

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



TEMA

4
1988

PREVENTION

”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 Distalgescic 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).



DISTALGESIC ΔR

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

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, t.ex. 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 utgivnings-vecka
5/88	1/ 9-88	44
6/88	6/10-88	48
1/89	5/12-89	6
2/89	23/ 1-89	14
3/89	28/ 3-89	22

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

Omslagsbild: Bo J A Haglund

Kalendarium

X 116

Ledare:

Alma Ata-Ottawa-Adelaide-Sundsvall steg mot ett hälsovänligare samhälle

U 117

Bo J A Haglund

Föreningsnytt:

Valberedningen deklarerar

Bengt Dahlin, Britt-Gerd Malmberg, Göran Westman,

U 118

Meta Wiborgh

Debatt:

Kommentar - Kritik som stämmer till eftertanke - Funderingar runt sjukhuskollegas artikel

U 119

Lena Svidén

Allmänmedicinskt institut i Umeå?

U 120

Bo Bjerre

Kommentar

U 120

Göran Westman

Relevant ryggnamnes - vad är det?

U 122

Margareta Troein, Katarina Hamberg

Kurser & Konferenser:

Norrländska allmänläkardagar i Östersund 3-4 sept 1987

U 122

Olof Englund

TEMA Prevention:

Primärvården, alkoholen och hälsa för alla år 2000

U 123

Erik Trell

Icke-farmakologisk behandling av hypertoni - modell för utveckling av ett offensivt hälsoarbete. Teoretiska överväganden

U 126

Birger Gran

Apoteksbolaget:

Frågor och svar om läkemedel

U 131

Lars-Olof Hensjö

Receptkunder får numera information om sin medicin på apoteket

U 132

Britta Lisper

Allmänläkarens del av psykofarmakaföreskrivningen

U 134

Ingegerd Agenäs

TEMA Prevention:

Erfarenheter av tobaksintervention - en litteraturgenomgång

U 135

Gunnar Hyllienmark

Hälsoarbete i lokalsamhället - Arjeplogs-projektet

U 138

Bo Henricson

Hörnpelarna för hälsoupplysning på samhällsnivå

U 143

Föredrag vid Kost och Hälsa VI, Huddinge sjukhus

Carl-Gunnar Eriksson

Första nordiska hälsoupplysningskonferensen: Tvärsektoriellt forum för erfarenhetsutbyte om strategier, kunskaper och metoder i hälsobefrämjande arbete

U 145

Bo Henricson, Per Tillgren

Strömstadsprojektet - ett försök att påverka riskfaktormönstret i en kommun med ökad mortalitet i slaganfall hos kvinnor

U 147

Cecilia Björkelund, Margareta Persson,

Birgitta Carazo, Lis Olsson, Gil Frid, Hans Ekman,

Calle Bengtsson

Miljömedicinsk diagnostik:

Befolkningsinriktat arbete miljö - hälsa - ohälsa

U 149

Maj-Britt Mårtensson, Birgitta Gunnarsson,

Urban Lantz, Thor Lithman

SEPT 1988

□ **12–17 september.** 39th International congress on general practice, KLAGENFURT, Österrike.

Information: Secretariat of the SIMG, Mrs Sigrid Taupé, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstrasse 22, Österrike.

□ **27–30 september.** Det nordiska samhällsvetenskapliga alkoholforskarmötet 1988, MARIEHAMN, Åland.

Information: NAD, Annegatan 29 A, 23, SF-00100 Helsingfors, tel (90) 694 80 82.

□ **29–30 september.** Svensk förening för allmänmedicin, Höstmöte, GÄVLE, Sverige.

Information: D1 Mats Ribacke, Sättra Hälso-central, Sicksackvägen 34, 803 60 Gävle. Tel. 026-17 70 40.

OKT 1988

□ **10–12 oktober.** Symposium om sväljningssvårigheter.

Information: Doc Olle Ekberg, Röntgenavdelningen, Allmänna sjukhuset, 214 01 Malmö.

□ **24–26 oktober.** Kurs i näringslära, LIDINGÖ, Sverige.

Information: Annette Lindberg, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08/24 50 85.

NOV 1988

□ **7–11 november.** Grundkurs: Klinisk läkemedelsprövning, TÄBY, Sverige.

Information: Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1181, 111 81 Stockholm, tel 08/24 50 85.

□ **21–25 november.** Kurs: Läkemedelsvärdering, LERUM, Sverige.

Information: Inger Jansson, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel (08) 24 55 85.

□ **29–2 december.** Svenska Läkaresällskaps Riksstämman, ÄLVISJÖ, Sverige.

Information: Svenska Läkaresällskapet, Box 558, 101 27 Stockholm.

DEC 1988

□ **5–11 december.** 3rd International Symposium on hypertension in the community, TEL AVIV, Israel.

Information: Kenes, PO Box 50006, Tel Aviv 61500 Israel.

□ **10–13 december.** International health-care conference, HONG KONG.

Information: The Hong Kong Nursing, Management Society, 16/F, SPA centre, 53–55 Lockhart Road, Wanchai, Hong Kong.

FORTSÄTTNINGS- OCH REPETITIONSKURSER FÖR DISTRIKTLÄKARE

STYRELSEN FÖR PROVINSIALLÄKARFONDEN ämnar under hösten 1988, under förutsättning av vederbörande sjukvårdshuvudmans medgivande, anordna följande efterutbildningskurser för distriktsläkare.

Vid Lasarettet i Borås

1. *Gynekologi* under tiden 1988-11-07–11. Kursledare: Överläkare Olle Johansson.

Vid Danderyds sjukhus

2. *Psykatri* under tiden 1988-12-05–09. Kursledare: Överläkare Börje Wistedt.

Vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg

3. *Praktisk farmakoterapi* under tiden 1988-10-03–07. Kursledare: Professor Nils Svedmyr.

Vid lasarettet i Halmstad

4. *Öppenvårdskirurgi* under tiden 1988-09-19–23. Kursledare: Överläkare Sune Isacson.

Vid Huddinge sjukhus

5. *Neurologi* under tiden 1988-10-31–11-04. Kursledare: Professor Hans Link.

Vid hälsouniversitetet i Linköping

6. *Terapeutisk hållning – relationer – samtalskonst* (Wretmark-kurs) under tiden 1988-11-08–11. Kursledare: Professor em. Gerdt Wretmark.

Vid Skönviks rehabiliteringscenter i Säter

7. *Ortopedisk medicin, ssk extremitetsdiagnostik* under tiden 1988-09-05–09. Kursledare: Överläkare Franz Mildnerberger.

8. *Ortopedisk medicin, ssk ryggdiagnostik* under tiden 1988-11-21–25.

Kursledare: Överläkare Franz Mildnerberger.

I Stockholm (Kurslokal meddelas senare)

9. *Praktisk datalära och medicinsk informationsbehandling* under tiden 1988-10-03–07. Kursledare: Distriktsläkarna Britt-Gerd Malmberg och Birger Gran.

Vid lasarettet i Västerås

10. *Akutmedicin* under tiden 1988-10-24–28. Kursledare: Distriktsläkare Lennart Hell-sing.
11. *Ögonsjukdomar* under tiden 1988-10-10–14. Kursledare: Överläkare Göran Prame.

Kurserna är avgiftsfria. Ur fonden utgår ej bidrag till resekostnad eller uppehållskostnad på kursorten. Distriktsläkare som antagits till fondens kurser bör därför hos sin huvudman begära ersättning härför enligt de regler som gäller hos resp huvudman. Fondens kurser förväntas komma att tas upp i landstingsförbundets katalog Externa Kursgivare.

Efter prövning av NLV:s ämnesexpertgrupp kan socialstyrelsen medge att fondstyrelsekurs räknas likvärdig med NLV-kurs för erhållande av specialistkompetens i allmänmedicin.

Anmälningar om deltagande i ovannämnda kurser skall insändas till Svenska distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 STOCKHOLM senast 1988-05-11. Ansökan skall förutom sökandens namn, tjänsteställning, adress och telefonnummer innehålla uppgift om eventuell specialistkompetens. Vid ansökan till flera kurser bör anges önskad prioritering.

SFAM:s Vårmöte 1989

Vi vill redan nu hälsa er sagolikt välkomna till vårmötet i Sunne 20–21 april 1989. Mitt i hjärtat av Värmland på Hotell Selma Lagerlöf och med temat

LIVSSTIL – MILJÖ – HÄLSA

Kan vi påverka livsstilen? Hur inverkar miljön på vårt sätt att leva? Kan vi mäta effekter på hälsan? – Det finns många aspekter på detta tema och vi vill gärna få in manus till fria föredrag och posters.

Manus och skriftliga besked skickas till Christina Nerbrand, VC Gripen, Box 547, 651 09 Karlstad (Tel 054-10 50 00). Du kan också ringa till Stig Andersson, Säfte 0533-810 00 eller Stefan Bernesjö, Arvika 0570-131 00.

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

□ **7–9 augusti.** 7th International Balint Conference

Information: D1 Conny Svensson, Utvecklings-enheten, Drakenbergsgatan 39, 117 41 Stockholm.

□ **23–26 augusti.** Nordisk Kongress i Allmänmedicin, Århus.

Information: Prof Carl Erik Maabeck, Inst för allmänmedicin, Århus, Danmark.

□ **17–21 september.** First World Conference on Accident and Injury Prevention. Safety—a Universal Concern and a Responsibility for All Stockholm.

Information: Gunilla Bjärås, Inst för socialmedicin, Karolinska Institutet, 172 83 Sundbyberg. Tel 08-98 94 61.

Se också sid 150.

Alma Ata—Ottawa—Adelaide—Sundsvall steg mot ett hälsovänligare samhälle

4306310

Förebyggande och hälsobefrämjande arbete har sin grund i dels ett **personligt engagemang** för fred och social rättvisa och dels i en delaktighet i en **gemensam vision** av vägen mot ett hälsovänligare samhälle.

Engagemanget för fred och social rättvisa fanns under slutet av 1960 talet internationellt inom det arbete som besjålade WHO med visionen hälsa för alla år 2000. Den reella grunden är att 1 miljard människor lever på svältgränsen, att barnadödligheten är 10 – 20 gånger högre i u-länder och att mödradödligheten vid graviditet och förlossning är upp till 200 gånger högre. Hälsa för alla strategin innebär en revolutionär förändring av samhället och ett fullständigt nytänkande inom hälso- och sjukvårdssektorn: Lika rätt till hälsa för alla, social kontroll av hälso- och sjukvårdssektorn, en omorientering av hälso- och sjukvårdspersonalens arbete, samt en uppfattning av hälsa som en avgörande del av utvecklingsprocessen: i landsbygdspolitiken, industripolitiken, miljöpolitiken... Detta innefattas i "the Spirit of Alma Ata" och kom till uttryck i Alma Ata deklARATIONEN från år 1978.

För att uppnå hälsa för alla underströks behovet av en väl utbyggd primärhälsovård i alla WHO:s medlemsländer. Förebyggande och hälsobefrämjande arbete i lokalsamhället är en av primärhälsovårdens viktigaste arbetsuppgifter. Men, dessa uppgifter måste genomföras i samverkan med offentliga och frivilliga organisationer.

Europamål för hälsopolitik

Primärvårdens ansvar i det förebyggande arbetet har understrukits än mer för Europa genom att medlemsländerna vid WHO:s regionalmöte i Stockholm 1984 antog 38 mål för hälsa för alla till år 2000 (återgivna bl a i Nordisk Medicin 1988;103:156-7). Dessa "38 hälsopolitiska mål för Europaregionen" är en vidareutveckling av den rörelse som såg dagens ljus i Alma Ata.

Det första målet är: "År 2000 skall skillnaderna i hälsotillstånd mellan länder och mellan befolkningsgrupper inom länderna ha minskat med minst 25 procent genom att hälsolivnivån förbättrats för sämre gynnade länder och grupper. Detta mål skulle kunna uppnås om de grundläggande förutsättningarna för hälsa tillgodoses för alla, om hälsorisker som hör samman med levnadsvanor minskas och förhållanden i arbetslivet förbättras och en bra primärvård finns tillgänglig för alla". I

mål 26 understryks vikten av en utbyggd primärvård "såsom skisserats vid Alma-Ata konferensen".

I Folkhälsorapporten (Socialstyrelsen redovisar 1987:15) redovisas att skillnaderna i sjuklighet och dödlighet ökat under 1970-talet mellan olika befolkningsgrupper i Sverige. Den ökande dödligheten finns framför allt hos dem som arbetar inom tillverkningsindustri (LO-kollektivet), arbetslösa och förtidspensionerade grupper, medan grupper med akademiska och tekniskt-administrativa yrken haft en kraftigt minskad dödlighet under samma tidsperiod. Sverige får således mycket svårt att hålla den första målsättningen i Europamålen om trenderna fortsätter.

Samma sak gäller också målsättningen om en omorientering av hälso- och sjukvården mot ökad satsning på primärvård. Sedan 1980 har en minskad andel av bruttonationalprodukten (BNP) gått till Hälso- och sjukvården och i takt med minskningen har landstingen satsat allt mindre på primärvården. I en nyligen publicerad undersökning från Stockholm påvisas att det framför allt är LO-kollektivets medlemmar som utnyttjar primärvårdens tjänster och därmed drabbas av stagnationen.

Ottawa

Ottawa-manifestet om hälsobefrämjande arbete (Socialstyrelsen 1987) har samma betydelse som Alma Ata deklARATIONEN. Konferensen i Ottawa, Canada år 1986, utgör den första i raden av tre WHO konferenser som avser att tydliggöra vad en hälsobefrämjande samhällspolitik (healthy public policy) är och utgör ett nytt avstamp i rörelsen mot en bättre folkhälsa. Komponenterna i den hälsobefrämjande politiken sammanfattades vid Ottawakonferensen i nedan figur.

den hälsobefrämjande politiken utgörs av följande komponenter:



Att möjliggöra (enable), förmedla (mediate) och förespråka (advocate) hälsotressen utgör centrum i figuren. Dessa begrepp ligger nära det jag

inledningsvis menar vara förutsättningen för det förebyggande arbetet; ett personligt engagemang för fred och social rättvisa.

De tre vingarna eller visionerna i symbolen för skapandet av en hälsoinriktad samhällspolitik utgör samtidigt huvudinnehållerna i de tre konferenserna. I Ottawa gavs ramen med betoning på förnyelse av hälso- och sjukvården. I Adelaide, Australien 1988, gavs rekommendationer för hur lokala aktioner och personliga färdigheter skall utvecklas. Vid den avslutande konferensen 1991 i Sundsvall, Sverige, skall strategier för att skapa stödjande miljöer för en hälsobefrämjande samhällspolitik diskuteras och utvecklas.

Konferensen i Ottawa tog utgångspunkten i att skapandet av en hälsobefrämjande politik innebär kompletterande insatser som lagstiftning, ekonomiska åtgärder, beskattning och organisatoriska förändringar. De samordnade insatserna leder till bättre hälsa. Inkomst- och socialpolitiken kan bidra till större jämlikhet. Målet för aktiviteterna skall vara att det hälsosamma valet för medborgarna blir det enklaste valet.

Att stärka möjligheter till insatser på lokal nivå utgör en annan av punkterna i Ottawa-manifestet. Avgörande i denna process är att ge varje lokalsamhälle makt och kontroll över sin egen framtid och utveckling. Detta förutsätter fullständig och fortlöpande tillgång till information, hälsoundervisning samt ekonomiskt stöd.

Att utveckla personliga färdigheter som ökar människornas möjligheter till kontroll över både sin egen hälsa och sin miljö och att göra sådana val som leder till bättre hälsa är ytterligare en punkt i manifestet. I skolan, i hemmet, på arbetet och i samhället i övrigt måste skapas utrymme för detta.

Vid Ottawa-konferensen betonades att: "Hälso- och sjukvården måste förstärka sina hälsobefrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, vid sidan av sitt traditionella ansvar för att utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården måste få ökad känslighet och respekt också för kulturella behov. Med ett vidgat ansvar kan hälso- och sjukvården tillgodose hälsobehoven hos enskilda individer, grupper av individer och lokalsamhällen. Ansvaret innebär också att nya kanaler öppnas mellan de sektorer som svarar för sociala, politiska, ekonomiska frågor och den fysiska miljön.

En förnyelse av hälso- och sjukvården kräver också ökad uppmärksamhet på hälsopolitisk forsknings- och utvecklingsarbete, liksom på förändringar av personalens grund- och vidareutbildning. Detta måste leda till en attitydförändring inom hälso- och sjukvården och en ny organisation som utgår från en helhetssyn och innebär att intresset åter riktas mot individens totala behov".

Adelaide

Om Ottawa-konferensen drog upp riktlinjer, var målet med Adelaide-konferensen att analysera och dra lärdomar av praktiska exempel från olika länder. Hur ser det hälsobefrämjande arbetet ut i praktiken? På nationell nivå, på landstingsnivå eller i lokalsamhället? Hur formas en hälsobefrämjande samhällspolitik för att förändra kost-, tobaks- eller alkoholvanor?

Arbetet under konferensen grundades på fallstudier i mindre grupper. Analyserna från arbetsgrupperna fördes vidare till plenum som resulterade i "Adelaide-rekommendationen" vid konferensens slut. Fallstudierna redovisades efter en mall som gav möjligheter till jämförande analyser av hinder och möjligheter vid praktiskt hälsobefrämjande arbete. Några frågeställningar som belystes var: Vilka var de allmänpolitiska förutsättningarna? Vilka aktörer deltog i formandet av program? Individer och organisationer av betydelse? Hur genomfördes programmet? Vilka var tillskyndare och motståndare under denna process? Vilken betydelse har det beskrivna fallet för den allmänna utvecklingen? Från Sverige redovisades Stockholms Cancer Preventiva Program (Stockholms landstings hälsovårdsserie nr 170, 1988).

I rekommendationerna betonades det första av Europamålen med strävan mot en ökad jämlikhet. Några aktionsområden lyftes fram: att ge stöd till kvinnors hälsa, att skapa förutsättningar för tillräcklig och adekvat föda, att alla medlemsländer sätter upp mål

för att reducera alkohol och tobakskonsumtionen till år 2000, att alla medlemsländer ger sitt stöd i skapandet av stödjande miljöer för en hälsobefrämjande politik. Detta stöd kan ges genom att skapa nya constellationer av samarbetsparter i det förebyggande arbetet vilket var en av de viktigaste lärdomarna av fallstudierna vid konferensen.

Mot Sundsvall – en utmaning för Norden och Sverige

Att skapa stödjande miljöer är inte bara att se till den ekologiska balansen och naturresurserna som bör vårdas utan handlar också om hur människors vardagsliv är utformat – är arbete och fritid verkligen källor till hälsa?

Men vågar vi följa Halfdan Mahler, WHO:s nu avgående generaldirektör, och diskutera i klartext de "stora ekonomiska och politiska intressen samt dessutom professionella särintressen, som kämpar för att upprätthålla status quo, trots att felnäring, alkohol- och tobaksmisbruk och trafikolyckor är bland de största orsakerna till sjuklighet och död i Europa. Massmedierna är tämligen tysta om förhållandet och den offentliga opinionen är inte speciellt starkt mobiliserad. Har någon av oss upplevt en protestmarsch mot massakrerna på våra vägar, mot den sociala och fysiska misären bland Europas miljoner alkoholister? Har vi någonsin sett en TV-gala för de ca 500 000 som dör varje år i Europa till följd av tobaksbruk? Europas smörberg – som bara i de skandinaviska länderna skördar tiotusentals offer varje år – växer och försäljes utan någon protest" (Nordisk Medicin 1988;103: 1545).

Efterutbildning i folkhälsoarbete – Master of Public Health – har växt fram vid flera universitetsorter i Sverige under de senaste åren. Dessa utbildningsinsatser, fortfarande i form av försöksverksamhet, är en nödvändighet för att förverkliga det hälsobefrämjande arbetet i Sverige. Fram till 1991 borde Sverige kunna visa upp en reguljär sådan utbildning vid flera

universitetsorter med stöd av utbildningsdepartementets medel.

För svensk del måste vi också de närmaste åren på nytt se en tillväxt av primärvården. Samtidigt måste innehållet i verksamheten omorienteras mot ett förebyggande och hälsobefrämjande arbete. När det är så att det framför allt är LO-gruppen som utnyttjar primärvården och när det dessutom är så att deras hälsa blir alltmer eftersatt, är det viktigt att nya former för hälsobefrämjande aktiviteter utarbetas tillsammans med de grupper som missgynnats i vårt välfärdssamhälle.

48-kronan en möjlighet för health promotion!

De 48 kronor per invånare som staten enligt Dagmaröverenskommelsen ger till landstingen sedan några år tillbaka är avsedda för intensifierade förebyggande och hälsobefrämjande verksamheter i våra landsting. Trots detta har flertalet landsting valt att lägga in dessa medel i den ordinarie budgeten utan någon koppling till en omorientering av hälso- och sjukvårdens aktiviteter. Men landstinget i Västernorrland är ett föredöme och undantag. Av de 12,6 miljoner som tilldelas landstinget per år av Dagmarpengar har mer än 8 miljoner avsatts för nya samhällsinriktade förebyggande insatser och hälso- och miljöupplysning. Landstinget är dessutom det första i Sverige som beslutat om en rökfri sjuk- och hälsovård. Det är därför med tillfredsställelse som vi ser fram emot konferensen i Sundsvall 1991. Vid den konferensen hoppas vi att det finns fler delegater som är kvinnor och fler från utvecklingsländerna. Efter som den hälsobefrämjande samhällspolitik formas av många sektorer i samhället hoppas vi också se ansvariga från sektorer utanför hälso- och sjukvården diskutera hur stödjande miljöer formas i skapandet av det hälsovänliga samhället.

Bo J A Haglund

Förenings
nytt

Valberedningen deklarerar

Valberedningen vill inför SFAM:s årsmöte 1988 deklarerar de principer vi arbetat efter när vi lägger fram vårt förslag till kandidater för styrelseposterna.

Vi gör detta för att vi under arbetet upplevt att olika grupperingar inom föreningen har skilda uppfattningar om föreningens mål och därmed styrelsrepresentationen.

Angående stadgarna

SFAM:s stadgar upplever vi inte längre i alla delar motsvara föreningens ställning och arbetsuppgifter. Vi ser det som en viktig uppgift för den nya styrelsen att diskutera föreningens syften och styrelsens sammansättning.

SFAM är en delförening under Svenska Läkarsällskapet. Sällskapet har några övergripande mål som bör tillgodoses nämligen att

- främja medicinsk vetenskap och forskning
- stödja och främja läkares utbildning
- verka för ett internationellt medicinskt vetenskapligt samarbete och utbyte.

I SFAM:s stadgar uttrycks detta något annorlunda. "Föreningens ändamål är

att främja efterutbildning och utveckling inom allmänmedicin."

Det finns kanske anledning att tydligare lyfta fram behovet av att vara en vetenskaplig intresseförening mer än en facklig sammanslutning.

Valberedningens utgångspunkter

Våra arbetsprinciper har varit att:

- styrelseledamot bör man endast i undantagsfall vara längre än 6 och max under 8 år
- styrelseplatserna bör fördelas med avseende på
 - regionerna
 - olika tjänstekategorier
 - könskvotering
- styrelsemedlem bör inte ha ett flertal andra förtroendeuppdrag

- styrelseledamot bör finnas som är kopplad till redaktionen för tidskriften Allmänmedicin, DLF och Ämnesexpertgruppen.

Det har inte varit möjligt att i denna omgång tillgodose att i styrelsen bör ingå privatpraktiserande läkare, distriktsläkare, företagsläkare och läkare under fortsatt vidareutbildning.

Sammanfattning

I nuläget ser vi det viktigast att som inledningsvis deklarerats få en styrelsesammansättning som gör det möjligt att arbeta vidare med de nu för SFAM mest framträdande problemen som vi upplever vara:

- att överbrygga motsättningar mellan olika intresseyttringar i föreningen

- att utforma en handlingsberedskap inför den föreslagna nya efterutbildningen
- att arbeta vidare med allmänmedicinen inför år 2000
- att se över föreningens stadgar mot ovanstående problem.

Vår tro är att de kommande styrelsemedlemmarna skall verka sammanhållande på föreningen och konstruktivt arbeta vidare på främjande av vetenskap och utbildning.

Samtidigt hoppas vi på en stimulerande fri och öppen debatt.

SFAM:s valberedning inför höstmötet 1988

Bengt Dahlin, Britt-Gerd Malmberg, Göran Westman, Meta Wiborgh

Debatt Kommentar

Kritik som stämmer till eftertanke – funderingar runt sjukhuskollegas artikel

LENA SVIDÉN

Med stort utbyte har jag tagit del av Bertil Malmödens funderingar om allmänmedicinens särart, publicerade i Allmänmedicin 188. Den kritik som framförs mot vår interna debatt är viktig och lågmäld, något som är sällsynt i dessa tider med så många påhopp av sjukhusspecialister, som både saknar kunskap och vilja till samverkan.

I sökandet efter allmänmedicinens specifika kunskapsområde kan det gå snett och den kritik som framförs av BM är värd att ta på allvar. Jag vill dock gärna komma med några synpunkter.

Alldeles självklart hoppas jag att inte endast ambitiösa allmänläkare strävar mot helhetssyn och ett humanvetenskapligt perspektiv på arbetet. Det bör vara varje läkares målsättning. Dock är detta synsätt helt nödvändigt för en bra allmänläkare, medan man faktiskt kan vara en utmärkt kirurg utan att fundera så mycket över vem man skär i.

Existentiella frågor kan aldrig bli medicinska. Men blotta kunskapen om deras existens bör vi besitta, för att inte alltid utreda "medicinskt", något som tyvärr är vanligt. Naturligtvis kan ingen få för mycket kunskap i en vid bemärkelse. Som bekant förmedlas dock i läkarutbildningen nästan uteslutande medicinsk kunskap. Ensidig

sådan kunskap – utan kännedom om vem man tillämpar den på – kan vara lika farlig som för litet medicinsk kunskap. Dvs stor medicinsk kunskap är något annat än rätt tillämpad kunskap, som ju är det vi alla bör eftersträva.

Med målsättningen ovan för ögonen vill jag bestämt påstå, att själva den arbetssituation vi allmänläkare befinner oss i, ger oss de bästa möjligheterna att se till helheten och kunna skilja på medicinska och existentiella problem.

Vi har lättare än sjukhusläkaren att återse patienten, vi vågar t ex avvakta några timmar med det femte anfallet av buksmärtor hos en välkänd patient på ett annat sätt än läkaren på akuten som inte sett patienten förr – och som snart måste lämna över ansvaret till en ny jourläkare.

Det sägs ibland att vi i primärvården gör så många rutinkontroller, som inte ändrar så mycket. Jag vill bestämt påstå att ibland är det just alla dessa rutinbesök, som ger mig den specifika kännedomen om patienten, så att jag nästa gång när fru Svensson stiger innanför dörren omedelbart ser att något är på tok. Hon klagar som alltid över trötthet, men är magrare och blekare än tidigare. Och det är då min tidigare kännedom om henne som

borgar för att – trots att jag inte på långa vägar mött så många patienter med coloncancer som sjukhuskirurgen – ändå inte missar en malignitet när den kommer.

Med detta exempel vill jag alltså säga att en del av allmänmedicinens särart ligger i att vi med kunskap om patientens person – uppbyggd ibland under flera år – har lättare än sjukhuskollegan att säga att "något är fel". Ibland behövs sedan specialistens kunskap att ställa den ovanliga diagnosen, men det är en annan sak.

Vi är alltså varken bättre eller sämre doktorer än sjukhusspecialisterna, men vi nalkas patienten på ett annat sätt.

Jag håller helt med BM om att varje form av moraliserande i vår dialog är olycklig. Dock måste en öppen kritik finnas. Tyvärr, tyvärr ser vi allmänläkare alltför ofta att patienter, som säkert bedömts av erfarna sjukhuskollegor, utretts alldeles för mycket, eftersom dessa kollegor inte har möjlighet att – som vi allmänläkare – avvakta, ge tid, stödja. Och vi önskar ibland litet mer respekt för denna typ av synsätt.

Låt oss hålla den här dialogen levande. Jag välkomnar fler genomtänkta synpunkter från sjukhuskollegorna.

Vårt mål är ju detsamma – en god sjukvård.

Författarpresentation

Lena Svidén, distriktsläkare vid kvartersakuten Tor.

Postadress: Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

LB06312

Allmänmedicinskt institut i Umeå? *LB06313*

BO BJERRE

Allmänmedicin är ett brett och otillräckligt definierat ämnesområde. Detta skapar problem i synnerhet när professorer skall tillsättas som företrädare för allmänmedicin. De sakkunniga är hänvisade till UHÄ:s beskrivning av det allmänmedicinska området som "inriktat på primär handläggning av oselektade medicinska problem och hälsotillstånd i en avgränsad befolkning". Vidare till att "Inom ämnesområdet bör dels användas epidemiologiska metoder för att identifiera hälsoproblem i befolkningen, dels utvecklas diagnostiska och terapeutiska metoder från olika medicinska verksamhetsområden för primärvårdens behov".

En sådan beskrivning pekar ju på intet sätt ut allmänmedicinens särställning. Den betonar snarare att ämnesområdet är en till primärvården anpassad form av övriga medicinska discipliners verksamhet. Följdriktigt kan den dokumenterade vetenskapliga (och pedagogiska) skickligheten, som nu är helt avgörande vid bedömning och rankning av sökande till en professur, gälla helt andra medicinska områden än allmänmedicin.

Inför tillsättandet av allmänmedicinprofessuren i Umeå diskuterades den viktiga frågan om vad som borde krävas av en professor i ämnet. Att samtliga tre, tidigare tillsatta, professorer var invärtesmedicinare sågs inte

som en tillfällighet, utan som ett resultat av UHÄ:s ämnesbeskrivning. Det var därför viktigt att ändra denna grundförutsättning, så att allmänmedicinens särart skulle kunna vägleda tillsättandet av nya professorer.

Dessvärre ledde diskussionen till en polarisering med maktkamp och närmast personliga motsättningar, varför SFAM:s styrelse hösten 1986 fick i uppdrag att arbeta fram ett förslag till lösning. Detta resulterade i att styrelsen utarbetade ett dokument – "Allmänmedicin inför år 2000 – en programskrift" – i syfte att beskriva och ge utvecklingslinjer för svensk allmänmedicin. I denna programskrift, som fortfarande är under bearbetning, gjordes en ansats till att formulera vad som är allmänmedicinens kärna. Man kringgick dock kärnfrågan genom att i stället beskriva tre huvudinriktningar i allmänmedicin: den sjukdomsorienterade, den individinriktade och den samhällsorienterade praktikformen.

När Hans Åberg nu lämnat sin nyligen tillträdde professur i Umeå innebär detta en olycklig utveckling av diskussionen kring allmänmedicinens kärnfrågor. Det grundläggande problemet om hur det akademiska området allmänmedicin skall ämnesbeskrivas har ej förts närmare sin lösning, snarare tvärtom. Diskussionen måste därför fortsätta och jag bidrar genom att lämna ett förslag.

Kring den allmänmedicinska institutionen i Umeå finns sedan tidigare en forskningsinriktning, som är väl företrädd i flera nordiska grannländer. Arbetet med att formulera, analysera och vidareutveckla centrala allmänmedicinska frågor kring konsultationen – läkare-patient-mötet – har prioriterats. Den sk individinriktade praktikformen har i Umeå fått en för svenskt vidkommande unik forskningsmässig profil.

UHÄ:s ämnesbeskrivning tycks dock ej ge en rimlig möjlighet till rekrytering av professorer med en sådan "individinriktad praktikprofil". Därför skulle jag vilja föreslå att professorstjänsten – och gärna hela allmänmedicinska institutionen – i Umeå omformas till ett fristående institut knutet till SFAM. En finansiell koppling till ett eller flera svenska läkemedelsföretag skulle säkerligen ge en större forskningsmässig frihet än nuvarande bindning till medicinsk fakultet med dess akademiska tradition. Det finns ett behov av ett sådant fristående institut till dess att den allmänmedicinska ämnesbeskrivningen överensstämmer med allmänläkarens verklighet.

Författarpresentation

Bo Bjerre, distriktsöverläkare, Kärråkra vårdcentral, Eslöv. En tjänstledig.

Postadress: V:a Strömvägen 40, 791 46 Falun.

Kommentar av Göran Westman

Bo Bjerre, allmänläkare, har i en artikel föreslagit att professorstjänsten – och gärna hela den allmänmedicinska institutionen i Umeå – omformas till ett fristående institut knutet till SFAM. Förslagsställaren vill på detta sätt värna om en individinriktad praktikform, vilken skulle saknas vid andra allmänmedicinska institutioner.

Bo Bjerre ser de centrala ämnesbeskrivningarna som ofullständiga, en uppfattning som jag delar. Det av Bo Bjerre avgränsade området hör verkligen till ämnet allmänmedicin men kan inte göra anspråk på att vara hela ämnet eller ämnets fundament. Förslaget med ett fristående institut skulle möjligen kunna främja forskning inom ett begränsat område men är direkt olyckligt, om det sker i utbyte mot en universitetsinstitution. Risken för isolering är stor och kontakten med lä-

karutbildning och tvärvetenskaplig forskning kan gå förlorad. Förslaget verkar böttna i en ovisshet om förutsättningar för undervisning och forskning inom akademien. Jag vill därför ge en liten bakgrund till institutionens uppbyggnad och verksamhet innan jag kommenterar förslaget ytterligare.

Bakgrund

Allmänmedicinsk undervisning

Vid Umeå universitet påbörjades en försöksverksamhet 1980 med en vec-kas kurs i ämnet allmänmedicin. Dessförinnan hade endast enstaka timmar förekommit. Verksamheten har successivt utvecklats. En permanent institution tillkom sommaren 1987. Tre akademiska lärare ansvarar i dag för ca 5½ veckors allmänmedicinsk undervisning i den 5½ år långa grundutbildningen till läkare. Institutionens

uppbyggnad och undervisningens innehåll har tidigare redovisats i SFAM-nytt, AllmänMedicin och Läkartidningen.

Allmänmedicinsk forskning

Vid sektionen/institutionen i Umeå har forskning bedrivits enligt fyra huvudinriktningar under senare år. "Värdering av verksamheter i primärvård", "Förebyggande hälsovård", "Allmänmedicinens innehåll" och "Etik i vården". Två avhandlingsarbeten har lett fram till disputation och fler är på gång. Den intresserade kan efter förfrågan till institutionen erhålla verksamhetsberättelser för de gångna åren.

Organisation vid institutionen i Umeå

I avvaktan på att institutionens tjänster kan få ordinarie innehavare har

företrädare för Umeå universitet tillsammans med representanter för distriktsläkare i den norra regionen arbetat fram en interimslösning som förhoppningsvis blir så kortvarig som möjligt.

Vid institutionen i Umeå tjänstgör från 1988-07-01 som kliniska lärare Göran Westman (prefekt), Bengt Mattsson (docent) och Roger Karlsson (doktorand). Under det "interregnum" som råder kommer verksamheten att ha en familjemedicinsk prägel. Vad som menas med familjemedicin finns presenterat i Allmänmedicin, supplement nr 12.

Kommentar

Jag tror precis som Bo Bjerre att vi behöver en fördjupad diskussion kring ämnet allmänmedicin och dess avgränsning. Nya riktlinjer finns redan för tillsättning av akademiska lärare som förordar pedagogiska meriter och erfarenheter. Dessa riktlinjer såväl som olika centrala myndigheters ämnesbeskrivningar kan emellertid ytterligare förbättras. Det är extra angeläget nu när den nya specialistutbildningen skall komma igång. Viktiga förutsättningar för förbättringar är en öppen debatt om ämnets innehåll och avgränsning, och att vi hjälps åt.

Jag ser till skillnad från Bo Bjerre något annorlunda på verksamheten vid en universitetsinstitution. En klinisk lärare har tre – till omfattning lika stora – skyldigheter nämligen sjukvård, undervisning och forskning. Sjukvårdsdelen finansieras och regleras i samarbete med sjukvårdshuvudmannen. Undervisningen ingår som en del i grundutbildningen av *alla* blivande läkare där den studerande så småningom kommer att välja någon av alla de specialiteter som finns i dag. Den allmänmedicinska undervisningen på denna nivå skiljer sig från den som senare bedrivs under allmän-tjänstgöring, specialistutbildning och vidareutbildning med olika målsättningar och kursplaner som följd *men*, det handlar ändå i grunden om samma ämne.

När det gäller forskning finns i Umeå en bred verksamhet där de fyra tidigare nämnda inriktningarna kommer att bestå och framtiden får utvisa vilka områden som verksamt kommer att bidra till det allmänmedicinska kunskapsområdets tillväxt. Jag menar att det vore direkt olyckligt att i nuläget låsa upp verksamheten i Umeå till att i huvudsak utmärkas av en individinriktad praktikform. Det finns snarare anledning att vidga perspektivet och fundera över nya angelägna områden för forskning och undervisning i ämnet allmänmedicin.

Jag tänker på det faktum att mänskligheten i dag kan uppdelas i två distinkta grupper (kön) och där vissa företeelser i vår omgivning kan uppfattas diametralt motsatt utifrån vilken

grupptillhörighet iakttagaren har. Män och kvinnors olika förutsättningar när det gäller makt, inflytande, vård och hälsa borde bli föremål för fördjupade studier. Inom den allmänmedicinska praktiken får dessa förhållanden sina uppenbara följder och inom familjemedicinen (patienten med sin närmaste omgivning) har området en given plats. Patienten (vare sig kvinna eller man) får i mötet med allmänläkaren (vare sig man eller kvinna) helt olika utfall beroende på vilka konstellationer som är rådande. Detta är något som bara kan förstås ur ett könsteoretiskt perspektiv. Med en avgränsning av ämnet allmänmedicin på det sätt Bo Bjerre gör, finns risk för en låsning av verksamheten med restriktioner och konventioner. Inom forskning är det i stället speciellt viktigt att värna om den fria tanken och att dessutom vara lyhörd för nya tankegångar.

Det finns också i dag forskning kring det som Bo Bjerre efterlyser vid andra allmänmedicinska institutioner i landet och vid några kliniska institutioner i sluten vård. Ett ökat samarbete inom medicinen mellan intresserade företrädare inom öppen och sluten

vård vore kanske ett bättre sätt att stimulera den kliniska forskning Bo Bjerre efterlyser. Samverkan kan också ske med institutioner inom andra fakulteter, humaniora, samhällsvetenskap och beteendevetenskap.

Sammanfattning

Jag tror att vi är betjänta av en fortsatt debatt kring ämnets innehåll och avgränsning och att ämnets problem bäst beskrivs som brister i avgränsning snarare än som en balansfråga mellan olika ämnesföreträdares bakgrund och inriktning. Grundutbildningen i ämnet allmänmedicin måste ha en koppling till allmänläkarnas praktik men undervisningen måste anpassas till den nivå som de studerande befinner sig på. I dagsläget vore det olyckligt att låsa upp institutionen i Umeå i en snävt definierad individinriktad praktikform. Vi vill nog hellre sträva efter pluralism och mångfald i vår verksamhet – om än hållen inom en familjemedicinsk ram.

Författarpresentation

Göran Westman dr med sc.

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet, 901 85 Umeå

SFAMs Stiftelse för allmänmedicinsk forskning utlyser ett pris för årets FV-rapport

Första pris: 3 000 kronor. Två andra pris à 2 000 kronor.

Rapporten skall redovisa det forsknings- och utvecklingsarbete som genomförts under FV-utbildningen i allmänmedicin. Rapporten skall vara utformad så att den med små redaktionella ändringar kan publiceras i AllmänMedicin (se författaranvisningar till tidskriften).

Stiftelsens styrelse har utsett en priskommitté bestående av Malin André, Anna-Karin Furhoff, Bo Haglund och Göran Sjönell (ordförande).

FV-rapporten skall vara insänd till redaktionen för AllmänMedicin före den 27 februari 1989 och klart ange "FV-rapport 1988".

Priserna kommer att utdelas i anslutning till SFAMs höstmöte 1989.

Adress: AllmänMedicin
172 82 Sundbyberg
Telefon 08-98 94 92

Relevant rygganamnes – vad är det?

MARGARETA TROEIN · KATARINA HAMBERG

Kjell Björklund publicerar i Allmänmedicin nr 2/1988 en artikel om "Jourpatienter vid vårdcentral – relevant anamnes?" Relevant anamnes vid ryggbesvär ansågs vara: "yrkesanamnes i form av omplaceringar, tid i yrket och arbetsbeskrivning, anslutning till företagshälsovård, alkoholproblem samt om ryggbesvären uppträder för första gången eller om det var recidiv". Urvalet var 65 patienter, kön och ålder redovisas ej.

Vi ifrågasätter relevansen av de anamnestiska kriterier som författaren anger. De flesta människor arbetar högst 40 timmar per vecka. Under de

övriga vakna timmarna ägnar man sig företrädesvis åt hemarbete och/eller fritidsintressen. Det är väl känt att många, framför allt kvinnor, har ett tungt hushållsarbete och omsorgsarbete med matinköp, städning och skötsel av barn och sjuka anhöriga. Även fritidsintressena kan innebära påfrestningar. Vi har sett ryttare, ishockeyspelare och hobbysnickare med svåra besvär, som varken var relaterade till yrkesverksamhet eller till alkoholproblem. Vi anser att Björklunds undersökning inte kan svara på frågan om jourpatienter med ryggbesvär utfrågas på ett relevant sätt. Däremot

ger undersökningen upplysning om att en del av anamnesen inte redovisas fullständigt i journalen. Vi instämmer i författarens åsikt att ett frågeformulär för ryggpatienter sannolikt kan vara ett stöd för doktorn att minnas både att ta upp yrkesanamnes och att tänka på att lönearbete inte är det enda som belastar människan.

Författarpresentation:

Margareta Troein och Katarina Hamberg är båda distriktsläkare vid Örnäs vårdcentral.

Postadress: Storstigen 20–28, 951 38 Luleå

Kurser & konferenser

Norrländska allmänläkardagar i Östersund

3–4 sept 1987

OLOF ENGLUND

LB0 9815

Ett soligt Östersund tog emot femtiotalet förväntansfulla distriktsläkare när allmänläkardagarna för norrlandsregionen avhölls för andra gången – starten skedde i Sundsvall 1985.

Läkemedel ...

Temat för torsdagen var "Allmänläkaren och läkemedel". Hans-Olof Nyhlén, Östersund, tog upp problemen distriktsläkaren står inför när det gäller val av läkemedel, och inledde en diskussion om vilka som ska stå för informationen till läkarna. Professor Barbro Westerholm presenterade den omdiskuterade läkemedelsutredningen. VD Lars Jelkeby gick som läkemedelsindustrins representant till hårt angrepp på förslaget om generisk förskrivning. Både Westerholm och Jelkeby var överens om att läkemedelsinformationen måste skötas av både samhället och industrin. Hans Beijer, Östersund, berättade hur läkemedelskommittén i Jämtland arbetar. I den finns numera lika många distriktsläkare som sjukhusspecialister och verksamheten har byggts ut allt mer.

Beijer och Nyhlén gav sedan exempel på praktiska problem man som läkemedelsprövare kan möta, och här kunde flera åhörare komma med egna erfarenheter.

... eller inte läkemedel

I den avslutande paneldebatten medverkade också professor Hans Åberg, Umeå, och apotekare Hans Grenholm, Östersund. Man var överens om att det viktigaste valet inte står mellan

olika läkemedel utan i frågan om läkemedel överhuvudtaget ska användas. Man betonade också allmänläkarens viktiga roll i läkemedelsinformationen och i läkemedelsprövningarna – som oftare än nu bör ske på primärvårdsnivå. På kvällen avnjöts middag på den anrika ordenslokalen Temperance. Teman för kvällen var långa avstånd, hjortron och Storsjödjuret. Jämtland utmanade de övriga länen i historieberättande med lokal sjukvårdsanknytning – och resultatet talar för god humoristisk tradition i Norrland. Kvällen avslutades med skotsk square-dans med närmast total uppslutning.

Seminarier

Fredagen inleddes med seminarier. Flest deltagare lockade "FoU-arbeten i primärvård". Här presenterades studier på långtidssjukskrivna i Sundsvall (Ylva Johansson), hälsomätning i Funäsdalen (Lennart Söderhjelm), utläkning av UVI (Sven Ferry), hypertoni i Skelleftehamn (Hans-Åke Söderberg), ländryggsproblem i glesbygd (Ulf Böke), "Var söker kvinnor med gynbesvär?" (Torben Grutt) samt diabetesscreening vid vårdcentral (Hans Beijer). Många fick inspiration till egna studier.

Ett annat seminarium handlade om handläggning av icke-medicinska problem och etiska frågor. Med Ragnar Asplund, Strömsund, som moderator diskuterade man fall där ingen riktig sanning finns, gränsdragningar vid vårdintyg, hemsjukvård m.m.

Allmänläkaren som administratör var temat för ett tredje seminarium. Här diskuterades konkreta och sanna fall där distriktsläkaren i ansvarig ställning ställts inför svåra avgöranden. På vissa vårdcentraler har man inte läkare som administratör och detta troddes bero på bristande tid alternativt ointresse. Det nya förslaget om huvudläkare och patientansvarig läkare togs upp och förbundsjuristen Jan Schöldström från Läkarförbundet hjälpte till med lagtolkningen.

Högtidsföreläsning

Andra dagen avslutades med att nye professorn Hans Åberg från institutionen för allmänmedicin i Umeå högtidstalade. Han inledde med att ge exempel på tidiga allmänmedicinska forskningsinsatser i Norrland, som utförts av läkare inom andra specialiteter. Han gick igenom lämpliga områden för forskning i framtiden och föreslog bl a symtombeskrivningar och patient-läkarrelationen.

Stafettpinne

Som ett tecken på uppdraget att vara värd för de norrländska allmänläkardagarna 1989 överlämnades till Västerbottens representant, Sven Ferry, en stafettpinne av lappländsk björk så seg och ihärdig som allmänmedicinen bör vara.

Författarpresentation:

Olof Englund, distriktsläkare vid Hc Z-gränd, Östersund. Tel 063-14 21 00.

Primärvården, alkoholen, och hälsa för alla år 2000

LBD 6315

ERIK TRELL

WHO/UNICEF-konferensen i Alma Ata 1978 deklarerade i sitt slutdokument att primär hälsovård utgör det viktigaste mediet för förbättrandet av hälsotillståndet i världens såväl utvecklade som utvecklingsländer (1). Därefter har de mer detaljerade föremålen och villkoren för ett förverkligande av detta program undersökts, och alkohol har inlemmats bland viktiga problemområden. WHO:s Europaregion har definierat mål, "targets", för uppnåendet av ett så gott hälsotillstånd som möjligt för alla till år 2000 och sammanfattat att denna strävan "kan signifikant stödjas genom utvecklandet av integrerade program för att reducera konsumtionen av alkohol och andra skadliga substanser med minst 25 procent" (delmål 17). Likaledes har det konkluderats att "framväxten av en primärvårdsfilosofi och ett positivt hälsokoncept klart etablerar uppmärksammandet av riskfyllda aktiviteter såsom alkoholmissbruk bland de fundamentala ansvarerna för primärvårdens personal" (2).

Nyckelord: Alkoholism, prevention, primärvård, internationella hälsoproblem.

För endast 30 år sedan argumenterades det även i preventivmedicinska läroböcker att "alkohol kan inte betraktas såsom den kausala agenten i alkoholism" (3). Nu har alkohol sålunda uppmärksamats som en orsak i sig för de komplikationer den kan åstadkomma. Eftersom det finns stöd för att det föreligger en exponentiell snarare än en linjär relation mellan alkoholkonsumtionens storlek och prevalensen av alkoholrelaterade problem, kan en 25 procentig reduktion av alkoholintaget förväntas reducera de globala alkoholskadorna ännu mer. En sådan minskning av alkoholintaget innefattar politiska, ekonomiska, legislativa, pedagogiska, sociala och relaterade ansvarstaganden och åtgärder vid sidan om de medicinska. Detta är dock fallet med alla huvudelementen i kampanjen för en bättre hälsa för alla

år 2000 (1). Även de delmål som omfattar alkoholproblemet måste vidare analyseras och karaktäriseras i termer av ett antal mer detaljerade insatser och hur och av vilka dessa ska förverkligas. Inom WHO har sedan en tid en arbetsgrupp utrönt sådana spörsmål angående de medicinska alkoholproblemen jämte rollfördelningen mellan specialistvård och primärvård i dessa hänseenden. Givetvis är rollfördelningen då avhängig av hälso- och sjukvårdsstrukturen i skilda länder och regioner. Arbetet har ändå visat att det går att utforma generella riktlinjer för en mer primär, första frontlinjestrategi, jämte ett omhändertagande i mer etablerade former; vilka ömsesidigt kan förstärka varandra om de integreras.

Avsikten med denna artikel är att något diskutera hithörande frågor i relation till ett antal skönjbara huvudtyper av medicinska alkoholproblem.

Alkoholbetingade medicinska problem

Dessa kan klassificeras på olika sätt. Emellertid förefaller det vara realistiskt och konstruktivt att skilja mellan åtminstone tre modaliteter; dvs de som anknyter till konsumtion, beroende samt komplikationer av alkohol.

Alkoholkonsumtion

En internationellt accepterad taxonomi beträffande alkoholkonsumtion och farliga nivåer av denna har ännu ej kunnat åstadkommas (4). Enighet föreligger om att 80 g absolut alkohol per dag utgör en definitivt skadlig nivå (4). Det finns dock för närvarande en klar trend att sänka gränserna för en "säker" alkoholkonsumtion parallellt med den ökande varseblivningen av de alkoholrelaterade medicinska hälsoproblemens omfattning. The Royal College of Physicians i Storbritannien har yttrat att ett alkoholintag i storleksordningen 40 g per dag kan vara vådlig (5). Mitchell och medarbetare i Australien fann en ogynnsam inverkan av alkohol på blodtrycket hos medelålders män vid intag motsvarande 10–25 g per dag (6). Om alkohol beräknas enligt etablerade toxikologiska riskvärdesprinciper, resulterar ett acceptabelt dagligt intag (ADI) av 7 g (7). Skulle detta dagliga intag extrapoleras till hela svenska populationen skulle det innebära omkring 3 l ren etanol per år och innevånare att jämföras med de nuvarande siffrorna på omkring 6 l.

Att göra tillförlitliga distinktioner mellan "hög" och "ordinär" alkoholförtäring tvärs över befolkningen är sålunda svårt (Tabell 1).

Tabell 1

Klassifikation av konsumtionsnivåer utifrån uppgifter i litteraturen.

a = livslång och/eller ideologisk helnykterhet, b = reformerad nykterhet.

A. TAXONOMI	g/dag (1 enhet = 10 g)	
	KVINNOR	MÄN
Farlig (dangerous) nivå	?	80
Excessiv	30	60
Äventyrlig (hazardous)		40
		35
Måttlig (sensible)	6–10	12–20
Säker (safe)		15
Acceptabelt dagligt intag (ADI)	7	7
Hälsosam		
B. KATEGORISERING		
0 (a, b).	"Kvartil"	1 (a, b).
+		2
++		3
+++		4
		Nykter
		Lågt intag
		måttligt
		högt
	≤15	≤30
	16–25	31–50
	≥26	≥51
C. KLINISKA DEFINITIONER		
Storkonsumtion		40–120
Alkoholmissbruk		80–160
Alkoholism		120–250

Ett sätt att mäta alkoholkonsumtionen i ett land är genom den nationella försäljningsstatistiken. Ju mer diskontinuerlig intagets fördelning är, desto mer kompliceras dock denna metod. Det är då nödvändigt att uppskatta det i de enskilda fallen. Sådana metoder, som är väl tillämpliga i en primär hälsovårdssituation, har utarbetats, tex medelst enkäter. Vanligen har utfrågning beträffande mängd sprit, vin och öl per tidsenhet använts och har befunnits genomförbar (8, 9), även om risken för underskattning och förnekande är svår att undvika. En annan metod är att brett klassificera nivåerna, exempelvis i termer av abstention jämte låg, moderat och hög. Man får då en precision i form av "behaviouristiska kvartiler" motsvarande den vid större undersökningar av dietförhållanden såsom fett- och proteinintag. Dessa uppnår ofta inte högre känslighet, men kan ändå relateras till andra mätvärden och/eller uppföljningsdata. Den lilla broschyr, "Testaren", som användes vid Systembolaget kan sägas utgå från en sådan princip. Det finns exempel på likartade broschyrer både i mer tidsbegränsad och dagboksform som kommit till användning inom primärvården, tex Storbritannien och Norge, såsom underlag för en medicinsk grundad rådgivning och kontroll av alkoholkonsumtionen som sådan. Givetvis innefattar en sådan insiktsförmedling också hänsynstagande till speciella omständigheter av typ graviditet, ålder, pågående sjukdomar eller medikation m m, vilka ofta nödvändiggör total alkoholkarens (10).

Slutligen är en personlig intervju angående alkoholintag en i regel både tillförlitlig och genomförbar metod i de enskilda fallen, och kan kompletteras av annan anamnestisk och klinisk information. Denna teknik har i grupper av högkonsumenter och normalkonsumenter prövats bl a i det preventivmedicinska populationsprogrammet i Malmö (11), där dryckesnivåer fastställdes genom standardiserade intervjuer efter den initiala hälsokontrollen (11). Metoden kan vara tillämplig i såväl en specialist- som primärvårdssituation, där samråd angående alkoholkonsumtion ofta kan relateras till den individuella konsultationssituationen och -problematiken.

Det är i detta sammanhang intressant att i en aktuell undersökning i England, var praktiserande läkare genomgående mer försiktiga än "alkoholexperter" i sina uppfattningar om "säkra dryckesnivåer" (8, 9). Det av WHO deklarerade målet att minska den globala alkoholkonsumtionen med 25 % till år 2000 kommer ju att engagera många ansvars- och beslutsorgan vid sidan om och jämte de medicinska. Men de senare kan alltså, och alldeles speciellt på primärvårdsnivå, bidra till förverkligandet genom samman av alla åtgärder i de fall som

under den tiden söker hälso- och sjukvården (och som i många undersökningar i många länder har visat sig utgöra stora delar av populationen under en definierad tidsrymd). Också i en lokal och allmän rådgivningsfunktion har den medicinska professionen viktiga roller att spela, exempelvis politiskt, legislativt, pedagogiskt och socialt.

Således kan hälso- och sjukvården både på primärvårds- och slutenvårdsplan försöka tillse att det övergripande målet om en 25 % intagsreduktion till år 2000 fördelas till och övervägande omfattas av dem som socialt och medicinskt har störst behov därav.

Alkoholberoende

Den rådande definitionen av alkoholberoende följer de kriterier som fastslagits av the US National Council on Alcoholism (12). Det finns en mångfald "questionnaire"-metoder som har utvecklats för att mäta alkoholattityder och vanor såsom huvudsakligen eller delvis återspeglade av beroendesymptom; MAST, CAGE etc (10).

I bl a Malmö har en modifierad MAST utnyttjats och utvärderats (13). Ehuru den inte direkt mäter konsumtionsnivåer är den bättre ägnad för detta ändamål än biologiska markörer (13). Som en enda alkoholrelaterad mätprincip, delar dock attityd- och vneskalor visa problem. Också i normalbefolkningen är andelen "positiva" tämligen hög, omkring 30 % (13), vilka i så fall alla måste ägnas ytterligare undersökningar. Dessutom är det svårt att utnyttja en ja/nej-kategorisering av alkoholvanor som en feedback-mekanism vid behandling, och att belysa och återförstärka förbättringar genom motsvarande förändringar i sådana binära attitydskalor. Mer graderade metoder, tex alkoholdagböcker, har likaledes föreslagits, men är måhända heller icke tillfyllest utan andra bakgrundsdata.

Emellertid är den huvudsakliga erfarenheten att det är väl motiverat och genomförbart även på primärvårdsnivå (10) att utröna beteendemönster relaterade till alkohol och att härvid kunna uppmärksamma och åtgärda både tidiga tecken på och tämligen avancerade stadier av beroende. Icke desto mindre förefaller än så länge det optimala utnyttjandet av behaviouristiska alkoholskalor att vara i kombination med andra, tex konsumtions- och/eller komplikationsparametrar.

Alkoholrelaterade komplikationer

Framför allt genom WHO:s insatser har under senare år det förut förhärskande beteendesynsättet på alkoholproblemen kompletterats med en somatisk och psykologisk dimension av alkoholrelaterade medicinska komplikationer (14). Sistnämnda modalitet har likaledes studerats i preventivmedicinska populationsprogram, och re-

laterats till konsumtions- och beroendefaktorer (11). De flesta av resultaten härvidlag är omedelbart överförbara till både primärvårds- och slutenvårdsnivå.

Det är väl känt att alkohol kan påverka många fysiologiska och biokemiska mekanismer och funktioner, tex blodtryck och pulsreglering, lipider, leverenzym, serumurat m m.

Den mest studerade biokemiska indikatorn har varit gamma-glutamyltransferas (GGT) (11).

En stegrad GGT-nivå kan – med få undantag – betraktas som en dokumenterad biologisk störning, vilken motiverar fortsatta diagnostiska och terapeutiska överväganden som sådan oberoende av etiologisk och patofysiologisk bakgrund. I majoriteten av i övrigt friska personer erbjuder emellertid alkohol den dominerande utlösande faktorn. GGT-nivån kan då tas upp i ett hälsoperspektiv och diskuteras i relation till det somatiska tillståndet och därigenom erbjuda argument och instrument för en feedback-kontroll av underliggande orsaker, inklusive etanol. GGT, eller likartade indikatorer, är således inte ett mått på alkoholintag, och kan ej heller direkt eller indirekt utnyttjas som sådant. Det är dock en relevant komponent av hälsotillståndet såsom det kan undersökas och åtgärdas i den medicinska praktiken; helt analogt med blodtryck, blodfetter etc. Det kan t o m hävdas att ett medicinskt hälsovårdsprogram skulle vara ofullständigt i ett vitalt viktigt hänseende om inte ett beaktande av alkohol liksom försök att spåra och förebygga alkoholrelaterade hälsokomplikationer innefattades. GGT, och likartade markörer, kan därför användas tidigt vid detektion och behandling av medicinska alkoholrelaterade problem i överensstämmelse med riskfaktorst strategierna vid andra ledande icke-infektiösa epidemier i moderna samhällen; exempelvis just blodtrycks- och blodfetterreglering vid de kardiovaskulära sjukdomarna (15, 16). Slutligen har GGT visat sig vara värdefullt även vid behandling och kontroll av mer avancerade stadier av alkoholproblem, missbruk och alkoholism, också i primärvården (10, 17).

Konklusioner

Det är ingen överdrift att hävda att det i Sverige i dag pågår en sjudande aktivitet inom den medicinska professionen beträffande de medicinska alkoholproblemen (18). Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning har publicerat en inventering av pågående alkoholforskning i Sverige, där detta framgår av rapporterade undersökningar inom olika specialistdiscipliner inklusive, lika påtagligt, allmänmedicinen och primärvården (19). Vad som här anförts om konsumtions- och beteendeenkäter samt biologiska markörer är sålunda inte att betrakta som annat än exponenter

för sina bakomliggande synsätt och infallsvinklar på alkoholproblemen och deras uppmärksammande och åtgärdande i skilda vårdformer. Att det är både realistiskt och konstruktivt att kunna skilja mellan ett antal huvudtyper medicinska alkoholproblem enligt ovan framstår också som rimligt.

Hälso- och sjukvården står beträffande de medicinska alkoholproblemen inför ett antal faktiska utmaningar och åtgärdsbehov, vilka givetvis i stora avsnitt överlappar varandra, men som ändå bäst nalkas och åtgärdas med en bred och mångfasetterad arsenal.

Varje läkare i Sverige i dag bör kunna ge en individuellt anpassad rådgivning om alkoholkonsumtionsnivåer, uppmärksamma och åtgärda indikationer på ett alkoholberoende, liksom risker för eller tecken på alkoholkomplikationer. Vårdstrukturen betingar här delvis distributionen av dessa uppgifter. Primärvården befinner sig i Sverige i tillväxt och har det grundläggande ansvaret för folkhälsan och de förebyggande åtgärderna. Detta ger primärvården såväl kvantitativt som kvalitativt betydande andelar av ansvaret för det medicinska alkoholproblemets kompetenta handläggning i Sverige inför 2000-talet. All erfarenhet visar dock att konstruktiv samverkan mellan primärvården och "sekundär"-vården ger de bästa resultaten vid många stora folkhälsoproblem. I flera sjukvårdsregioner finns det redan sedan många år samarbetsavtal mellan sjukhuskliniker och primärvård avseende ett stort antal folksjukdomar, typ diabetes, hypertoni, angina pectoris, infektioner m.fl. De medicinska alkoholproblemen skulle behöva komma i likartade samarbetskonventioner, där de än så länge saknas, och där de särskilda och integrerade rollerna skulle kunna stadfästas.

Detta vore också i enlighet med WHO:s aktuella strävanden att finna och etablera samarbetsformer mellan vad som där kallas specialistvård respektive primärvård. I Sverige är ju primärvården verksamhetsformen för en egen medicinsk specialitet, nämligen allmänmedicinen, varför denna nominella distinktion ej föreligger. I många andra länder medieras dock primärvården av antingen icke-specialister, eller specialister i andra ämnen, exempelvis invärtesmedicin, kirurgi, gynekologi. Ändå går det, tvärs över olika sjukvårdssystem, utvecklings- och utvecklade länder, politiska förhållanden och geografiska regioner att urskilja dessa två komplementära plan av de medicinska alkoholproblemen, deras uppmärksammande och åtgärdande. Likaså råder internationell enighet om att primärvården av både kvantitativa och kvalitativa skäl – såsom närhet, kontinuitet och tillgänglighet – har den dominerande rollen och ansvaret, men likaledes än så länge visar brister i att uppfylla dessa.

Detta har att göra med att de medicinska alkoholproblemen relativt sent har kommit att analyseras och betraktas på samma sätt som övriga allvarliga icke-infektiösa, livsstilsrelaterade epidemiologiska folkhälsoproblem.

De medicinska alkoholproblemen förtjänar att angripas med samma grundläggande frejdighet och på sikt optimism som andra lika intrikata, sammansatta och dödsbringande (16) tillstånd såsom cancer, diabetes och hjärt-kärl-sjukdomar (18). Sverige skulle här kunna gå i spetsen med formulering av konkreta mål och metoder samt, kanske viktigast, etablerade samverkansrutiner och överenskommer mellan centrala och decentraliserade vårdformer.

Referenser

1. Fry J, Hasler J. Primary health care 2000. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1956.
2. Scientific working group on the management of alcohol-related problems in general practice. Report. WHO, MNH/DAT/84.7, Geneva, 1984
3. Brightman IJ. Alcoholism. In: Hilleboe HE, Larimore GW (eds). Preventive medicine: Principles of prevention in the occurrence and progression of disease. W.B. Saunders, Philadelphia, 1959.
4. Trell R, Kristenson H, Fex G. Alcohol-related problems in middle-aged men with elevated serum gamma-glutamyl transferase: A preventive medical investigation. J Stud Alc 1984; 45:302.
5. Péquignot G, Cyrulnik F. Chronic diseases due to the overconsumption of alcohol drinks. Excepting neuropsychiatric pathology. In: Trémolieres J (ed). Alcohol Derivatives, Vol 2. Pergamon Press, Oxford, 1970.
6. Schmidt W, Popham RE. Heavy alcohol consumption and physical health problems: A review of the epidemiological evidence. Drug Alc Depend 1, 27, 1975; 1:27.
7. Rydberg U, Skerfving S. Toxicity of ethanol. An attempt to evaluation of risk. In: Gross MM (ed). Experimental studies on intoxication and withdrawal. Vol 3 B. Plenum Press, New York, 1977.
8. Anderson P, Cremona A, Wallace P. What are safe levels of alcohol consumption? Br Med J, 1984; 289:657.
9. Wallace P, Cremona A, Anderson P. Safe limits of drinking: General practitioners views. Br Med J, 1985; 290:1875.
10. Kristenson H, Sternebring B, Trell E. Alkohol i hälsa och ohälsa. Dumex, Helsingborg, 1985.
11. Kristenson H, Öhlin H, Hulthén-Nosslin MB, Trell E, Hood B. 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.
12. National Council on Alcoholism. Criteria committee. Criteria for the diagnosis of alcoholism. Am J Psychiat, 1972; 129:127.

13. Petersson B, Trell E, Kristenson H. Comparison of gamma-glutamyltransferase and questionnaire test as alcohol indicators in different risk groups. Drug Alcohol Dependence, 1983; 11:279.
14. Edwards G (ed). Alcohol-related disabilities WHO Offset Publications No 32, WHO, Geneva, 1977.
15. Peterson B, Trell E, Hood B. Premature death and associated risk factors in urban middle-aged men. Am J Med, 1984.
16. Trell E, Kristenson H, Peterson B. A risk factor approach to the alcohol-related diseases. Alcohol and Alcoholism, 1985; 20:333.
17. Nöjd BI. Förebyggande och behandling av alkoholmissbruk – förslag till vårdprogram. Spri-rapport 183, Spri, Stockholm, 1985.
18. Trell E. Alkoholen – den dolda faktorn bakom vart fjärde sjukdomsfall? Läkartidningen, 1986; 83:1660.
19. Hibell B, Johansson M (eds). Drogforskning i Sverige 1984. En forskningsinventering. Svenska Föreningen för Alkohol och Drogforskning, Stockholm, 1985.

Författarpresentation:

Erik Trell, professor, sektionen för allmänmedicin, universitetet i Linköping.

Postadress: 581 85 Linköping

Icke-farmakologisk behandling av hypertoni – modell för utveckling av ett offensivt hälsoarbete

Teoretiska överväganden 4806316

BIRGER GRAN

Här presenteras några teoretiska överväganden avsedda att knyta samman projektet "Icke-farmakologisk behandling av hypertoni – modell för utveckling av ett offensivt hälsoarbete" med en mer övergripande ambition att framöver utveckla ett mer befolkningsinriktat offensivt hälsoarbete.

Blodtrycksbehandlingens förhållande till den komplexa orsaksväv som ligger bakom hjärtinfarkt belyses, och den epidemiologiska paradoxen beskrivs utifrån exemplet hypertoni.

Med utgångspunkt från en teoretisk modell för hälsobeteende diskuteras motivationsskapande åtgärder respektive hinder för individens tillämpning av ett hälsobeteende.

Genom ett mer multifaktoriskt arbete med hypertoni-gruppen kan erfarenheter och metoder utvecklas för att identifiera och behandla problem som ligger vid sidan av de traditionellt medicinska områdena. Denna kunskap kan ge infallsvinklar även för ett bredare samhällsinriktat preventivt arbete.

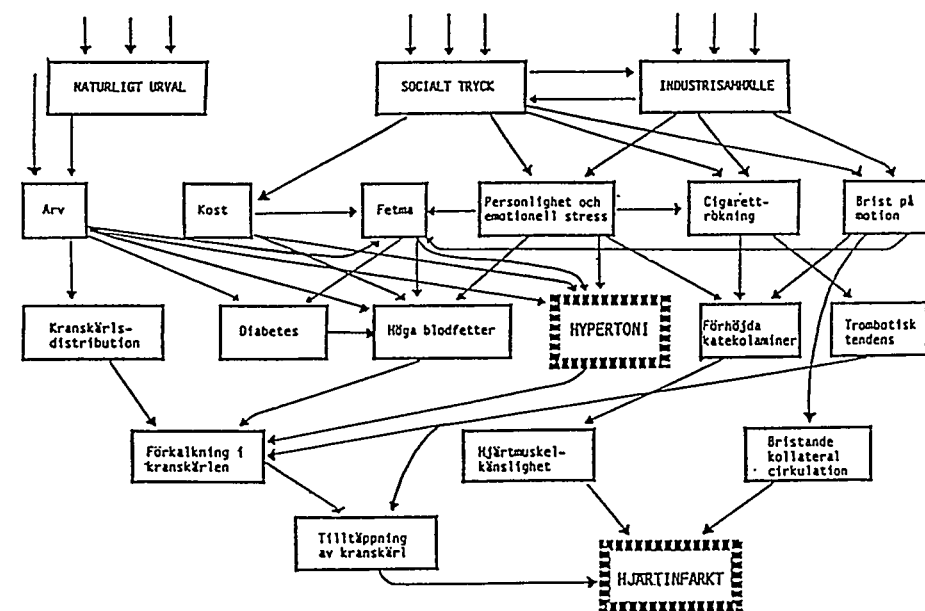
Konkreta exempel på tillämpningen av denna analys ges från planeringen av ovan nämnt projekt.

Nyckelord: Hypertoni, icke-farmakologisk behandling, modeller, metoder

Introduktion

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till för tidig död. 50% av alla dödsfall bland norrbottningar under 75 år får denna diagnos. Varje månad dör i Norrbotten ca 50 personer under 75 år i hjärt-kärlsjukdomar (1).

Som viktigaste orsaker till hjärt-kärlsjukdomar brukar man ange högt blodtryck, hög kolesterolnivå i blodet och rökning. Andra viktiga och samverkande faktorer är övervikt, låg fysisk aktivitet, stress, etc. Orsaker och samband som kan ligga bakom en



Figur 1. Orsaksväv bakom hjärtinfarkt. (bearbetat efter Friedman GD: Primer of epidemiology, McGraw-Hill, London, 1974)

hjärtinfarkt kan beskrivas som en komplex orsaksväv (se figur 1).

Av figuren framgår att högt blodtryck är en av många faktorer mitt i orsakskedjan som på ett eller annat sätt, direkt eller indirekt, påverkar utvecklingen av hjärtinfarkt.

Ser man på denna oerhört komplicerade väv har man lättare att förstå varför en ensidig koncentration på behandling av förhöjda blodtryck knappast givit avläsbara resultat på frekvensen hjärtinfarkt.

Den etablerade behandlingen för förhöjt blodtryck har varit farmakologisk vilket innebär att man med läkemedel strävar efter att normalisera eller åtminstone sänka det förhöjda blodtrycket. Problemet är att blodtrycksbehandling i huvudsak har varit effektiv för att sänka insjuknanden i stroke och endast med svårighet har man kunnat visa gynnsamma effekter vad beträffar hjärtinfarkter (2, 3, 4). Det är frestande att misstänka att den i stort sett uteblivna effekten på hjärtinfarkt orsakas av att man med renodlad läkemedelsbehandling ägnar sig åt en enda orsaksfaktor, (ett monofaktoriellt synsätt), medan orsakerna är i högsta grad multifaktoriella.

Nya normer för behandling av höga blodtryck har formulerats (5, 6).

Dessa innebär att ett välreglerat diastoliskt blodtryck ska understiga 90 mm Hg. Det aktuella blodtrycksläget på en vårdcentral har beskrivits så att av de patienter som står på blodtrycksbehandling har 42% ett diastoliskt blodtryck lägre än eller lika med 95 mm Hg och endast 13% har lägre än eller lika med 90 mm Hg (7).

Om den föreslagna blodtrycksnivån skulle uppnås enbart med farmakologiska metoder skulle det kunna medföra att mycket stora befolkningsgrupper kan komma att ställas på kontinuerlig medicinering. Av många skäl är detta otillfredsställande. Några av dessa skäl är följande:

- Biverkningar som ur strikt medicinsk synpunkt betraktas som relativt lindriga (sänkt glukostolerans, kalla händer och fötter, mardrömmar, impotens och depression) får en helt annan dignitet när mycket stora befolkningsgrupper drabbas.

- Med en allt större grupp av personer som behandlas farmakologiskt blir marknaden större för nya och ofta ofullständigt kända läkemedel, där helt nya risker kan visa sig först efter att stora befolkningsgrupper exponerats.

- Det kan uppstå sociala och kulturella negativa effekter av att mycket

stora delar av befolkningen regelbundet behöver äta läkemedel (identificerar sig med "sjuka").

– En allmän risk för "medikaliserings", vilket i detta sammanhang kan få betyda att man söker medicinska lösningar på problem som i själva verket bättre åtgärdas genom förändrad livsföring etc.

Genom att angripa blodtrycksproblemet med icke-farmakologiska metoder blir det naturligt att betrakta den *multifaktoriella* orsaksbilden bakom hypertoni, och att samtidigt angripa så många som möjligt av dessa orsaker. Härigenom kommer man även att gynnsamt påverka flera av de allmänna riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomarna i övrigt.

De icke-farmakologiska metoderna ger också en naturlig öppning för att vidga ansatsen från individuell behandling till att arbeta med grupper, och i ett vidare perspektiv erfordras att man utvecklar kunskap och metoder för *hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå*. Sådana program riktar till befolkningen i andra och bredare former än dem man normalt arbetar med inom sjukvården.

Det är mot bakgrund av sådana resonemang som projektet "Icke-farmakologisk behandling – modell för utveckling av ett offensivt hälsoarbete" startats på Örnässets vårdcentral i Luleå. I arbetet med den avgränsade gruppen (blodtryckspatienter) är syftet att få fram erfarenheter och teknik för ett vidgat arbetssätt.

Det har övertygande visats att många icke-farmakologiska behandlingsmetoder har blodtryckssänkande effekt (8). I stort sett har alla dessa olika studier undersökt en metod i taget – tex alla som deltar i studien ska sänka saltintaget, eller alla ska öka sin fysiska aktivitet osv. Några koststudier har varit kombinerade: låg-salt, låg-fett, högfibrer, och några studier har jämfört ett par olika metoder med varandra. Syftet har som regel varit att hitta 'Metoden', som om det funnes en som vore bättre än de andra.

Med utgångspunkt från de olika metoderna för livsstilsförändring, stödjande åtgärder och utvärderingsteknik, har åtgärderna för icke-farmakologisk behandling indelats i en meny om 14 olika punkter (8). Dessa åtgärder är följande:

1. Motion
2. Bantning
3. Låg-salt kost
4. Låg-fett kost
5. Vegetarisk kost
6. Kaffereduktion
7. Rökstopp
8. Alkoholstopp
9. Förbättrad sömn
10. Reducerat buller
11. Åtgärda stressorsaker
12. Avslappning
13. Biofeedback
14. Självmätning av blodtrycket

Eftersom blodtrycksmekanismerna fungerar olika på olika individer ser man också olika reaktion för olika icke-farmakologiska metoder.

Vad som saknas hittills är metoder att identifiera vilken eller vilka åtgärder som är mest adekvata och effektiva för den enskilde patienten. Det måste vara onödigt att ålägga folk restriktioner beträffande livsföringen ifall den aktuella restriktionen ej har effekt i det enskilda fallet. Och ju bredare befolkningsgrupper man vill nå med sin intervention, desto viktigare blir denna princip.

Syftet med denna uppsats är att ge en teoretisk bakgrund till preventivt arbete med konkreta exempel från det aktuella blodtrycksprojektet, och att knyta samman det projektet med övergripande ambitioner för befolkningsinriktat preventivt arbete.

Den epidemiologiska paradoxen

Arbetet med att reducera risker för sjukdom och ohälsa har ofta inneburit att man genom screening eller andra metoder har kartlagt befolkningen och identifierat högriskindivider. Dessa har sedan erbjudits olika typer av behandling eller hälsoprogram. Dessvärre har dock resultaten (mätt ur samhällsperspektiv) ofta varit blygsamma, och med några få undantag har man fått räkna med att investeringarna i hälsoarbete ej 'betalat' sig i form av mätbara förändringar i hälsoläget hos befolkningen.

'Den epidemiologiska paradoxen' innebär att inom den grupp som har lätt eller måttligt förhöjda kolesterol- eller blodtrycksvärden har varje individ relativt lite ökad risk för sjukdom, men p.g.a gruppernas storlek svarar de ändå för *huvudparten* av de som insjuknar.

Detta fenomen beskrevs först av prof Geoffrey Rose (9) som föreslog att man beräknar riskdifferensen (eng.: 'population attributable risk') – dvs hur stor del av det aktuella folkhälsoproblemet som kan förklaras av

respektive nivå respektive riskfaktor. Samma princip har använts för att beräkna olika blodtrycksnivåers andel av riskerna att insjukna i hjärt-kärlsjukdom, varvid man utgått från studien av 1913 års män i Göteborg (10). Beräkningen har illustrerats med följande diagram (se figur 2).

I diagrammet skall framför allt observeras kurvan över antalet insjuknanden. Av denna framgår att flertalet av de som insjuknar har normala blodtryck (!). De få som har mycket höga tryck (och därmed mycket hög risk), utgör så få individer att de kommer att svara för en liten del av dem som insjuknar.

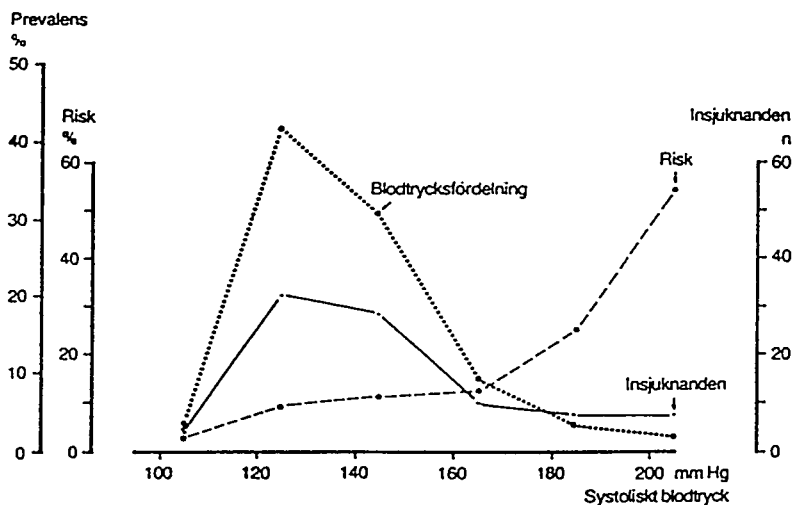
Principen innebär att man måste väga ihop den *relativa risken* och *befolkningsstorleken* (för varje risknivå) för att få en uppfattning om riskdifferensen. Detta är en grundläggande tankegång för den beteende-epidemiologiska arbetsmetoden och resonemanget gäller även för bedömning av risker och samhälleffekter av tex rökning och alkohol.

Det här har i allra högsta grad också betydelse för vilka grupper man fokuserar intresset på när man utformar ett interventionsprogram. Konkret betyder detta att ur ett folkperspektiv blir grupperna med lätt till måttligt förhöjda blodtryck intressantare än det fåtal individer som har mycket höga blodtryck.

Några teoretiska modeller

Tyngdpunkten i projektet "Icke-farmakologisk behandling av hypertoni..." är i dess första fas beteendemedicinsk, men det finns även beteende-epidemiologiska inslag. Skillnaden mellan dessa ansatser är att beteendemedicinen är individ- och behandlingsinriktad medan beteende-epidemiologin är befolknings- och preventionsinriktad. Karakteristiskt för båda riktningarna är att de arbetar interdisciplinärt.

Att behandla hypertoni och gränsblodtryck med icke-farmakologiska metoder lägger tyngdpunkten på ett



Figur 2. Blodtrycksfördelning, risk för koronar hjärtsjukdom (CHD) eller slaganfall (stroke) och antal insjuknanden i relation till blodtrycket bland 855 män, 50 år vid studiens början, uppföljda under 13,5 år.

beteende-medicinskt arbete. Man identifierar riskindivider och strävar att normalisera deras blodtryck. Men det förhöjda blodtrycket som sådant ger sällan symptom och behandlingen kan snarare ses som prevention än som behandling av sjukdom. Åtgärderna bör därför anpassas till de riskbedömningar som bör göras vid preventiva program. (Då alla läkemedel innebär risker för biverkningar talar detta för en inriktning mot icke-farmakologisk behandling av högt blodtryck.)

Samtidigt förutsätter beteendeförändringarna, om de ska bli varaktiga och omfattas av större befolkningsgrupper, vissa samhällsförändringar för att underlätta sådana steg (tex inom livsmedelssidan). 'Det ska vara lätt att välja rätt' (!). På så sätt måste de beteende-medicinska åtgärderna förenas med inslag som snarare kan härledas till de beteendepidemiologiska metoderna (dvs en mer preventiv och befolknings- eller samhällsinriktad ansats).

Inom beteende-medicinsk och beteende-epidemiologisk verksamhet arbetar man ofta med modeller för att beskriva det problem eller den population man inriktar sig på. Modellen är en förenkling av verkligheten för att göra den överskådligare och för att lättare kunna analysera var olika angreppspunkter ska sättas in.

Ett flertal modeller för hälsorelaterat beteende finns formulerade (11), var och en utgående från en speciell situation eller problemställning. Det är viktigt att inse att en modell ej bör bedömas som 'riktig' eller 'felaktig' utan bör ses som ett mer eller mindre användbart arbetsredskap för analysen. (Jfr att ibland kan en skruvmejsel vara att föredra framför en skiftnyckel utan att den ena därför är mer 'riktig' eller 'bättre' än den andra, – det beror på omständigheterna.)

Här ska en teoretisk (beteende-epidemiologisk) modell skisseras som underlag för analysen av beteendeförändringar inom projektet icke-farmakologisk behandling av hypertoni. Som underlag används 'Preventive health behavior model' av Antonovsky och Kats (12). Det bör påpekas att modellen gäller individers beteende. Någon lämplig modell för grupperns hälsobeteende har ännu inte utvecklats i detta projekt.

Preventive health behavior model försöker kategorisera de variabler som är involverade i hälsobeteendet i tre klasser och beskriver hur dessa variabler samverkar. De tre klasserna av variabler är 1) predisponerande motivation, 2) blockerande variabler och 3) modifierande variabler.

Allt beteende kan på ett eller annat sätt ses som målinriktat och motiverat. Även kompromisser och "anpassningar" har som syfte att uppnå ett visst mål. Därför ses också den predisponerande

motivationen som kärnpunkten i modellen.

Tre typer av ömsesidigt förstärkande faktorer (målsättningar) antas föreligga i varierande omfattning hos alla individer: a) önskemål om hälsa eller undvikande av ohälsa, b) att erhålla uppskattning från närstående, och c) att uppnå självuppskattning.

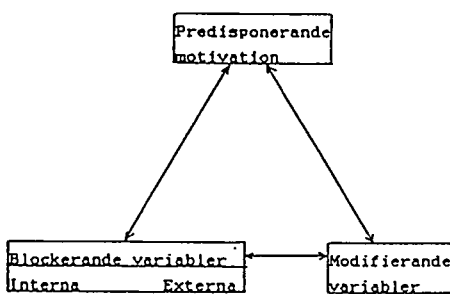
De olika faktorerna kan ha olika betydelse för individens motivation, och det är viktigt att individen upplever en koppling mellan beteendet (och önskvärda beteendeförändringar) och dessa mål. Om en sådan koppling upplevs kan individen uppfattas som "effektivt motiverad".

Blockerande variabler tillåter eller förhindrar den motiverade individen att tillämpa det aktuella hälsobeteendet. Blockering kan inträffa internt (tex kunskapsbrist, ångslan) eller externt (tex i form av bristande resurser, brist på hälsosamma alternativ i livsmedelsbutiker etc).

Slutligen de modifierade variablerna antas modifiera motivationen och de blockerade variablerna. Det kan gälla en känsla av mottaglighet för ohälsa som ökar motivationen att söka undvika ohälsa, eller en hög utbildningsnivå som kan motverka blockeringen av kunskapsbrist. Andra variabler inom denna kategori kan vara tidigare hälsorelaterade erfarenheter och socioekonomisk status.

Modellen ser dessa tre huvudkategorier som samverkande eller ömsesidigt påverkande, samtidigt som var och en även har en egen, oberoende påverkan av hälsobeteendet.

Modellen har utarbetats ifrån studier av tandhälsobeteende och kan illustreras enligt följande figur 3.



Figur 3. Preventive health behavior model.

Inom experimentell eller interventiv epidemiologi kan man utgå från två grundförutsättningar:

1: en individ kan ha positiva attityder till ett hälsosamt levnadssätt, men *beteendet* är inte konsekvent till attityderna. Problemet är här att *identifiera hinder* för ett konsekvent beteende och åtgärda dessa hinder (och att förstärka attityderna), (=beteendeförändring).

2: en individ kan ha negativa attityder till ett hälsosamt levnadssätt och ha ett beteende som är konsekvent till detta. Problemet blir då att *ändra attityderna*, lära ut hälsosamt beteende, förstärka försök till hälsobeteende etc, (=attitydförändring).

Preventivt arbete handlar dels om att ändra yttre betingelser och sjukdomsrisker (exposition), och dels att ändra individens beteende i förhållande till (kända) sjukdomsrisker. Beträffande den senare delen kan problemet formuleras i frågan: "Hur förändrar man beteenden?"

De två ovan nämnda utgångspunkterna för beteendeförändringar kan också formuleras på följande sätt:

1) att få de motiverade och *villiga* att klara av att praktiskt *genomföra* de förändringssteg som är nödvändiga.
2) att få de *ovilliga* och oengagerade att ändra attityd, bli intresserade och *vilja* en förändring.

Dessa två stadier fordrar helt olika metoder och redskap. Alltför liten uppmärksamhet har ägnats åt analys av och åtgärder för att påverka de hinder (blockerande variabler) som gör att "villiga" inte ändrar sitt beteende i praktiken. Detta är dock ett gammalt välkänt fenomen, och har tidigare uttryckts med orden "Anden är villig men köttet är svagt".

Det är också nödvändigt att räkna med att strategin förändras gradvis efter att vissa mål (eller en viss nivå) har uppnåtts. Detta kan illustreras med den sk Swednerska spiralen (13). Den beskriver en utveckling i loopar, bestående av målformulering, kunskapsproduktion, redskapsproduktion, genomförande, utvärdering, ny målformulering osv, med en ny loop för varje nivå som uppnås. (Se figur 4).

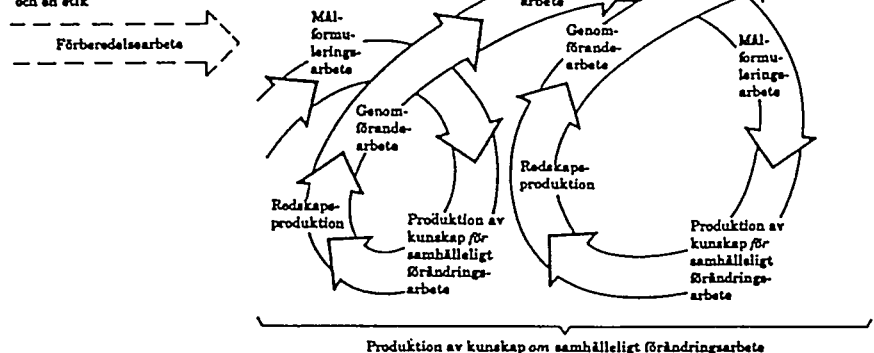
Målformuleringsarbetet innebär att på grundval av en noggran analys av individers och grupperns behov, anspråk och faktiska levnadsnivåer försöka beskriva det man vill uppnå med förändringsarbetet.

Mycket av den *kunskap* som behövs i förändringsarbetet produceras och finns till vardags som ett naturligt led i aktiviteter på arbetsplatser, i boendemiljö och under fritid. Det är därför viktigt att vara öppen för att ny kunskap kan fås från många olika grupper och individer i samhället.

Redskapsproduktionen innebär att utveckla metoder för att styra eller ingripa i processer för att uppnå de önskade förändringarna. Olika slag av redskap finns, tex grupper eller organisationer, råd, anvisningar, handböcker, normer eller handlingsregler.

Enligt Swedner finns två skilda utgångspunkter för förändringsarbetet – det uppifrån, samhällsstyrda och det underifrån, gräsrotsstyrda. I det andra fallet är principen om medbestämmande och deltagande viktig för genomförandefasen.

Varje individs nödvändiga förberedelsearbete för medverkan i samhälleligt förändringsarbete består i att skaffa sig en sammanhängande syn på människans tillvaro, bestående av en kosmologi, en antropologi, en historisyn, en samhällssyn, en epistemologi och en etik



Figur 4. Faser i samhälleligt (socialt) förändringsarbete.

Återföringsprincipen understryks också av Swedner och den innebär att man prövar och *utvärderar* nya arbetsmetoder och åtgärdsprogram ute på fältet och återför kunskap om resultaten till de berörda.

Ju 'högre upp' i spiralen man kommer, desto vidare blir perspektivet, och målgruppen för aktiviteterna vidgas från individ-grupp till organisation-lokalsamhälle.

Uppläggning av interventionen

Det tidigare resonemanget exemplifieras här med en kortfattad genomgång av blodtrycksprojektet på Örnäs vårdcentral.

Principen för interventionen är att kombinera generella råd med individuell 'face-to-face'-kontakt, och att utnyttja erfarenheter från de framgångsrika diabetesmottagningarna. Erfarenheter och kontakter utåt som finns inom patientgruppen bör kunna utnyttjas för att nå ut till områden utanför sjukvårdens och läkarmottagningens vanliga domäner.

Interventionen bygger därför dels på gruppmöten (med grupper av de hypertoni-patienter som deltar i projektet), dels på individuell kartläggning och rådgivning utförd av specialutbildade sjuksköterskor. Resultatet av interventionen kan förväntas komma i en viss kronologisk ordning (se figur 5), där den ena fasen föregår och påverkar utvecklandet av nästa fas (jfr pilarna i figuren).

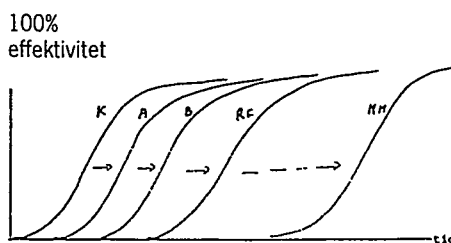
Det är nödvändigt att särskilja utvecklandet av kunskap (K) från förändring av attityder (A), att skilja attitydförändringar från beteendeförändringar (B). Hypotesen är att beteendeförändringar i sin tur ger förändring i riskfaktormönster (RF) och i sista hand i morbiditet/mortalitet (MM). För vart och ett av dessa steg måste tidsfaktorn tas med i planeringen, och för varje fas kan speciella utvärderingsmetoder användas.

I det här aktuella blodtrycksprojektet inbjöds inledningsvis alla med känd hypertoni i åldern 30–59 år att delta. Inbjudan gjordes brevlades, där syftet med och uppläggningsplanen av projektet beskrevs översiktligt och där det framgick att det förväntas att deltagarna är beredda till vissa förändringar av beteendet för att försöka påverka blodtrycket. De som önskade delta uppmanades att skicka in en svarstalong.

Med denna teknik för urval av försöksgrupp torde man kunna räkna med att huvudgruppen tillhör de som är 'villiga' till en förändring (kategori 1). I den mån man sedan planerar en utvidgning till bredare befolkningsgrupper kommer allt fler att tillhöra kategori 2 (de 'ovilliga', som först måste motiveras till att vilja en viss förändring).

Enligt tidigare resonemang är problemet beträffande kategori 1 att identifiera hinder för ett hälsosamt beteende och att underlätta att praktiskt genomföra de nödvändiga förändringsstegen.

Försöksgruppen inbjöds initialt till tre utbildningskvällar med undervisning i grupp angående blodtryckssjukdomen och dess olika behandlingsme-



Sammanhängande faktorer:
K = Kunskapsförmedling (medvetandeskapande)
A = Attitydförändring (deltagande)
B = Beteendepåverkan
RF = Risk faktor-reduktion
MM = Mortalitet/Morbiditets-minskning

Figur 5. Förväntade faser och grad av utveckling som resultat av intervention.

toder. Syftet var att öka kunskapen och att förstärka de positiva attityderna. Strävan var vidare att aktivera deltagarna, öka deras hälsomedvetande ("predisponerande motivation"), och att få fram deras egna förslag till att underlätta beteendeförändringar ("modifierande variabler"). Vidare att identifiera hinder för förändringarna ("blockerande variabler") och metoder att påverka dessa.

Samtidigt startade de individuella kontakterna med mottagningssköterskan i vardera av de tre vårdlagen, vilken på deltid har frigjorts för att arbeta med detta. De individuella kontakterna syftar dels till att förstärka effekten av grupputbildningen, dels att ta upp individuella anamneser och provtagning. Dessa uppgifter används som underlag för de konkreta förslagen till åtgärder och som underlag för utvärderingen.

Ett antal grupper och stödjande aktiviteter utvecklades från vårdcentralen för att öka möjligheten till beteendeförändringar. Kost-, vikt- och motionsgrupper, avslappningsövningar i grupp etc utvecklades. Genom upprepade kontakter med sköterskan initialt försäkras att patienten får stöd för och lyckas med beteendeförändringarna. Vid dessa upprepade kontakter tas blodtryck och de laboratorieprover (motsvarande) som erfordras för att uppmuntra patienten till fortsatt aktivitet. Misslyckas en eller några åtgärder (beträffande effekt eller genomförande) skall andra åtgärder väljas.

Halvårsvis kontrolleras alla i försöksgruppen enligt samma protokoll som inledningsvis, för att få direkt återkoppling och kunna justera metoder, rekommendationer och stödjande åtgärder.

Som framgick ovan förutsätter hela projektet ett aktivt deltagande från försöksgruppen såväl beträffande utformning av de direkta förändringsstegen som beträffande stödjande åtgärder. Projektledningen ger de yttre ramarna för respektive åtgärd och kontrollerar att åtgärderna tillämpas inom dessa ramar. Ett exempel på detta är att man beträffande motionen tillämpar en träningsintensitet om cirka 50 procent av maximala arbetskapaciteten under 30 minuter tre dagar/vecka, och konkreta råd ges för hur detta uppnås.

Med denna förväntade aktivitet från deltagarna eftersträvas ett 'nedifrån-och-upp'-perspektiv för hela projektet, trots att initiativet ligger 'uppifrån', – inom hälso- och sjukvården. På så sätt kan projektet förhoppningsvis fungera enligt ambitionen i Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) från 1979. Där betonas honnörsord som: Aktivt och ökat deltagande, Demokratisering, Decentralisering, Självbestämmande, Medinflytande, Hälhetsperspektiv. Fortfarande saknas i stor utsträckning detta arbetssätt

inom hälso- och sjukvården. Det är trots allt svårare för den enskilde patienten att 'vara delaktig' när det gäller receptskrivning än när det gäller förändring av livsstilen.

Metoder för utvärdering

Projektet på Örnäset bedrivs utan fristående kontrollgrupp. Man kunde ha tänkt sig att låta de hypertoniker på vårdcentralen som inte är med i försöksgruppen utgöra kontrollgrupp. Men en kontrollgrupp ska vara så opåverkad som möjligt av den studerande interventionen, och det vore oetiskt i detta fall. Här eftersträvas redan från början en så stor spridningseffekt (smittoeffekt) som möjligt – eftersom budskapet är förankrat i en bred kunskap om riskfaktorerna och om att varje åtgärd i och för sig har potentiellt gynnsamma effekter.

En annan möjlighet vore att använda en annan vårdcentral hypertoniker som kontrollgrupp. Emellertid visar en studie av Tibblin m fl (14) där man arbetat med icke-farmakologiska metoder på åtta vårdcentraler i Uppsala-regionen, att det finns mycket stora variationer i sammansättningen av hypertoniker på olika vårdcentraler. Detta gör det svårt att hitta en 'kontroll-vårdcentral' som liknar den undersökta vårdcentralen.

Här utnyttjas istället en före-eftermodell, där försökspersonerna är sina egna kontroller. Innan studien startar undersöks försökspersonerna och samma protokoll används vid halvårsuppföljningar och vid studiens slut efter två år.

Målsättningen för projektet kan formuleras på följande sätt: Att initiera intervention bland hypertonigruppen (30–59 år) på vårdcentralen för att få svar på följande frågor:

1. Kan livsföringen ändras i riktning mot ett hälsosammare beteende hos en definierad och motiverad del av befolkningen?
2. Kan blodtrycksnivån sänkas inom försöksgruppen och/eller samtidigt konsumtionen av läkemedel mot högt blodtryck sänkas?
3. Vilka metoder för icke-farmakologisk behandling har varit lättast att acceptera (och därigenom varit de effektivaste) för en längre tids tillämpning?
4. Hur påverkas livskvaliteten under sådana förändringar hos försökspersonerna?

Av figur 5 framgick tidssambandet och relationen mellan utvecklingen av kunskap, attityder, beteenden, riskfaktorer och sjuklighet/morbiditet. Var och en av dessa faser kan i och för sig utvärderas. Här har valts att begränsa utvärderingen till det som är väsentligt för att belysa de frågeställningar som framgår av målsättningen ovan.

Detta innebär att registrering sker av patienternas livsstil och riskfakto-

rer före och hur de förändras under försöket. Detta sker genom skattning av patienterna och genom mätning av biologiska markörer. Vidare värderas blodtrycksnivån liksom mängden läkemedel individuellt och för gruppen som helhet, före, under och efter försöket.

Vilka av de 14 åtgärderna från åtgärdslistan som tillämpats, och huruvida de kunnat kopplas till en viss förändring (beteende resp biologisk markör), summeras med utgångspunkt från uppgifterna i halvårsprotokollen.

Slutligen görs även försök att få en viss uppfattning om begreppet livskvalitet (och hur den ev förändrats) genom de frågeformulär som patienterna fyllt i.

Sammanfattningsvis utvärderas:

- 1 a) Vilka metoder har använts
- b) Hur har dessa lyckats (beteendeskattning enl visuell analogskala före-efter, mätning av markörer före-efter)
- 2 a) BT-läget före-efter, och
- b) läkemedelsnivån före-efter
- 3) Livskvalitet
 - symptomprofil
 - biverkningsprofil
 - livskvalitetsprofil enl visuell analogskala

Slutord

Arbetet med att utveckla metoder för icke-farmakologisk behandling av hypertoni avslöjar stora kunskapsluckor i den etablerade hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Såväl kunskapen om livsstilsfaktorer hos enskilda individer, som själva tekniken för livsstilsförändring behöver utvecklas.

Fortfarande är merparten av förebyggande arbete individriktat. Samtidigt är många av riskerna för sjukdom och ohälsa beroende av samhällsfaktorer, kultur och miljö. Dessa faktorer ligger utanför den enskildes möjlighet att direkt påverka.

Den individriktade verksamheten (tex projektet Icke-farmakologisk behandling av hypertoni...) når de välmotiverade individerna i ett område. Det syftar till att vinna kunskap om hur deras motivation ska kunna ytterligare ökas (och ev hinder avlägsnas) så att verkliga och bestående livsstilsförändringar kan uppnås.

En ännu större utmaning blir att nå "de omotiverade", och att sträva efter sådana förändringar i samhälle och omgivning, som gör att risker för ohälsa kan reduceras för hela befolkningen.

Referenser

1. HS BD 90. Hälso- och sjukvård i Norrbottens län inför 90-talet. Luleå: Norrbottens läns landsting, 1984.
2. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: A five year controlled drug trial (OSLO). Am J Med 1980;69:725–32.

3. Multiple Risk Factor Intervention Trial. (MRFIT Research Group) JAMA 1982;248:1465–77.
4. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. (MRC working party) Br Med J 1985;291:97–104.
5. Riktlinjer för behandling av högt blodtryck utarbetade av en arbetsgrupp tillsatt av Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar med bistånd av Svenska Cardiologföreningen, Svenska Föreningen mot Högt Blodtryck samt Svensk Förening för Allmänmedicin, 1986.
6. Läkemedelsinformationskommitténs rekommendation: Behandling av mild hypertoni. Läkartidningen 1986;83:4464.
7. Gran B. Patienter som kontrolleras för högt blodtryck – en inventering på vårdcentral. Läkartidningen 1988;85:1416–9.
8. Gran B. Icke-farmakologisk behandling av hypertoni. En litteraturoversikt. AllmänMedicin 1987;8:12–22.
9. Rose G. Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. Brit Med J 1981;282:1847–51.
10. Svärdsudd K. Riskfaktorernas relativa och multipla betydelse för uppkomsten av hjärt-kärlsjukdomar, i: Berglund G (ed) Förebyggande av hjärt-kärlsjukdom. Uppsala: Hässle, 1981.
11. Becker MH, Maiman LA. Models of Health-Related Behavior, i: Mechanic D (ed) Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions. New York: Macmillan Publ Co Inc, 1983: kap 25.
12. Antonovsky A, Kats R. The model dental patient: an empirical study of preventive health behavior. Soc Sci Med 1970;4:367–79.
13. Swedner H. Socialt arbete. En tankesamling. Stockholm: Liber, 1983.
14. Tibblin G, Åberg H, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in two steps – 1 year report from eight health centres. Acta Med Scand, suppl. 1986;714:105–12.

Författarpresentation:

Birger Gran, distriktsläkare, Örnäsets vårdcentral, Luleå.

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns i Lund och Huddinge. Det byggs nu upp LIC-enheter vid landets universitetssjukhus och vid regionssjukhuset i Örebro. LIC besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturnomgång och omfattande diskussion vid respektive LIC. Frågor och svar lagras sen i databasen Drugline. Du kan själv ringa upp LIC och ställa frågor. Du kan också själv få tillgång till databasen, i vilken man söker på samma sätt som i Medline. Terminal eller persondator med telefonmodem behövs i så fall.

För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid LIC kommer jag att i ALLMÄNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Svardsdokumenten har skrivits ned och ibland bearbetats något. Har Du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt skriv till DL Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg.

Fråga:

En 30-årig kvinna lider av kronisk rinit. Någon säker allergisk genes har man inte lyckats finna. Patienten sökte en allergolog för 2 månader sedan och ordinerades då Becotide Nasal (beclo-metason). Det visar sig nu att patienten blev gravid ungefär vid den tidpunkt då behandlingen inleddes. Har behandling med Becotide Nasal systemeffekter som kan vara av betydelse för graviditeten?

Svar:

I ett fåtal djurförsök har man sett utveckling av gomspalt vid systembehandling med höga doser av steroider. Behandling hos människa med höga doser prednisolon p o eller beclometason via inhalation har inte rapporterats ge sådana biverkningar.

Uppgifter om absorptionen av beclometason tillfört med nässpray saknas. Sannolikt är dock den absorberade mängden läkemedel liten och det synes osannolikt att den skulle utgöra någon risk för fostrets utveckling.

Fråga:

En 63-årig patient som medicinerat med Ansopal regelbundet en längre tid uppvisar nu okarakteristiska hudutslag.

Kan behandling med kloralhydrat ge upphov till hudbiverkan?

Svar:

Behandling med kloralhydrat kan ge upphov till två typer av hudbiverkningar. Den ena typen av utslag uppträder inom några timmar efter medicinintag. Den andra typen uppträder i samband med kronisk behandling.

Utslagen manifesterar sig som erytem, scarlatiniformt exatema, Steven Johnsons syndrom, bullös dermatit, klåda, urtikaria och eksem. Utslagen börjar vanligen i ansiktet eller på ryggen med senare spridning på halsen, bröstet och armarna.

Fråga:

47-årig man som sedan 1 månad ordinerats kinin 250 mg t n mot muskelkramp. Patienten hade nu tagit 6–8 tabletter kinin på en enda gång samtidigt med en flaska vin.

Patienten vaknade på morgonen med svår synnedsättning och dessutom tinnitus.

2 dygn senare hamnar patienten på ögonkliniken. Man finner där att patienten har grav synfältsinskränkning, bleka ögonbottnar med smala kärl.

Frågeställaren önskar allmän information om kininets inverkan på synen vid överdosering. Finns det risk för interaktion mellan kinin och alkohol?

Svar:

Överdosering av kinin karakteriseras av huvudvärk, feber, kräkningar, muskelsvaghet, förvirring, blindhet, dövhet, medvetanderubbning, njurinsufficiens, cirkulationsstörningar och ibland död.

Synrubbning beskrivna efter överdosering med kinin är dimsyn, ändrat färgseende, fotofobi, diplopi, nattblindhet, inskränkt synfält. Efter intag av stora doser kinin ses plötslig och progressiv synförsämring under flera timmar/dygn. Total blindhet kan förekomma. De flesta patienterna återfår delvis synen, men ofta med synfältsinskränkning. Det är oklart om effekten på synen beror på direkt neural inverkan eller om den är sekundär till vaskulära förändringar. Inga uppgifter om interaktion mellan alkohol och kinin har återfunnits i den genomgångna litteraturen.

Ögonbiverkningar av kininbehandling är vanligen dosberoende men det finns också enstaka rapporterade fall med ögonbiverkningar även vid låga terapeutiska kinindoser.

Fråga:

Sänker Atarax kramptröskeln?

Det gäller en 60-årig man med diabetes. Han har en hjärtinfarkt och behandlas med krampprofylax, fenytoin. Man överväger nu behandling med Atarax (hydroxizin) på grund av att patienten har svår, allergiskt betingad, klåda på kroppen.

Svar:

Vid sökning i databasen Medline och i tillgänglig referenslitteratur återfinns två artiklar som beskriver olika läkemedelsinducerade krampor. Här nämns inte hydroxizin. Det finns alltså inga data som talar för att hydroxizin skulle ha en kramptröskelsänkande effekt.

Receptkunder får numera information om sin medicin på apoteket

BRITTA LISPER

Sedan några år tillbaka erbjuds de kunder som hämtar ut receptmedicin på apotek en skriftlig information, "Information om Din medicin". De 70 informationsblad som finns omfattar drygt 90% av förskrivna reciper. Undersökningar visar att allmänheten tycker informationsbladen är lätta att läsa och förstå. Kunskapen om läkemedlet ökar.

Läkaren har naturligtvis det primära ansvaret för informationen om den läkemedelsbehandling han/hon ger sin patient. Apotekspersonalen kan repetera och komplettera informationen i samband med att läkemedlet lämnas ut, dels genom att påpeka viktig information som står på läkemedelsförpackningen dels genom att lämna ut informationsblad, som ger en allmän kunskap om läkemedel.

Samarbete Apoteksbolaget, läkemedelsindustrin och medicinsk expertis

Behovet av information om den medicin man tar är stort. Under 1970-talet förekom åtskilliga riksdagsmotioner för att understryka hur viktigt detta är. På uppdrag av Läkemedelsinformationsrådet, LIR, utarbetade Apoteksbolaget skriftliga informationsblad om de vanligaste läkemedelsgrupperna. Riktlinjer för arbetet togs fram av en arbetsgrupp med representanter från Apoteksbolaget och läkemedelsindustrin, LIF/RUFI. Informationsbladen granskas av medicinsk expertis, som regel författarna till terapiavsnitten i Läkemedelsboken. Informationsbladen har, under de första åren de varit i bruk, kontinuerligt arbetats om och förbättrats i sakinhåll och språk. Initiativ till sådana förbättringar har kommit framför allt från läkare och apotekspersonal men även direkt från kunder.

Varje informationsblad omfattar en grupp läkemedel

Varje informationsblad omfattar en grupp likartade läkemedel, tex penicilliner, bensodiazepiner och ger en allmän information om läkemedelsgruppen. Under rubriken "Hur verkar medicinen?" finns de vanligaste indikationerna upptagna. Under rubriken "Hur ska man ta medicinen?" ges råd om hur man fördelar doserna över dygnet, praktiska råd kring olika läkemedelsformer m.m. Under biverkningsavsnittet tas de vanligaste biverkningarna upp med symptom som patienten själv kan iaktta och sätta i samband med medicineringen samt symptom på allvarliga biverkningar, där patienten snarast ska kontakta läkare. Om möjligt anges om biverkningen är vanlig, sällsynt, om den brukar gå över, om det hjälper att ta medicinen med mat etc. Slutligen finns ett avsnitt om graviditet och amning samt förvaringsföreskrifter och allmänna råd.

Apoteken är idag datoriserade och vid expeditionen påminner datorn om vilken skriftlig information som kan lämnas ut och vad som bör påpekas muntligen.

Intervju med kunder

Hösten 1986 gjordes en intervjustudie med ett 80-tal apotekskunder i Södertäljeområdet. Främsta syftet var att via ett ingående samtal närmare belysa vad som var positivt eller vad som var oklart eller svårt att förstå i informationsbladen.

En stor majoritet, sju av åtta intervjuade, uttryckte sig spontant positivt om att bli informerade skriftligt om sin medicin. Man vill emellertid att också läkaren informerar om utskriven medicin. Vid frågan om vad som intresserar mest när det gäller läkemedel svarade sju av åtta att det är bl.a. biverkningar.

En av fem personer i studien förklarade att de blev oroliga av att läsa att medicinen kan ge biverkningar. Enigheten var dock stor om att det trots allt var bättre att få information om biverkningar än att inte få det. "Man tänker så mycket om man inte vet". Av studien framgår att patienten litar på läkarens behandling och läkemedelsval men eventuell oro skulle kunna förebyggas om patienten av sin läkare även informerats om effekt/biverkningar. På frågan om vem som ska informera om läkemedel svarade tre eller fyra i studien att det "egentligen är läkaren som ska göra det", men flertalet tyckte det var bra att få skriftlig information på apoteket samtidigt med medicinen. "Det är bra att kunna läsa hemma i lugn och ro. Man är så stirrig vid läkarbesöket".

Kunderna tyckte att biverkningsavsnitten hade en lagom omfattning. Man hade förstått och accepterat att endast de vanligaste biverkningarna tagits med. "Om man vill veta mer får man tala med doktorn".

Viktigt med information

Även andra undersökningar visar klart att man tycker det är viktigt att få information om sin medicin, framför allt om biverkningar, men även om hur medicinen ska användas och hur den verkar. Nittiofem procent av dem som fått informationsbladen har läst dem och sextio procent tycker att de lärt sig något nytt om sin läkemedelsbehandling. I en intervjuundersökning påpekade många att informationsbladen underlättar för dem att diskutera sin läkemedelsbehandling med läkaren.

I en annan studie, utförd av Apoteksbolaget 1985 i Norrland, fick ca 4 000 apotekskunder poängsätta ett antal påståenden om problem i samband med läkemedelsinformation. Att man fick för lite information om biverkningar, att man inte visste hur medicinen påverkar sjukdomen och att det inte alltid står på receptet till vilken sjukdom medicinen ska användas betraktades som stora problem av deltagarna i enkäten. Att läkaren sällan har tid att berätta om hur medicinen verkar var ett annat påstående som rankats högt som problem.

Att indikationen anges på receptet är viktigt för följsamheten till ordinationen. En ny undersökning visar emellertid att i endast 60% av antalet reciper anges ändamålet med behandlingen i doseringsanvisningen (Läkartidningen 1987, 84, 18, 1514).

Många gånger har allmänheten så lite kunskaper om läkemedel att man helt enkelt inte ställer några frågor. Informationsbladen kan väcka intresse för medicineringen och ge underlag för frågor. Det är ett gemensamt ansvar hos läkaren och apoteket att ge patienter begriplig information om sjukdomar och deras behandling. Detta stämmer också väl överens med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om att göra det möjligt för patienten att vara delaktig i beslutet om sin medicinering.

Arbete pågår i andra länder

Över hela världen pågår arbetet med att förbättra läkemedelsanvändningen genom att utveckla den skriftliga och muntliga informationen till patienter. Norge har ett system liknande Sveriges. I Danmark och inom hela EG pågår intensiv diskussion för närvarande om och när man ska införa bipacksedlar.

I Holland har ett privat företag nyligen tagit fram ett datorbaserat system med informationsblad. Systemet säljs till apoteken. Den engelska läkemedelsindustrin har beslutat att successivt införa bipacksedlar enligt en gemensam modell.

I USA spelar privata initiativ stor roll för läkemedelsinformation. Bland annat har patientorganisationer i samarbete med FDA haft kampanjer med läkemedelsinformation till allmänheten med budskapet "Skaffa Dig svaren" och till hälsovårdspersonal med budskapet "Ge svaren".

Informationsblad om klamydiabehandling

I Sverige kommer systemet kontinuerligt att vidareutvecklas. Under juni månad kom t ex nya informationsblad om klamydiabehandling med tetracykliner respektive med erytromycin. Dessa kommer även att erbjudas till bl a vårdcentraler för utdelning till patienten direkt vid förskrivningen.

Tag gärna kontakt med oss

Har du synpunkter på apotekens muntliga information kontakta gärna det lokala apoteket. Om du har synpunkter på den skriftliga informationen kan du även ringa Britta Lisper eller Inger Nilsson, Apoteksbolaget i Stockholm, tfn 08-783 95 00.



Här är två läkare som talar om mediciner och biverkningar. Vilken av dessa läkare skulle du helst vilja gå till? Bilden visar hur stor andel av Sveriges befolkning som väljer respektive alternativ enligt besöksintervjuer av SIFO (n=1097). Studien gjordes på uppdrag av Apotekarsocieteten 1986.

(Ur Sv farm tidskr 1987, 91,2,9)

Allmänläkarens del av psykofarmakaförskrivningen

INGEGERD AGENÄS

I diskussionsartiklar om bensodiazepinförskrivning anges olika uppgifter om vilken andel av förskrivningen, som härrör från allmänläkare. I en artikel i förra numret av Allmänmedicin påpekar Anders Wimo och medförfattare att olikheterna troligen beror på förbistring kring begreppen primärvård – öppen vård – allmänläkarvård. Detta är säkerligen helt riktigt.

I Diagnos Receptundersökningen (1) den enda studien som har rikstäckning menas med allmänläkare läkare med allmänmedicinsk kompetens oavsett verksamhetsområde samt läkare under specialistutbildning i allmänmedicin. Denna grupp består 1988 av ungefär 4 300 läkare. Av dem är drygt 2 000 medlemmar i DLF. De övriga är huvudsakligen företagsläkare och privatpraktiker. I Diagnos Receptundersökningen kan man inte se hur förskrivningen fördelar sig inom denna grupp. Ett rimligt antagande är att företagsläkare skriver färre recept än vad distriktsläkare och privatpraktiker gör.

I Jämtlandsundersökningen (2) registreras läkarens tjänsteställning och tjänsteställe. I uppgifter från Jämtlandsundersökningen är således distriktsläkare entydigt definierad. I Tierpsundersökningen (3) likaså.

Ett ytterligare skäl till att olika studier ger olika resultat är säkerligen också att primärvårdens andel av befolkningens vårdkonsumtion växlar. I Stockholm med ett mycket varierat vårdutbud har primärvården troligen en mindre andel än i glesbygder.

1 Diagnos Receptundersökningen

– en presentation i STF vol 84 nr 9 1980 s 313–37

2 Boethius G.

– Prescription of drugs 1970–75 in the county of Jämtland, Sweden (Avhandling Stockholm 1977)

3 Isacson Dag

– Heavy use of prescription drugs. (Avhandling Uppsala 1987).

DRÖMMEN OM DET PERFEKTA LÄKEMEDLET

Drömmen om det perfekta läkemedlet heter en liten skrift, som på uppdrag av Apoteksbolaget utarbetats av journalisten Kjell Åkerlund.

Syftet med skriften är att redovisa vilken betydelse läkemedlen har i samhället. Under rubrikerna Påståenden om läkemedel, Läkemedel som gör livet värt att leva, Om läkemedel inte fanns, Läkemedel efterlyses och Läkemedel och folkhälsa lämnas fakta om Läkemedelsanvändning, om förhoppningar, misstag och möjligheter. Ett särskilt avsnitt innehåller intervjuer. Skriften delas ut till sjukvårdspolitiker samt via apoteken till läkemedelskommittéledamöter, lokal sjukvård och andra som kan antas ha intresse av dessa frågor.

Under hösten kommer den att försälgas på apoteken (10:–) i samband med en kundaktivitet om förväntningar på läkemedel.

Erfarenheter av tobaksintervention – en litteraturgenomgång

GUNNAR HYLLIENMARK

Artikeln ger en översikt av resultat från intervention mot tobaksrökning vid olika typer av medicinska mottagningar. Effekten av olika behandlingsinslag diskuteras och lämpliga behandlingsstrategier föreslås.

Nyckelord: Rökavvänjning, intervention

Bakgrund

Hjälp till rökare att bryta ner sin vana har i stor utsträckning skett genom rökslutargrupper. Den påverkansmetoden har varit relativt framgångsrik både inom sjukvården och utanför den.

I sjukvårdsarbetet möter man många rökande patienter där rökningen är ett hinder för tillfrisknandet. I de fallen kan det vara naturligt att sätta in åtgärder mot rökningen i direkt anslutning till det vanliga behandlingsarbetet. Detta kräver lämpliga individriktade behandlingsmetoder. Sådana behandlingar skulle även kunna användas för andra hjälpsökande rökare som ej vill delta i grupper.

Artikeln ger en översikt av olika uppläggningar av rökslutarhjälp vid olika typer av mottagningar. Exempelen kan ses som förslag till hur man inom hälso- och sjukvården skulle kunna förbättra sin tobaksintervention. En utförligare behandling av ämnet finns i en rapport från hälsosektionen vid landstinget i Gävleborg (1).

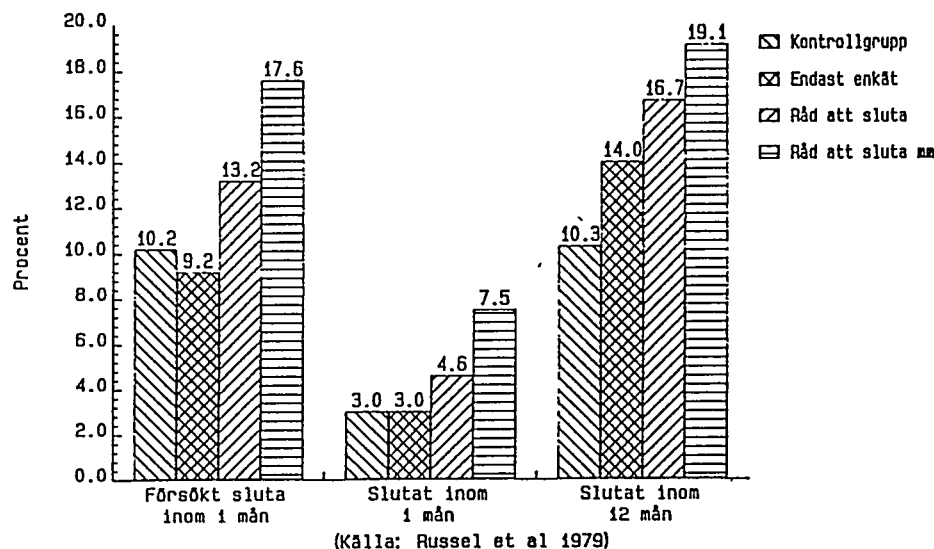
Rökslutande på kort och på längre sikt

Rökaneundersökningar visar att det sker ett fortlöpande rökslutande i den svenska befolkningen. Bakom dessa rökstopp finns flera olika drivkrafter. En av dom viktigaste är troligen sjukvårdens insatser.

En studie av rådgivning mot tobaksrökning vid några engelska allmänläkarmottagningar kan illustrera vilka effekter man kan erhålla på kort och på längre sikt genom olika rådgivningsinsatser (2).

Alla rökare som besökte 28 allmänläkare hänfördes till ett av fyra olika behandlingsalternativ:

- 1) Kontrollgrupp utan särskild åtgärd.
- 2) Svara på en tobaksenkät.
- 3) Läkarens råd att sluta röka.
- 4) Läkarens råd att sluta, broschyr med råd om rökslutandet och besked om uppföljning.



Figur 1. Resultat av tobaksintervention vid GP-mottagningar i London.

Man undersökte sedan hur många som *försökte sluta* inom en månad, hur många som *verkligt slutade* inom en månad och hur många som slutade inom ett år. Resultaten framgår av figur 1.

De som har fått den största rådgivningshjälp har högst resultat i alla tre avseendena och enbart rådet att sluta ger större effekt än endast enkäten. Det är dock värt att notera att även många i kontrollgruppen slutar utan några extra påverkansinsatser. En liknande ny studie ger ungefär samma resultat (3).

Resultaten kan tolkas på följande sätt. Att rökningen är en allvarlig hälsorisk är väl känt i befolkningen. Ett läkarbesök aktualiserar därför hos patienten tanken på att sluta röka. Sjukvårdsverksamheten ger på detta sätt en generell stimulans av rökslutandet. Detta kan förklara varför så många som 10% av kontrollgruppen slutat röka inom ett år. Om patienten i samband med läkarbesöket får ett direkt råd att sluta röka så förstärks ambitionen att sluta ytterligare, vilket visar sig i den höga siffran för försök att sluta omedelbart. Om han utom rådet att sluta även får hjälp med att genomföra rökstoppet så ökar chanserna att kunna genomföra ett snabbt stopp. Men rådgivningsinsatserna ger även ett klart utslag i andelen rökstopp hela det kommande året, vilket antingen kan bero på att patienten gör nya försök om det första inte lyckas eller att han använder läkarens råd vid

ett för honom själv lämpligare tillfälle senare under året.

Nikotintuggummi

Av de behandlingsinslag som visat sig värdefulla för att gynna ett rökslutande är nikotintuggummi det enda farmakologiska. I en noggrann studie från rökavvänjningspolikliniken i Göteborg (4) var i nikotingruppen 77% rökfria vid behandlingens slut mot 52% i placebogruppen. Ett år efter behandlingen var siffrorna 29% för nikotingruppen mot 16% för placebo-gruppen.

Även vid allmänläkarintervention har nikotintuggummi visat sig värdefullt. Vid tretton svenska allmänläkarmottagningar genomfördes ett samordnat försök (5,6). Alla patienter som bedömdes motiverade att sluta röka tilldelades en av fyra behandlingsmodeller: tillgång till nikotintuggummi eller ej kombinerat med kort eller lång uppföljning.

Efter sex månader hade tuggummi-grupperna en rökfrihet på 24% respektive 32%. I grupperna som ej fick tuggummi var siffrorna 6% och 15%. Dessa siffror är korrigerade med en "lögn"-faktor på 15% som erhöles genom en stickprovskontroll med kolmonoxidmätning. Även vid de tidigare nämnda engelska undersökningarna gjordes en kontroll av rökfriheten och man fick då "lögn"-faktorer på 7% och 25%. I inget av fallen tycks denna felkälla ha snedvridit resultaten på annat sätt än att ange en för hög totalandel rökfria.

Uppföljning

I den ovannämnda svenska undersökningen varierade man uppföljningsinsatsen. *Kort uppföljning* bestod av endast ett återbesök efter två veckor. *Lång uppföljning* bestod av ett telefonsamtal efter en vecka, återbesök efter två och fyra veckor samt ett brev efter tre månader. Alla deltagarna kontaktades efter sex månader och tillfrågades om sin rökstatus.

Som framgick av redovisningen ovan gav den korta uppföljningen 6% rökfria i kombination med icke-tuggummi och 24% rökfria med nikotintuggummi. Den långa uppföljningen gav 15% respektive 32% rökfria efter sex månader.

Dataanalysen (6) visar att bland dem som fick ett telefonsamtal efter en vecka var 70% rökfria vid två veckor medan bland de övriga endast 46% var rökfria vid samma tidpunkt.

En uppföljande kontakt med de rökslutande är tydligen ett viktigt stöd. Värdet av detta har ur patientens synvinkel beskrivits i en rapport om stressbehandling (7):

Ett antal patienter säger att de uppskattade att vara föremål för ett hälsovårdsprogram som brydde sig tillräckligt mycket om deras välbefinnande för att ta regelbundna kontakter med dem. (min översättning)

Terapeuter

I den nyss nämnda svenska undersökningen framkom även att resultaten varierar med läkaren. Somliga lyckas bättre än andra. Detta framkommer även i en amerikansk (8) och en kanadensisk (9) undersökning. I den förstnämnda rapporteras att andelen av en enskild läkares patienter som försöker sluta varierar från 20% till 77% och då det gäller andelen som verkligen slutar från 0% till 25%.

En del av denna variation är säkerligen tillfällig. Men till en del får man räkna med att olika personer fungerar olika väl i en personlig rådgivningssituation som det här är fråga om. I rapporten hänvisar man till två undersökningar som visat att man med utbildning har kunnat höja effekten av läkarnas insatser.

Interventionssituationen

I en översikt över studier av rökslutarhjälp bland gravida kvinnor rapporteras svagare resultat än i de refererade allmänläkarstudierna (10). I den urmetodsynpunkt tillförlitligaste undersökningen erhöles 14% rökfria vid graviditetens slut för den effektivaste behandlingsgruppen. En mindre, opublicerad undersökning i Gävle uppvisade 15% rökfria vid förlossning. Tydligt får man räkna med att rökslutarrådgivning bland gravida kvinnor ger sämre resultat än de man kan få bland allmänläkarpatienter.

Detta kan kanske överraska. Gravi-

diteten framhålls ju ofta som ur ett påverkanssynpunkt gynnsamt tillfälle. Tydligt stämmer inte detta då det gäller rökslutande. Den gravida kvinnan har visserligen med hänsyn till det växande barnet ett tungt sakligt skäl att sluta röka. Men hon står också mitt i en situation som kan vara omtumlande och full av osäkerhet. Många problem kan tränga sig på starkare än just rökningen.

En svensk allmänläkare som ägnat sig åt rökslutarhjälp (11) hävdar att det är klokast att försöka få unga kvinnor att sluta röka innan de tänker sig att få barn. De kan då klara av sitt rökslutande under lugnare förhållanden och de kan i högre grad välja tidpunkten själva. Detta skulle enligt honom minska abstinensbesvären.

Att själv välja tidpunkt för rökstoppet tycks vara viktigt. Och det är ju uppenbart att det i varje fall finns tillfällena som är ogynnsamma. I den första refererade studien (2) visade det sig att i den mest verkningsfulla interventionsgruppen slutade 7,5% att röka under månaden närmast efter läkarbesöket. Men inom ett år hade denna siffra stigit till 19%. Det tycks alltså som om många tagit intryck av läkarens råd att sluta men omsatt det i handling först efter någon tid.

Vid rådgivning mot rökning i samband med en hälsoundersökning av asbestexponerade arbetare (12) erhöles man i de båda behandlingsgrupperna 4% respektive 8% rökfria efter 11 månader. Det starka risksambandet mellan rökning och asbestexponering ger en god rationell motivering för rådet att sluta röka för just denna grupp. Ett starkt rationellt motiv borde ju då ge stora resultat.

En förklaring till de i jämförelse med allmänläkarundersökningarna blygsamma resultaten kan vara att situationen ur de deltagande arbetarnas synvinkel inte upplevs så väl motiverad för råd om rökning. De har kommit för att få konstaterat om riskerna som arbetsmiljön utsätter dem för har givit några skador. De är alltså inriktade på miljöfaktorer som de själva inte har kontroll över och det handlar då om arbetsgivarens ansvar. Att då ta upp riskerna som deras eget beteende medför kan upplevas som en sammanblandning av två helt skilda ansvarsområden.

Då en patient söker sin läkare för att han är oroad över sin hälsa är han från början inriktad mot sig själv. Det han själv kan göra för att gynna sin situation passar in i den situationen och rådgivning om att sluta röka kan då kännas helt naturlig.

I en undersökning av vilka faktorer som gynnar eller missgynnar rökfrihet (13) konstateras att rökare som drar sig för ett rökstopp intresserar sig mer för samhällets åtgärder mot rökningen än sådana rökare som är benägna att sluta röka. Dessa senare är mer inriktade på att ompröva sina värderingar

och sitt eget handlande. Samma skillnad fann man mellan dem som slutat röka men snabbt återfallit och dem som efter rökstoppet bibehållit sin rökfrihet.

Diskussion

Många rökare slutar med sin vana. Av NTS senaste redovisning av rökvanorna (14) framgår det att i åldersgruppen över 55 år hade 53% av männen och 46% av kvinnorna som någonsin varit dagligrökare nu helt slutat röka. I lägre åldrar är siffrorna något lägre.

De allra flesta av dessa har slutat på egen hand. Det kan då verka överflödigt att sätta in rökslutarhjälp som ändå ger ganska blygsamma resultat. Men enligt samma NTS-rapport vill drygt 70% av rökarna sluta men flertalet av dem tror inte att de kan klara av det. Denna grupp bör få hjälp från hälso- och sjukvård.

De refererade undersökningarna pekar alla på att det ger resultat om man försöker få rökare att sluta. Allmänläkarmottagningar förefaller vara lämpliga platser för tobaksintervention.

En av de tidigare nämnda undersökningarna (8) studerade vilka behandlingsinslag som hade den största effekten på patienternas rökslutande. Ett bestämt råd från läkaren att sluta jämte utskrivningen av nikotintuggummi var mest verkningsfullt för att få patienterna att försöka sluta. För att patienterna verkligen skulle lyckas med sitt rökstopp var det viktigt att komma överens med dem om bestämd tid för stoppet och att sätta upp en återbesökstid. Dessa åtgärder hade störst genomslag bland patienter med rökkningsrelaterade besvär. Resultaten från de övriga studierna styrker dessa erfarenheter.

Då man vänder sig till rökare som tillhör en särskilt "riskgrupp" bör man vara försiktig med hur man framställer rådet att sluta röka. Det kan vara olyckligt om den redan existerande risken framställs som något som "tvingar" rökaren att sluta. Han kan då lätt känna det som om riskfaktorn som drabbat honom, exempelvis asbestexponeringen, dessutom medför ett "krav" att han även skall ändra sina vanor. Denna belastning kan kännas övermäktig och göra honom kraftlös.

Det är lämpligare att framställa situationen så att han erbjuds en möjlighet att själv minska den risk han löper genom att sluta röka.

Ett rökstopp kan då framstå som en positiv möjlighet som står honom till buds. Ett sådant synsätt kan öka chansen att förverkliga rökstoppet.

Det har visat sig att det för patienten är värdefullt med en uppföljande kontakt. Även för behandlaren har uppföljningen ett värde genom att man kan följa resultaten. Genom en

Ett bra erbjudande!

Naproxen 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 antipyretisk effekt R

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 (metylparaben), 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-(4-metoxi-2-naftyl)propionsyra. Naproxen har även analgetiska och antipyretiska egenskaper. Naproxen hämmar prostaglandinsyntesen, har effekt på hyperkontraktiliteten i uterus samt sänker förhöjt basaltonus i samband med dysmenorré. Det förlänger blödnings tiden och hämmar trombocytaggregationen. Naproxen hämmar även den renala prostacyklinsyntesen. Vid normal njurfunktion är denna effekt utan väsentlig betydelse. Hos patienter med kronisk njurinsufficiens, hjärtinsufficiens eller leverinsufficiens samt tillstånd med förändringar i plasmavolymer kan den hämmande prostaglandinsyntesen leda till akut njurinsufficiens, vatskeretention och hjärtsvikt (se under Kontraindikationer). Naproxen absorberas snabbt och fullständigt 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 samtidig intag av antacida eller föda. Bindning till serumalbumin är >99% vid terapeutisk dos. Distributionsvolymen är liten, cirka 0,1 l/kg kroppsvikt. Cirka 30% av naproxen metaboliseras till 6-O-desmetilnaproxen, som ej är farmakologiskt aktiv. Naproxen utsondras huvudsakligen via urinen och endast i små mängder (1–2%) via feces. Hos människa återfinns huvudsakligen intakt naproxen i blodet.

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

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

Försiktighet: Vid behandling av patienter med mag-tarm-sjukdomar i anamnesen. Vid behandling av patienter med lätt till måttlig hjärtsvikt, njursjukdom eller leversjukdom, speciellt vid samtidig diuretikabehandling, måste risken för vatskeretention och församrad njurfunktion beaktas. **Graviditet:** Kategori C. Se speciellt avsnitt markt i FASS. **Antiflogistika** med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare delen av dräktigheten, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värdet och fördröja förlossningen. Då data finns för att detta ager relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under den sista månaden av graviditeten endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlossning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Amning: Naproxen passerar över i modersmjolk, men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. **Biverkningar:** Biverkningsfrekvensen för naproxen är låg. **Gastrointestinala:** Dyspepsi, ulcerativ stomatit, blödningar, perforering, diarré, illamående och kräkningar. **Hematologiska:** Ett fåtal 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, angioneurotiskt ödem, rinit, astma, eosinofil pneumoni, håravfall och vaskulit. I sällsynta fall erythema multiforme, epidermal nekros och Stevens-Johnsons syndrom. **Övriga:** Mil periferit ödem. Natriumretention har ej rapporterats i metaboliska studier, men det är möjligt att patienter med misstänkt eller verifierad hjärtsvikt löper större risk vid mediciner med naproxen. Hämmning av trombocytaggregationen och förlängning av blödnings tiden. Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Toxisk, i sällsynta fall fatal, hepatit eller nefropati. Öronsusning och hörsellförsämring. Synförändringar.

Dosering: *Tabletter:* Reumatiska sjukdomar: Vuxna: 250–500 mg morgon och kväll, högst 1000 mg/dygn. Patienter med uttalade efternatts- och morgonbesvär kan med fördel ges 500 mg vid sänggåendet. Barn över 5 år: 1/2 tablett 250 mg morgon och kväll. Detta motsvarar cirka 10 mg/kg kroppsvikt och dag. För barn över 50 kg vuxendos. *Dysmenorré:* 250–500 mg vid behov, dock högst 1250 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 (1000 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. *Dysmenorré:* 10–20 ml (250–500 mg) vid behov, dock högst 50 ml/dygn (1250 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 hoggradigt plasmaproteinbundet finns teoretiska möjligheter för interaktion med hydantoiner, 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, metotrexat och probenecid. Se även speciellt avsnitt i FASS markt i M01A Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, NO2B Latta analgetika och antipyretika (allmänt) samt M01A E02 Naproxen.

Observera: Naproxen har tolererats väl och kan även provas vid gastrointestinal intolerans mot salicylater, indometacin eller andra antiflogistika. Dock bör patienter med ulcus i anamnesen 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 tills vidare bör undvikas. En studie antyder att mängden 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 (tryckförf.), 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.



enkel journalsammanställning kan man få en bild av hur många de lyckade fallen är. Om man endast är hänvisad till sina allmänna minnesbilder är det risk för att det flertal patienter som inte slutar röka kommer att dominera intrycket. En fjärdedel lyckade rökstopp kan därigenom lätt försvinna ur bilden. En uppföljning av fallen ger även möjlighet att studera vilka insatser som ger bäst effekt och kan således användas som ett hjälpmedel för utvecklandet av en bättre rådgivningsmetodik.

Referenser

1. Hyllienmark G. Insatser mot tobaksrökning vid medicinska öppenvårdsmottagningar. En översikt över försök med behandling av annat slag än rökslutargrupper. Rapport från hälsosektionen landstinget Gävleborg 1987.
2. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. Br Med J 1979;2:231-5.
3. Fowler G. Health education in primary health care. I: Wedel H, Siem H, red. Prevention i primärvården. Nordiska hälsovårdshögskolan rapport 1986:1. Lund Studentlitteratur 1986.

4. Hjalmarsson AIM. Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation. A randomized, placebocontrolled, double-blind study. JAMA 1984; 252:2835-8.
5. Bäckström I, Berman S, Edman B et al. Nikotintuggummi effektivare än endast rådgivning för att bryta rökarens tobaksbeteende. Läkartidningen 1985;82:1967-70.
6. Fagerström KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physician-based smoking cessation. Prev Med 1984;13:517-27.
7. Frasure-Smith N, Prince R. The ischemic heart disease life stress monitoring program: Impact on mortality. Psychosom Med 1985;47:431-5.
8. Cummings KM, Giovino G, Emont SL, Russel S, Koeningsberg M. Factors influencing success in counseling patients to stop smoking. Patient Education and Counseling 1986;8:189-200.
9. Pederson LL, Baskerville JC, Wankling JM. Multivariate statistical models for predicting change in smoking behavior following physician advice to quit smoking. Prev Med 1982;11:536-49.
10. Windsor RA, Orleans CT. Guidelines and methodological standards for

smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. Health Educ Q 1986;13:131-61.

11. Ovhed I. Läkaren och den rökande patienten. I: Tobak, skador och prevention. Stockholm Spri 1981 (Spri rapport 85).
12. Li VC, Kim YC, Ewart CK et al: Effects of physician counseling on the smoking behavior of asbestosexposed workers. Prev Med 1984;13:462-76.
13. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Gimpil S, Norcross JC: Predicting change in smoking status for self-changers. Addict Behav 1985;10:395-406.
14. Ramström LM: Tobaksvanor i Sverige 1985. Resultat från NTS-undersökningen 1985. Tema Tobak, serie av småskrifter från NTS Nr 3. Stockholm 1986.

Författarpresentation:

Gunnar Hyllienmark, psykolog vid hälsosektionen Landstinget Gävleborg. Förestår även rökavvänjningsmottagning i Gävle.

Postadress: Hälsocentralen, N Slottsgatan 5, 803 53 Gävle.

Tema PREVENTION

Hälsoarbete i lokalsamhället Arjeplogs-projektet

BO HENRICSON

Sjukvården har sedan länge varit en livräddare, som rycker in när människor redan är sjuka. Detta har dock inte lett till några påtagliga förbättringar i folkhälsa, dödlighet eller livslängd. Under de senare åren har detta uppmärksamats runt om i världen. Många lagar från hälsovårdens område runt om i Europa kan vittna om, att man nu på högsta nivå har börjat tänka mera förebyggande. Bland annat är Sveriges Hälso- och Sjukvårdslag ett exempel på hur man med slagord manar till hälsoarbete på alla nivåer.

Halfdan Mahler, som är generaldirektör för WHO, menar att hälsoinsatserna ska starta i hem, skola, på arbetsplats och på fritiden, då det är där hälsan byggs upp eller bryts ner. Han önskar bättre prevention mot onödig sjukdom och död, bättre uppväxtvillkor samt större frihet att dö en värdig död. Han önskar också, att alla blir medvetna om, att var och en har makt att påverka sitt eget

liv och därmed minska risken för dålig hälsa.

Jag skall här försöka presentera hur vi försöker lösa problemen med hälsan i Arjeplog.

Nyckelord: Hälsoprogram, hälso- och sjukvård, hälsoplanering, äldreomsorg, prevention.

Presentation av sjukvårdsdistrikt och arbetsliv

Arjeplogs kommun är 16 000 km² till ytan, vilket är lite större än Värmland, och har en befolkning på knappt 4 000 invånare. Cirka en fjärdedel av dessa är äldre än 65 år. Kommunen är bergrik med mycket vildmark, och har relativt stor turism. I övrigt livnär man sig på renskötsel, fiske, gruvnäring, olika småindustrier och serviceyrken. Under senare år har bil och biltillbehörsfabrikanter börjat testa sina produkter inom kommunens gränser, vilket nu ger flerfaldigt större inkomster än turismen.

Fritiden ägnas mest åt friluftsliv samt olika kvällskurser. Kommunen har ansträngt ekonomi, vilket gör det svårt att starta kostnadskrävande aktiviteter.

Vårdcentralen

Vårdcentralen har en läkarmottagning, där tre distriktsläkare arbetar. Konsultmottagning bedrivs av barnläkare, kirurg och psyk team från närmaste lasarett, 220 km från Arjeplog. Gruppmöten äger rum varje tisdag, där vårdplaneringsgruppen, rehabgruppen, barn- och familjevårdsgruppen och psykiatriska öppenvårdsteamet har var sin tisdag.

Läkarna har dagliga kontakter med distriktssköterskan för diskussion om gemensamma problem ute i distriktet. Vi sköter om barnavårdscentralen varannan vecka och mödravårdscentralen varannan vecka. Dessutom reser distriktssköterska och läkare på hembesök tillsammans. Dessa besök är planerade och vi försöker att två gånger om året nå runt distriktet till de gamla som har svårt att ta sig till vårdcentralen, samt till alla hemsjukvårdspatienterna.

Distriktssköterskemottagningen har sina vanliga verksamheter inklusive diabetesmottagning. Som en följd av distriktets storlek blir det mycket resor för distriktssköterskorna och ett oerhört självständigt arbete, där vi läkare dock står till förfogande via telefonen.

230 6318

Till mottagningen hör även en ljus-behandlingsenhet för behandling i första hand av psoriasis och atopiskt eksem.

Vårdavdelningen

Vårdavdelningen består av 36 vårdplatser. Av dessa är 26 avsedda för sjukhemspatienter och 10 för mer eller mindre akuta sjukdoms- samt rehabiliteringsfall. Utöver detta bedrivs växelvård samt nära samarbete med arbetsterapi, sjukgymnastik och dag-sjukvård. En av våra huvudprinciper är att man med bara timmars varsel ska kunna komma med sin hemsjukvårdspatient för inläggning, när vårdbehovet inte kan tillgodoses i hemmet. Vårdaren kan bli sjuk och ibland behöver familjen resa bort över en helg.

I nära samarbete med vårdplaneringsgruppen för hemsjukvården ordnas växelvård under tex en vecka i månaden för avlastning av anhöriga som inte orkar mer eller ska åka på semester. Resultatet är, att vi har relativt korta vårdtider på långvård- och akutavdelningen.

Inför utskrivningen upplyses familjen och patienten om de möjligheter, som finns till växelvård och socialt motiverad avlastning. Vi informerar samtidigt om möjlighet till akutintagning om problem skulle uppstå i familjen.

För samtliga patienter, som beräknas ligga kvar en längre tid, gör vi en vårdplan, som regelbundet omprövas. En plan för framtiden görs också upp tillsammans med patient och familj, där man utgår från patienten intressen och tidigare engagemang i samhället. Man kan sedan vända sig till de föreningar eller personer, som patienten tidigare har haft kontakt med för att få hjälp i aktiveringen.

På sjukgymnastikavdelningen arbetar man enligt gängse metoder. Vi har till vår hjälp en välutrustad sjukgymnastikavdelning med uppvärmd simbassäng, vilken används i stor utsträckning för träning av patienter med olika besvär från rörelseapparaten. Bassängen står dessutom i mån av utrymme till förfogande för olika grupper inom samhället.

Konsulter

Vi tycker att det är bättre, att en man reser upp från Piteå lasarett, än att 20 människor reser ned till lasarettet. Därför har vi en gång i månaden en kirurgspecialist i Arjeplog som konsult. Han gör preoperativa bedömningar, postoperativa kontroller, gastrokopi, cystoscopi samt ger oss också handledning. Patienter, som remitteras till kirurgen, blir som regel undersökta i Arjeplog först, varvid resan ner till kusten många gånger sparas in. En utredning, som gjordes för några år sen, visade på en samhällsvinst på cirka 700 kronor per patient, som på detta vis handläggs av kirurg i Arjeplog.

Åldringsvård

I Arjeplogs kommun finns ett ganska omodernt ålderdomshem, som emellertid står inför en ombyggnad. Servicehus med helinackordering finns ännu inte, men frågan diskuteras. Vid ronderna på ålderdomshemmet förekommer dels patientbesök och dels handledning av personalen av såväl läkare som arbetsterapeut och sjukgymnast. Förutom detta finns vid ålderdomshemmet en mycket fint utbyggd dagvårdcentral, dit man som pensionär kan gå och utöva sina intressen. Vi har försökt, att få en viss remissverksamhet till stånd, men har ännu inte lyckats.

Hemsjukvård

Hemsjukvårdsbesluten i Arjeplog är decentraliserad, och det är i vårdplaneringsgruppen, man tar ställning till hjälpbehovet. Så har vi haft det sedan början av 80-talet, och vi är mycket nöjda med den ordningen. Ett problem är dock de stora svårigheterna att upprätthålla kontinuitet av sjukvårdsbiträden hos de gamla. Schematekniska problem och svårigheter att rekrytera personal föreligger. För närvarande pågår dock en sjukvårdsbiträdesutbildning, varför vi hoppas, att läget skall förbättras.

Företagshälsovård

I samarbete med Arvidsjaur har upprättats en stiftelse, A-Hälsan, som kommer att sköta företagshälsovården i kommunen. I Arjeplogs kommun är en av läkarna på Vårdcentralen nu knuten till företagshälsovården en dag i veckan, vilket vi anser är ett mycket bra komplement till den övriga verksamheten.

Hälsoarbetet

I det följande ska beskrivas, hur vi försöker bedriva hälsoarbete. Aktiviteterna görs som tillägg till våra basuppgifter som distriktsläkare.

Äldrevården

Vi försöker förebygga ohälsa hos de gamla i fyra steg:

1. Förebyggande arbete.
2. Uppspårande aktiviteter.
3. Behandling.
4. Uppföljning.

1. Förebyggande arbete

Vi prövar många olika vägar för att förebygga ohälsa hos de gamla. En av de viktigaste är att bryta isoleringen och att aktivera dem på olika sätt.

Vi ger hälsouppllysning vid offentliga föreläsningar, där vi försöker förmedla sådant, som är viktigt för att hålla sig frisk. Det gäller bl a motion, mat, samvaro, betydelsen av att hjälpa andra och betydelsen av att ändra livsstil.

Samma teknik används vid mindre kaffe-möten med olika pensionärsgrupper, som jag nu medverkat i en gång i månaden sedan 1980. På dessa

möten brukar jag bjuda på bröd, och pensionärerna bjuder på kaffe. I anslutning har vi en till en- och en halv timmes samtal om alla möjliga saker; inte bara om sådant, som har med hälsan att göra. Det blir en trevlig samvaro. Grupperna brukar bestå av omkring 20 till 30 personer, och jag har upplevt ett stort utbyte av dessa möten.

Med ledning av pensionärernas önskemål försöker vi få igång olika aktiviteter som samåkning för att handla på affären, pensionärs-gymnastik, öppet hus-dagar i pensionärsföreningen samt ren sjukvårdsuppllysning. Vi har två gånger om året öppet hus för pensionärerna på vårdcentralen, där cirka 100 personer brukar komma och dricka kaffe, lyssna på musik, föredrag och göra gymnastik samt besöka gamla vänner och bekanta, som ligger på vårdcentralen.

2. Uppspårande verksamhet

Sedan 1975 har jag försökt att få igång en folklig opinion till förmån för de gamla. Jag anser, att det är en självklarhet att äldre människor skall kunna få vara hemma, och finns svårigheter kan man vända sig till vårdcentralen för att få hjälp eller råd. Detta har lett till många kontakter med grannar, familj, bekanta eller offentliga institutioner. Genom diskussioner har man ofta kunnat komma överens om hjälpsatser, som har gjort, att den gamla har kunnat få bli kvar i sitt hem. Även skvaller i samhället hjälper till, och här spelar den personliga kännedomen en stor roll i vårt arbete. Som ovan nämnts träffas distriktssköterskan, som är arbetsledare för hemsamariterna, och jourhavande läkare varje morgon en halv timme.

3. Behandling

Behandling inriktar sig på att så länge det går ge den gamla möjligheter till ett värdigt liv. Till detta använder vi förutom de ovan beskrivna resurserna sjukgymnastik, hjälpmedel, hemvårdshjälp, bostadsförbättring, handikapplägenheter, medicinska åtgärder, äldrecenter, dagsjukvård, växelvård och social avlastning. Således har vi många tangenter att spela på. Dessutom gäller det självklart att motivera familjen till att ta hand om sin gamla hemma i större utsträckning än tidigare.

4. Uppföljande verksamhet

Det är mycket viktigt att följa upp verksamheten. Motivationen sjunker många gånger, minnet sviker eller det är helt enkelt för jobbigt för den gamla att fortsätta ensam utan stöd. Uppföljning sker med hjälp av distriktssköterska och hemvårdsgrupp samt genom återbesök på vårdcentralen och distriktsläkarnas hembesök.

Resultat

Under de tio år vi har följt detta program för de gamla har behovet av långvårdsplatser varit oförändrat trots ökat antal äldre i kommunen. Vi har fått ett ökande antal korttidsinläggningar på vårdcentralen medan andelen med långa vårdtider har minskat. Inga försök har gjorts att på falska grunder få in sina gamla anhöriga på sjukhemmet, och jag bedömer att pensionärerna är mer aktiva och mår bättre än tidigare. Vi har knappast haft väntelista till inläggning på vårdcentralen sedan 1978. Antalet patienter, som får landstingsbidrag för hemsjukvård i hemmet har dessutom förändrats endast obetydligt under det senaste decenniet. För närvarande är cirka 40 promille av äldre över 70 år i kommunen inlagda på långvården, vilket, då det inte finns någon väntelista till långvården och hemsjukvårdspatienterna är få, får anses vara mycket lågt.

Jag anser, att vårt arbete bland de gamla har givit mycket bra utdelning i form av bättre livskvalitet och längre frisk levnadstid hos pensionärerna. De har också blivit medvetna och samarbetsvilliga.

Skolarbete

I skolan har vi en ganska omfattande verksamhet. Förutom att vi utför de vanliga skolläkarsysslor, undervisar jag i nionde klassen en dag i veckan sedan 1980. Dessutom har vi enstaka träffar med skolbarnen i alla åldrar. Oftast begärs detta av läraren, men ibland anser vi själva, att det är någonting som behöver tas upp med skolbarnen. Arbetet sker i samarbete med skolsköterskan, som dessutom är involverad i ett projekt, där vi försöker låta barnen ta hand om sin egen hälsa och besluta på vilken nivå, de vill söka för sina krämpor.

Någon gång per år besöker vi förskolan, och vi bjuder också in förskolebarnen till vårdcentralen för att avdramatisera det, som sker där.

För att dra med lärarna har jag arrangerat studiedagar. Förhoppningen är, att hälsoarbete ska integreras i den dagliga undervisningen.

Resultaten av detta arbete är svårt att värdera objektivt. Barnen förefaller emellertid vara väldigt förtjusta i dessa undervisningstillfällen. Ett möjligt resultat är dock, att under vissa perioder har inga skolbarn rökt. Enligt aktuella uppgifter röker för närvarande 4 av 140 högstadieselever. Vi har också lyckats få lärarrummen rökfria, vilket var ganska svårt.

ÖVRIGA AKTIVITETER

Studiecirklar

Åren 1977 till 1980 har vi på vårdcentralen hållit allmänna föreläsningar för intresserade i samhället om olika problem, som människor ofta söker för på vårdcentralen (se figur 1). Sjukdomar,

1977

Hälsa och livskvalitet

Hjärtinfarkt

Lungsjukdomar

Sjuka barn

Magsår, magkatarr

Diabetes

Ont i ryggen (sjukgymnast)

Allergi

Reumatisk värk

Adipositas

1978

Kärlkramp

Gallbesvär + grön starr

Psykosomatiska sjukdomar

Dina mediciner (apotekare)

Kost och motion (hushållslärare)

Akut intermittent porfyri (dr Wallquist)

1979

Yrkessjukdomar i Arjeplog (försäkrings-

kassettjänsteman)

Mag-tarmkanalens sjukdomar

Att bli gammal/att bli sjuk (med speciellt inbjudna patienter och anhöriga från långvården)

Äldrandet och våra attityder till de gamla (med speciellt inbjudna patienter och anhöriga från långvården)

Figur 1. Ämnen som behandlats vid föreläsningarna på vårdcentralen i Arjeplog 1977-1979.

som vi har föreläst om, har vi även illustrerat med filmer inlånade från tex läkemedelsbolag samt med patientinformationsbroschyrer. Föreläsningarna har bevisats av i genomsnitt 90 personer och har varit mycket uppskattade.

Jag har dessutom rest runt i byarna i kommunen och föreläst om olika ämnen.

Intressegrupperna hör ofta av sig. Det kan gälla patientföreningar som diabetikerförbundet, reumatikerföreningen, länkarna och allergiföreningen. Det kan också gälla andra grupper som friskvårdsgupper, studieförbundet, sjukvårdspersonal och lokalvårdare, för vilka vi håller speciella föreläsningar. Upptäcker vi själva problem, brukar vi utan dröjsmål vända oss till respektive förening eller institution för att erbjuda en föreläsning, som anknyter till det hälsoproblem, som förekommer på arbetsplatsen.

Jag har utbildat ledare för studiecirklar om egenvård. Syftet med denna undervisning är också att få fram personer, som skulle kunna vara mina "meniga" opinionsbildare i samhället och dessutom "barfotadoktorer".

Jag har hållit i studiecirklar i rökavvänjning, men trots gedigen förberedande utbildning misslyckades projektet. Andras resultat förefaller vara ungefär de samma. Enligt min uppfattning står inte alls resultatet i proportion till insatserna, varför jag har slutat. Det är viktigare att försöka få barnen att aldrig börja röka än att få några envisa medelålders människor att sluta.

Då många kroniskt sjuka saknar stöd i vardagen, har jag försökt att

bilda små inofficiella självhjälpsgrupper, där man har kunnat mötas och diskutera sina sjukdomar och stötta varandra.

Normalt går det till så, att jag ber att få lämna ut en patients namn och telefonnummer till övriga med samma symptom. På detta vis har det bildats en rygg- och en epileptikergrupp, och vi har även i samband med invigningen av ljusbehandlingsanläggningen bildat en patientförening för psoriasis-sjuka.

Speciell riktad undervisning

I samband med en flygolycka i Arjeplog i 1980 upptäckte vi, att människor var väldigt dåligt rustade att ta hand om svårt skadade. Vi har därför utbildat personal vid fjällräddning, brandkår, vägverk, tull samt fjällbor i ABC-vård och transport av skadade. Resultaten skördar vi nu i form av bättre förberedda skador samt mindre ångest inför att ta hand om skadade. Det kan ofta ta timmar innan någon sjukvårdskunnig finns på plats.

I samarbete med Länkarna har jag vid flera tillfällen kallats ut till företag, där man har haft alkoholproblem hos någon av de anställda. Vi har tillsammans med företagsledningar och fack lagt upp handlingsprogram på respektive företag. I samarbete med fackets fritidskommitté har jag deltagit i olika arrangemang för att uppmärksamma problem med spritmissbruk på arbetsplatserna. Bl a har det givits teaterföreställningar, som belyser frågan.

Massmedia

I samarbete med Norrbottens Radio gjorde vi 1984 en radioserie kallad "Så Behandlar Jag", där läkare, patienter och journalister i 13 program diskuterade symptom, deras uppkomst och deras behandling samt hur man förebygger. I övrigt inskränker sig mitt samarbete med massmedia till intervjuer samt ständiga påstötningar på Radio och TV för att de ska ta upp ämnen, som rör hälsan. Några framgångar utöver de ovan nämnda, har jag inte rönt. Massmedias värld är ganska sluten och tyvärr finns i dag inget större intresse för att arbeta för en bättre hälsa hos befolkningen.

Resultat

Någon forskning över insatser och resultat har vi inte gjort. Dock upplever vi i det dagliga arbetet åtskilliga, både subjektiva och objektiva resultat. Dels rör det sig om den låga intagningen av äldre människor på långvården, dels fler friska äldre människor. Under senare år har vi fått en minskning av antalet besök på vårdcentralen med 25%, en minskning som dock har många olika orsaker. Dessutom är sjukskrivningsfrekvensen mycket låg. Det samma gäller sjukfallens längd och medicinförskrivningen. Patienterna har blivit mer medvetna och ställer frågor och krav, och "onödiga" kon-

sultationer blir färre och färre. Många gånger märker man, att människor kommer till vårdcentralen enbart för att få en professionell bekräftelse på och åtgärd mot en i förväg diagnostiserad sjukdom, där patienten även har ett behandlingsförslag. Det är svårt att mäta livskvalité, men jag tror, att livskvaliteten ökar när man inte går och oroar sig för ett symptom eller en sjukdom.

Hur gå vidare

Sedan många år har det i Arjeplog funnits planer på att gå vidare, men för att detta ska kunna ske behövs en uppslutning av många människor inom kommunen. Det är inte nog med att Landstinget beslutar sig för att arbeta förebyggande, eftersom hälsoarbetet förutsätter samarbete över gränserna (se figur 2).

För att åstadkomma detta samlades 12–13 november 1986 representanter för kommun, primärvård, företagshälsovård, arbetsförmedling samt ett antal intresseorganisationer till en introduktion i hälsoarbetet. Första dagen ägnades åt föreläsningar. Andra dagen fick man i 5 grupper om sammanlagt ca 50 personer rösta fram de tre vanligaste hälsoproblemen i kommunen och även föreslå handlingsprogram för framtiden.

Man föreslog ifrån grupperna:

- Psykisk ohälsa
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Rörelseapparaters sjukdomar

som de tre viktigaste hälsoproblemen inom kommunen. Emellertid skulle man därutöver arbeta vidare med de övriga hälsoproblem. Man hade preciserat orsakerna till att de hade prioriterats samt vilka samarbetspartners man vill ha. En samarbetsgrupp (hälsoråd) har sammansatts av två representanter för kommunen, en ifrån landstinget och ytterligare fem representanter från olika intresseorganisationer.

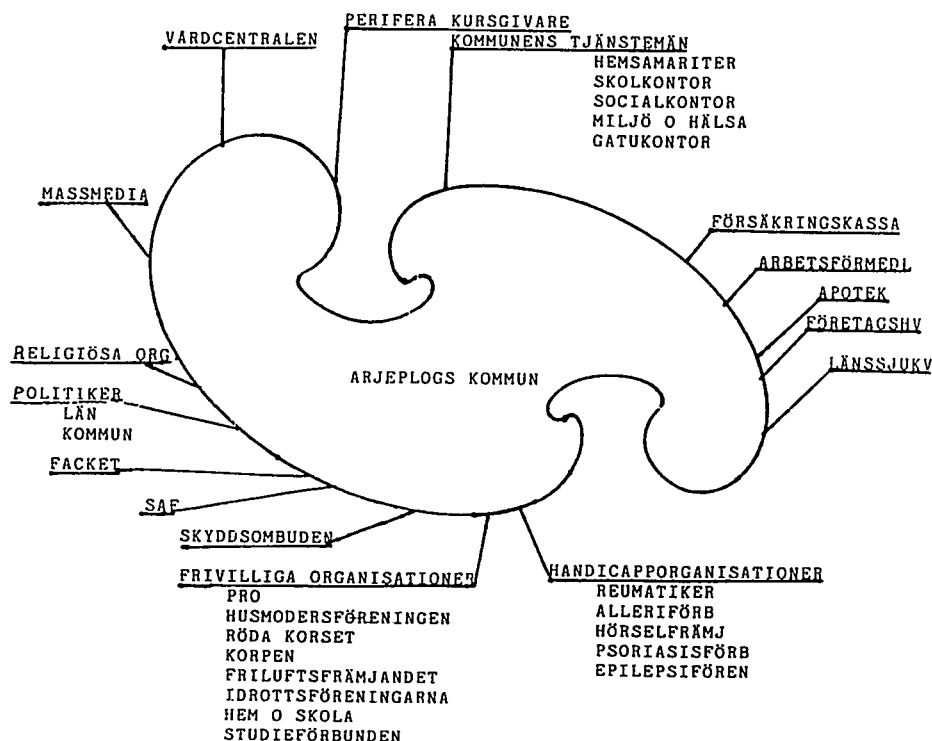
Samrådsgruppens uppgift är att initiera hälsoarbetet i kommunen inom de tre problemområden som prioriterats. Uppgifterna innefattar bl.a. att medverka vid bildande av arbetsgrupper för psykisk ohälsa, hjärt- och kärlsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. På samrådsgruppen vilar också ett stort informationsansvar till kommuninvånarna och en redaktionskommitté har därför bildats med uppgift att ge ut en kvartalstidning om hälsan i Arjeplog.

Samrådsgruppen har planerat att träffas en gång i månaden för samordning av de olika insatserna. Första sammanträdet hölls i slutet av januari 1987 och det första årets erfarenheter kommer att sammanställas i en rapport.

Författarpresentation:

Bo Henricson, distriktsläkare, Arjeplogs vårdcentral.

Postadress: 930 90 Arjeplog



Figur 2. Vilka samarbetspartners kan vi komma att behöva.

SIMG – JANSSEN PRIZE 1988

This prize aims to promote Research in General Practice. It is open to any General Practitioner in Europe. Applicants should send a typed protocol of no more than 1 000 words, in english, german or french to the under mentioned address. They should state the significance of their projekt, as well as its aims and methods. The work should be completed within 2 years.

The amount of the Prize is 50.000 Bfr.

An international jury will select the best work in respect to specificity, feasibility and relevance for international General Practice.

The prizewinner will receive 30.000 Bfr at the awarding and the remaining sum when the work has been completed.

He should be prepared to present his results at a SIMG Meeting.

This year the Prize went to Dr. P. ASCHER from Plzen, in Tchechoslovakia. For more than 20 years he has registered a large number of data, related to sick leave in the factory where he is working in the Health Centre. Thanks to the Prize these data will now be analyzed.

Applications can be sent, up to 30 november 1988 to:

Prof. Dr. R. De Smet, Secretary of the Jury, Centrum voor huisartsopleiding, Rijksuniversiteit Gent, U.Z. – Block A, De Pintelaan, 185, B-9000 Gent.



Ångest och oro ingår som delsymtom vid flera olika psykiska sjukdomstillstånd, t ex depressioner.

Vid behandling av depressioner med tymoleptikum har man ofta nytta av initial adjuvans med ett bensodiazepinpreparat.

Alopam är ett bensodiazepinderivat med gradvis insättande effekt. Alopam påverkar de vanliga symtomen: ångslan, ångest, rastlöshet och sömnsvårigheter.

Alopam

OXAZEPAM

ΔΦ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

Tabletter 10 mg, 15 mg, 25 mg 25 st
 100 st
 250 st

Samtliga tabletter är försedda med mittskåra för att kunna delas.



En produkt från
A.L. Läkemedel AB
08-716 92 65

Hörnpelarna för hälsoupplýsning på samhällsnivå

LB06319

Föredrag vid Kost och Hälsa VI, Huddinge Sjukhus

CARL-GUNNAR ERIKSSON

Hälsoupplýsning betraktas idag som en naturlig del i arbetet med folkhälsoproblem. Därför behöver förutsättningarna för hälsoupplýsning på samhällsnivå analyseras. I denna artikel berörs sex hörnpelare för sådan verksamhet. Artikeln är en bearbetning av ett föredrag vid symposiet om Kost och Hälsa VI vid Huddinge sjukhus 1987.

Nyckelord: Hälsoupplýsning, metoder, etik, forskning, sociala förhållanden, prevention.

Inledning

Dagens hälsoproblem kräver en bred samlad ansats för att vi skall kunna öka vår förståelse för hur befolkningens hälsa förändras med våra förändrade villkor. Lösandet av dagens folkhälsoproblem kräver likaledes en samverkan mellan samhällssektorer. I denna utmaning utgör kunskapsområdet samhällsmedicin en viktig byggesten. Samhällsmedicin är en tvärvetenskap om samhällets, miljöns och vårdsystemets betydelse för befolkningens hälsa (1).

Under de senaste åren har en rad stora utredningar genomförts i Sverige med inriktning på att belysa utvecklingen inom hälsosektorn och dagens hälsoproblem. Det finns flera gemensamma drag i dessa utredningar. Ett sådant utgör startpunkten för denna artikel. Såväl i utredningen inför den nya hälso- och sjukvårdslagen (2), propositionen inför hälso- och sjukvårdslagen (3), tobakskommittén (4), cancerkommittén, livsmedelskommittén (6), livsmedelskontrollutredningen (7) som i det omfattande utredningsarbetet "hälso- och sjukvård inför 90-talet" (8) påpekades behovet av en bred utbildnings- och folkbildningsinsats, när det gäller att sprida kunskap om hälsofrågorna till befolkningen. En förändring och utveckling av skolsystemet påtalas ofta som en sorts patentlösning liksom en bred upplýsnings- och informationsaktivitet riktad mot befolkningen.

Även inom WHO har ett arbete pågått att utveckla en strategi att möta dagens hälsoproblem. Detta gestaltas i

WHO:s program Hälsa för Alla år 2000 (9). För att översätta och göra dessa principer mer tillämpbara har särskilda strategier utvecklats vid de olika regionkontoren.

WHO:s europakontor har utvecklat en strategi för hälsobefrämjande omfattande:

- policy för folkhälsan
- en social miljö förenlig med hälsa
- kunskap och motivation för hälsobeteende
- främjandet av positiva hälsobeteenden
- minskande av hälsovådligt beteende (10).

Helt i enlighet med dessa tankegångar har det bedrivits hälsoupplýsning på samhällsnivå inom en rad olika projekt (11). I Nordkarelen i Finland har ett sådant arbete bedrivits med inriktning på att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar (12). Flera liknande program bedrivs i Minnesota (13), Kalifornien (14) och Pawtucket (15) i USA, samt även i Europa som Novisad i Jugoslavien (16) och Schweiz (17). I Sverige pågår två samhällsinterventiva projekt med denna inriktning, nämligen Kost-cancerprojektet i Stockholm (18) och Norsjöprojektet (19).

I arbetet med hälsoupplýsning på samhällsnivå är sex förutsättningar viktiga. Dessa utgör hörnpelarna för all sådan verksamhet.

Hörnpelare I: Prioritering på basis av epidemiologi och biomedicin

All målinriktad strategisk planering utgår från lokala förhållanden. Därför är en analys av de lokala hälsoproblemen med hjälp av epidemiologisk metodik nödvändig som en bas för prioritering. Samtidigt måste dock tilläggas att det även är viktigt att ha en kunskap om olika hälsoproblems bakgrund, dynamik och orsaker. Därför krävs även kunskap av biomedicinsk natur för att prioriteringarna ska bli målinriktade. Det är av central betydelse att veta vilka riskfaktorerna är och hur man kan påverka dessa för att förhindra hälsoproblemen.

På basis av epidemiologi och biomedicin beslutas således om vad som ska prioriteras. Hur denna prioritering sedan i praktiken går till har varierat

mycket mellan de tidigare nämnda projekten. Ett drag är dock att i projekten finns ett befolkningsdeltagande i form av medlemskap i styrgrupper och arbetsgrupper eller ett mer formellt politiskt beslutsfattande.

En tendens kan dock skönjas till att ifrån att ha varit ett uttryck för enbart professionalism har aktiv demokrati blivit en del i hälsoupplýsningsprogram på samhällsnivå (20).

Hörnpelare II: Etik

Hälsoupplýsning som professionellt område har behov av etiska regler på samma sätt som läkaryrket har sin etiska kod. Detta är nödvändigt då kunskap skall tillämpas. Frågor som solidaritet, integritet och rättvisa är centrala inom etiken. Tillsammans med den första hörnpelaren utgör etiken det som legitimerar och rättfärdiggör hälsoupplýsningsarbete på samhällsnivå.

Två centrala etiska problem inom hälsoupplýsningen (21) skall kort beröras.

Det första problemet gäller manipulation. Kritikerna av hälsoupplýsning menar, att vad man gör i text kostupplýsningen är att manipulera och påverka människor. Det framhålls som ett intrång i privatlivet (22). Det är dock viktigt att konstatera att vi utsätts för mycket påverkan i dagens samhälle. Genom produktutveckling har matvarorna blivit saltare, sötare och fetare. En studie visar text att 80% av det salt vi får i oss får vi genom de matvaror vi köper och endast 1/5 tillsätter vi vid matbordet (23). Denna typ av manipulation är enligt min åsikt viktig att avslöja. En annan typ av påverkan i samhället utgör reklam och marknadsföring av produkter. Detta betraktas allmänt inte som intrång i privatlivet, även om vi har fått företeelser som personligt adresserad direktreklam. En tveeggad utveckling är de metoder för intensivpåverkan av beteendeteknologisk art som idag finns (24). Dessa metoder ökar genomslagskraften för påverkan utifrån. Sådana metoder har använts inom marknadsföringen och en intensiv forskning pågår för att ytterligare förbättra metoderna att förändra människors köpvanor. En utvecklingslinje är den sociala marknadsföringen som tillämpas på att

marknadsföra idéer och produkter av central betydelse för människor (25). Betydelsen av segmentering, dvs målgruppsanpassade program, realistiska förväntningar på vilka förändringar man kan uppnå och behovet av en stegvis, successiv informationsinsats hör till viktiga bidrag från detta forskningsområde.

Det är dock viktigt att hälsoupplysare medvetet väljer vilka metoder som skall användas. Enligt min åsikt är det viktigt att framför allt utveckla människors kritiska inställning och öka människors möjlighet att aktivt avstå från att bli påverkade av reklam och marknadsföring. Enligt mitt synsätt är det viktigare att utveckla denna kompetens än att använda sig av manipulativa marknadsföringsmetoder för att föra ut hälsobudskap.

Ett andra problem gäller moraliserande effekter av hälsoupplysningsarbetet. I en debattartikel i Dagens Nyheter framhålls att dagens etik präglas av sundhetsdyrkan och hälsomoral, sjukdomsrädsla och kroppskultur. Hälsomoralismens fördömande drabbar alla de som "levt fel" – alkoholister och HIV-smittade, men också de handikappade. Enligt debattartikeln är det idrotten och framför allt sjukvården som bär upp den nya moralen. Det är dags att syna den nya hälsomoralens konsekvenser, menade debattören (26).

Ett uttryck för detta framkommer i tendensen att ge offret skulden. Vi såg det bli i en intervjuundersökning i samband med studier av operationer vid övervikt (27). Bland personalen framkom åsikten att "varför ska man operera överviktiga, de har ju sig själva att skylla därför att de har ätit för mycket". Denna enkla syn på problemet gör det lätt att moraliskt fördöma människor. Bakgrunden till obesitas är mycket mer sammansatt och inte bara beroende på kostvanor.

För hälsoupplysaren är det centralt att klargöra sin roll som kunskapsförmedlare och medmänniska för att förhindra en osund fostrarroll utövad på vuxna människor med moraliskt oönskade beteenden. Här finns viktiga frågor att fundera över som rör integritet och självbestämmande.

Hörnpelare III: Samhällsdynamik

Alla hälsoproblem förekommer insatta i ett samhällssammanhang. Våra kostvanor är beroende av den livsmedels- och jordbrukspolitik som bedrivs i landet (28). Prissättningen påverkar maten såsom tex förekomsten av moms. Genom en rad lagar och regler finns begränsningar i användandet av tillsatser mm. Sett ur ett makroperspektiv är det intressant att i samband med olika hälsoproblem se hur människors handlingsutrymme idag påverkas av politik, ekonomi och juridik. Dessa vägar kan också användas för

att arbeta för att förhindra att hälso-
problem uppkommer.

Det är självklart att hälsoupplysningsarbete på samhällsnivå får en vitt skild karaktär om det sker i ett U-land, jämfört med i något av våra västliga länder. Därför är studier av hur samhällsformationerna ser ut en viktig utgångspunkt för hälsoupplysning på samhällsnivå. Inom den sk samhälls- eller kommundiagnostiken försöker man beskriva viktiga formella samhällsstrukturer, men även belysa viktiga opinionsbildande nyckelpersoner för olika frågor.

En analys av samhällsdynamiken innebär även att frågan om hur olika attityder, värderingar och kulturella föreställningar har samband med de hälsofrågor man vill belysa. Ett sådant värderingskomplex gäller tex i vad mån konsumentens hälsa eller ekonomiskt välbefinnande hos producenten prioriteras. Samtidigt finns det förstås viktiga skillnader mellan olika sociala grupperingar eller socioekonomiska klasser. Dessa utgör en viktig grund för förståelse av hur hälsoupplysningen bör läggas upp för att kunna nå samhällsformationens olika delar.

Hörnpelare IV: Beteendedynamik

En viktig utgångspunkt är att allt beteende är funktionellt (29). Detta innebär att varje beteende har ett värde, positivt eller negativt, för individen. Det är med andra ord ingen tillfällighet varför vi lever som vi gör. För att hälsoupplysningsverksamheten skall bli framgångsrik krävs att vi ökar vår förståelse för vilka funktioner olika beteenden har. Det är viktigt att förstå varför en rökare röker för att på det sättet kunna stimulera till alternativ och realism i arbetet med tobaksfrågor.

Människan med sina individuella kunskaper, föreställningar och attityder prövar på nya beteenden som upplevs mer eller mindre positiva. Vilka beteenden man prövar har att göra med vilka handlingsalternativ man har. Om dessa förändringar i vanor skall bli bestående har att göra dels med den inre tillfredsställelsen, men även med en yttre förstärkning. Denna yttre förstärkning har att göra med de sociala normativa föreställningar som finns hos personens viktiga umgängeskrets. I det cancerförebyggande programmet (30) konstateras även att samtidigt som programmet försöker åstadkomma något, finns det andra konkurrerande källor till påverkan. Detta påverkar individens erfarenhet av interventionen och därmed individens kompetens och motivation att förbättra och utveckla sina kostvanor.

Hörnpelare V: Delaktighetspedagogik

Målsättningen med hälsoupplysning på samhällsnivå är att göra människor

delaktiga och stimulera till ett ansvarsfullt förhållningssätt till folkhälsan. Detta innebär att en annan strategi behöver tillämpas än den som dominerat skolutbildningen, där verksamheten i många fall mer passificerat än aktiverat människor (31). En delaktighetens pedagogik innebär, att den personliga kommunikationen sätts i centrum och eventuella massmedia-aktiviteter av mer kampanjtyp ses som komplement och möjligheter att skapa en uppmärksamhet inför pågående aktiviteter. Samtidigt konstateras att förändringar på struktursidan krävs för att öka trovärdigheten i upplysningsarbetet. Detta innebär en betoning av förändringar såväl på utbuds- som efterfrågesidan när det tex gäller mat.

Detta innebär att hälsoupplysning på samhällsnivå inte är en utveckling mot ett storebrorssamhälle där storebror vet bäst och vill styra och ställa för de enskilda människorna. Avsikten är att ge medborgarna ökade kunskaper och ökad valfrihet. Målsättningen är att göra hälsosamma val enklare.

Hörnpelare VI: Praxisforskning

Det är viktigt att veta vad man gör. Därför behövs, vad jag vill kalla, praxisforskning. Detta innebär att med forskningsmetoder försöka utveckla och dokumentera vad som faktiskt sker inom program för hälsoupplysning på samhällsnivå. Jag har medvetet valt att inte kalla det för utvärdering, eftersom utvärderingsarbete ofta innebär att man kastar in jästen när degen redan är i ugnen (32). Vi behöver använda de forskningsmetoder och redskap som finns idag för att göra kunskapen djupare, mer relevant och hälsosamt kritisk. Praxisbegreppet används inom samhällsvetenskapen för att visa på hur teorier kan bidra till utvecklingen av det praktiska arbetet och hur praktiken kan påverka teorierna till en sund nyansering.

Avslutningsvis

Hälsoupplysning på samhällsnivå innebär att folkhälsofrågorna från att ha varit det professionellas spelhall återförs till människors liv och vardag där det hela utspelas. Kunskapen om hälsoproblemen återförs till befolkningen, men det sker i en delaktighetens anda, där det professionellas kunskap och erfarenhet tillsammans med människors engagemang främjas i ett arbete för att förbättra folkhälsan.

Referenser

10. Health promotion. A discussion document on the concept and principles. WHO Copenhagen. Health Promotion 1984; 1(1):73-6.
11. Haglund BJA, Svanström L. Från epidemiologiska studier till hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå. En historisk analys av preventiva strategier. AllmänMedicin 1986;7: 38-41.
12. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J

- o a. The communitybased strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of North Karelia Project. Annual Review of Public Health, 1985;6:147-93.
18. Holm L-E, Eriksson C-G, Haglund BJA o a. Förebyggande åtgärder inom cancerområdet-Slutrappport. Stockholm: Landstingets Hälsovård, 1986 (Svart serie nr 129).
 19. Folkhälsoarbete i Norsjö kommun. Befolkningsinriktat förebyggande arbete mot hjärt-kärlsjukdomar och diabetes i Västerbotten. Stockholm: Spri 1987 (Spri-tryck nr 142).
 21. Eriksson C-G. Delaktighetens etik - att motverka manipulation, moralise-

rande och närsynthet inom hälsoupplysningsverksamheten. Föredrag vid Nordiska hälsoupplysningskonferensen i Helsingfors, september 1987.

24. Rönnerberg S Intensivpåverkan i hälsostran. I: Att förändra levnads-sätt. Rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsan. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond, 1983, sid 42-51.
26. Uddenberg N. Granska hälsomoralisterna! Debattartikel i serien om det elfte budordet, augusti 1987.
28. Eriksson C-G, Dahlgren G, Lindwall I. Folkhälsan och livsmedelspolitiken. Stockholm: Socialstyrelsen 1984 (SoS redovisar nr 14).
30. Callmer E, Eriksson C-G, Sander-

son G, Svanström L. SCPP/Evaluation planning - final report. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1986 (Grå rapport nr 128).

Författarpresentation:

Carl-Gunnar Eriksson är professor i samhällsmedicin vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Tidigare verksam vid socialmedicinska avdelningen, Örebro läns landsting och Stockholms cancerpreventiva program.

Postadress: Box 12133, 402 42 Göteborg.

Fullständig referenslista kan beställas från författaren.

Tema PREVENTION

Första nordiska hälsoupplysningskonferensen: Tvärsektoriellt forum för erfarenhetsutbyte om strategier, kunskaper och metoder i hälsobefrämjande arbete

BO HENRICSON · PER TILLGREN

För att diskutera olika infallsvinklar på WHO:s strategi för att uppnå "Hälsa för alla år 2000" samlades bortåt 200 nordiska deltagare till konferens på Hanaholmens kulturcentrum utanför Helsingfors i september månad 1987. Plenarmöten belyste mediautvecklingens konsekvenser för hälsoupplysningen, delaktighet och hälsa samt strategier för hälsofrämjande arbete i stadsmiljöer. Därtill genomfördes tolv olika workshops.

Nyckelord: Hälsoplanering, prevention, hälsopolitik, kongressrapporter

- Den nordiska utvecklingen på hälsoområdet har stått som modell för WHO och många andra länder har följt efter. Detta framhöll Håkan Hellberg, numer chefredaktör för Hufvudstadsbladet i Helsingfors, men tidigare ansvarig för information och utbildning om hälsa vid WHO:s huvudkontor i Geneve.

- För att uppnå hälsa åt alla behövs det ständigt göras nya kartläggningar och analyser av ekonomiska, sociala och kulturella förutsättningar. Detta för att kunna göra en riktig prioritering inför en utbyggnad av hälsoarbetet. I det framtida hälsobefrämjande arbetet kommer bostadspolitik, prispolitik och utbildningspolitik att vara viktiga områden.

- Det är angeläget att få till stånd samverkan med lokala organ och organisationer, men organisationerna



Bortåt 200 deltagare samlade till den första nordiska hälsoupplysningskonferensen i Helsingfors.

Foto: Hannes Victorzon

måste bibehålla sin självständighet och inte bli beroende av myndigheterna, ansåg Håkan Hellberg i ett engagerande och av åhörarna uppmärksammat anförande.

Framtidens mediautveckling - en hälsorisk?

- Den datorbaserade kommunikationsmodellen är inte den antibiotika som hälsoupplysningen efterlyser i mediautvecklingen. Rationell hälsoupplysning är inte först och främst en instrumentell påverkningsprocess, utan är istället en expressiv inlärnings-

process där sociala dialoger är viktigare än teknikens data, framhöll den danske universitetslektorn Anker Brink Lund i sitt anförande.

Han framhöll att hälsoupplysarna tillmäter massmedia allt för stor betydelse. Detta hade framkommit vid en dansk studie som undersöker klienters och hälsovårdspersonals inställning till kommunikation inom hälso servicen.

- Det är angeläget att vara kritisk och avvaktande till den nya informationsteknologin. Lund exemplifierade med det stora programutbud som finns för mikrodatorer på hälsomark-

naden i USA. Journalhantering och lokala samhällsdiagnoser såg han som två framtida användningsområden där datorerna kan användas på ett konstruktivt sätt.

Delaktighet och hälsa

Etiska och morliga aspekter på hälsoarbete belystes utifrån tre olika perspektiv. Den finländske ärkebiskopen John Vikström diskuterade liv och hälsa utifrån ett existentiellt perspektiv med flera citat och konkreta exempel. Han undrade om "Hälsa för alla endast är ett privilegium för de starka?". Symbolen för de starkas och friskas hälsa är kronan och korset är symbolen för de svagas och sjukas hälsa.

– I det halvsektulariserade konsumtionssamhället håller hälsa på att bli religionsersättningen nummer ett. Detta ger helt orealistiska förväntningar, ansåg rektorn för Oslo universitet, Inge Lönning. Han beskrev 1980-talet om det decennium som kännetecknats av välstånd och kris.

– Aldrig här välståndet i de nordiska länderna varit större och aldrig har diagnosen kris använts flitigare. Utifrån en diskussion om förväntningskris och beslutskris framhöll Inge Lönning att flertalet av sjukdomssymptomen i samhället kan härledas till otillfredsställda behov av gemenskap.

– Känslan att vara efterfrågad, att räknas och bli erkänd som en fullvärdig medlem av en social gemenskap ger vissheten av att man har ett gemensamt förflutet och en gemensam framtid – denna upplevelse har paradoxalt nog blivit en knapphetsfaktor i överflödssamhället.

– En realistisk hälsopolitik måste vi ha, som ett legitimt krav för att få leva i en gemenskap hela livet och som tillgodoser våra mänskliga grundbehov för respekt, ansvar och omsorg, underströk Inge Lönning.

Samspelet mellan individ, samhälle och hälsa är inte lätt att beskriva. Detta sker i olika former och med olika aktörer och roller. Professor Dag Ankar vid Åbo universitet, ansåg att



En av föreläsarna, chefredaktör Håkan Hellberg, Hufvudstadsbladet i Helsingfors och tidigare verksam vid WHO:s huvudkontor i Geneve.

Foto: Hannes Victorzon

interaktionen mellan individ och samhälle i hälsofrågor har stora likheter med politisk interaktion i allmänhet.

– Merparten av de förebyggande åtgärderna drivs utanför samhällets ram, men samhället kan främja individens möjligheter att ändra hälsobeteenden genom att tillsammans med organisationer föra ut information eller att bidra med olika former av resurser. Samhället och individ möts på detta sätt på många områden, enligt Anker.

Några reflexioner

Hälsokongressen på Hanaholmen får ses som en viktig milstolpe i det nordiska hälsoarbetet. Detta ur flera aspekter. Den ena är att nationella och internationella organisationer utvecklat målsättningsdokument för hälso- och sjukvårdsarbete. På det nationella planet har det lokalt och centralt utvecklats en kompetens i det praktiska hälsoarbetet. Konferensen gav flera sådana konkreta exempel. En

annan styrka är den tvärssektoriella sammansättningen av deltagare, representerade flera nivåer inom offentlig, privat och ideell verksamhet. Därtill ett professionellt genomfört arrangemang av Samfundet Folkhälsan i Finland. Nästa nordiska konferens planeras äga rum i Norge 1989. Ett tips till arrangörerna: skapa utrymme för fler öppna gruppaktiviteter där deltagarna har möjlighet att vara aktiva samt öka deltagareantalet så att det inte blir en exklusivitet för ett fåtal.

Författarpresentation:

Bo Henricson, distriktsläkare vid vårdcentralen i Arjeplog.

Per Tillgren, socionom och 1:e sekreterare vid hälsoavdelningen, Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsförvaltning.*

* Postadress: Hälsoavdelningen, Box 9099, 102 72 Stockholm.

Strömstadsprojektet – ett försök att påverka riskfaktormönstret i en kommun med ökad mortalitet i slaganfall hos kvinnor

NB 06321

CECILIA BJÖRKELUND · MARGARETA PERSSON · BIRGITTA CARAZO · LIS OLSSON · GIL FRID · HANS EKMAN · CALLE BENGTSSON

Strömstads kommun utgör den nordligaste delen av Göteborgs- och Bohuslän och gränsar i norr och öster till Östfold, som är det sydligaste fylket i Norge. I dessa trakter finner man både på den svenska och norska sidan en ökad total mortalitet i hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor, där mortalitetsförhöjningen framför allt återfinns i gruppen cerebrovasculära sjukdomar (1,2). Mortalitet-fakta för Strömstads kommun framlades i början av åttiotalet av planeringsavdelningen på Bohuslandstinget, och har lett till att primärvården i Strömstad, med ekonomiskt stöd från Bohuslandstingets hälsovårdsavdelning genomfört ett projekt, som syftar till att försöka påverka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och då speciellt slaganfall.

Nyckelord: Prevention, riskfaktorer, kvinnor, hjärt-kärlsjukdomar.

Inledning och bakgrund

I Hälso- och Sjukvårdslagen stadgas landstingets skyldigheter att inte bara utreda och behandla sjukdomar, utan även att förebygga dem (3). Man har framhållit primärvårdens ansvar därvidlag. Genom att arbeta med bland annat samhälls-, hälsorisk- och hälso profiler för sitt område skall primärvården kunna styra sitt förebyggande arbete. I det samhällsinriktade förebyggande arbetet ställs krav på epidemiologisk övervakning, bland annat genom cancer- och dödsorsaksregistret. Till hjälp för denna övervakning skall varje landsting ha en samhällsmedicinsk enhet, som mer centralt ska betjäna de enskilda primärvårdsområdena med epidemiologiska data.

Göteborgs- och Bohuslän's landstings planeringsavdelning, dvs dess samhällsmedicinska funktion, presenterade redan 1982 ett underlag med epidemiologiska data (1). Strömstads kommuns kvinnliga befolkning uppvisade där det högsta indexjämförelsetalet för totalmortalitet i hela landstings-

området, endast tangerat av angränsande Tanums och Munkedals kommuner. Det förhöjda mortalitetstalet föranleddes helt av en mer än femtioprocentig förhöjning av mortaliteten i slaganfall.

Med dessa bakgrundsfakta utarbetade primärvården i Strömstad tillsammans med planerings- och hälsovårdsavdelningarna i Bohuslandstinget och Allmänmedicinska institutionen i Göteborg ett interventionsprogram, som på lång sikt syftar till att försöka sänka incidensen av slaganfall i Strömstad.

Hypertoni, hyperlipidemi och diabetes är bland de viktigaste riskfaktorerna för slaganfall (4,5,6). Det finns ett flertal studier gjorda, som beskriver hur man kan påverka dessa riskfaktorer genom ökad motion och omläggning av kostvanor till en kost med lägre fettinnehåll, högre fiberhalt och reducerad sockerhalt (7,8,9,10). Förutom att ha en effektiv blodtrycksänkande effekt kan denna typ av kostomläggning, till skillnad från farmakologisk antihypertensiv behandling, på ett gynnsamt sätt påverka nästan samtliga övriga riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom (11). Ett interventionsprogram, som syftar till att minska sjukligheten i slaganfall bör därför företrädesvis innefatta försök till icke-farmakologisk påverkan av riskfaktorer.

Metod

På basis av dessa kunskaper utarbetades ett primärpreventivt interventionsprogram för Strömstads kvinnor. De kriterier, som gällde för programmet, var inte endast att man skulle kunna visa, att man med detta kunde åstadkomma en statistiskt signifikant sänkning av åtminstone en del av riskfaktorerna, utan också framför allt, att programmet skulle vara möjligt att genomföra inom primärvården, med

dess snäva ekonomiska ramar och en redan maximalt utnyttjad personal.

Interventionsprogrammet utformades därför som kurser i kost, motion, och rökavvänjning. Alla de kvinnor som visat sig ha en eller flera riskfaktorer vid en screeningundersökning riktad mot riskfaktorer för slaganfall, erbjöds kostnadsfritt deltagande i ett tremånaders kursprogram omfattande varvade kost- och motionsgrupper och/eller sluta-rökagrupp. Som huvudriskfaktorer angavs de parametrar, som i Göteborgs kvinnoundersökning visat sig vara oberoende riskfaktorer för slaganfall, hjärtinfarkt och för tidig död, nämligen bukfetma, förhöjda triglycerider och diabetes (6). Dessutom räknades hypertoni, nedsatt glucostolerans, hyperkolesterolemi och uttalad generell övervikt till riskfaktorerna (5). Tabell I visar de gränsvärden för riskfaktorerna som användes i studien.

Hela interventionsprogrammet omfattade alltså en initial, riktad screeningundersökning med avseende på riskfaktorer för slaganfall, därefter erbjöds kvinnor med riskfaktorer att kostnadsfritt gå kurs, för att lära sig hur de *själva* kunde påverka riskfaktorerna genom omläggning av livsföringen. Tidigast tre månader efter avslutad kurs kallades alla kvinnor med riskfaktorer tillbaka till ny undersökning.

För att kunna hålla kostnaderna nere utnyttjades de i kommunen tillgängliga resurserna. I varje kommun i Sverige finns redan ett stort utbud av kurser inom det område som kan kallas livsföring – kurser i matlagning, vegetabilisk kost, giftfri mat osv, som anordnas av bildningsförbunden. Fri-luftsfrämjandet har motionsaktiviteter, och inom dessa organisationer finns en stor erfarenhet och kompetens när det gäller administration och

Tabell I
Riskfaktorerna och deras gränsvärden i studien.

Blodtrycksstegring över 160/95 eller behandlad hypertoni (12)
BMI ≥ 30
Midja-stusskvot $\geq 0,82$
Känd diabetes mellitus eller fastebloodsocker $>5,5$ och nedsatt glucostolerans
Kolesterol $\geq 9,0$
Triglycerider $\geq 2,0$
Rökning (13)

planering av kurser och grupprogram. Vi inbjöd därför bildningsförbunden och Friluftsförbundet i staden, presenterade bakgrundsfakta, och bad om deras hjälp att starta, administrera och leda vårt kost- och motionsprogram. Alla var intresserade, och under två sammankomster undervisades kursledare och bildningsförbund av hälsosupplysare med specialkunskap i kost om hur vi ville att kurserna skulle utformas. Primärvården stod alltså för kursinnehåll och bestämde kurslitteratur, medan kurserna administrerades av bildningsförbunden och Friluftsförbundet. Som kursledare för kostdelen verkade dietister och hushållslärare.

Varje kursgrupp omfattade mellan åtta till tio personer. Vid kostkurserna lagade man varje gång mat tillsammans, detta för att ytterligare förbättra den pedagogiska situationen. Som kurslitteratur användes Anna Bella Rilton-Wrangel's bok *Må bättre Genom Kost*, utgiven på Friskvårdscentrum. Motionsgrupperna administrerades och leddes av Friluftsförbundet. Vi anordnade också slutaröka-grupper, som dock administrerades direkt av primärvården och leddes av två sjuksköterskor.

Kost- och motionskursen omfattade tre månader, dvs tolv veckor. Varannan vecka gick gruppen kurs i kost, tre timmar per gång med dels en teoridel och dels en matlagingsdel. Varannan vecka var det motionsgrupp. Alternativa lösningar fanns också, för till exempel de personer som ej önskade delta i motionsgrupp. Eftersom det ingick matlagning i varje kostgruppsstillfälle, användes skolköken som undervisningslokaler. Sluta-röka-gruppen samlades också sex gånger under en tremånadersperiod.

Deltagare

Alla kvinnor i åldrarna 45–64 år som var bosatta i Strömstads kommun 1985 kallades till kostnadsfri, frivillig, riktad screeningundersökning med början från september 1985. Undersökningen omfattade kontroll av blodtryck, Hb, längd, vikt, midja- och

stussmått, fasteblodsocker, kolesterol och triglycerider, urinsocker och urinprotein. Dessutom ställdes frågor kring hjärt- kärlsjukdom, medicinering och rökning. De personer, som uppvisade en eller flera riskfaktorer erbjöds kostnadsfritt deltagande i kost- och motionsgrupp och/eller sluta-rökagrupp.

Tre månader efter kursens slut kallades kursdeltagarna tillbaka och då kallades även övriga personer med riskfaktorer (utom rökning) till förnyad kontroll, som omfattade samma undersökningar som vid första screeningundersökningen.

Resultat

Till screeningundersökningen kallades 1084 kvinnor, varav 927 stycken deltog, dvs deltagandet var 86-procentigt. Av dessa 927 personer uppvisade 338 (36%) en eller flera riskfaktorer för slaganfall exkluderat rökning. Av dessa 338 personer genomgick 106 stycken helt eller delvis kurs i kost och/eller motion, dvs 31%.

Vid undersökningen tre månader efter kurs hade dessa kvinnor signifikant reducerat diastoliskt blodtryck, vikt, Body Mass Index, midjemått, stussmått och triglyceridvärden (Tabell II).

När det gäller midja-stusskvoten, som i Göteborgsundersökningen visade sig vara en oberoende riskfaktor för slaganfall, hjärtinfarkt och för tidig död, har de kvinnor som haft det förhållandevis mest uttalade bukfettet signifikant kunnat reducera detta och alltså minskat sin midja- stusskvot.

Diskussion

Via ett interventionsprogram i primärvården har kvinnor med kända riskfaktorer för slaganfall signifikant kunnat sänka en del riskfaktorer genom att förändra sin livsföring vad det gäller kost och motion. Utformningen av programmet bygger dels på att kurserna sker i smågrupper med högst tio deltagare i varje grupp, dels att ledarna är välutbildade. Detta är en förutsättning för att kurserna i längden skall kunna fungera. Det är

oerhört viktigt att ledaren har stora kunskaper, inte bara i kostfrågor, utan även hur man för ut dessa kunskaper. Sjukvårdsutbildningen har tyvärr ordentliga luckor både när det gäller pedagogik och livsföringsfrågor, och en dietist eller hushållslärare är betydligt mer skolad i hur man utan pekpinnepedagogik lär ut kunskaper om kost. Vi ansåg det också mycket viktigt, att man inte bara teoretiskt utan även praktiskt lärde sig hur kosten ser ut. Undervisningen var överhuvudtaget mycket praktiskt inriktad – hur ser fetten ut som ingår i en liter mjölk? Hur ska man finna de fettsnåla produkterna i livsmedelsbutiken? Hur många sockerbitar finns egentligen i en förpackning juice? Vad är fleromättat fett – och var hittar man det? Och hur smakar det?

Ett kurspaket kostade, med denna organisationsform, per deltagare 100 kr, varav 60 kr gick till bildningsförbund och 40 till Friluftsförbundet. I projektet bekostades detta av medel från Hälsovårdsavdelningen, men kostnaden är så pass låg, att det även kan vara rimligt att kursdeltagarna själva får stå för den. Kurslitteraturen betalades dock av kursdeltagarna själva, ca 40 kr. Sammanlagd kostnad blir alltså cirka 150 kr per deltagare.

Deltagandet i rökavvänjningsgrupperna blev tyvärr alltför lågt för att någon utvärdering enligt ovan skall kunna genomföras. Kostnaden per deltagare i denna gruppen blev cirka 300 kr.

Interventionsprogrammet i Strömstad fortsätter nu bland annat genom att vi riktar oss till hela Strömstads befolkning och erbjuder kursprogrammet som en icke-farmakologisk behandlingsmetod eller komplement till annan behandling såsom hypertoni, diabetes, nedsatt glucosolerans, hyperlipidemi och övervikt. Primärvården har på så sätt möjlighet att kunna möta det behandlingsbehov som nu uppstått, när gränsen för behandlingskrävande högt blodtryck sänkts till 90 mm Hg oavsett ålder. En väl genomförd icke-farmakologisk behandling förutsätter en väl fungerande organisation, välutbildade ledare och låga kostnader. Den icke-farmakologiska behandlingsformen kommer annars inte att existera som ett reellt alternativ till farmakologisk behandling.

Inom de närmaste åren kommer också intresset för behandling av andra riskfaktorer än hypertoni att öka markant. Kravet på en effektiv behandling från befolkning och läkemedelsindustrier vad det gäller exempelvis förhöjda blodlipider måste kunna mötas av primärvården med ett ekonomiskt realistiskt och behandlingsmässigt väl fungerande alternativ. Genom att utnyttja och samordna resurser och dessutom engagera icke sjukvårdsanslutna organisationer i primärvårdsområdet kan detta göras möjligt.

Tabell II

Sänkning av värden tre månader efter kurs jämfört med värden före kurs. Jämförelse mellan gruppen kvinnor med riskfaktorer som gått kurs och gruppen kvinnor med riskfaktorer som ej gått kurs.

	Kurs n=106	Ej kurs n=232	P
Diast BT (mm Hg)	-2,8	-0,6	*
Vikt (kg)	-2,7	-0,9	***
BMI (kg/m ²)	-0,99	-0,3	***
Midja (cm)	-1,5	-0,5	*
Stuss (cm)	-1,6	-0,8	*
Triglycerider (mmol/l)	-0,22	-0,03	**

* = <0,05

** = <0,01

*** = <0,001

Referenser

1. Hur mår vi? Kartläggning av hälsotillstånd och vårdutnyttjande i Göteborgs och Bohus läns landsting. (Göteborg: Göteborgs och Bohus läns landsting aug 82).
2. Regional dödlighet 1976–1980. Norges Officielle Statistikk B 344, Statistisk Centralbyrå Oslo-Konsvinger 1982.
3. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Huvudrapport SOU 1984:39. Liber Allmänna Förlaget, Stockholm 1984.
4. Tuomilehto J, Nissinen A, Wolf E, Piha T, Puska P. Effectiveness of treatment with antihypertensive drugs and trends in mortality from stroke in the community. *BMJ* 1985;291:857–61.
5. Kannel WB, Wolf PA, Verten J, Mac Namara PM. Epidemiological assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham study. *JAMA* 1970;214:301–10.
6. Lapidus L. Ischemic heart disease, stroke and total mortality in women. Results from a prospective population study in Gothenburg, Sweden. *Acta Med Scand* 1986;Suppl 705.
7. Björntorp P. Nyttan av motion – bevisad eller ej? *Läkartidningen* 1983;80:1777–80.
8. Puska P et al. Controlled, randomised trial of the effect of dietary fat on blood pressure. *Lancet* 1983;1:1–5.
9. Leelarthapin B, Palmer AJ, Woodhill JM, Blacket RB. Obesity, diet and type II hyperlipidaemia. *Lancet* 1974;1217–21.
10. Croft PR, Brigg D, Smith S, Harrison CB, Branthwaite A, Collins MF. How useful is weight reduction in the management of hypertension? *Journ of the Royal Coll of Gen Pract* 1986;36:445–8.
11. Svanström L, Haglund BJA. Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken. *Studentlitteratur* 1987;11–24.
12. Råstam L, Berglund G, Isaksson S-O, Rydén L. The Skaraborg Hypertension Project. *Acta Med Scand* 1986;219:249–60.
13. Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking. Ten years observation of British doctors. *Br Med J* 1964;1:1339–1410, 1461–7.

Författarpresentation:

Cecilia Björkelund*, distriktsläkare, Strömstad.

Margareta Persson, distriktssköterska, Strömstad.

Birgitta Carazo, sköterska, Strömstad.

Lis Olsson, dietist, Strömstad.

Gil Frid, hälsoupplysare, Bohuslänstinget, Göteborg.

Hans Ekman, planeringssekreterare, Bohuslänstinget, Göteborg.

Calle Bengtsson, prof, Allmänmedicinska institutionen, Göteborg.

*Postadress: Allmänmedicinska institutionen, Redbergsv. 6, 41665 Göteborg.

MILJÖMEDICINSK DIAGNOSTIK

Befolkningsinriktat arbete MILJÖ – HÄLSA – OHÄLSA

MAJ-BRITT MÅRTENSSON · BIRGITTA GUNNARSSON ·
URBAN LANTZ · THOR LITHMAN

En god yttre miljö kan öka förutsättningarna för människans välbefinnande såväl fysiskt som psykiskt. Detta är svårt att dokumentera med objektiva mätningar och statistiska metoder. Den medicinska forskningen har ägnat relativt lite intresse för problem som kan innebära ett hot mot hälsan på kort och lång sikt i människans omgivande miljö. Vi anser dock att man bör kunna ta fasta på människans subjektiva upplevelser och med hjälp av detta utforma handlingsprogram för att förbättra den omgivande miljö.

Nyckelord: Hälsotillståndet, typisk miljö, intervju/enkätundersökningar, forskning, Anderslöv, Skurup.

Introduktion

Den yttre miljöns inverkan på hälsan är ofullständigt känd. Det uppstår avsevärda svårigheter när man vill bedöma påverkan av exponering, i små doser, under lång tid. Kunskaperna om sambandet mellan den yttre miljön och påverkan på hälsan måste därför öka genom intensifierad forskning. Närmiljöns eventuella inverkan på hälsan blir därvid ett viktigt område att belysa. Genom att analysera "mjukdata" och relatera detta till "hårddata" bör man kunna få fram en rimlig bild över om samband finns.

De kunskaper som finns måste föras ut genom utbildning och information för att utifrån en realistisk grund öka miljö- och hälsomedvetenheten hos befolkningen. Kunskaperna kan leda till minskad oro och ge möjlighet/effekt till eget handlande.

Avsikten med denna studie var att söka ny och ökad kunskap genom att direkt fråga befolkningen om deras närmiljö, och få fram "mjukdata" om den lokala miljön; att ta reda på hur intresserad och medveten allmänheten är om sin närmiljö, i detta fall att belysa frågor kring luft, vatten, mark och buller.

Material och metod

Materialet består av miljöfakta sammanställda från två primärvårdsdistrikt, två landsbygdskommuner i södra Skåne, Anderslöv och Skurup, och en enkät till ett slumpmässigt urval av

den aktuella befolkningen.

Bakgrundsmaterial, allmänna fakta om miljö – hälsa – ohälsa, befolkningsstatistik samt landstings- och primärkommunal verksamhet har tagits fram från tillgänglig statistik och litteratur. Kända fakta om hälsosituationen finns bl a i den diagnosregistrering som sedan flera år sker i de båda distrikten. Från kommunernas miljö- och hälsoskyddsförvaltningar har erhållits uppgifter om förhållanden i de båda distrikten vad gäller den yttre miljön.

För att undersöka allmänhetens inställning utarbetades en enkät. Denna omfattade frågor med fasta svarsalternativ samt möjlighet att lämna egna synpunkter. Frågorna innehöll uppgifter om anknytning till bostadsort och sysselsättning. Därefter följde en bedömning av det upplevda hälsotillståndet. Denna och följande bedömningar gjordes på en skattningsskala där man fick ange position från 1 till 10. Materialet redovisas i klasser, företrädesvis uppdelat i position 1–3, 4–7 och 8–10.

En grupp av frågor gällde vilka besvär man hade av buller, lukt och luftföroreningar. Därefter kom frågor som gällde hur man uppfattade att närmiljön berördes av vattenföroreningar och om marken var förorenad. Dessa frågor knöts samman i en fråga där man skulle ange eventuell inverkan av dessa faktorer på hälsan. Därefter följde frågor om dricksvatten och kemikalier. Enkäten avslutades med allmänna frågor om man var orolig för sin närmiljö och om man hade tillräcklig information om eventuella hälsorisker i närmiljön samt om man var intresserad av att vidga sina kunskaper.

Enkäten sändes till ett slumpmässigt urval av personer från de båda primärvårdsdistrikten födda dag 04 och 31 i åldern 15–74 år. Totalt utvaldes 726 personer. Efter två påminnelser hade den besvarats av 516 personer. Bortfallet var således 29 procent. Bortfallet i yngre åldersgrupper var 32 procent och i äldre åldersgrupper 25 procent. Det interna bortfallet på olika frågor var obetydligt och ett stort antal personer hade lämnat allmänna synpunkter utöver de fasta frågorna. Enkätsvaren databearbetades.

Resultat

Totalt ansåg 80 procent att de var helt friska medan 5 procent uppfattade sig som sjuka. Andelen sjuka var högre i

Tabell I
Hur är Ditt allmänna hälsotillstånd? Procentuell fördelning.

Position	Positionens innebörd	Ålder 15-44	45-59	60-74	Totalt
1-3	Sjuk	3	4	10	5
4-7		7	14	22	12
8-10	Frisk	88	78	60	80
Ej svar		2	4	8	3
Totalt		100	100	100	100

Tabell II
Känner Du oro för Din närmiljö? Procentuell fördelning.

Position	Positionens innebörd	Ålder 15-44	45-59	60-74	Totalt
1-3	Nej	63	64	76	66
4-7		22	18	10	19
8-10	Ja	12	12	5	10
Ej svar		3	6	9	5
Totalt		100	100	100	100

de högre åldersgrupperna med ca 10 procent i åldersgruppen 65-74 år (Tabell I). För de olika yrkeskategorierna förelåg ingen skillnad.

Huvuddelen av de tillfrågade ansåg inte att närmiljön påverkades av luft- och vattenföroreningar eller markens beskaffenhet. Andelen som angav att luftföroreningar påverkade närmiljön var ca 10 procent medan motsvarande andel vad gäller vatten- och markföroreningar var 4 procent.

De flesta angav att de inte hade några besvär av buller och lukt i närmiljön. Bland de som hade besvär angav 8 procent besvär av buller (en överrepresentation av yngre personer) och 5 procent av lukt.

Av samtliga som besvarade enkäten fick 20 procent sitt dricksvatten genom egen brunn. Av dessa ansåg 61 procent vattnet helt tillfredsställande; samma bedömning gjordes av de som hade kommunalt vatten.

På de frågor som gällde direkt eller mera långsiktig påverkan på hälsan och föroreningar och störningar i den yttre miljön svarade 8 procent att de hade vardagliga besvär. Ytterligare 4 procent kände vardaglig oro, medan 13 procent ansåg att miljöproblemen kunde påverka hälsan på längre sikt. Totalt uttryckte således 1/4 av populationen möjliga hälsorisker från den yttre miljön, medan 1/3 inte hade någon uppfattning i frågan. På en allmän fråga om man känner oro för sin närmiljö svarade ca 2/3 nej medan 10 procent angav att de kände oro. För yngre personer var andelen högre vilket exemplifieras i Tabell II.

Exposition för kemikalier förekom inte för huvuddelen av populationen. De 3 procent som i hög grad ansåg sig utsatta för kemikalier fanns företrädesvis i åldrarna 15-44 år och hade förvärvsarbete på heltid.

Förhållningssätt till återlämnande av miljöfarliga varor framkom genom att drygt hälften återlämnade sådant till försäljaren, medan 15 procent un-

danröjde dessa på annat miljövänligt sätt. Ca 20 procent kastade sådant tillsammans med andra sopor.

Drygt hälften av de tillfrågade angav att de hade otillräcklig information om sin närmiljö och eventuella risker. En större andel, ca 2/3 av åldersgruppen 15-44 år, hör till denna kategori. Totalt sett ansåg ca 1/4 att de ville öka sina kunskaper om närmiljön. Av personer i åldern 15-59 år visade 29 procent sådant intresse medan motsvarande andel i högre åldrar var 18 procent.

Allmänna synpunkter som lämnats i enkäten:

Det ansågs att alla berörs av bilavgaser och oljeeldning. Oro uttalades för utsläpp av olika slag som kan påverka vattenkvaliteten inte bara från lantbruk utan också från tex kemikalier som kan komma ut i grundvattnet. Trafiken var det dominerande bullerproblemet och då främst moped, motorcykel samt lastbilskörning. Hälsan ansågs påverkas på längre sikt i form av luftvägsbesvär från luftföroreningar samt allergibesvär.

Diskussion

Den yttre miljöns betydelse för hälsa och ohälsa tycks engagera en avsevärd del av befolkningen. Ökad information efterlystes och många personer angav intresse att aktivt delta i lokala utbildningsaktiviteter.

Det stora flertalet i den genomförda enkäten kände sig friska; i högre omfattning ju lägre ålder. Upplevelsen av hälsa accentuerades av heltidsarbete/studier. Trots detta dominerade oron för miljön i de yngre åldersgrupperna och var där mer än dubbelt så stor, jämfört med invånare som var 60 år eller äldre.

Man finner att en relativt stor andel antingen besvärar av miljöstörningar eller anser sig påverkas på längre sikt. Huruvida enkätresultatet påverkades av att frågorna ställdes till en befolk-

ning i två landsbygdsdistrikt har inte utvärderats.

Våra kunskaper om den totala bilden och eventuell påverkan på hälsan är ofullständig. Forskningen har svårt finna metoder där man har möjlighet bedöma miljöstörningars betydelse för hälsan. Även när sådana samband kan konstateras rör dessa små avgränsade detaljer i miljön. Det är viktigt att utveckla denna forskning, men det är lika viktigt att forskningsresultaten vägs in i integrerade helhetsbedömningar för definierade geografiska områden. Det ger möjlighet att föra ut kunskaper till befolkningen om närmiljön och dess betydelse för hälsan. Samtidigt kan man skapa en dialog där man kan fånga upp oro och eventuell psykisk belastning och kanalisera detta till ett konstruktivt samarbete mellan hälso-miljöansvariga och befolkningen.

Referenser

1980-talets stora miljöfrågor. Solna: Statens Naturvårdsverk, 1982. Meddelande SNV PM 1591.

The State of the Environment 1985. Paris: OECD, 1985.

Miljövårdssituationen i Skurups kommun. Kunskapsinventering som underlag för miljövärdplan. Skurup: Miljö- och hälso-skyddsnämnden, 1985.

Författarpresentation

*Maj-Britt Mårtensson**, fil kand. Utredare på miljömedicinska funktionen, Malmöhus läns landsting.

Birgitta Gunnarsson, distriktssköterska, i Skurups primärvårdsdistrikt.

Urban Lantz, leg läk distriktsoverläkare i Anderslövs primärvårdsdistrikt.

Thor Lithman, med dr. Epidemiolog på miljömedicinska funktionen vid Malmöhus läns landsting.

* Postadress: Malmöhus läns landsting, Box 1, 221 00 Lund.

Forts KALENDARIUM

DUR-kurser

Smärta (arr Astra)
1988-10-06-07 i LUND

Praktisk näringslära (arr Wander)
1988-10-06-07 i BORLÄNGE

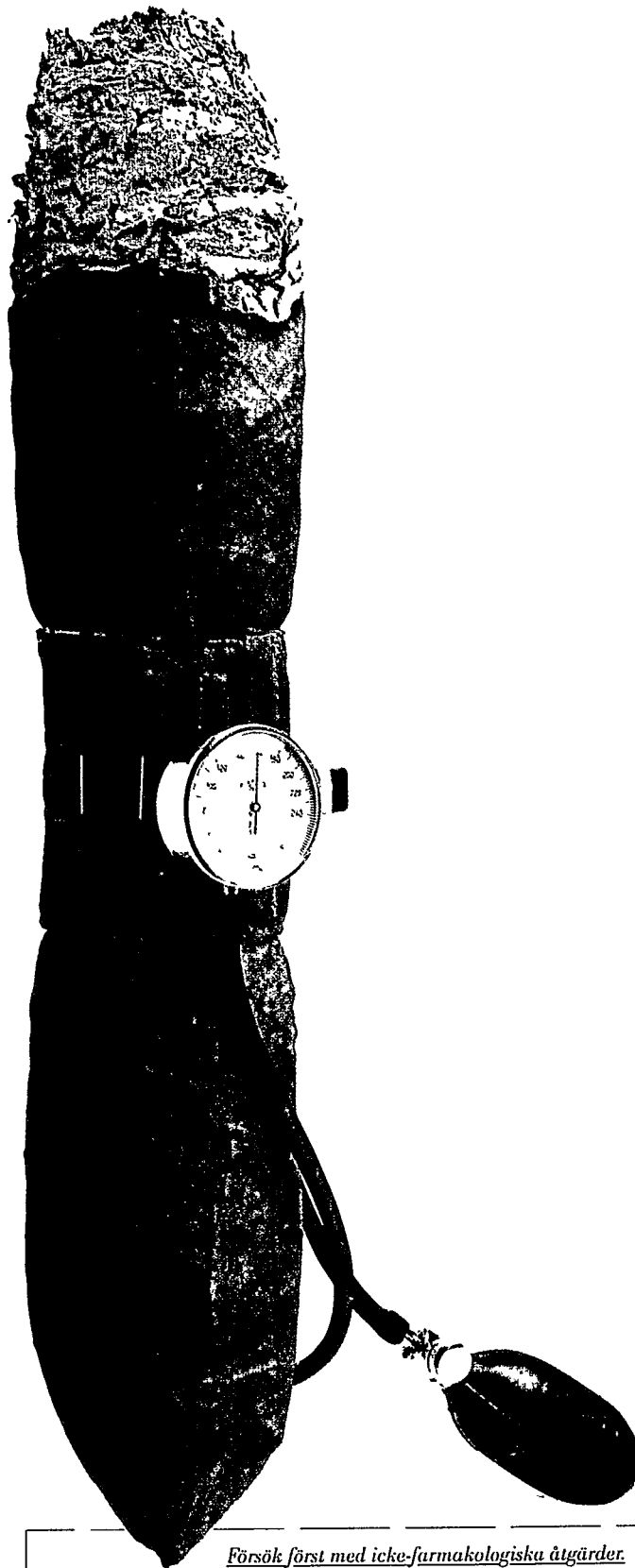
Sömn - Parkinson (arr Roche)
1988-10-20-21 i GNESTA

Allergologi - immunologi (Pharmacia och Fison)
1988-10-27-28 i LERUM

Mot dumhet kämpar även gudarna förgäves.

(Gammalt ordspråk)

Alla vet att rökning är skadlig.
Farlig vid högt blodtryck, bland annat.
Ändå fimpar inte alla.
Du kan uppmuntra, men inte tvinga.
Det kan bli nödvändigt med en blod-
tryckssänkande medicin också.
Salures-K är ett lika aktuellt första-
handsval idag som någonsin tidigare.
Somligt står sig länge!



Försök först med icke-farmakologiska åtgärder.

Dela ut Ferrosans nya trycksak med kostråd och recept på mat med mindre salt, socker och fett.

☐ Sänd mig gratis 25 ex. av patienttrycksaken "Högt blodtryck — en signal till bättre livsföring."

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

v.g. texta

Skicka kupongen till AB Ferrosan, Hjärta, kärlgruppen, Box 839, 201 80 Malmö.

PIVAMPICILLIN

PIVMECILLINAM

Miraxid®

pivampicillin + pivmecillinam

Penicillinkombinationen med synergistisk effekt

- ☐ Hög antibakteriell aktivitet på de flesta grampositiva och gramnegativa bakterier.
- ☐ Snabbare baktericid effekt än med ehkelkomponenterna 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.

