startade var deras åldersintervall 33–42 år). Undersökningen utförs av sjuksköterskor, som regel en kväll i veckan, och 10–12 män kallas varje gång. De får i inbjudningsbrevet uppmaning att inte äta efter lunch. Omfattningen av undersökningen framgår av Tabell I. För varje deltagare upprättas en individuell hälsoprofil baserad på resultaten från enkät, provtagning och mät-

Tabell I.

Omfattning av hälsoundersökning av yngre medelålders män i Habo.

Frågeformulär: Årftliga förhållanden, kost, alkohol, rökning, motionsvanor, stress, grad av påfrestning i arbetet, socialt skyddsnät m fl frågor (sammanlagt 58 frågor).

Mätning av: Blodtryck (sittande hö arm), viktindex (BMI = kg/m²), omkrets av midja och stuss, lungfunktion – PEF (bästa värde av tre blåsningar), konditionstest på ergometercykel (ml/kg × min).

Blodprov: Kolesterol, triglycerider, blodsocker, Hb, MCV, kreatinin och urat.

Genomgång av frågeformulär och upprättande av individuell riskprofil och diskussion kring denna med sköterska.

Tabell II.
Utformning av individuell hälsoprofil.

NYCKEL – HÄLSOPROFIL

	1	2	3	4	5
Hereditet: Far död } Ej olyckor eller Mor död } infektioner	>95 år	95–70	69–60	59–50	<50
Antal diabetiker i familjen (syskon, föräldrar)	>95 år	95–75	74–65	64–55	<55
Alkohol: Gram absolut alkohol/vecka				1	2 eller flera
Rökning: Cigaretter/dag eller motsvarande	0	1–49	50–109	110–249	≥250
Motion: Egen skattning	0	x-rökare	1–14	15–24	≥25
Motion: Test <40 år (ml/kg×min)	4	3	2	1	
Motion: Test ≥40 år (ml/kg×min)	≥48	40–47	35–39	≤34	
Stress: Egen skattning (m.m)	≥44	36–43	31–35	≤30	
Psykisk ohälsa: Skattning	<40	40–69	70–89	≥90	
Viktindex (kg/m ²)				Behov av- slappning	Behov läkare/ psykolog
Blodtryck <40 år	<20	20–24	25–29	30–40	>40
Blodtryck ≥40 år		>140/>85	>155/>90	>160/95	>170/>105
Kolesterol (mmol/l)		>150/>90	>160/>95	>170/>105	>180/>115
	<4,6	4,6–5,9	6,0–7,7	7,8–9,5	≥9,5

Motion egen skattning = Svarsalternativ i enkätfråga.

Stress = Egen skattad stressnivå under det senaste året på visuell analogskala (10 cm).

ningar (Tabell II). (Hälsoprofilen har sedan förbättrats till en riskprofil, som beskrivs närmare i en annan artikel i detta nummer av Allmän Medicin). Omfattning av kompletterande prov och kriterier för dessa framgår av Tabell III. De gränsvärden, som vi valt för att ny kontroll av blodfetter med fastevärden skall göras, överensstämmer med det amerikanska consensusuttalandet från 1985 [12].

Erbjudande om kostnadsfri läkarundersökning dagtid ges dem som har enstaka höga riskfaktorpoäng eller flera riskfaktorer av mer måttlig grad. (a/ Alla med någon enstaka risksiffra 4 eller 5 i hälsoprofilen. Undantag görs för enbart hereditet, motion eller rökning. b/ De som har fyra eller fler av riskfaktorerna med poänggradering 3. För motion räknas bara den högsta risksiffran). Vid läkarundersökningen ges en fördjupad information och diskussion om de individuella riskfaktorernas betydelse. Kompletterande medicinsk utredning görs också vid behov. De som har lägre riskfaktorbelastning får personligt brev från läkare med kommentar av resultaten vid undersökningen och individuella råd. Uppföljning sker sedan efter ett år. De som genomgått läkarundersökning får erbjudande om förnyad primärundersökning med riskprofilbedömning. De övriga får en enkät om livsstils-mönster och eventuella förändringar av detta.

Intervention

De möjligheter till intervention som finns framgår av Tabell IV. Alla rökare erbjuds hjälp. Rökavvänjningen bedrivs företrädesvis i grupp, men det finns också möjlighet för psykologhjälp antingen som extraresurs i rökavvänjningsgruppen eller individu-

ellt (suggestion och hypnos). Avslappningsträning erbjuds de med siffran 4 i riskprofilen för stress eller psykisk ohälsa. Denna omfattar fem gånger. De som får riskprofilsiffran 5 för psykiskt hälsotillstånd erbjuds individuell kontakt med läkare eller psykolog. Vad gäller motion försöker vi i första hand utnyttja lokala föreningar med motionsaktiviteter (jogging, cykel, gymning och skidor). Personlig kontakt tas från föreningsrepresentant med den som anmält intresse vid hälsokontrollen, men senare inte kommit till motionsaktiviteten vid första tillfället.

Från våren 1987 finns också möjlighet att delta i motionsskola som äger rum kvällstid och utgår från vårdcentralen. Avsikten är att ge ett alternativ till de allra mest inaktiva som har för dålig kondition eller inte vill delta i gruppvis motion. Motionsskolan leds av en gymnastikdirektör och omfattar motion i både teori och praktik, individuellt anpassad för den enskilde individen.

Vid medelvärde för blodtryck ≥160/95 vid tre mätningar vid olika tillfällen sker läkarbedömning för ställningstagande till fortsatta kontroller och behandling. Ett särskilt kostinformationsprogram erbjuds alla med förhöjda blodfetter, övervikt och/eller nedsatt glukostolerans. Som gränsvärden används för kolesterol fastevärde ≥6,2 mmol/l (<40 år) och ≥6,7 mmol/l (≥40 år), triglycerider fastevärde ≥2,2 mmol/l, övervikt BMI ≥30 kg/m². Mängden glukos vid den perorala glukosbelastningen är 50 g/m². Nedsatt glukostolerans definieras enligt tabeller från Dalby.

Kostinformationsprogrammet omfattar dels en gruppgenomgång med läkare och sköterska samt dels indivi-

Tabell III

Omfattning av kompletterande prov och kriterier för dessa vid hälsoundersökningen av yngre medelålders män i Habo.

KOMPLETTERANDE PROV

Peroral glukosbelastning

- Hereditet för diabetes (föräldrar eller syskon).
- Övervikt (BMI ≥27 kg/m²).
- Ikke fastande blodsocker >7,0 mmol/l.

Fastevärden blodfetter

- Kolesterol: Ikke fastande värde ≥6,2 mmol/l (<40 år) ≥6,7 mmol/l (≥40 år).
- Triglycerider: Ikke fastande värde ≥2,5 mmol/l.

Blodtryck

Kontroll vid två tillfällen med en – tre veckors intervall om vid första mätningen systoliskt tryck ≥160 eller diastoliskt tryck ≥95.

Gamma-GT

- Förhöjda blodfetter, ikke fastevärden enligt ovan.
- Övervikt (BMI ≥30).
- Blodtryck ≥160/≥95.

Tabell IV.

Interventionsmöjligheter för yngre medelålders män i Habo med hög riskfaktorpoäng eller multipla riskfaktorer.

INTERVENTIONSALTERNATIV

Rökning

Individuellt
Grupp
Psykologkontakt vid behov

Motion

Slussningsgrupp på vårdcentralen alternativt hänvisning till lokala föreningar.

Stress

Avslappningsträning i grupp (fem gånger) ledd av sjukgymnast.

Psykisk ohälsa

Läkarkontakt
Kontakt med psykiatriskt team

Övervikt, nedsatt glukostolerans, blodfetter

Särskilt kostinformationsprogram
Rekommendation om motionsgrupp

Alkohol

Regelbundna stödkontakter
Antabus
Gamma-GT-kontroller

duell rådgivning tillsammans med hustru/sambo hos diabetessköterska två gånger, andra gången efter cirka sex månader plus dessutom vid behov efter tolv månader. De som har övervikt eller nedsatt glukostolerans kallas alla efter tolv månader. Kontroll av blodfetter och vikt sker efter två, sex och tolv månader. För de som har nedsatt glukostolerans försöker vi intensivt reducera den andra riskfaktorbelastningen. Ny peroral glukosbelastning görs efter ett år, och sedan fortsätts kontrollerna var sjätte månad hos omväxlande diabetessköterska och läkare.

Resultat

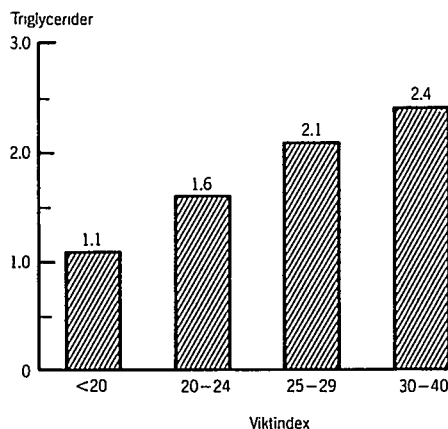
Ännu finns enbart preliminära delresultat från olika delar av projektet. 506 män har hittills gått igenom den initiala undersökningen. Deltagarfrekvensen är 84 procent. 446 (88 procent) anger att de känner sig fullt friska. Det föreligger en markant dominans för muskuloskelettala besvär bland dem som inte anser sig vara fullt friska. Tio stycken av deltagarna har hypertoni medicinerat och två insulinbehandling.

30 procent har angett att de röker dagligen. 26 procent har tidigare varit rökare men slutat. Den uppgivna alkoholkonsumtionen ligger lägre än i storstadsområden. 16 procent anger sig vara absolutister. Endast fyra stycken anger en alkoholkonsumtion av mer än 250 g alkohol/vecka i genomsnitt.

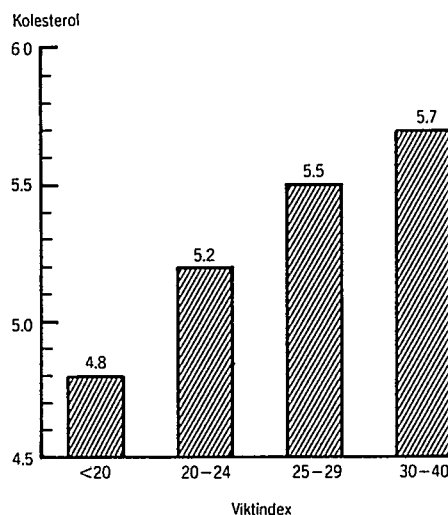
Den sociala strukturen är stabil. Endast tre män är arbetslösa. 31 procent arbetar inom industri- och tillverkningsbranschen. 48 procent har yrken som är mer "manschettbetonade" (förvaltning, kontor, teknik, sjukvård etc), 6 procent är lantbrukare. Männerna i Habo arbetar mycket. Arbetstiden inklusive "extraknäck" uppgår i medeltal till 46,9 timmar/vecka. En relativt hög andel män med "extraknäck", egna företagare och lantbrukare höjer medelvärdet. Den yrkesgrupp som ligger högst på stresskalan är de som arbetar inom handeln. Lantbrukarna röker minst. Tätorten i kommunen har en kraftig dominans av småhusbebyggelse. 92 procent är gifta eller sambo. Andelen som tidigare varit gift/sambo ökar betydligt upp mot 40-års-åldern. I den äldsta åldersgruppen har 20 procent tidigare förhållanden bakom sig, vilket för många sannolikt innebär en stressfaktor.

208 (43 procent) har rekommenderats läkarbesök och 31 procent har accepterat sedan undersökningen började i januari 1985. 14 har deltagit i avslappningssträning gruppvis och 15 har deltagit i rökavvänjningsgrupper. Uppföljningstiden är varierande. Resultaten överensstämmer med vad som finns noterat från andra håll med cirka 30 procents rökfrihet efter ett halvår. 122 perorala glukosbelastningar har gjorts. En person har konstaterats ha diabetes (utan subjektiva symtom), åtta har uppvisat nedsatt glukostolerans och en person gränsvärde. Det finns ganska klar tendens till stegring av blodsockervärde efter 60 min och 120 min vid BMI ≥ 30 .

Som väntat finns en klar korrelation mellan viktindex och triglyceridvärde (Figur 1). Motsvarande förhållande, dock inte lika uttalat, noteras mellan kolesterol och viktindex (Figur 2). Medelvärdet för kolesterol är 5,3 mmol/l. 25 procent har ett kolesterolvärde på 6,1 mmol/l eller mer. Det amerikanska konsensusvärdet för högrisk för åldersgruppen <40 år är $\geq 6,2$



Figur 1. Medelvärde för triglycerider (mmol/l) i gruppen med ökande viktindex enligt riskprofilen.



Figur 2. Medelvärde för kolesterol (mmol/l) i gruppen med ökande viktindex enligt riskprofilen.

mmol/l. En relativt stor andel av männen har kolesterolnivåer som enligt dessa normer bör åtgärdas.

Ettårsuppföljning

Summan av riskprofilpoängen (medelvärde har angetts för fritidsmotion och konditionstest) för livsstilsfaktorerna har använts som ett mått på den enskildes riskbelastning. Den grupp som genomgick läkarundersökning hade initialt ett medelvärde på 18,85. Vid ettårskontrollen av de första 67 noterades en signifikant sänkning av detta värde ($p=0,011$, t-test). Det är de yngre (33-36 år) som lyckas bäst att sänka sin riskpoäng. Åldern vid första besöket användes som referensålder, varför ingen automatiskt fick ändrad poänggradering om han fyllt 40 år mellan första besöket och ettårsuppföljningen.

Av 200 enkätsvar för uppföljning efter ett år av gruppen med lägst riskfaktorpoäng har 62 angett förbättrad livsstil p.g.a. hälsoundersökningen. 18 röker mindre eller har slutat, 37 äter "bättre", 30 motionerar mer, 23 stressar mindre, 17 dricker mindre alkohol och 13 har gått ner i vikt. 22 stycken i denna grupp har deltagit i motionsaktiviteter anordnade av de lokala föreningarna.

Bortfallsanalys

Bortfallsgruppen (58 stycken) av de första 380 kallade har närmare studerats. Detta har skett dels genom telefonintervju med frågor om orsaken till att man inte kommit, en del uppgifter om social situation och levnadsvanor. Dessutom har inhämtats uppgifter från försäkringskassa, arbetsförmedling och socialbyrå. Av sekretesskäl gjordes inga individuella registreringar. 54 besvarade frågorna. Anledningen till att de uteblev var huvudsakligen tre:

1. Ointresse, praktiska svårigheter med arbete, resor eller tvivel på nyttan av hälsokontrollen. 23 stycken.
2. Nyligen genomgången hälsokontroll. 22 stycken
3. Sjukdom som medför täta läkarkontroller. 13 stycken, där mer än hälften var insulinbehandlade diabetiker.

Den grupp som uteblivit p.g.a. nyligen genomgången hälsokontroll på annat ställe skiljde sig inte nämnvärt från deltagarna. Gruppen som uteblev p.g.a. täta läkarbesök, främst p.g.a. kronisk sjukdom hade flera högradigt signifikanta avvikelser: Lägre inkomst, flera kända på socialbyrå, mera läkarbesök och sjukdagar samt dessutom signifikant flera rökare. Gruppen som uteblev p.g.a. ointresse, 6 procent av de kallade, innehöll signifikant flera ensamboende och hade färre läkarkontakter. I gruppen fanns ingen ökad registrering hos socialnämnden.

Diskussion

Förebyggande av sjukdom, företrädesvis arteriosklerotiska komplikationer och till en del också cancer och andra "vällevnadssjukdomar" möter en rad olika svårigheter. De olika riskfaktorerna kräver som regel många års förlopp innan subjektiva symtom ger sig till känna. Den omedelbara nyttan av minskning av riskfaktorbelastningen för den enskilde blir knappast märkbar. Att förändra ett sedan många år inlärt beteende (kost, droger, motion, stress etc) som också delas av många andra i omgivningen, stöter också på stora svårigheter för den enskilde. Teoretiskt finns stora vinster att göra. Enligt beräkningar av Lars Wilhelmsen i HS90-utredningen skulle antalet insjuknade i hjärtinfarkt minska med 50 procent om hela befolkningens blodtrycksnivå minskade med 5-10 mm, kolesterolnivån sjönk med 0,7 mmol/l och rökningen minskade med 10 cigaretter/dag i genomsnitt [11]. Ett antal större projekt arbetar också enligt befolkningsstrategin, exempelvis Nordkarelen, Norsjö och Minnesota (Minnesota Heart Health Program).

För primärvården i Habo har denna undersökning varit en del i ett mer omfattande program med preventiv

inriktning. Den har inneburit att vi försökt förbättra våra insatser på interventionssidan. Detta både inom sjukvården, exempelvis rökavvänjning, avslappning, kostinformation och ute i lokalsamhället genom samarbete med föreningar, bildningsförbund, livsmedelshandlare m.m. Det är ännu för tidigt att dra några säkra slutsatser angående huvudfrågeställningen om det är möjligt att med primärvårdsinsatser på detta sätt minska riskfaktorbelastningen bland yngre medelålders män. Vi har inget kontrollområde utan deltagarna utgör sina egna kontroller. Den påverkan individen får genom det preventiva arbetet är också en liten del av den totala påverkan som individen utsätts för under motsvarande tid. Undersökningen har mötts med stort intresse av deltagarna.

Riskprofilen har vi funnit vara ett bra hjälpmedel vid diskussion med den enskilde om livsstil och riskfaktorer. Den gör det lättare att snabbt få en bild av den samlade riskfaktorbelastningen. Vad gäller bortfallsanalysen har vi tolkat resultaten så, att vi når i stort sett alla vi vill nå med hälsokontrollen då de 9 procent som uteblir har acceptabla skäl för detta och reste-

rande 6 procent, som nyligen genomgått hälsokontroll på annat ställe inte tycks utgöra någon större riskgrupp. Den ökade sjukligheten i bortfallsgruppen beror huvudsakligen på en ansamling av män med kroniska sjukdomar såsom diabetes mellitus.

Referenser

1. Cancer, orsaker, förebyggande m.m. Betänkande av cancerkommittén. Statens Offentliga Utredningar. 1984:67. Liber, Stockholm 1984.
2. Petterson B, Trelle E, Hemingsen N-C, Hood B. Risk factors for premature death in middle-aged men. *Br Med J* 1984; 288:1264-68.
3. Akselen LA, Rotevatn S, Bjelke E. Dödelighetsforskjeller bland norske menn. *Tidskr Nor Laegeforen* 1986; 106:2301-04.
4. Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980; 9:469-83.
5. Australian National Blood Pressure Study Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet* 1980; 1:1261-67.
6. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. *JAMA* 1984; 251:351-374.
7. Hjerman I, Holme I, Byre KV, Leren AP. Effect of diet and smoking intervention of the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; ii:1303-10.

8. Kristensson H et al. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1983; 7:203-9.
9. Kornizer M, de Baker G, Dramix M et al. Belgian heart disease prevention projekt: incidence and mortality results. *Lancet* 1983; i:1066-70.
10. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ et al. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summery results of the recurrent coronary prevention projekt. *Am Heart J* 1986; 112:653-65.
11. Svärdsudd K, Wilhelmsen L. Prevention av hjärt- kärlsjukdom. En kunskapsöversikt. Utdrag ur Statens Offentliga Utredningar 1984:43. Liber, Stockholm 1984.
12. Lowering blood cholesterol to prevent heart disease. NIH consensus development conference statement. *Arteriosclerosis* 1985; 5:404-12.

Författarpresentation

Lars-Göran Persson är distriktsläkare vid Habo vårdcentrum.

Kjell Lindström är distriktsläkare och primärvårdschef vid Habo vårdcentrum.

Allmänmedicinska Institutionen, Göteborgs universitet.

TEMA Skaraborg PREVENTION

1306286

Riskprofil – ett hjälpmedel vid preventivt arbete

LARS-GÖRAN PERSSON · KJELL LINDSTRÖM

Den enskilda livsstilen har ett stort inflytande på risken för sjuklighet och dödlighet. Ett hjälpmedel som åskådliggör detta för den enskilde har utarbetats i Habo. Ärfilighet, kronisk sjukdom och riskfaktorer med anknytning till levnadsvanor poängsätts och visas grafiskt i en individuell riskprofil. Teorin bakom metoden tas upp liksom en del tänkbara användningsområden. Riskprofilen har utformats speciellt för yngre och medelålders män. Möjlighet finns för lokal modifiering och anpassning till andra grupper, exempelvis kvinnor.

Nyckelord: Riskfaktor, livsstil. Prevention, intervju/enkätundersökningar, män.

Inledning

Risikfaktorteorin finns beskriven bl.a. i den del av HS90-utredningen som behandlar förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar [1]. Beroende på riskfak-

torns styrka, tidsförloppet den verkar under och individuell mottaglighet, tar det olika lång tid innan sjukdomsdebuten. Sambandet kan vara linjärt eller exponentiellt med kraftig stegring för höga värden. Om flera riskfaktorer adderas till varandra sker en kraftig ökning av risken, vilket visas bl.a. i Framingham-studien [2] och undersökningen av 1913 års män i Göteborg [3]. Även psykosociala förhållanden kan räknas som en riskfaktor, vilket också visats i Göteborg för 1913 och 1923 års män [4]. Riskfaktorerna samverkar också inbördes, vilket kan exemplifieras med fysisk aktivitet. Ökad fysisk aktivitet sänker blodtryck, blodfetter, hjälper till att motverka viktökning, minskar stressnivån och har dessutom andra positiva effekter.

Det råder i dag en stor samstämmighet om, att den ökade frekvensen av "vällevnadssjukdomar" har ett klart bevisat samband med våra levnadsvanor. Hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancerformer [5,6], diabetes Typ II, övervikt med alla dess komplikationer, ryggbesvär, psykiska sviktillstånd och olycksfall är en del av de många sjukdomstillstånd som kan påverkas och

delvis förebyggas av förändrade levnadsvanor.

Att påverka och förändra livsstilen är kontroversiellt (den personliga integriteten kan upplevas vara hotad) och svårt (ett beteende som grundlags under många år och som kanske också är kemiskt förstärkt exempelvis tobaksbruk, är svårt att bryta). På olika håll försöker man få fram metoder för detta. Konsultationen (den enskildes kontakt med sjukvårdspersonal, i första hand läkare) utgör enligt många kärnan i allmänmedicinen. I Habo har vi arbetat fram en metod för att arbeta med levnadsvanorna i förebyggande verksamhet.

Metod

Riskprofilen (Figur 1) är ett hjälpmedel som kan göra det lättare för den enskilde att få en uppskattad storlek av och en överblick över sina riskfaktorer. Idén är inte ny. Som andra exempel kan nämnas hälsoprofil från Saab-Scania i Linköping [7] och från Norsjöprojektet [8]. Riskprofilen från Habo har utformats för en hälsoundersökning av yngre män (under och strax över 40 år) med primärpreventiv inriktning. Vår strävan har varit att

RISKPROFIL

PRIMÄRVÅRDEN BOX 204 566 00 HABO

NUMMER _____ B

DATUM _____ C

Undersökare _____ D

Ärftlighet Död (hjärt-kärl, ca) 65 E

Ärftlighet Diabetes (antal) 2 F

Kronisk sjukdom _____ G

Rökning (cig/dag) 10 H

Alkohol (g/v) 140 I

Motion (egen skattning) 3 J

Konditionstest (ml O₂/kg × min) 33 K

Stress (egen skattning) 52 L

Psykiskt hälsotillstånd _____ M

Viktindex (kg/m²) 281 N

Blodtryck 140-090 O

Kolesterol (mmol/l) 066 P

_____ OA

_____ OB

Lungfunktion (PEF) 560 R

Midja (cm) 090 S

Stuss (cm) 105 T

Längd (cm) 182 U

Vikt (kg) 093 V

Triglycerider (mmol/l) 0267 X

Blodsocker (mmol/l) 050 Y

_____ ZA

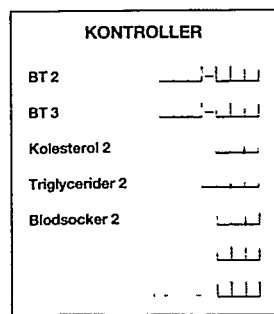
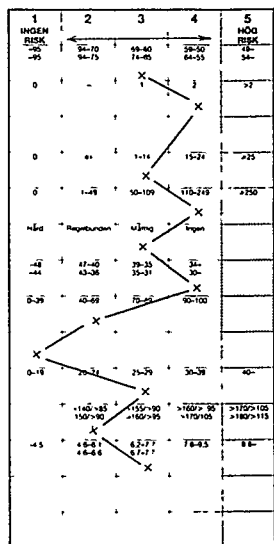
_____ ZB

_____ ZC

_____ ZD

_____ ZE

ÅTGÄRD _____



skalan klassas upp jämfört med andra faktorer är dels alkoholens dominerande roll som bakomliggande orsak till sjuklighet och död i samhället, hos främst gruppen medelålders män studerad bl a i Malmö [10], och dels den underrapportering av alkoholkonsumtionen som sannolikt finns vid enkät- och intervjuundersökningar.

Motion

Riskindelnings för egen skattning av motion, bygger på enkätfrågor som använts i flera studier, exempelvis WHO:s kampanj mot hjärt-kärlsjukdomar, primärpreventiva studien i Göteborg och Hälsoprofil Skaraborg. Riskindelning av konditionstestet bygger på en tabell från Riksidrottsförbundets testledarutbildning. Konditionstesten görs på ergometercykel med en belastning som ger en stabil arbetspuls mellan 120–170 slag/minut. Konditionsvärdet tas där efter ur en tabell. I hälsoundersökningen av män i Habo används medelvärdet av konditionstest och den egna skattade motionsnivån som risksiffra för motion.

Stress

Individen får uppskatta sin stressnivå under de senaste tolv månaderna med hjälp av en visuell analogskala (10 cm lång). Det uppmätta värdet i mm används som grund för en riskskala där indelningen är skattad i Habo.

Psykiskt hälsotillstånd

Detta innefattar ett flertal olika faktorer som har med den psykiska hälsan att göra, exempelvis socialt nätverk, psykisk påfrestning i arbetet, civilstånd, relationer inom familjen, psykiska besvär m m. Med ledning av enkätfrågor angående dessa förhållanden diskuterar den intervjuande sköterskan med individen och kan i de flesta fall tillsammans komma överens om en uppskattning av det psykiska hälsotillståndet. Som riktmärke har angetts att poängsiffran 5 inneburit behov av snar läkar- eller psykologkontakt.

Viktindex

BMI (kg/m²). Riskindelnings bygger på siffror bl a från USA beskrivna av Rössner i Läkartidningen [11].

skapa en riskprofil, som är mer heltäckande än de tidigare och som även omfattar ärftliga förhållanden, kronisk sjukdom och flera variabler för psykiskt hälsotillstånd. Riskprofilen innebär också ett försök till en uppskattning av de enskilda riskfaktorernas inbördes betydelse för sjuklighet och dödlighet på sikt.

Vi har tagit med de allmänt mest accepterade riskfaktorerna och för var och en gjort en riskskattning enligt poängsystem. De flesta variabler har graderats i en femgradig riskskala. Fysisk aktivitet och stress har inte bedömts lika tungt vägande och därför fått en fyrgradig riskskala. Man kan genom riskprofilen få en både grafisk och poängmässig bild av de risker man inte själv kan påverka (ärftlighet och kronisk sjukdom) och riskfaktor som i mer eller mindre hög grad är förknippade med livsstilen. Poängberäkningen gör det möjligt att få ett värde för den samlade riskfaktorbelastningen. Metoden påvisar också den eller de riskfaktorer där åtgärder och intervention är mest indicerade. De olika värdena i riskprofilen bygger dels på direkta mätningar och dels på anamnestiska uppgifter från en enkät som fylls i vid undersökningens början. Uppgifterna kan sedan vid behov komplette-

ras i samband med den personliga intervju, rådgivning och diskussion som avslutar riskprofilbedömningen.

Teori för de enskilda riskfaktorerna

Ärftlighet

Riskindelnings bygger på den ålder respektive förälder haft vid dödsfallet. Tonvikten ligger på hjärt-kärlsjukdomar samt även cancer. Dödsfall i olyckor och infektioner har exkluderats. Någon etablerad riskskala finns här inte utan detta är ett försök till egen skattning. Detsamma gäller ärftlighet för diabetes, där antalet personer med diabetes inom familjen (föräldrar och syskon) utgör grund för graderingen.

Rökning

Rökvanorna är omräknade till antal cigaretter/dag. Skalan har använts i flera studier och i WHO:s kampanj mot hjärt-kärlsjukdomar.

Alkohol

Den uppskattade genomsnittskonsumtionen under en vecka omräknas till gram alkohol. Indelningen kommer från Hollstedt, Rydberg [9] som gjort en ytterligare uppdelning av högriskgruppen (250–400 g/vecka och >400 g/vecka). Anledningen till att risk-

Blodtryck

Blodtrycket mäts enligt gällande normer med en manschettbredd på 12 cm vid en armomkrets på 25–32 cm och 15 cm bred manschett vid en armomkrets över 32 cm. Mätningen görs i sittande efter 5–10 minuters vila. Riskindelnings bygger på siffrorna från vårdprogram i Skaraborg, Råstam [12].

Kolesterol

Riskindelnings är ett eget försök till skattning, men bygger delvis på siffror från consensusuttalandet i USA 1985 [13] där 6,2 mmol/l angetts som gränsvärde för högrisk för män under 40 år och 6,7 mmol/l för män 40 år och äldre. I ett uttalande från European Atherosclerosis Society 1987 [14] har värdet 7,8 mmol/l angetts som riktmärke över vilket man bör överväga remiss till specialist.

Övriga riskfaktorer

På riskprofilformuläret finns också en del andra data angivna, som enligt vissa studier räknas som riskfaktorer, men där vi inte gjort någon gradering av risken. Nedsatt utandningskapacitet (PEF) har visats vara en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och död i populationsundersökningen av kvinnor i Göteborg [15]. Vi har i Habo använt det högsta värdet av tre försök.

Kvoten mellan midja och stuss har visats vara en riskfaktor i Göteborg både för män (1913 års män) [16] och kvinnor [17].

Triglycerider har visats som en självständig riskfaktor vid långtidsuppföljning i Stockholm Prospective Study [18].

Praktiskt utförande

Undersökningen startar med en enkät innehållande frågor om bla allmänt hälsotillstånd, ärftlig belastning, levnadsvanor, stress, kostvanor, psykosociala förhållanden. Därefter följer mätning av ett antal parametrar: längd, vikt, midja, stuss, blodtryck, PEF (peak expiratory flow), konditionstest. Metoden för mätning av midja och stuss har vi tagit från populationsstudien av kvinnor i Göteborg [17], där man mätt midjemåttet mitt emellan arcus costae och crista iliaca och stussmått som den största omkretsen kring stussen. I studien 1913 års män [16] användes höftmåttet i höjd med crista iliaca i stället för stussmått. Blodprov tas innefattande total kolesterol, triglycerider och blodsocker. Andra prov kan läggas till vid behov. Helst används fastevärden. Som screening kan prov på blodfetter och blodsocker tas med intervall på mer än fyra timmar efter måltid. Vi har funnit en liten skillnad mellan detta värde och fastevärde för total kolesterol. Triglyceridvärdet varierar betydligt mer i relation till tid efter måltid och dess innehåll. De enskilda värdena förs där efter in på riskprofilen, som bildar underlag för diskussion, hälsoupplýsning, behov av och möjligheter för intervention (kostgrupper, motion, rökavvänjning etc). Den undersökte får med sig en kopia av riskprofilen. Eventuella kontrollvärden förs in i en särskild ruta på riskprofilen.

Tänkbara användningssätt

Riskprofilen kan användas som hjälpmedel inom flera områden. Populationsundersökningar med primärpreventiv inriktning av yngre och medelålders män. Undersökningar av patienter på remiss från läkare och sköterskor, exempelvis yngre diabetiker och hypertoniker samt patienter med gränsvärdesblodtryck. Undersökning av högriskpatienter som fångas via enkel postenkät och sedan inbjuds till hälsokontroll. Frågorna kan exempelvis omfatta längd, vikt, rökvanor, oro, stress, ärftlig belastning för diabetes och tidig hjärt-kärlsjukdom.

Diskussion

Efter några års användning av riskprofilen i Habo har vi funnit att metoden har flera fördelar. Den ger en samlad bedömning av de allmänt mest accepterade riskfaktorerna för individen. Den grafiska framställningen av respektive riskfaktor underlättar och skapar intresse kring den hälsoupplýsning, information och diskussion som

undersökningen utmynnar i. Möjlighet finns till jämförelse med uppföljningsundersökning vid senare tillfälle och jämförelse med andra individer. Metoden påvisar den eller de riskfaktorer där åtgärder och intervention bedöms mest indicerade. Det finns härigenom möjlighet att mäta och registrera effekten av intervention. Riskprofilmetoden förenar sjukvårdsarbete med preventivt tänkande genom att exempelvis hypertoniker, yngre diabetiker och patienter med gränsvärdesblodtryck med fördel kan genomgå undersökningen.

Metoden är vidare enkel att lära och kan utföras av sjuksköterska utan särskild utrustning. Den kan också utvecklas och modifieras efter lokala förhållanden och önskemål. Riskindelningen för kronisk sjukdom har medvetet utlämnats. Vi har ansett det för komplicerat att jämföra risken som en kronisk sjukdom innebär med de traditionella riskfaktorerna. Att en individ har en kronisk sjukdom, exempelvis diabetes eller läkemedelsbehandlad hypertoni förstärker dock behovet av att minska övriga riskfaktorer.

Vad gäller alkoholvanor är det svårt att få tillförlitliga anamnestiska uppgifter. Provtagning med gamma-GT kan vara ett komplement. Riskprofilen bör utvecklas och förbättras på flera sätt. För psykosociala förhållanden vore det önskvärt med ett antal frågor som vid summering ger en indexsiffra, vilken kan översättas till en riskskala. På liknande sätt vore det önskvärt med en riskindelning för kostvanor där hänsyn tas framför allt till måltidsfördelning, fiber- och fettinnehåll i kosten.

Konditionstest på ergometercykel är det moment som tar längst tid vid undersökningen. Den skulle antingen kunna strykas eller ersättas med en enklare konditionstest, exempelvis step-test.

Metoden kan modifieras för att användas på andra åldersgrupper och på kvinnor. Med stöd av populationsstudien av kvinnor i Göteborg kan då kanske viktindex respektive kolesterol i riskprofilen ersättas av midja/stusskvot respektive triglyceridvärde med en riskindelning för dessa faktorer.

Referenser

1. Svärdsudd K, Wilhelmsen L. Prevention av hjärt-kärlsjukdomar. En kunskapsöversikt. Statens offentliga utredningar. 1984;43. Liber. Stockholm, 1984.
2. Dawber TR. The Framingham study. Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press, 1980.
3. Wilhelmsen L, Wedel H, Tibblin G. Multivariate analysis of the risk factors for coronary heart disease. Circulation 1973; 48:950-8.

4. Welin L, Svärdsudd K, Ander-Peciva S et al. Prospective study of social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. Lancet 1985; ii:915-8.
5. Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. Oxford: Oxford University press 1981.
6. Cancer, orsaker, förebyggande m.m. Betänkande av cancerkommittén. Statens offentliga utredningar. 1984:67. Liber. Stockholm, 1984.
7. Malmgren S. A health information campaign and health profile assessment as revelatory communication. Linköping University Medical Dissertation 246. Linköping, 1987.
8. Folkhälsoarbete i Norsjö kommun. SPRI Tryck 142. Norstedts. Stockholm, 1987.
9. Hollstedt C, Rydberg U. Riskabel alkoholkonsumtion och tidig diagnostik av alkoholskada. Läkartidningen 1981; 78:795-9.
10. Pettersson B, Trell E, Henningsen N-C, Hood B. Riskfactors for premature death in middle-aged men. Br Med J 1984; 288:1264-8.
11. Rössner S. Kartläggare av kroppars skönhet och harmoni. Läkartidningen 1986; 83:2722.
12. Råstam L. Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertoniavård i Skaraborgs län. SPRI rapport 138. Skövde, 1983.
13. Lowering blood cholesterol to prevent heart disease. NIH Consensus development conference statement. Arteriosclerosis 1985; 5:404-12.
14. Olsson A G. Strategi för prevention av ischemisk hjärtsjukdom. Europeiska riktlinjer. Läkartidningen 1987; 84:464-7.
15. Persson C, Bengtsson C, Lapidus L, Rybo E, Thiringer G, Wedel H. Peak expiratory flow and risk of cardiovascular disease and death. A 12-year follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. Am J Epidemiol 1986; 124:942-8.
16. Larsson B, Svärdsudd K, Welin L et al. Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: A 13-year follow-up of participants in the study of men born in 1913. Br Med J 1984; 288:1401-4.
17. Lapidus L, Bengtsson C, Larsson B et al. Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: A 12-year follow-up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. Br Med J 1984; 289:1257-61.
18. Carlsson L A, Böttiger LE. Risk factors for ischemic heart disease in men and women. Results of the 19-year follow-up of the Stockholm Prospective Study. Acta Med Scand 1985; 218:207-11.

Författarpresentation

Lars-Göran Persson är distriktsläkare vid vårdcentralen i Habo.

Kjell Lindström är distriktsläkare och primärvårdschef vid vårdcentralen i Habo.

Adress: Vårdcentralen, Box 204, 566 00 HABO.

Ett bra erbjudande!

Vaproxem Astra



En produkt till rimligt pris med Astra Läkemedels service och kunnande inom smärtområdet.

Naproxen Astra tillhandahålls i likvärdiga förpackningar och beredningsformer som Naprosyn men till 30% lägre pris.

Naproxen Astra

Antiflogistikum med analgetisk och antiopvretisk effekt B

Deklaration: 1 tablett innehåller: Naproxen, 250 mg aut 500 mg, lactos, 71,2 mg aut 142,4 mg, constit. q. s. 1 ml mixtur innehåller: Naproxen, 25 mg, sacchar, 255 mg, sorbitol, 90 mg, conservans (metylparabeni), constit. et aq. purif. q. s. 1 suppositorium innehåller: Naproxen, 500 mg, constit. q. s.

Egenskaper. Naproxen tillhör gruppen icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID) och är ett propionsyraderivat med det kemiska namnet (+)-2-(2-(6-metoxi-2-naftyl)propionsyra. Naproxen har även analgetiska och anti-pyretiska egenskaper. Naproxen hämmar prostaglandinsyntesen, har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus samt sänker förhöjt basaltalton i samband med dysmenorré. Det förlänger blodningstiden och hämmar trombocytaggregationen. Naproxen hämmar även den renala prostacyklinsyntesen. Vid normal njurfunktion är denna effekt inte väsentlig betydelse. Hos patienter med kronisk njursufficiens, hjärtsufficiens eller leverinsufficiens samt tillstånd med förändringar i plasmavolymen kan den hämmande prostaglandinsyntesen leda till att njursufficiens, vätskeretention och hjärtsvikt (se under Kontraindikationer). Naproxen absorberas snabbt och fullständig oavsett beredningsform. Maximal plasmakonzentration uppnås efter cirka 2 timmar. Halveringstiden i plasma är 10–17 timmar. Steady state uppnås efter 4–5 doser. Absorptionen påverkas vanligen inte av samtidigt intag av antacida eller föda. Bindning till serumalbumin är >99% vid terapeutisk dos. Distributionsvolymer är liten, cirka 0,1 l/kg kroppsvikt. Cirka 30% av naproxen metaboliseras till 6-O-desmetynaproxen, som ej är farmakologiskt aktiv. Naproxen utsöndras huvudsakligen via urinen och endast i små mängder (1–2%) via feces. Hos människa återfinns huvudsakligen intaget naproxen i blodet.

Indikationer: Reumatoid artrit. Osteoartrös. Mb Bechterew.
Juvenil reumatoid artrit. Dysmenorré utan organisk orsak.
Kontraindikationer: På grund av korsreaktion skall napproxen inte ges till patienter som fått symptom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid typ. Överkänslighet mot

naproxen och natriumnaproxen. Tillstånd med ökad blödningsbenagenhet. Aktivt ulcus ventriculi et duodeni. Levercirrhos. Svår hjärtsvikt och svår njursjukdom (glomerulusfiltration under 30 ml/min).

Försiktighet: Vid behandling av patienter med mag-tarmsjukdomar i anamnesen. Vid behandling av patienter med lätt till måttlig hjärtsvikt, njursjukdom eller leversjukdom, speciellt vid samtidig diuretikabehandling, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas.

Gastrelsholmen och försämrad hjärtfunktion väkade.
Graviditet: Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [g] i FASS.
Antiflogistiska med hämmande effekt på prostaglandinsyntese-
n, givna under senare delen av dräktigheten, ger djurexperi-
mentellt upphov till intraterina slutning av ductus arteriosus.
Givna i fullgången tid kan de förslaga värbärbet och för-
dröja förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans
också hos människor, bör kontinuerlig behandling med antiflo-
gistika under den sista månaden av graviditeten endast ske på
strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad för-
lösning skall medel med prostaglandinsynteshämmande ef-
fekt undvikas.

Åmner: Nappan passerar över i modersmjölk, men risk för påverkan på barnet syns osannolik med terapeutiska doser.
Biverkningar: Biverkningsfrekvensen för naproxen är låg. *Gastrointestinala:* Dyspepsi, ulcerativ stomatit, blödning, perforering, diarré, illamående och kräkningar. *Hematologiska:* Åt: Ett fatt, fall av hematuri, trombocytopeni, leukopeni, granulocytopeni, aplastisk eller hemolytisk anemi. Sambandet med naproxen har vanligen ej kunnat fastställas. *Centralnervösa:* Huvudvärk, trötthet, sömnlöshet, yrsel, psykiska störningar som glömska, förvirring och lätt oro. *Allergiska:* Anafylaktisk reaktion, urtikaria, angioneurotisk ödem, rinut, astma, eosinofil pneumonit, härfallval och vaskulit. I sällsynta fall erythema multiforme, epidermal nekros och Stevens-Johnsons syndrom. *Övriga:* Milt perifert ödem. Natriumretention har ej rapporterats i metaboliska studier, men det är möjligt att patienter med misstänkt eller verifierad hjärtsvikt löper större risk vid medicinerig med naproxen. Hamning av trombocytaggregationen och förlängning av blödningstiden. Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroidea antiinflammatoriska läkemedel. Toxisk, i sällsynta fall fatal, hepatit eller nefropati. Oronsugning och hälsöförsamling. Synförändringar.

Dosering: Tabletter: Reumatiska sjukdomar: Vuxna: 250–500 mg morgon och kväll, högst 1 000 mg/dygn. Patienter med uttalade efternatts- och morgonbesvär kan med fördel ges 500 mg vid sänggåendet. **Barn över 5 år:** 1/2 tablet 250 mg morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg kroppsvikt och dag. För barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenoré:** 250–500 mg vid behov, dock högst 1 250 mg/dygn. Behandlingen påbörjas vid första tecken på menstruationsbesvär. **Mixtur: Reumatiska sjukdomar: Vuxna:** 10–20 ml (250–500 mg) morgon och kväll, högst 40 ml (1 000 mg) per dygn. **Barn över 5 år:** 5 ml (125 mg) morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg (0,4 ml/kg) kroppsvikt och dag. Till barn över 50 kg vuxendos. **Dysmenoré:** 10–20 ml (250–500 mg) vid behov, dock högst 50 ml/dygn (1 250 mg). **Suppositorier:** 1 suppositorium 500 mg vid sänggåendet; eventuellt 1 suppositorium 500 mg även på morgonen. Till barn under 50 kg bör suppositorier ej användas.

Interaktion: Eftersom naproxen är högradigt plasmaproteinbundet finns teoretiska möjligheter för interaktion med hudantoiner, antikoagulantia eller starkt proteinbundna sulfonamider. Även om kliniskt betydelsefulla interaktioner inte är kända, bör patienter med dessa medel observeras med avseende på överdosering, då samtidig mediciner med naproxen förekommer. Naproxen interagerar även med dikumarolgruppen, litium, metotreoxat och probenecid. Se även speciellt avsnitt i FASS markt **1** M01A Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, N02B Lätta analgetika och antipyretika (allmänt) samt M01A E02 Naproxen.

Observationer: Naproxen har tolererats väl och kan även prövas vid gastrointestinal intolerans mot salicylater, indometacin eller andra antiflogistika. Dock bör patienter med ulcus i ananens kontrolleras kontinuerligt. Naproxen kan påverka tester av 17-ketogena steroider och 5-HIAA i urin och bör tillfälligt utsättas 48 timmar före provtagning. För barn under 5 år föreligger endast preliminära resultat från kliniska studier, varför behandling av denna åldersgrupp tillns vidare bör undvikas. En studie antyder att mangden fritt naproxen i serum ökar hos äldre trots att den totala serumkoncentrationen är oförändrad. Det är oklart vad detta innebär, men försiktighet tillråds vid höga doser till äldre patienter.

Förpackningar: *Tabletter 250 mg:* 20 (tryckforp.), 25, 50, 100 och 250 st. *Tabletter 500 mg:* 25, 50 och 100 st. *Mixtur 25 mg/ml:* 240 ml. *Suppositorier 500 mg:* 10 och 50 st.

Dyspepsi i Habo

Fynd och diagnoser under ett år

LARS-GÖRAN PERSSON · SIGMUND LÖFSTEDT · INGVAR KAGEVI

Besvär som kommer från mag-tarmkanalen är vanliga i befolkningen och bland de som söker hjälp hos läkare. Den första studien av obehandlade dyspepsipatienter med gastroscopi och datorbaserad anamnesupptagning på vårdcentral har gjorts i Habo. En omfattande kompletterande utredning gjordes vid behov. Av 172 patienter, som undersöktes under ett år, fick 64 procent diagnosen NUD och 26 procent IBS med stor överlappning mellan diagnoserna. 13 procent hade ulcus.

Nyckelord: Primärvård, dyspepsi, gastroscopi, anamnes, diagnos, forskning.

Besvär som kan härröra från mag-tarmkanalen är vanliga i befolkningen. En dansk enkätstudie [1] har visat en prevalenssiffra på 27 procent i åldersgruppen 15–70 år. I en enkätstudie i Habo 1980 [2] angav i åldersgruppen 20–64 år, 37 procent av kvinnorna och 33 procent av männen dyspeptiska besvär (ont i magen, illamående, diarré, förstoppning, dålig aptit, avmagring) under de tre senaste månaderna. En del av dessa patienter söker sedan läkare för sina besvär. I en efterföljande Habo-enkät 1983 [3], hade 29 procent i samma åldersgrupp någon gång sökt läkare för magkatarr eller magsår. På en vårdcentral upptas en betydande del av patientbesöken av besvär, som kan härröra från mag-tarmkanalen. Den procentuella fördelningen vid registrering på olika svenska vårdcentraler varierar mellan 4 procent (Dalby) och 9 procent (ett antal mottagningar i Stockholm). Enligt en engelsk studie [4] söker 1 procent av befolkningen varje år läkare för dyspeptiska symtom av mer än två veckors duration. För distriktsläkaren gäller, som vid andra sjukdomar, att med ledning av anamnes, status och enklare laboratorieprover besluta om eventuell ytterligare utredning, diagnos och behandling. I Habo har enligt enkätstudien 1983 en hög procent av de tillfrågade genomgått röntgenologisk utredning av mag-tarmkanalen eller gastroscopi någon gång i livet

Tabell I.

Från Haboenkäten 1983 (Lindström).

"Jag har någon gång i mitt liv genomgått" ... Åldersgrupp 20–64 år (N = 381).

	Procent
Röntgen av magsäcken	20
Röntgen av matstrupen	5
Röntgen av grovtarmen	9
Röntgen av gallan	16
Gastroscopi	6
Ej svar	9

(Tabell I). Det stora diagnospanorammat vad gäller mag-tarmsymtom (NUD, EDS, magkatarr, IBS, colon irritabile, spastisk kolit etc) anger att det fortfarande finns mycket som är oklart angående orsakerna till patienternas besvär och p g a detta också behandlingen av dessa.

Avsikten med vår studie var att undersöka fördelningen av diagnoser i ett årsmaterial av obehandlade patienter, som sökte vårdcentralen för symtom som kan härröra från mag-tarmkanalen (patienter som sökte för annan åkomma men i samband med detta besök angav magtarmproblem kunde även inkluderas). Undersökning och utredning skulle drivas så långt som möjligt på vårdcentralen. Även gastroscopi gjordes i Habo. För att förbättra och standardisera anamnesupptagandet användes också datorutfrågning av patienterna. Detta skedde enligt ett speciellt program, GLADYS, (GLAsgow DYSpesia project) utarbetat av Crean och medarbetare i Skottland [5]. Patienten kommunicerade med datorn och svaren styrde de kommande frågorna. Med ledning av svaren satte sedan datorn sannolikhetssiffror för ett antal olika diagnoser från mag-tarmkanalen. Den kliniska diagnosen sattes efter minst sex månaders uppföljningstid. Initiativet till studien togs av Sigmund Löfstedt och planerades huvudsakligen av honom.

Patienter och metoder

Habo kommun hade vid undersökningens början 8500 invånare och är beläget 55 km från närmaste remissjukhus. Det är en landsortskommun med relativt hög andel barnfamiljer. Vårdcentralen tar hand om cirka 95 procent av de akuta sjukdomsfallen primärt. Som definition på dyspepsi i

studien används en modifiering av kriterier från Krag [6] och Crean [5]: Varje form av smärta, obehag eller andra symtom som kan härröra från mag-tarmkanalen med en duration av minst två veckor. Symtomen kan vara intermittenta eller kontinuerliga. Exklusionskriterier, se Tabell II. Under studiens gång fick patienter som sökte för mag-tarmrelaterade besvär snabbt

Tabell II.

Exklusionskriterier

1. Patienten bedöms inte kunna klara av datorintervju.
2. Ovilja att delta i studien.
3. Buksymtom som bedöms komma från andra organ.
4. Patientens besvär fordrar annan handläggning. (Exempelvis ikterus, akut blödning etc.)
5. Patienter under 16 år.

inom en vecka reserverade tider hos de två deltagande läkarna antingen via mottagningssköterska (tidbeställningen) eller hänvisning från annan läkare på vårdcentralen om patienten hos denna tog upp mag-tarmrelaterade besvär i samband med konsultation för andra problem.

De patienter som bedömdes fylla kriterierna för studien genomgick, förutom vanlig klinisk undersökning med anamnes och status, en datorbaserad intervju enligt ovan, standardiserad laboratorieutredning (blodstatus, SR, elektrolytstatus, kreatinin, bilirubin, ALP, ASAT, ALAT, U-Amylas, F-Hb×3, uristicks). Inom en vecka efter inklusionen gjordes rektoskopi (distriktsläkare) och esofago-gastro-duodenoskopi (gastroenterolog ovetande om patientens anamnes) på vårdcentralen. Under endoskopin togs också tre biopsier från duodenalslemhinnan för att verifiera eller utesluta celiaki. (Studiens uppläggning var godkänd av etisk kommitté). De patienter som angav misstanke om att deras besvär kunde kopplas till mjölkintag utreddes med laktosbelastning på vårdcentralen. Patienterna kallades till återbesök efter fyra veckor. Ytterligare utredning gjordes efter klinisk bedömning av distriktsläkaren. Innan slutdiagnosen ställdes av deltagande gastroenterolog, ordinerade han vid behov kompletterande undersökningar.

Resultat

Från januari 1984 – januari 1985 uppfyllde 186 patienter inklusionskriterierna. Av dessa exkluderades 13 pga vägran att genomgå gastroskopi och en patient pga alltför kort symtomduration. 172 patienter analyserades. På många patienter gjordes förutom grundutredningen en omfattande kompletterande utredning, se Tabell III. Slutdiagnosen sattes efter minst sex månaders uppföljning med hjälp av alla tillgängliga data från journalen. Diagnoser baserade enbart på gastroskopifynd, se Tabell IV. Fördelning av slutdiagnoser enligt Tabell V. Diagnosen gastroesophageal reflux sattes enbart pga symptom (syraregurgitation i liggande). Samma patient kan ha flera diagnoser. Förutom de nämnda diagnoserna hittades ett kliniskt suspekt recidiv av en rektaltumör. Strax innan patienten skulle tas in för närmare utredning avled han dock i en cerebrovasculär lesion. Medelåldern för patienterna var 43 år och med en jämn könsfördelning. Av de tre patienterna med gallstenssjukdom hade en cholelithiasis. De inflammatoriska tarm-sjukdomarna utgjordes av en patient med morbus Chron och en med ulcerös kolit. Patienten med ulcerös kolit var en 69-årig kvinna med 10–15 lösa

Tabell III.
Kompletterande utredning
(98 patienter)

Röntgen	
Colon	27
Galla	14
Passage	7
Lungor	4
Urografi	3
Datortomografi	2
Esofagus	1
Rygg	1
Biopsier	
Rectum	3
Tunntarm (kapsel)	3
Lab	
Laktosbelastning	40
Thyreoidaprov	13
Pentagastrintest	10
Faecesodling	7
Elfores	7
Gastrin	4
Isoamylas	3
Glukosbelastning	2
Schillingtest	1
Ultraljud	
Övre delen av buken	4
Endoskopi	
Kontroll gastroskopi	12
Coloskopi	3
ERCP	1
Scintigrafi	
Lever	1
Konsultremisser	
Medicin	8
Kirurgi	7
ÖNH	4
Gynekologi	1

Tabell IV.
Gastroskopidiagnoser

Diagnos	Antal personer	Procent
Hiatushernia	23	13
Esophagit	11	6
Ulcus ventriculi	3	2
Ulcus prepylorici	4	2
Ulcus duodeni	16	9
Ärrbildning i bulbus duodeni utan ulcus	6	3
Rodnad duodenalslemhinna	34	20
Ventrikeltumor	2	1
Rodnad ventrikelslemhinna	107	62
Atrofi av ventrikelslemhinna	57	33
Normal	33	19

Tabell V.
Slutdiagnoser

Diagnos	Antal personer	Procent
Gastroesophageal reflux	31	18
Esophagit	11	6
Ulcus ventriculi	3	2
Ulcus prepylorici	4	2
Ulcus duodeni	16	9
Erosiv duodenit	4	2
Ventrikeltumor	2	1
Laktosintolerans	4	2
Celiaki	0	
Gallstenssjukdom	3	2
Inflammatorisk tarmsjukdom	2	1
NUD (non-ulcer-dyspepsia)	110	64
IBS (irritable bowel syndrom)	45	26

avföringar sedan mer än 20 år tillbaka, och som vid utredningen på medicinklinik under 1960-talet bedömts ha funktionella besvär. Under den tid som gått sedan slutdiagnosen ställts har ytterligare två av de deltagande patienterna visat sig utveckla inflammatorisk tarmsjukdom. Notabelt är att ingen av patienterna fick diagnosen celiaki. Majoriteten av patienterna fick som väntat funktionella diagnoser. 110 bedömdes ha NUD (non-ulcerdyspepsia) och 45 IBS (irritable bowel syndrom) enligt Mannings kriterier [7]. Det fanns en stor överlappning då 23 procent av NUD-patienterna också fick IBS-diagnos och 56 procent av IBS-patienterna också bedömdes ha NUD.

Dataanalysen av patientens olika symptom visade en del resultat som går emot vanliga uppfattningar om symptom som är kopplade till olika diagnoser. Fler patienter med NUD än IBS hade tidigare provat fiberrik kost med framgång (56 procent mot 40 procent). Nattsmärta och lindring av födo-intag med vanligare hos patienter med NUD än med ulcus duodeni (11 procent mot 7 procent). Patientmaterialet är dock för litet för att dra några slutsatser.

Diskussion

Så vitt vi vet är detta den första studie som har gjorts med gastroskopi inom en vecka på obehandlade patienter med dyspeptiska besvär på vårdcentral. Inga komplikationer noterades vid gastroskopierna och patienternas attityd till att utföra undersökningen

på vårdcentral var enbart positiv. Studier på dyspepsipatienter i primärvården har gjorts tidigare, exempelvis Edénholm et al. i Huskvarna [8] och i Storbritannien [9 och 10]. Patienterna har där remitterats till sjukhus för gastroskopi vilket medför risk för selektion. Egen behandling med antacida innan endoskopin kan också förändra bilden. Enligt vissa studier kan antacida i låg dos fungera relativt bra vad det gäller läkning av ulcus [11]. I Huskvarnastudien hade exempelvis 44 procent själva medicinerat med antacida innan gastroskopin gjordes. Gastroskopi av öppenvårdspatienter på sjukhus visar ofta en ulcusfrekvens runt 30 procent [12]. I dessa studier har man dock oftast inriktat sig på ulcusliknande symptom. I vår studie däremot, inkluderades patienter med symptom från hela magtarmkanalen. Ulcusfrekvensen var då lägre, sammanlagt 13 procent. Innan undersökningen hade vi förväntat oss att finna någon eller några patienter med celiaki. En anledning till att vi inte gjorde det kan vara att patienter med celiaki kan ha extra-intestinala symptom men inte magbesvär. De patienter som undersökningsåret fick celiakidiagnos i kommunen hittades av andra orsaker (anemi, föräldraundersökning till barn med celiaki). Majoriteten av organiska sjukdomar hittades med gastroskopi. Det relativt stora antalet colonröntgen gav nästan enbart normalfynd. Patienten med ulcerös kolit hade en normal colonröntgen men fick diagnosen via coloskopi med px där dock slemhinnan var makroskopiskt normal.



NYHET!
NAPROSYN®
(naproxen)
NU VID AKUT MIGRÄN

Bodini AB Stockholm

Nu kan vi visa upp glada migränpatienter

Migrän är ett symptom med många olika bakomliggande orsaker. Vasoaktiva ämnen anses spela stor roll för utvecklandet av migränsymtomen. Trombocytaggregation sätter igång en kedjereaktion och frisätter substanser med både vasokonstrigerande och vasodilaterande effekter, bl a PGE.

Naprosyn bryter i vissa fall kedjereaktionen, genom att blockera trombocytaggregationen och frisättning av Prostaglandin E.

Det är väsentligt att NAPROSYN tas vid första tecken på migrän.

Rekommenderad dosering: Initialt 750 mg, sedan 250 mg vid behov. Maximaldos 1250 mg/dygn.
För vidare information se FASS.

NAPROSYN®

vid akut migrän (naproxen)



ASTRA-SYNTEX SCANDINAVIA AB

Box 9078, 151 09 Södertälje

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt. Indikationer: Reumatoid artrit, Osteoartros, Mb Bechterew, Junvenil reumatoid artrit, Dysmenorré utan orsak, Akut migrän. Tabletter 250 mg, 500 mg, Suppositorier 500 mg.

Både för patient och behandlande läkare är det väsentligt att hitta de sjukdomar i mag-tarmkanalen som kräver speciell behandling, exempelvis laktosintolerans, gallstenssjukdom, cancer, ulcus etc. Största delen av utredningen av dyspepsipatienter kan göras på vårdcentral. Patienter med funktionella diagnoser är fortfarande ofta ett problem både vad gäller diagnos och behandling. För dessa patienter kan vetskapen om att en adekvat utredning så långt det rimligen går utesluter organisk orsak upplevas som positivt. Vår studie har delvis kommit att stå modell för en multicenterstudie på vårdcentraler i Sverige i samarbete med närbeläget gastroscopocentrum. Studien beräknas omfatta 2 000–3 000 patienter och kan sannolikt ge underlag för en bättre bedömning av de besvär patienten uppgivit anamnestiskt. Förhoppningsvis kan den också ge vägledning om det finns undergrupper av patienter med funktionella besvär som bättre skulle svara på mera specifik behandling, exempelvis syraneutralisation eller påverkan av tarmmotorken.

Referenser

1. Banke L, Ulcusygdommens epidemiologi, København F A D L:s förlag, 1975, Thesis.
2. Lindström K, Hofgren K. Habo-enkäten 1980. Stencil Habo vårdcentrum.
3. Lindström K. Habo-enkäten 1983. Personligt meddelande.
4. Gear M W L, Barnens R J. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. Br Med J 1980; 280:1 136–7.
5. Crean G P, Card W I, Beattie A D, et al. Ulcer-like dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1982; 17 (suppl 79): 9–15.
6. Krag E. Non-ulcerdyspepsia. Scand J Gastroenterol 1982; 17 (suppl 79): 6–8.
7. Manning A P, Thomson W G, Heaton K W, Morris A F. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J 1978; 2:653–4.
8. Edenholm M, Gustavsson R, Jansson O, et al. Endoscopic findings in patients with ulcer-like dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1985; 20 (suppl 109): 163–7.
9. Barnes R J, Gear M W L, Nicol A, Dew A B. Study of dyspepsia in a general practice as assessed by endoscopy and radiology. Br Med J 1974; 4:214–6.

10. Beavis A K, La Brooy S, Misiewicz J J. Evaluation of one-visit endoscopic clinic for patients with dyspepsia. Br Med J 1979; 1:1 387–9.
11. Weberg R, Berstad A, Lange O, et al. Duodenal ulcer healing with four antacid tablets daily. Scand J Gastroenterol 1987; 20:1 1041–5.
12. Davenport P M, Morgan A G, Darnborough A, De Dombal F T. Can preliminary screening of dyspeptic patients allow more effective use of investigative techniques? Br Med J 1985; 290:217–20.

Författarpresentation

Lars-Göran Persson* är distriktsläkare vid vårdcentralen i Habo.

Sigmund Löfstedt var vid studiens genomförande distriktsläkare vid vårdcentralen i Habo.

Ingvar Kagevi är överläkare vid medicinkliniken, Kärnsjukhuset i Skövde.

Postadress: Vårdcentralen, Box 204, 566 00 Habo

TEMA Skaraborg JOUR I PRIMÄRVÅRD 1806288

Jourpatienter vid vårdcentralen – relevant anamnes?

KJELL BJÖRKLUND

För att få en uppfattning om man vid anamnesupptagande på akuta patienter på vårdcentralen tar upp en relevant anamnes, har retrospektiv studie utförts på alla akuta fall som under 2 månader sökt vårdcentral på grund av symtom av typ ryggbesvär, hosta eller från lungor. Resultatet visar att anamnesupptagandet vid dessa symtom är bristfälliga och behöver förbättras. Artikeln är en bearbetning av föredrag vid SFAM:s höstmöte oktober 1987 i Umeå.

Nyckelord: Jourpatienter, anamnes, ryggbesvär, hosta, lungor, kontaktorsak.

Bakgrund

På våra vårdcentraler söker varje dag en mängd jourpatienter, där läkaren oftast har en kort tid till sitt förfogande för anamnesupptagande. Kan man på den korta tiden ta upp en relevant anamnes? För att studera detta, utvaldes patienter som enligt telefonrådgivningen sökt för antingen ryggbesvär, hosta eller lungsjukdomar. Dessa pati-

enter är vanliga på en jourmottagning. En litteratursökning för att se om det tidigare fanns något skrivet om detta utföll negativt.

Bemanningen på vårdcentralen i Falköping är 6 ordinarie distriktsläkare samt varierande antal vikarier, AT- och FV-läkare. 1–2 läkare tar varje dag emot akuta patienter som ringer och beställer tid samma dag. Upptagningsområdet för vårdcentralen är cirka 16 000 personer.

Metod och material

För att studera anamnesupptagandet gick jag igenom journalanteckningar på patienter som enligt telefonrådgivningen sökt för antingen ryggbesvär, hosta eller lungsjukdomar. Jag läste igenom den aktuella anteckningen samt även anteckningar ett år bakåt i tiden. Detta för att det praktiskt går till så att man tittar i journalen innan man går in till patienten. Skulle en uppgift som man är intresserad av finnas antecknad tidigare, bryr man sig inte om att anteckna den igen. De månader som valdes ut var oktober och november 1986. Totalt sökte 1 155 patienter under dessa 2 månader. Av dessa var 65 stycken (5,6%) rygg- och 41 (3,5%) hosta eller lungsjukdomar.

De parametrar som undersöktes vid journalgenomgången var för hosta:

rökning, yrkesanamnes, miljö utom arbetsplatsen samt eventuellt givna råd om att sluta röka. För ryggbesvär undersöktes: yrkesanamnes i form av omplaceringar, tid i yrket och arbetsbeskrivning, anslutning till företagshälsovård, alkoholproblem samt om ryggbesvären uppträdde för första gången eller om det var recidiv.

Resultat

Vid kontakten med telefonrådgivningen vid vårdcentralen hade 41 patienter uppgett besvär med hosta eller lungor. Vid journalgenomgången förekom uppgifter i anamnesen om viktiga bakgrundsfaktorer enligt tabell I. Det bör påpekas att siffran 10% av samtliga 41 vid rubriken "Råd att sluta röka" är något missvisande eftersom siffran anger procenttalet av samtliga 41. Det var nämligen inte samtliga 41 som rökte, så därför bör resultatet vara något bättre.

Ryggbesvär uppges av 65 patienter som kontaktorsak. Förekomst i anamnesen av uppgifter om yrke, företagshälsovård, alkoholkonsumtion eller recidiv, framgår av tabell II.

Diskussion

Studien visar att anamnesupptagandet på jourfallen i många fall är bristfälligt. Uppgifter om ett flertal betyd-

sefulla bakgrundsfaktorer som är väsentliga ur förebyggande och behandlande synpunkt, saknas i flertalet fall. För patienter med hosta omnämns rökning i knappt hälften av fallen. Råd om att sluta röka ges till drygt 1 av 10. Beskrivning av yrkesuppgifter och arbetsplats förekom i cirka 1 fall av 3. Exposition för damm, rök och miljö utanför arbetsplatsen omnämns nästan inte alls.

För patienterna med ryggbesvär beskrivs inte alls eventuella omplaceringar och endast i cirka 1 fall av 10 vilken tid man arbetat i yrket. Arbetsbeskrivningen är dock mer fullständig och tas upp i 8 fall av 10. Uppgifter om eventuell anslutning till företagshälsovård görs så sällan som i 1 fall av 10, vilket är anmärkningsvärt, eftersom rehabiliterande insatser ofta måste ske i samråd eller i samarbete med företagshälsovården.

Alkoholkonsumtion har ofta diskuterats som en viktig bakgrundsfaktor vid ryggbesvär. Uppgift i anamnesen (negerande eller positiv) om alkohol fanns enbart i 5 av 65 fall, dvs 8%.

Anamnestisk uppgift om patienten sökte för första gången eller om det rörde sig om recidiv, återfanns enbart i hälften av fallen.

Svagheter i undersökningen är naturligtvis hur mycket man frågar patienten som man sedan inte antecknar i journalen. Som motargument till detta så är anamnes och mängden upplysningar vi skriver i journalerna i Sverige rätt omfattande. Vi är vana vid detta från tiden på specialistklinikerna. Trots detta saknas det alltså i anamnesupptagandet flera relevanta uppgifter för att påskynda patientens tillfrisknande och förebygga eventuella recidiv.

Någon skillnad i anamnesupptagandet mellan ordinarie läkare och AT- och FV-läkare kunde jag ej finna. Detta var dock svårt på grund av diskontinuiteten i läkarkontakterna. Journalgenomgången avsåg ju inte enbart det aktuella jourbesöket, utan även tidigare besök under en 1-års period bakåt. Vid en subjektiv värdering av anamnesupptagandet av dessa läkargrupper, kunde jag inte se någon skillnad.

Som tidigare nämnts, så har jag gjort litteratursökning för att se om det finns några andra studier att jämföra mitt material med, men det har jag inte lyckats hitta. Detta är förvånande eftersom det ändå är en väsentlig del av vårt arbete att studera hur vi egentligen beter oss när vi skaffar in information om patienter. Speciellt med tanke på vår svenska modell med ganska mycket diskontinuitet i läkarkontakterna, är det väsentligt med anamnesuppgifter som underlättar för nästföljande läkare att göra en riktig bedömning. Sedan har vi ju också ansvarsnämndens åsikter – denna accepterar inte om vi påstår att vi har frågat patienten en sak och därefter inte an-

Tabell I.

Förekomst av anamnesuppgifter i journalen för jourpatienter med hosta/lungsjukdom som kontaktorsak (N=41).

Anamnesuppgift	Förekomst i anamnesen	
	Antal patienter	Procent
Rökning (rökare/icke-rökare)	18	44
Fått rådet att sluta röka	4	10
Yrke		
Beskrivning av yrket	14	34
Arbetsplats	17	41
Damm, rök	1	2
Miljö utom arbetsplats	1	2

Tabell II.

Förekomst av anamnesuppgifter i journalen för jourpatienter med ryggbesvär som kontaktorsak (N=65).

Anamnesuppgift	Förekomst i anamnesen	
	Antal patienter	Procent
Yrke		
Ev omplaceringar	2	3
Tid i yrket	8	12
Arbetsbeskrivning	51	78
Företagshälsovård	7	11
Alkoholkonsumtionen	5	8
Förstagångsinsjuknande eller recidiv	35	54

tecknat det i journalen. Det finns alltså skäl att förbättra anamnesen.

Resultatet bör i framtiden påverka utbildningsinsatserna så att vi får undervisning i att ta upp en kort men relevant anamnes. Insatserna bör gälla färdigutbildade distriktsläkare i form av vidareutbildning för att fräscha upp kunskaperna. Man bör även ta upp med AT- och FV-läkarna vikten av en kort men relevant anamnes.

Möjligheterna av ett vårdprogram med uppgifter om relevant frågeställning bör beaktas. Man kan exempelvis tänka sig ett lokalt PM för sin vårdcentral. Vad beträffar ryggpatienter kan man som underlag använda SPRI-rapport nr 188, 1985. Där finns bl a med exempel på ett frågeformulär för ryggpatienter. Valda delar skulle kunna användas för dessa jourpatienter.

Konklusion

1. Vid kontakt för hosta eller lungbesvär saknas uppgifter om rök-anamnes och råd om rökstopp alltför ofta.
2. Yrkesbeskrivning vid hostbesvär är bristfällig och måste förbättras.
3. Uppgifter om eventuell anslutning till företagshälsovård saknas nästan helt. Företagshälsovårdens roll som samarbetspartner bör framhållas.
4. Yrkesuppgifter vid ryggbesvär samt uppgift om recidiv och alkohol saknas i alltför hög grad. Däremot är uppgifterna angående arbetsbeskrivning tillfredsställande.

5. Utbildningsinsatser i form av undervisning i kort men relevant anamnes behövs både för färdigutbildade distriktsläkare liksom för AT-läkare/FV-läkare.
6. Lokala PM och vårdprogram kan stimulera till bättre anamnesupptagande.
7. Frågeformulär för ryggpatienter skulle kunna provas för jourpatienter.

Författarpresentation

Kjell Björklund är distriktsläkare vid vårdcentralen i Falköping.

Postadress: Bassjukhuset, 521 01 Falköping.

Smärta som orsak till patient-läkarkontakt

Patientens uppfattning om sin sjukdom

VALTHOR STEFANSSON

För att få kunskap om hur stor andel av en vårdcentral patients söker på grund av smärta och för att få uppfattning om varför de söker, gjordes prospektivt en genomgång av alla patienter som sökte vård vid vårdcentral och jourcentral under en månad. Trettionio procent sökte på grund av smärta. Kvinnorna trodde oftast att infektion orsakade smärtan, medan männen oftast ansåg att skador var orsak. Många som sökte var rädda för någon viss sjukdom. Hälften av patienterna uppgav samma diagnos som läkaren som orsak till besöket.

Nyckelord: Smärta, primärvård, diagnos, forskning, Skaraborg

Bakgrund

Smärta är en vanlig orsak till att patienter besöker en vårdcentral eller jourcentral. Det finns dessutom många individer i populationen med smärta som inte söker någon vård. Patienten kan uppleva smärtan så pass obehaglig att hon eller han behöver smärtlindring, men smärtan kan också uppfattas som ett tecken på en speciell sjukdom, i vissa fall en livsfarlig sjukdom, och föranleda att patienten söker vård.

Syfte

- Undersöka hur stor del av de patienter som söker vård inom allmänmedicin gör detta på grund av smärta.
- Undersöka vad patienten tror har orsakat smärttillståndet och om patienten förknippar smärtan med någon sjukdom.
- Undersöka vilken diagnos patienterna uppgav och jämföra denna diagnos med den som läkaren ger.

Metod

Data om patienter från Stöpens vårdcentralas upptagningsområde registreras under en månads tid. Stöpens vårdcentral ligger en mil utanför Skövde med 7 kilometers avstånd till närmaste sjukhus (Kärnsjukhuset i Skövde, KSS). Insamlingen av data skedde under tiden 7 oktober - 6 november 1985. Patienter som sökte på grund av smärta tillfrågades om vad de trodde

hade orsakat smärttillståndet, om de ansåg att någon sjukdom hade samband med smärtan och i så fall vilken sjukdom. Även läkarens diagnos registrerades. (Dessutom registrerades bland annat var och när patienten sökte, smärtans typ och lokalisation, andra symtom och läkaråtgärder).

Diagnoser, både patientens och läkarens, kodades enligt Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar 1987 för primärvård. Alla patienter som hade uppfattning om orsakande sjukdom fick denna klassificerad med passande diagnoskod.

Material

Befolkningen inom Stöpens vårdcentralas upptagningsområde, uppgick till omkring 7000 personer. Av dessa sökte 677 patienter till primärvårdens inrättningar under den aktuella månaden (10% av befolkningen), därav 261 patienter på grund av smärta.

Resultat

Antal patienter som söker för smärta. Totalt sökte 261 patienter för smärta (39% av alla patienter). Kvinnorna var 18% fler än männen. Yngre män sökte oftare än äldre. Av smärtpatienterna var 90% yngre än 60 år.

Bakomliggande orsak för smärtan enligt patienterna Tabell I visar vilka orsaker kvinnor respektive män uppgav till sina smärttillstånd. Hos kvinnorna handlar det oftast om infektioner och nästan hälften av dessa tror att infektion ligger bakom smärtan jämfört med en tredjedel av männen. Av männen tror 40% att någon skada eller överansträngning har orsakat smärttillståndet jämfört med 20% av kvinnorna.

Hos barn (ålder 0-16 år) tror 40% av patienterna eller deras anhöriga att en skada orsakat smärttillståndet och 50% att anledningen var en infektion. Drygt 15% av patienter som är mellan 17 och 35 år och 25% av patienter mellan 36 och 60 år, tror att en skada är orsak.

Patienter som tror att en skada är orsak, söker oftast inom ett dygn efter debut, och relativt sällan efter 1-7 dygn utan avvaktar då oftast längre tid än en vecka. Patienter som tror att en infektion orsakat smärtan, söker oftast 1-7 dygn efter smärtans debut.

Vid smärta med lokalisation till öron, ansikte och svalg, tror de flesta patienter att en infektion är orsak, medan de flesta med lokalisation till

en extremitet tror att en skada är orsak till smärttillståndet.

Patientens uppfattning om eventuell orsakande sjukdom? Alla patienter eller deras anhöriga tillfrågades om de hade uppfattningen att någon sjukdom skulle kunna förklara smärttillståndet. Patienterna kunde svara att "de inte visste", att "de var rädda för en viss sjukdom" eller att "de trodde de visste vilken sjukdom som låg bakom smärttillståndet". Tabell II visar vilken uppfattning kvinnor och män hade om eventuell sådan diagnos. Cirka 84% hade någon uppfattning. Kvinnor var signifikant oftare rädda för en sjukdom än män, medan männen oftare trodde att det rörde sig om en sjukdom.

Patientens diagnos jämfört med läkarens

Av de 261 patienter som sökte på grund av smärta, hade 218 (84%) en uppfattning om diagnos. Av de patienter som hade uppfattning fick 57% samma diagnos av läkaren (48% av alla smärtpatienter hade samma diagnos som läkaren).

I figur 1 visas antalet diagnoser i varje diagnosklass för de sju mest vanliga diagnosklasserna. Vanligast var diagnoser som hänförde sig till muskuloskeletala besvär, andningsbesvär,

Tabell I

Orsak som patienten (anhörig) tror ligger bakom smärtan.

Orsak	Kvinnor %	Män %	Statistisk signifikans
Osäkert	21	22	N.S.
Skador och överansträngning	20	40	p<0.01
Infektioner	47	33	p<0.01
Annat (autoimmuna sjukdomar, tumörer, etc)	12	5	N.S.

N.S. = Ingen statistisk signifikans

Tabell II

Patientens uppfattning om bakomliggande sjukdom (diagnos) som förklarar till smärttillståndet.

Diagnos	Kvinnor %	Män %	Statistisk signifikans
Ingen	16	17	N.S.
Tror det rör sig om sjukdom	39	47	p<0.05
Är rädd för viss sjukdom	45	36	p<0.05

N.S. = Ingen statistisk signifikans

öronbesvär och skador. Det var få diagnoser som hänförde sig till cirkulation, matsmältning, psykiatri, urinvägsbesvär eller gynekologiska sjukdomar. Detta kan delvis förklaras av det relativt korta avståndet till KSS. Allvarliga smärttillstånd, som t ex akuta bröstsmärtor, söker akut direkt till medicinkliniken på sjukhuset, och patienter med akuta buksmärter söker ofta direkt till kirurg eller gynekolog och kan därför hamna utanför det material som beskrivs i denna rapport. Flertalet patienter som uppgav örondiagnos, fick samma diagnos som läkaren. Många patienter med muskuloskeletal läkardiagnos, uppgav ingen egen diagnos inom det området, men av de patienter som hade en uppfattning hade de flesta angett en diagnos som var i överensstämmelse med den diagnos läkaren angav. Ingen patient inom psykiatriska diagnoser hade uppgett samma diagnos som läkaren.

Rädsla för allvarlig sjukdom

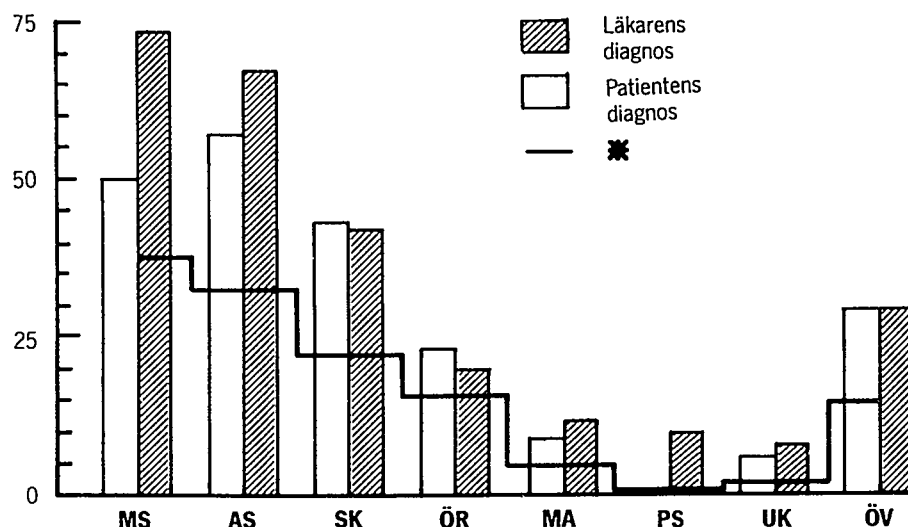
Antalet patienter som uppgav rädsla för livshotande sjukdom uppgick till 13, vilket motsvarar 5% av smärtpatienterna. Fem av dessa var rädda för en malign tumör, 2 för meningit, 3 för hjärtinfarkt och 3 för akut appendicit. Bara en av dessa patienter uppgav samma diagnos som läkaren (appendicit), övriga fick mindre allvarliga läkardiagnoser.

Patienter som sökte på grund av rädsla för viss sjukdom eller för att de trodde att de hade en sjukdom som krävde speciell behandling utgjorde ett större antal. Av 26 patienter som trodde sig ha en fraktur, fick 11 en frakturdiagnos av läkaren. Av dessa hade 6 fått denna diagnos röntgenverifierad. Tjugosex patienter med ont i halsen uppgav halsfluss som diagnos och av dessa fick 13 samma läkardiagnos. Tjugoen patienter uppgav öroninflammation som diagnos och av dessa fick 13 samma läkardiagnos. Alla patienter med läkardiagnoserna fraktur, tonsillit eller otit, hade uppgett samma patientdiagnos.

Diskussion

Flertalet patienter som söker en vårdcentral akut på grund av smärta, tror att orsaken till smärtan är en infektion eller en skada. Kvinnor tror oftare än män att en infektion har orsakat smärttillståndet, medan män oftare än kvinnor tror att en skada är orsak. De flesta patienter som söker på grund av smärta uppgav en diagnos som de är rädda för eller tror de har som orsak till smärttillståndet. Många söker för att utesluta eller bekräfta att de har en sjukdom som de misstänker att de har, medan de i andra fall "vet" att om de har den sjukdomen så bör de få en speciell behandling, exempelvis operation eller immobilisering när det gäller en fraktur, och antibiotika när det gäller halsfluss eller bakteriell otit.

Antal med diagnos



MS = Muskuloskeletala sjukdomar
AS = Andningensorganens sjukdomar
SK = Skador
ÖR = Öronsjukdomar
MA = Matsmältningsorganens sjukdomar
PS = Psykiska sjukdomar
UK = Sjukdomar i urin- och könsorgan
ÖV = Övriga sjukdomar

* Patientens diagnos överensstämmer med läkardiagnos.

Figur 1. Patientens respektive läkarens diagnoser

Fem procent uppgav att de sökte eftersom de fruktade att de hade en "livshotande" sjukdom.

Det kan inte uteslutas att flera av patienterna söker för att de är rädda för att de har en livshotande sjukdom utan att uppges detta när de tillfrågas. Sannolikt söker också sådana patienter ibland direkt till akutvård inom medicin, kirurgi, gynekologi och barnmedicin, då avståndet, mellan vårdcentraren och sjukhuset som i detta fall, endast är 7 kilometer.

Det var överraskande många patienter som uppgav samma diagnos som läkaren. Detta talar för att patienterna ganska väl vet varför de söker vård. De vill emellertid få bekräftat om de har rätt, och de behöver också läkarens medverkan för behandling. Utan tvekan ger undersökningen ett stöd för det gamla talesättet: "Patienten har alltid rätt". Kanske inte alltid, men oftast!

Författarpresentation

Valthor Stefansson är FV-allmänläkare vid Stöpens vårdcentral.

Postadress: Stöpens vårdcentral, 541 70 Skövde

Att förebygga trafikolyckor – något för primärvården?

TORGNY WESSMAN

Som FV-projektarbete gjorde författaren en inventering av trafikolyckorna i Vellinge kommun under perioden 1982–84. Känsliga punkter i trafikmiljön uppspårades. Ett åtgärdsförslag för att förebygga olycksfall sammanställdes och presenterades för kommunen, som sedan tog vissa beslut utifrån detta. I projektet deltog personal från Vellinge vårdcentral. Handledare var Christer Dahlgvist, distriktläkare i Vellinge.

Introduktion

Hösten 1984 gick personalen på Vellinge vårdcentral kursen "Hälsa för alla" som en studiecirkel, initierad av Thor Lithman och Inge Dahn, Miljömedicinska funktionen, Malmöhus läns landsting [1]. Kursen ville bli skapa ett ökat medvetande att förebygga ohälsa i den egna kommunen. Som utgångspunkt tillhandahölls statistik sammanställd av Lithman, bl a vad gäller barn dödade i motorfordonsolyckor i Malmöhus län 1972–80. Vellinge låg tillsammans med Malmö och Helsingborg högst på listan, med 6 dödade barn vardera.

För närvarande dör ca 45/100 000 av befolkningen per år p g a olycksfall [2]. Motortrafikolycksfall svarar för en tredjedel av alla dödliga olycksfall. I yngre åldersgrupper där den allmänna dödligheten är låg, svarar skadedöden för en betydande andel av den totala dödligheten. En av HS 90-rapportens målsättningar är att belysa hur hälso- och sjukvården på sikt kan medverka till att utveckla det skadeförebyggande arbetet i samverkan med andra samhällssektorer på lokal, regional och nationell nivå.

På vilka sätt kan primärvården i Vellinge medverka till att utveckla det trafikförebyggande arbetet i samverkan med andra samhällssektorer? I form av ett FV-projektarbete utvecklades denna frågeställning, och resultat redovisas i denna artikel.

Material och metod

De trafikolyckor som anmäls till polisen registreras. Polisen använder sig då av speciella standardiserade blanketter för statistikuppgifter angående vägtrafikolyckor. Från trafikstillstånds-

sektionen, Polisen i Malmö, Bengt Ekström, erhöles statistikuppgifter för perioden 1/1 -82 till 31/12 -84. Från kommunen erhöles kartor, dels övergripande kommunkartor med samtliga landsvägar och samhällen, dels kartor över de större samhällena, så kallade gatunamnskartor. Olikfärgade knappnålar köptes.

Statistikuppgifterna från polisen innehåller en rad uppgifter bl a trafikolycksplatsen, olyckans svåraste följd när det gäller lätt/svår personskada eller dödsfall, ålder på de inblandade personerna etc. En del av projektet gick ut på att studera var i kommunen trafikolyckorna hade ägt rum. Kartorna klistrades upp på ett fastare papper eller polystyrenunderlag. Olycksplatserna markerades på kartorna med nålar i fyra olika färger. De olika färgerna representerade fyra olika olycksfallskategorier; dödsfall, svår personskada, lätt personskada eller enbart "plåtskada". I arbetet med att sätta ut nålar på kartorna, deltog distriktssköterskor och undersköterskor från distriktets olika vårdlag.

Endast de olyckor som kommit till polisens kännedom och registrerats, kom med i projektet och markerades på kartorna. En hel del olyckor anmäls aldrig, liksom tillbud som inte resulterar i en olycka. Ovanstående metod ger alltså ingen exakt bild av olycksfallsplatserna i kommunen. Fördelarna är att polisens statistikuppgifter är lätt tillgängliga och att olycksfallsplatsens läge är väl preciserat. En mer omfattande inventering tex genom en enkät till kommuninnevånarna med frågor om tillbud och olycksfallsplatser, skulle vara kostsam, men skulle ge en sannare bild.

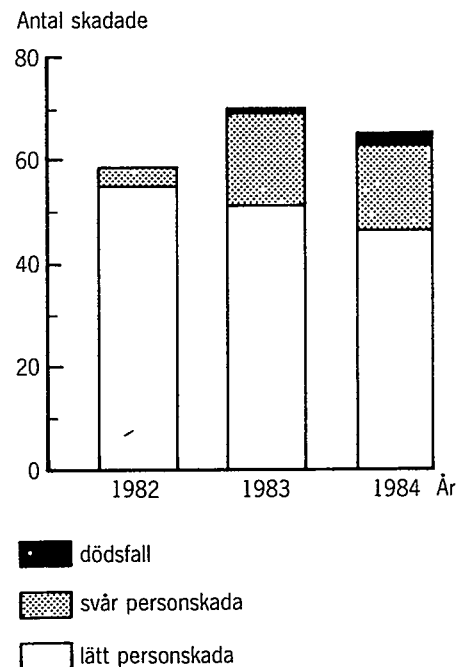
Den valda metoden ger ändå en viss information om platser i trafikmiljön där det inträffade särskilt svåra eller särskilt många olyckor. De härddata som kartorna gav, jämfördes sedan med distriktssköterskornas/undersköterskornas kunskaper om trafikmiljön i sitt vårdlagsområde. Med utgångspunkt från de känsligaste platserna i trafikmiljön, sammanställdes ett åtgärdsförslag, för att göra dessa platser mindre utsatta.

Viss statistik från polisregistreringen sammanställdes även i tabellform. För att se om barnen i Vellinge skadades mer än de vuxna under den studerade tiden, gjordes en sammanställning över ålder på den skadade och

olyckans svårighetsgrad, för respektive vårdlagsområde. Samtliga olyckor i kommunen som resulterat i minst personskada, sammanställdes också uppdelat på svårighetsgrad och år. Syftet var att se om olyckorna tenderade att öka i omfattning, och för att se om andelen svåra olyckor steg i antal.

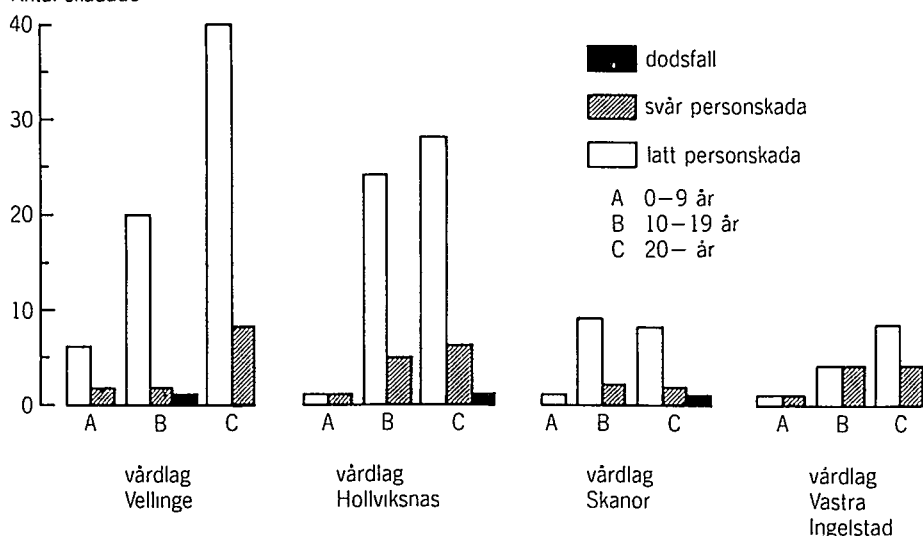
Resultat

Under den studerade 3-årsperioden tenderade svåra personskador och dödsfall att öka medan olyckor med lätta personskador minskade (Fig 1). I de små vårdlagsområdena Skanör och Västra Ingelstad, drabbades förhållandevis fler barn och ungdomar av skador. I Västra Ingelstad var det påtagligt fler olycksfall med svåra personskador än i övriga vårdlagsområden (Fig 2).



Figur 1. Alla skadade i Vellinge kommun korrelerat till svårighetsgrad och skadeperiod.

För att ta del av materialet, och diskutera resultatet, inbjöds kommunalpolitiker, polis och andra berörda till ett möte i mars -85. Trafiksäkerhetsnämnden avhandlade i okt -85 åtgärdsförslagen, och vid detta sammanträde togs i 6/11 punkter beslut i enlighet med förslagen. Exempel på de beslut som togs var; att rekommendera vägföreningen att sätta upp trafikskylt



Figur 2. Antal skadade korrelerat till skadans svårighetsgrad och åldersgrupp i Vellinge kommun under 1982-1984.

"lämna företräde; byta ut parkeringsförbudsmärke mot stoppförbudsmärke; att begära hos trafikenämnd att vägverket sänker hastighetsbegränsningar; hos kommunstyrelse begära förbättrad gatubelysning etc [3].

Diskussion

Ett års trafikolyckor kostar 1 miljard kronor för sjukvården. Landstingets roll i det samordnande trafiksäkerhetsarbetet är mycket viktigt. Sjukvårdens kunskaper om olyckornas

skadeverkningar är väsentlig för det förebyggande arbetet som utförs. Givetvis kan inte Landstingen passivt se en utveckling som innebär att sjukvården får ta emot fler och fler trafikskadade, utan att delta i det förebyggande arbetet. Det är självklart en angelägenhet för primärvården att försöka förebygga trafikolyckor. Den modell som används i detta FV-projekt, kan vara en av många vägar att påbörja en process, som leder till en minskning av trafikolyckorna i kommunen.

Referenser

1. O'Neill P. Hälsa för alla. Liber förlag 1984.
2. Svanström L. Att förebygga skador. Läkartidningen 1985; 82:935-6.
3. Trafiksäkerhetsnämndens sammanträdesprotokoll. Vellinge kommun 851001 § 82.

Författarpresentation

Torgny Wessman är FV-allmänläkare i Trelleborgs sjukvårdsdistrikt och har tjänstgjort på Vellinge vårdcentral.

Recensioner

Långtidssjukskrivna i Hofors

Research Reports. Department of Sociology University of Umeå (RR no 92)

En mycket intressväckande rapport om långtidssjukskrivna i ett mellansvenskt brukssamhälle har framlagts av Lars Dahlgren, Gerd Lindgren och Birgitta Olsson vid sociologiska institutionen i Umeå. Man har kartlagt långtidssjukskrivna vad beträffar diagnoser, orsaker och effekter.

Hofors har den högsta andelen långtidssjukskrivna i landet. Projektet innehåller 3 delar; en första statistikfas, en andra fördjupningsfas, innehållande resultat av personintervjuer med kommentarer och analys, samt en tredje fas som förhoppningsvis skall publiceras så småningom. Denna är att beskriva som en tillämpningsfas med konkreta förslag på handlings- och förändringsarbete.

Rapporten är ett mycket viktigt tillägg i arbetsskadedebatten och bör studeras noggrant och med eftertanke av framtida företagshälsovårdens folk men också av primärvårdsläkare, förbättringsläkare, försäkringskasspersonal, socialtjänst samt av arbetsgivarorganisationer och fackföreningsfolk.

Vad rapporten slår fast är den ökande insjukningsfrekvensen i belastningssjukdomar främst hos medelålders

kvinnor inom industri, service och offentlig tjänst. Vad man vunnit hälsomässigt inom arbetslivet genom att eliminera tunga lyft och olycksfall tycks man mer än väl ha förlorat i monotona, statiska, ensidiga arbetsmoment med högt tempo. Männerna har hälsomässigt vunnit på arbetsmarknadens förändringar av verksamhetsstrukturen medan kvinnorna förlorat dels på att jobben blivit mera slitsamma och hälsofarliga dels på att rationalisering och effektivisering har minskat omplacering och anpassningsmöjligheterna på arbetsplatsen. Långtidssjukdom och utslagningar är följden.

Statistik och intervjuer i rapporten manar till flera frågor. Kan vi förebygga ohälsa på grund av belastningsskador i rörelseapparaten? Hur skall vi gå till väga? Finns det tidtecken som både arbetare och företagshälsovård bör vara mera uppmärksamma på och som vi nu i allt för hög grad missar? Hur ser sjukkarriären ut?

Rehabiliteringsåtgärder sätts ofta in för sent. Utslagningen tycks vara ett faktum när aktörerna inom företags-

hälsovård, försäkringskassa och sjukvård kommer in på scenen. Det handlar vulgärt uttryckt om aktörernas kamp mot strukturen på arbetsplatsen och i samhället. Förändringsarbetet för att förebygga ohälsa blir konfliktfyllt och svart slår författarna fast inför fortsättningen.

Rapporten är mycket intressant och det är med nyfikenhet, tilltro och farhågor man ser fram emot forskarnas terapiförslag för att minska andelen långtidssjukskrivna i Hofors och i landet i övrigt.

Ingvar Hervius
distriktsläkare, Västervik
förbättringsläkare, Gamleby
företagsläkare, Överum

LBO 6293

SFAM:s Höstmöte i Umeå

LARS JERDÉN

Mötet hölls i ett höstfagert Umeå, där solen sken över gulnade björkar. Göran Westman, distriktsläkare, Vännäs, hälsade välkommen och påminde om att det var 10 år sedan SFAM:s första höstmöte hölls, även det i Umeå. Han hälsade också välkommen Umeås nyutträdde professor i allmänmedicin Hans Åberg.

Hans Åberg pekade ut fyra angelägna forskningsfält för institutionen: Monica-projektet – dvs WHO:s kartläggning av riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom; Norsjö-projektet; läkemedelsregistreringen som pågår i Jämtland; och glesbygdens särdrag.

Förebyggande hälsovård

Norsjö-projektet presenterades under ett av höstmötets tre teman, nämligen förebyggande medicin. Landstinget i Västerbotten har tagit fasta på den höga dödligheten i hjärtkärlsjukdomar och startat Västerbottensprojektet som skall löpa 1985–1994. För att skaffa kunskap för arbetet i hela länet har man inledningsvis koncentrerat sig på Norsjö kommun, vilken har landets högsta dödlighet i hjärtkärlsjukdomar. Distriktsläkare Gideon Hellsten berättade att man kontinuerligt skall screena alla 30-, 40-, 50- och 60-åringar med blä blodtryck, glukosbelastning, kolesterol och HDL-kolesterol. Efter förslag från orsbefolkningen undersöks även selen och arsenik i blodet. Alla screenade får träffa Hellsten, som blä ger dem ett kort med personlig hälsoprofil för hjärtkärlsjukdom. Alla med kolesterol >8 mmol/l får träffa dietist. Bortfallet från hälsoundersökningen har endast varit 3%.

Förutom hälsoundersökningen har man inlett en rad andra aktiviteter. Studiecirkel har startats via studieförbunden. Alla livsmedel i Norsjö märks med ett hjärta om de har lågt fett- och högt fiberinnehåll. Man har kontaktat storkök, skolor, massmedia, föreningar osv.

Presentationen ägde rum i Vindelns påkostade hälsocentrum. Distriktsläkare Hans Magnusson berättade om centrat, som startade 1984. Sedan dess har 1 000 personer gått en fyraveckorskurs, som innehållit teori och praktik om kost, motion, droger, kroppskänedom, avspänning, sjukdomslära. Efter sex månader återkommer man en vecka, efter 1,5 år två dagar. Ytterligare uppföljning planeras efter 5 år och 10 år. En utvärdering efter 1,5 år visade blä på 3,5 kg viktnebgång och en sänkning av diastoliskt blodtryck med drygt 6 mmHg, trots att 49%

minskat medicinförbrukningen. Hos de med kolesterol >7,7 mmol/l hade värdet sjunkit 0,7 mmol. Patientsammansättningen visade på samma problem som i andra frivilliga hälsövsövsprojekt: hög medelålder (47 år) och översvikt av kvinnor (men här endast en lätt sådan).

Flera andra föredrag och posters behandlade förebyggande arbete, blä i form av hälsundersökningar, och visade på en stor och mångfacetterad aktivitet både på vårdcentraler och inom skohälsövsövs.

Klinisk diagnostik

"Den kliniska blicken – en gudagåva – eller går den att förvärva?" var rubriken för ett symposium. Kjell Asplund, medicinläkare i Umeå, myntade ett nytt begrepp: incidentalom. Så benämnde han harmlösa binjuretumörer som accidentellt upptäcks vid bukdatortomografi. Carl-Edvard Rudebeck, distriktsläkare, Umeå, anknöt till detta och menade att uteslutningsdiagnostiken är ett av de stora folkhälsövsproblemen idag. Vi är vana att gruppera patienterna efter svymtom, men en indelning i "påtagliga inre svårigheter", "översviktiga yttre omständigheter" och "allvarlig sjukdom" är kanske bättre än i huvudvärk, yrsel och magont. Birgitta Hovelius, distriktsläkare, Dalby, gick igenom labundersökningar. Blä ansåg hon det vara för tidigt att säga att de nya streptokock-testerna med Elisa-metodik är bättre än de gamla agglutinationsmetoderna. De nya autoanalizes som kommer måste utvärderas, men återfinns nog på våra lab om några år.

Slutligen fick Karl-Bertil Wikström, distriktsläkare, Strömsund, uppmaningen att säga hur det är. Det gjorde han också med bravur. Wikström betonade den enskilda konsultationen, ostörd av ringande telefoner och personal som stiger på. En plastspindel i taket och plåster på doktors tumme avdramatiserar mötet. En massa hälsövsövsroschyrer som ligger framme stör däremot. En lyssnande läkare som kan vara tyst och även upprepa vad patienten sagt för att leda samtalet vidare, för snabbast till rätt diagnos. Ett hembesök hos problempatienten löser ofta problemet, eller ett löfte att få ringa läkaren hem om det trasslar – vilket sedan patienten gör oerhört sällan.

Familjemedicin

Göran Westman inledde detta symposium med att säga att benämningen familjemedicin kan vara ett sätt att



Huka er gubbar – Carl Edvard Rudebeck laddar om.

förklara vad vi allmänläkare gör både för specialistläkare och allmänhet. Ronny Ambjörnsson, professor i idéhistoria, visade hur familjens ställning ändrats radikalt de senaste 100–200 åren. Dess funktioner som en enhet för egendom, reproduktion, uppföstran av barnen, och gemensamt arbete har försvunnit eller tunnats ut. Många problem i barnuppföstran är helt nya, tex att barnen skall äta "ordentligt" och med gott bordsskick, eller att barnen skall sova i sin egen säng. Betoningen på detta i dagens barnuppföstran menade Ambjörnsson berodde på behovet att skapa människor med stark jagkontroll.

Katarina Hamberg, distriktsläkare, Luleå, talade om kvinnorollen och betonade vikten av att ta en ordentlig familjeanamnes. Frågor som: "När stiger du upp? Vem lagar du frukost åt? När börjar du arbeta? Vem städar hos er?" leder samtalet framåt, medan det slentrianmässiga "– Och hur har du det hemma?" bara gör att många kvinnor drar öronen åt sig. Hans Hallberg, distriktsläkare Borlänge, betonade att det även för männen är viktigt att ta en familjeanamnes, Hallbergs studie av frånskilda män visar en ökad sjuklighet i samband med skilsmässan, med högre frekvens sjuk-skrivning och fler akutbesök, där dock männen mycket sällan tar upp det bakomliggande problemet spontant.

Distriktsläkare Ylva Johansson delade in familjerna efter årstider. Den labila vårfamiljen med nyfött barn och både växtkraft och problem; den upptagna sommarfamiljen med skolbarn och psykosociala problem; höstfamiljen med krämpor och friskvårds-satsning; och vinterfamiljen med ålderskrämpor, familjen alla oroar sig för.



Ingemar Hermansson.

Primärvård i I- och U-land

Ingemar Hermansson, distriktsläkare, Vilhelmina, höll en bred och uppskattad exposé över detta ämne utifrån sina erfarenheter från Nord- och Syd-Jemen och Sudan. Ja, vi är familjeläkare, menade Hermansson, men vår horisont får inte stanna vid familjen. Vi måste se till både den större gruppen och hela samhället för att förstå och avhjälpa familjens problem. Vi måste vidga vårt vetenskapsbegrepp från det snävt naturvetenskapliga. Vi får inte glömma preventionen, eller begränsa oss till ett rent medicinskt fält. Vi måste lära oss att slå larm eller alarm när vi ser missförhållanden. Och det ser vi – ingen vet så mycket om Svenska Folket som distriktssköterskan. På alla dessa områden har vi hjälp av arbetet i u-land. En annan sak man lär där är att inte starta ofrukt-samma gräl primärvård – specialist.

Korrekt bemötande botar tonsillit

Distriktsläkare Björn Olsson hade i Sandviken delat in 58 patienter med odlingsverifierad streptokocktonsillit i två grupper. Den ena undersöktes i mörkrum med panna- och svalglampa, näsa och öron, och informerades sedan på läkarexpeditionen om diagnos, behandling och prognos, varefter recept skrevs. Den andra gruppen undersöktes på ett vanligt undersökningsrum med ficklampa och spatel, informerades kortfattat om diagnos och behandling, varefter ett i förväg skrivet recept överlämnades.

Efter två dagar telefonintervjuades patienterna. Gruppen med det personliga bemötandet upplevde signifikant mindre halsbesvär och bättre behandlingseffekt. 52% i denna grupp tyckte det kändes mycket bättre i halsen mot 13% i den andra gruppen. Endast 5% tyckte inte behandlingen hjälpte, jämfört med 30% i gruppen med det "korthuggna" bemötandet.

Daghemsbarn är friskare som skolbarn

Margareta Söderström, distriktsläkare, Dalby, redogjorde för en enkätundersökning av föräldrarna till 222 nio-

åriga barn om bla barntillsyn och sjuklighet hos barnet. Av de 160 enkäter som besvarades hade ett fåtal varit på daghem i 1-årsåldern och 28 barn i 6-årsåldern. 31 respektive 58 barn hade varit i familjedaghem. Det var ingen skillnad i besöksfrekvensen på lasarettets mottagningar mellan daghems- och hemmabarn, medan daghemsbarnen gjorde fler besök på distriktsläkarmottagningen i Dalby (80–90% för luftvägsinfektioner). Utöver detta tidigare kända faktum visade undersökningen att daghemsbarnen under de första skolåren gjorde färre besök i Dalby än hemmabarnen, ett faktum som dels borde införas i samhällsdebatten, dels antagligen ger tröst till hårt drabbade dagisbarnföräldrar. 19% av föräldrarna i undersökningen tyckte så här i efterhand att infektionerna utgjort ett mycket stort eller ganska stort problem.

Ett välarrangerat möte

Ytterligare en rad bra föredrag visade på bredden i det allmänmedicinska FoU-arbetet. Höstmötet kommer att sammanfattas i en skrift som kan beställas från Allmänmedicinska institutionen, Umeå vårdcentral, Box 10093, 900 10 Umeå. Sammanfattningsvis var höstmötet mycket välarrangerat och gav mig många impulser för större och mindre förändringar i vardagsharvan-det.

Författarpresentation

Lars Jerdén är distriktsläkare vid Vårdcentralen Tisken, Falun.

Postadress: Vårdcentralen Tisken, Myntgatan 8, 791 51 Falun



Rapport från socialstyrelsen

Ska forskning vara nyttig?

Ska forskning vara nyttig? (PM 154/86) är titeln och den kanske oväntade fråga som möter läsaren på omslaget till en bok från socialstyrelsen. Svaret är inte så självklart som man kanske frestas tro – allra minst när det som här rör forskning om människan och samhället.

Forskning som försöker göra sig nyttig genom att vara direkt tillämpbar utmanar sällan "fakta" eller etablerade föreställningar. Den verkar sällan förändrande därför att den är en så dålig vägvisare till alternativen. Det är en av de slutsatser Göran Dahl, ställd inför frågan på bokomslaget, drar i ett av sina bidrag i boken. Dahl forskar i bla vetenskaps- och kunskaps-sociologi.

Hur förhåller sig vetenskap till de kunskaper vi alla får genom att leva? Förmår manne litteraturen, tex en

roman, att bättre tala till våra erfarenheter och ge nya insikter än vetenskapen – sannings främste företrädare? Göran Dahl har en del att säga också om detta.

Vad kan man använda forskning till? Vad kan man lära av forskning? är rubriken på den andra av Göran Dahls uppsatser i boken.

Mellan Dahls båda uppsatser möter vi ett bidrag författat av Kjell Nilsson, civilekonom och doktorand i sociologi och Sune Sunesson, professor i socialt arbete. Tillsammans med några andra forskare har Nilsson & Sunesson undersökt hur forskning används inom socialtjänsten i ett antal kommuner. Det är väl inte utan att de vänder upp och ned på dominerande uppfattningar om vilken roll forskningen kan ha.

En av många iakttagelser de gjort är att forskning ibland används utan att användarna är medvetna om det (eller vill erkänna det), den liksom smyger sig på användaren. Det tycks också vara så att "förvaltningschefer och högt uppsatta personer i Social-Sverige" mest använder forskning "för att hantera och utkämpa konflikter antingen inom förvaltningarna eller i den lokala politiken".

Kjell Nilsson & Sune Sunesson avrundar sin framställning med att säga, att hur forskning används kan ses som aspekter av en organisations sätt att arbeta. Maktfördelning, ansvarsförhållanden osv avgör vem som använder forskning i en organisation och hur den används.

Rapporten kan beställas från socialstyrelsens distributionscentral, 106 30 Stockholm, mot en distributionsavgift på 15 kronor.

Information: Byrådirektör Björn Cederquist, tel 08/783 3729 eller avdelningsdirektör Lars-Erik Lundmark, tel 08/783 3676, socialstyrelsens byrå för barn- och familjefrågor.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1988

Priserna är exklusive nysättning och originalarbete. Mervärdesskatt tillkommer. Särtryck beställs från Margareta Lindborg, AllmänMedicin, 08-98 94 92

	Första 500 ex	Följ/Avg 100 ex
20 sidor (inkl. omslag)	5.240:-	260:-
16 sidor	4.170:-	210:-
12 sidor (inkl. omslag)	3.430:-	170:-
8 sidor	2.380:-	115:-
4 sidor	1.300:-	60:-
2 sidor	940:-	50:-

Efterutbildning i Dubrovnik 1987

LB06292

PETER BAECKSTRÖM

Under tiden 5–9 maj genomfördes den fjärde årliga allmänläkarkonferensen vid Interuniversity Center of post-graduate studies i Dubrovnik, Jugoslavien. En redovisning av innehållet i kursen ges i artikeln.

Nyckelord: Utbildning, allmänmedicin, efterutbildning.

Temat för årets konferens var "Training of teachers in general medical practice – application of video-tapes to training". Dessa kurser är "co-sponsored" av WHO med professor Zelimir Jaksic från universitetet i Zagreb som entusiastisk drivkraft. Årets kurskoordinator var dr Claes Kjaer från Köpenhamns universitet. Kursavgiften är mycket låg och deltagarna svarar själva för resa och inkvartering.

Till årets kurs kunde inräknas ett 40-tal deltagare från de skandinaviska länderna (jag var ende svensk), England, Belgien, Portugal, Spanien, Jugoslavien, Österrike, Egypten och Japan.

Kursuppläggning

Kursen erbjöd ett internationellt forum för utbyte av idéer och information bland läkare med ansvar för den yrkesmässiga träningen av yngre kollegor under deras utbildning till allmänläkare. Dessutom demonstrerades och gavs möjligheter till praktisk träning i användandet av videoteknik i arbetet. Kursdeltagarna delades upp i mindre arbetsgrupper (tvärnationella) med uppgift att utarbeta ett utbildningsvideoprogram inom ett av tre problemområden (a. familjen, b. patientgrupper c. grupp av kollegor). Varje grupp hade frihet att själva strukturera arbetet med målet att

- konkret inom gruppen kunna exemplifiera de olika faserna i en grupp-process och
- själva uppleva värdet av att använda verkliga situationer som underlag för videobaserad undervisning
- praktiskt "känna på" vad vi som handledare utsätter våra yngre kollegor (fv- och at-läkare) för och slutligen
- genom gruppernas sammansättning kunna påvisa skillnaderna i synsätt baserade på våra olika erfarenheter och kulturella bakgrund.

Varje grupp fick på förhand redovisa sitt val av projekt och hur man valt att basera innehållet med avseende på delasppekterna kunskapsförmedling,

färdighetsförmedling och attitydsförmedling. Inom varje grupp avkrävdes dessutom initialt en redovisning av uppläggningsen enligt den klassiska modellen:

- Tema** (i vårt fall ett av de tre alternativen familj, grupp av kollegor eller patientgrupp).
- Ram** – tidsdisposition, typ av videoinspelning, målgrupp etc.
- Pedagogiskt mål** (educational objective). Avsikten med videoprogrammet och balanseringen av innehållet med tydliga målangivelser (kunskaper, färdigheter och attityder).
- Kriterier för evaluering** – viktigt att fastställa redan i planeringsstadiet.

Praktiskt genomförande

I den grupp jag tillhörde valde vi att göra en intervju i hemmet med en 30-årig, blind familjefar och diabetiker med grav retino- och nephropati, väntande på en njurtransplantation, med avsikt att visa på de problem, möjligheter, förhoppningar och farhågor som präglar en familj i en sådan situation. Som ytterligare dimension avsåg vi att visa problemen med att inhämta information från patienten via tolk (videon är här utomordentlig för att analysera vad som förloras i översättningen från ett språk till ett annat).

Ramen för vår videofilm blev således en intervju via tolk med patienten och hustrun (i närvaro av svärföräldrar och barn och hund) i hemmet. I en andra sekvens av videoprogrammet fick samtliga gruppmedlemmar sponstant och utan att dessförinnan ha konfererat med varandra inför videokameran avge sin omedelbara reaktion på intervjun. Detta visade mycket tydligt hur olika vi uppfattade samma situation, beroende bl a på om vi var syd- eller nordeuropéer.

Den tredje delen av videofilmen bestod av en gruppdiskussion, där vi tillsammans analyserade de problem av medicinsk, social, psykologisk och juridisk natur som kunde illustreras i den första delen av filmen (intervjun). Vi kunde även mycket tydligt i gruppdiskussionen visa på de problem som uppstått vid tolkningen. Detta senare var en något skrämmande upplevelse, där vi kunde notera hur mycket som förloras i informationen vid en tolkning, trots att den tolk vi hade var, både språkligt och medicinskt, synnerligen kompetent.

Kriterierna för evaluering av utbildningsprogrammet var att åskådaren = eleven skall kunna identifiera och förstå de preciserade delasppekterna i utbildningsmålet.

Genomförande

Samtliga grupper arbetade under drygt två dagar med att ta fram sina utbildningsvideos och under en tredje dag redovisades samtliga program och betygsattes på fem punkter avseende utbildningsmässiga aspekter, innehållsmässiga aspekter, och videotekniska aspekter. Genomförandet av projektet och redovisningen innebar ett intensivt program med långa dagar och dito diskussioner, där utbytet var stort för mig, dels ur rent kunskapsmässig synpunkt vad gäller videoprogramutformning, men även vad gäller tekniken att ta fram klara kriterier för innehåll, mål och utvärdering av de utbildningsaktiviteter vi planerar.

Allmänt

Att som allmänläkare med i mitt fall ansvar för ett antal handledarkurser i hemvårdslandstinget "i ryggen" få deltaga i en internationell arbetsgemenskap av denna typ är en synnerligen stimulerande upplevelse, både kunskapsmässigt och emotionellt. I de små arbetsgrupperna utvecklades en intensiv och skapande gemenskap. Under arbetet med uppläggning och genomförande av vår videofilm kunde vi i gruppen berika varandra och, tror jag, även slutprodukten genom de i många avseenden helt olika referensramar som vi förde med oss.

Att dessutom under en vecka ha tillfälle till rikliga informella kontakter med kollegor från andra länder i den mycket pittoreska atmosfär som staden Dubrovnik kan erbjuda är en upplevelse som jag önskar att många av mina svenska allmänläkarkollegor skall få uppleva. Villkoren för en allmänläkare enbart inom Europa varierar stort, både vad gäller resurser, lönesättning och plats i det mediko-socio-politiska systemet. Att inse detta förnuftsmässigt är en sak, men att under en lång kväll under vänskapliga och förtroliga former få detta berättat för sig av kollegor från andra länder är en oerhört mycket djupare och rikare upplevelse, som kan hjälpa mig att se min egen funktion och arbetsuppgift i ett annat och vidare perspektiv.

Slutsats: Har du möjlighet att delta i något liknande – åk!

Författarpresentation:

Peter Baeckström, distriktsöverläkare vid Brickegårdens vårdcentral.

Postadress: 691 81 Karlskoga

Egenvård i teori och praktik – en samhällsmedicinsk utvärdering

Per-Olof Östergren, Staffan Bodén, Bengt Olsson & Leif Svanström

Lund: Studentlitteratur, 1985.

I Sverige påbörjades diskussionen kring begreppet egenvård i mitten på 70-talet, men fenomenet hade en lång historia. Vården och omsorgen av gamla, svaga och sjuka har alltid varit en del av vårt mänskliga levnadsöde. Uppbyggnaden av den moderna sjukvårdsapparaten befriade oss från en arbetskrävande delaktighet i livets avigsidor. Döendet blev en klinisk händelse, inte livets final, den erfarnes upplopp inför målsnöret. Att dö mänskligt med sina nära och kära närvarande, tryggt och stilla, borde vara vår rätt om vi så önskar.

Behovet av egenvård i form av vård och behandling av vardagslivets sjukdomar och hälsoproblem har inte byggts bort. Merparten av alla symptom behandlar vi som lekmän i familjen. Det är i detta perspektiv som utvecklingen av egenvårdshäften skall ske. Apoteket i Skellefteå var tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen i distriktet pionjärer i utvecklandet av upplysningshäftet om relevanta åtgärder vid olika vardagliga hälsoproblem.

Denna bok redovisar en samhällsmedicinsk utvärdering av sådan verksamhet i samverkan mellan vårdcentralen och apoteket i Sjöbo. I bokens nio kapitel beskrivs projektets bakgrund, syfte, metodik och resultat. I det avslutande kapitlet diskuteras resultaten föredömligt. I bilagorna återges egenvårdshäftet, post- och apoteksenkäterna och intervjuunderlaget. Det är bra att Studentlitteratur gett ut boken, som förutom att vara lärobok, kan tjäna som underlag för liknande målinriktat forsknings- och utvecklingsarbete.

Målet med egenvårdsarbetet i Sjöbo var följande:

- att förbättra informationen om vissa symptom och dess behandling vid enklare besvär och sjukdomsfall
- att styra konsumtionsnivå och val av receptfria läkemedel
- att förbättra utnyttjandet av de tillgängliga vårdresurserna
- att försöka producera ett underlag för fortsatt diskussion kring attityder och aktivitet kopplad till vårdbeteende i en befolkning.

Ett led i detta arbete var utarbetandet av egenvårdshäftet, som i Sjöbo omfattade ett fåtal områden: barnvård, hudbesvär, magbesvär, smärta

samt luftvägsbesvär. Häftet distribuerades som masskorsband till samtliga hushåll i kommunen. Under 7–8 veckor understöddes introduktionen av häftet med artiklar och reportage i de tre dominerande tidningarna, där varje vecka ett avsnitt av egenvårdshäftet behandlades och en fördjupad information gavs av någon representant från sjukvårdspersonalen.

Ett andra led i egenvårdsarbetet var utvärderingen, som ingående och initierat presenteras i denna bok. Utvärderingen baseras på en postenkät med 71% deltagande bland 400 utvalda hushåll, en enkät till apotekskunder omfattande 414 inköp gjorda av 336 kunder samt personliga intervjuer med 30 deltagare i postenkätstudien. I det följande skall några resultat återges. Därefter skall några kritiska synpunkter ges.

I Sjöbo-undersökningen hade 74% av hushållen uppmärksammat egenvårdshäftet och 55% angav att de läst det under de 3 månader som gått sedan häftet skickats ut. En något högre andel av pensionärer hade läst häftet och en lägre andel bland barnfamiljer. Det var framför allt symtomfria pensionärer som uppgav att de läst häftet, medan motsatsen gällde för barnfamiljerna. Vidare redovisades för de symtomfria en lägre läsfrekvens i socialgrupp 3 och lantbrukargruppen jämfört med socialgrupp 1 och 2. Någon socialgruppskillnad i läsfrekvens noterades ej bland de som hade symptom.

I undersökningen framkom att 17% av symptomen medfört professionella vårdkontakter, i 23% av fallen angavs ingen åtgärd, medan 60% av episoderna föranlett egenvård i form av mediciner med receptfritt preparat. Egenvård med läkemedel tillämpades i lika stor utsträckning av de som läst häftet, som av de som inte läst det.

En fördjupad analys visade dock att egenvård var mindre vanlig vid luftvägssymtom och större vid magtarmbesvär och hudbesvär samt smärta/värk bland de som läst häftet. Det är dock svårt att i denna studie dra en slutsats om detta verkligen är förändring av vårdbeteendet som följd av läsning eller om det finns någon bakomliggande faktor som förklarar läsandet.

Bakgrundsfaktorerna inverkade på läsbenägenheten av häftet. Pensionärgruppen hade oftare läst och barnfamiljerna mindre ofta än befolkningen i genomsnitt. Bakgrundsfaktorerna inverkade också på förväntat sätt när det gäller symptompanoramat genom en större andel luftvägsinfektioner i barnfamiljerna och mer smärta/värk i pensionärshushållen. Barnfamiljerna med symptom hade en större tendens att läsa häftet än de utan symptom, medan det däremot i pensionärshushållen var de utan symptom som oftare hade läst egenvårdshäftet.

Vårdbeteendet påverkades av sym-

tomtypen framförallt på så sätt att ett lågt professionellt vårdutnyttjande uppvisades vid luftvägsbesvär och ett högt för smärta/värk.

Den slutsats som författarna drar är att vårdbeteendet går att styra med egenvårdsinformation, dock med olika resultat i olika grupper av befolkningen. Däremot redovisar man inga resultat som skulle tyda på att en satsning på egenvårdsinformation generellt skulle innebära en kvantitativ betydande avlastning för de professionella vårdgivarna. Det betonas dock att kunskapsförmedlingen i sig har positiva värden genom att stimulera till ökad aktivitet och ökat intresse att söka ytterligare information. Det gäller här att starta en god cirkel, där människor stimuleras till aktivt deltagande i förverkligandet av en hälsa för alla.

Boken ger en intressant redovisning av kunskaper som kan nås genom att flera olika ansatser kompletterar varandra i belysandet av resultat och verkningar av en hälsoupplysningsinsats. Bristen i uppläggningsdelen av denna undersökning är att man endast har en efterundersökning, dvs ingenting finns med om hur egenvården var i Sjöbo kommun innan arbetet med egenvårdshäftet och massmediaaktiviteterna startades. En longitudinell undersökningsansats skulle i och för sig varit mer kostnadskrävande, men samtidigt givit möjlighet att bättre belysa sambanden mellan bakgrundsvariabler, symptom, läsning av häftet och vårdbeteendet.

I resultatredovisningen finns en onödig upprepning av flera tabeller som återkommer i något omdisponerad form. Det skulle ha underlättat för läsaren om vissa av dessa tabeller hade utgått eller ersatts av figurer. Undersökningen innehåller mycket detaljinformation, vilket skapar många förutsättningar för analyser. Personligen tycker jag det skulle vara intressant att veta mer om de grupper av människor som verkligen har dragit nytta av egenvårdshäftet och förändrat sitt vårdbeteende. Vilka är de och vilka är de viktigaste faktorerna? På samma sätt vore det intressant att veta om det var så att, som vissa kritiker påpekat, egenvårdsinformation i tryckt form gav upphov till några inadekvata vårdbeteenden.

Boken om Egenvård i teori och praktik är som helhet en mycket intressant och stimulerande läsning. Det rekommenderas för alla som arbetar inom primärvårdsområdet och det samhällsmedicinska fältet. Vi behöver kritiskt granska och utvärdera försöken att förverkliga en hälsopolitik där människors delaktighet och ansvar ökas. Därför förtjänar egenvårdssatser utvärderingar på samma sätt som vi bör kräva utvärderingar av annan medicinsk teknologi.

Carl-Gunnar Eriksson

Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Göran Samsioe
**Att få
självkänslan
tillbaka**

Behandling av äldre kvinnor med urogenitala besvär



Ungefär varannan kvinna i 60-årsåldern har östrogenbrist. Det ger problem i form av tunna, torra och sköra slemhinnor i underlivet, vilket i sin tur ofta orsakar blödningar och flytningar. Trängningar och sveda vid vattenkastningar är också vanligt.

Docent Göran Samsioe, KK Sahlgrenska Sjukhuset, diskuterar utredning, diagnostik och behandling av de här problemen i en nyutkommen skrift som heter "Att få självkänslan tillbaka". Du kan beställa den från Organon AB på beställningskortet nedan!

Referenser

Iosif C, Bekassy Z. Prevalence of genitourinary symptoms in the late menopause. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63. Brandberg A, Mellström D, Samsioe G. Peroralt östriol till äldre kvinnor med urogenitala infektioner. *Läkartidningen* 1985;82:40.

Tabletter 1 mg, 2 mg. Vaginalkräm 0,1 %, Vagitorier 0,5 mg* med östriol –naturligt lågdosöstrogen som bygger upp atrofierade slemhinnor i underlivet.

* vid vaginal atrofi



Organon AB, Box 5076, 421 05 Västra Frölunda. Tel 031-29 94 80.

BESTÄLL!

Ja tack jag vill ha "Att få självkänslan tillbaka" av docent Göran Samsioe.
(Texta gärna!)

Namn _____

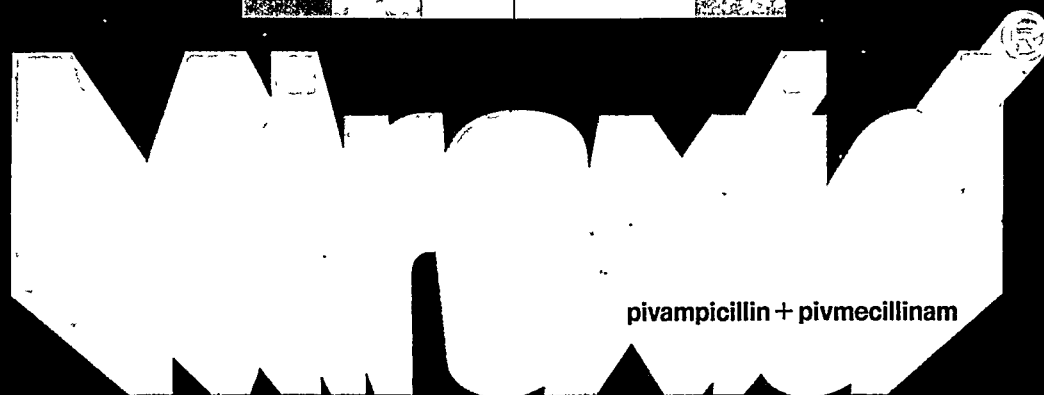
Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM



Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- ☐ Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
- ☐ Snabbare baktericid effekt än med enkelkomponenterna var för sig.
- ☐ Den ringa påverkan på tarmens normalflora innebär mindre risk för super- och reinfektioner.
- ☐ God tolerans jämfört med andra bredspektrumantibiotika.

Miraxid® — när effekt och tolerans får avgöra preparatvalet.

Miraxid: pivampicillin + pivmecillinam

Grupp 7B 4020

Tabletter. En tablett Miraxid innehåller 200 mg pivmecillinam + 250 mg pivampicillin. En tablett Miraxid mite innehåller 100 mg pivmecillinam + 125 mg pivampicillin.

Indikationer: Infektioner orsakade av mikroor-

ganismer känsliga för Miraxid, tex övre urin-vägsinfektioner och komplicerade nedre urin-vägsinfektioner.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Förpackningar: Miraxid, Miraxid mite 30, 100 st.

