



Ref

PRIMÄRVÅRDENS UPPGIFTER I DET FÖREBYGGANDE ARBETET

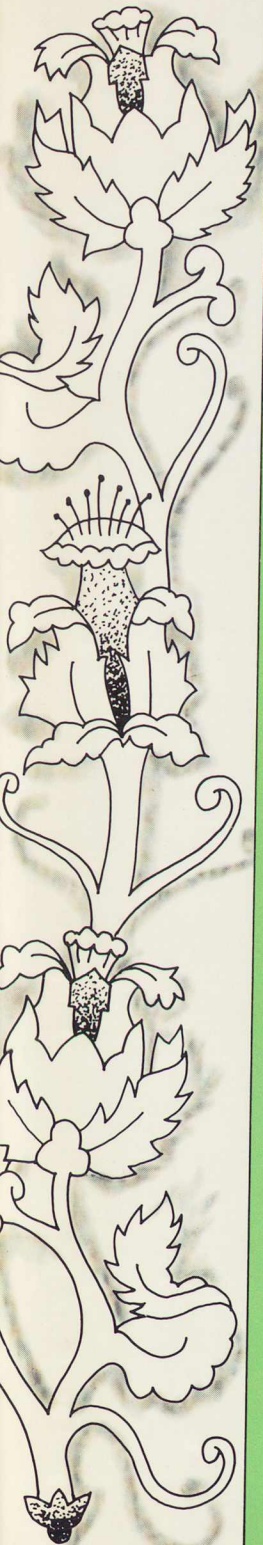
Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



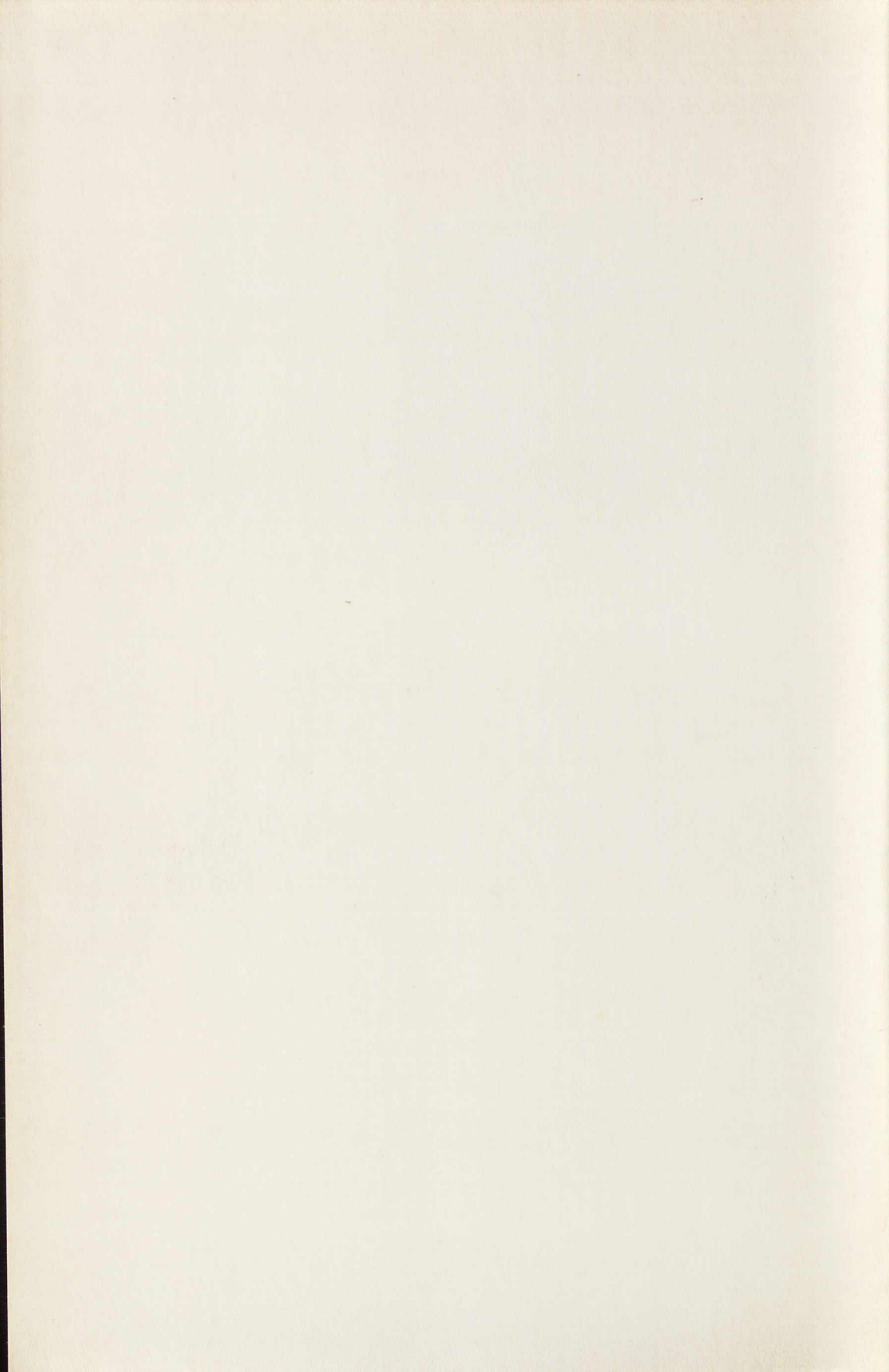
National Library
of Sweden

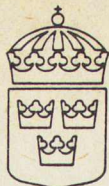




Ref

PRIMÄRVÅRDENS UPPGIFTER I DET FÖREBYGGANDE ARBETET





Statens offentliga utredningar

1984:46

Socialdepartementet

Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet

Underlagsstudie

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)

Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum
ISBN 91-38-08376-0
Minab/Gotab, Stockholm 1984

Förord

Denna skrift, "Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet", är en underlagsstudie inom ramen för HS 90-projektet – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa skrifter publicerades i respektive författarens namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt;
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden; hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorer hälsopolitiska insatser och

förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den begränsar inte heller övriga sektors ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Denna skrift syftar till att ange färdriktningen för och innehållet i ett offensivt hälsoarbete inom primärvården. Arbetet har utförts av Susanne Brostedt, Marie-Louise Lind, Ulf Nicolausson (projektledare) och Birgitta Schmidt, primärvårdsbyrån, socialstyrelsen. Övriga berörda fackbyråer inom socialstyrelsen har medverkat i arbetet. Dessutom har externa experter anlitats. Bilagan om hälsouppllysning, SOU 1984:47, har författats av Anders Bohlin.

Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie. I övrigt svarar de i arbetet medverkande för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

1	<i>Bakgrund</i>	9
1.1	Projektets syfte	9
1.2	Utgångspunkter för primärvårdsprojektet	10
1.3	Primärvårdens hälsoansvar	12
2	<i>Aktuella hälsoproblem i det förebyggande arbetet inom primärvården</i>	15
2.1	Inledning	15
2.2	Ohälsans dimensioner	15
2.3	Ohälsans utveckling och fördelning	16
2.4	Barns hälsa	17
2.4.1	Förändringar över tiden av barnens hälsoläge	17
2.4.2	Aktuella sjukdomar och skador	18
2.4.3	Hälsoproblem i tonåren	19
2.4.4	Invandrabarnens hälsa	19
2.4.5	Ohälsan är ojämnt fördelad bland barnen	20
2.5	De äldres hälsosituation	22
2.5.1	Förändringar över tiden	22
2.5.2	Hälsorisker för de äldre	22
2.5.3	Aktuella hälsoproblem	23
2.6	Infektionssjukdomar	24
2.7	Utvecklingstendenser på vaccinationsområdet	26
3	<i>Förebyggande åtgärder</i>	29
3.1	Definition	29
3.2	Förslag till indelning av de förebyggande åtgärderna	30
3.2.1	Samhällsinriktade förebyggande åtgärder	31
3.2.2	Allmänt inriktade förebyggande åtgärder	31
3.2.3	Individinriktade förebyggande åtgärder	32
3.3	Allmänna förutsättningar för det förebyggande arbetet	33
3.4	Effektivitetskrav	35
3.5	Hinder i det förebyggande arbetet	37

3.6	Speciella förutsättningar för att förändra primärvårdens arbete i förebyggande riktning	38
3.6.1	Ett nytt synsätt	39
3.6.2	Hälsoarbetets legitimitet, trygghet i arbetet	40
3.6.3	Kunskaper, metoder och resurser	40
3.6.4	Samarbete med andra	41
3.6.5	Stöd från regionala och nationella organ	43
3.6.6	Sammanfattning	43
4	<i>Samhällsinriktade åtgärder inom primärvården</i>	45
4.1	Beskrivning och analys av befolkningens hälsotillstånd	45
4.2	Medverkan i samhällsplaneringen	47
4.2.1	Bakgrund	47
4.2.2	Samarbete med andra	48
4.2.3	Det kommunala hälsoskyddet	49
4.2.4	Arbete och arbetsförhållanden	51
4.2.5	Livsmedels- och nutritionspolitik	54
4.2.6	Samhällsservice och kommersiell service	55
4.2.7	Trafikförhållanden	56
4.2.8	Sammanfattande förslag	56
5	<i>Allmänt inriktade förebyggande åtgärder</i>	59
5.1	Hälsoupplysning	59
5.1.1	Definitioner	59
5.1.2	Målen för hälsoupplysningen	59
5.1.3	Fördelar med en förankring av hälsoupplysningen i primärvården	60
5.1.4	Begränsningar i hälsoupplysningsarbetet	61
5.1.5	Hälsoupplysningens innehåll	62
5.1.6	Former för allmänt inriktad hälsoupplysning i primärvården	63
5.1.7	Erfarenheter av praktiskt hälsoupplysningsarbete	65
5.1.8	Sammanfattande förslag	66
5.2	Familjeplanering m m	66
5.2.1	Bakgrund	66
5.2.2	Preventivmedelsrådgivningens nuvarande omfattning	67
5.2.3	Framtida utveckling	67
5.2.4	Sammanfattande förslag	68
5.3	Föräldrautbildning	69
5.3.1	Bakgrund	69
5.3.2	Föräldrautbildningens bärande principer	69
5.3.3	Psykosocialt arbetssätt	70
5.3.4	Formerna för föräldrautbildning	70
5.3.5	Införande av föräldrautbildning i primärvården	71
5.3.6	Sammanfattande förslag	73
5.4	Hälsöövervakning	73
5.4.1	Inledning	73
5.4.2	Bakgrund	74
5.4.3	Hälsokontroller	75

5.4.4	Överväganden beträffande hälsoövervakning och hälsokontroller	76
5.4.5	Sammanfattande förslag	79
5.5	Smittskyddsprogram	80
5.5.1	Inledning	80
5.5.2	Primärvårdens uppgifter på vaccinationsområdet	80
5.5.3	Sammanfattande förslag	81
6	<i>Individinriktade förebyggande åtgärder</i>	83
6.1	Inledning	83
6.2	Individuell hälsoupplýsning	83
6.3	Vaccinationer och skyddsläkemedel	84
6.4	Hälsoundersökning	85
6.5	Sekundärprevention vid olika sjukdomar	85
6.6	Förutsättningar för individinriktad prevention i primärvården	85
6.7	Sammanfattande förslag	86
7	<i>Uppbyggnaden av det förebyggande arbetet i primärvården</i>	87
7.1	Inledning	87
7.2	Behovet av kompetens för det förebyggande arbetet	88
7.3	Arbetsfördelning	91
7.4	Primärvårdens journalsystem	92
7.5	Behovsbaserad resursfördelning	93
7.6	Prioriteringar i hälsoarbetet	93
8	<i>Sammanfattning av utredningens förslag</i>	95
8.1	Inledning	95
8.2	Samhällsinriktade förebyggande åtgärder	96
8.3	Allmänt förebyggande åtgärder	97
8.4	Individinriktade förebyggande åtgärder	98
8.5	Uppbyggnaden av det förebyggande arbetet i primärvården	98
	Bilagor	101
	Referenser	129

1 Bakgrund

1.1 Projektets syfte

Inom ramen för HS 90 har den framtida vårdstrukturen behandlats i två projekt: primärvårdsprojektet och länssjukvårdsprojektet. Primärvårdsprojektet har avgränsats till att avse det förebyggande arbetet.

Syftet har varit att

- öka kunskapsunderlaget beträffande möjligheterna att inom primärvården företaga individinriktade och miljöinriktade åtgärder för att förbättra befolkningens hälsotillstånd och förebygga olycksfall och sjukdomar,
- konkretisera primärvårdens arbetsuppgifter inom det förebyggande området så långt som möjligt,
- beskriva primärvårdens samverkan med andra delar av hälso- och sjukvården, angränsande samhällsorgan, organisationer och enskilda,
- ange resursmässiga och organisatoriska konsekvenser som kan användas som underlag för huvudmännens planering och utbyggnad av primärvården, samt
- formulera krav på utvecklingen av kompetens för det individ- och samhällsinriktade förebyggande arbetet, som kan användas som underlag för utbildningsplanering för primärvårdens personal.

I enlighet med direktiven behandlas ej de sjukvårdande uppgifterna inom primärvården i denna rapport. De behandlas bl a i rapporten Primärvård – innehåll och utveckling (Sprit S 101 1978) samt i HS 90:s Länssjukvårdsprojekt.

Denna rapport riktar sig till flera målgrupper; såväl politiker och administratörer som olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Det förtjänar understrykas att rapporten behandlar den framtida primärvården i ett tidsperspektiv på 10-15 år. För att ett offensivt och preventionsinriktat arbete skall kunna bedrivas i primärvården måste utvecklings- och planeringsarbetet emellertid påbörjas så snart som möjligt. Rapporten är avsedd att utgöra underlag för diskussioner om den hälsopolitiska målsättningen och primärvårdens planering. Vidare syftar rapporten till att ge underlag för den utbildning i förebyggande arbete som behövs för alla personalkategorier inom primärvården.

1.2 Utgångspunkter för primärvårdsprojektet

Under senare år har ett betydande reformarbete bedrivits ifråga om lagstiftningen på de områden som särskilt berör människors hälsa och välfärd. Den tidigare detaljregleringen har ersatts av s k ramlagar, vilka anger översiktliga mål och grunderna för samhällets insatser. Den kommunala beslutanderätten har samtidigt vidgats liksom den enskildes möjligheter att aktivt medverka i de vård- och serviceåtgärder som samhället svarar för.

Den nyare lagstiftning som är av speciellt intresse i detta sammanhang berör socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt det kommunala hälsoskyddet.

Från den 1 januari 1982 gäller Socialtjänstlagen (SoL 1980:620) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU 1980:621).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) trädde i kraft 1 januari 1983 och ersatte då Sjukvårdslagen.

Lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl (Tillsynslagen TL 1980:11) trädde i kraft den 1 juli 1980.

Från den 1 juli 1983 gäller Hälsoskyddslagen (1982:1080) och Hälsoskyddsförordningen (1983:616) som ersätter tidigare hälsovårdsstadga och normalhälsovårdsordning.

I samarbete mellan Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Spri och socialstyrelsen inleddes 1976 ett gemensamt utvecklingsarbete kring primärvård, äldreomsorger och samverkan mellan landsting och kommun. Samverkansstudierna avrapporterades hösten 1978 i sex publikationer (Spri S 101 – 106).

Primärvård definieras enligt det gemensamma utvecklingsarbetet som en organisation inom sjukvårdshuvudmannens hälso- och sjukvårdssystem.

Primärvårdsorganisationen bör ha ett "primärt ansvar" för befolkningens hälso- och sjukvård inom geografiskt avgränsade områden – i regel motsvarande primärkommunerna.

Den sammanhållna primärvården måste ha en egen ledningsorganisation, som på kommunnivå skall samverka med socialtjänst och andra kommunala organ i såväl förebyggande arbete som individriktat behandlingsarbete.

Grundprincipen för samverkan inom hälso- och sjukvårdssystemet, som lades fast redan i HS 80 (socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet), är att primärvårdens ansvar begränsas av dess resurser. Så snart en patients sjukdom kräver sjukhusresurser inom läns- eller region-sjukvården skall ansvaret för behandlingen föras över dit. Å andra sidan skall ansvaret för patientens behandling återgå till primärvården i och med att patientens medicinska tillstånd ej längre kräver sjukhusets resurser.

Förutom principerna om det primära hälsoansvaret och samverkan med primärkommunen har följande huvudprinciper angivits som vägledande för uppbyggnaden av primärvården

- helhetssyn
- närhet och tillgänglighet
- kontinuitet
- kvalitet och säkerhet.

Primärvårdsbegreppet – som det utformats i samverkansprojekten – har accepterats av statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen.

Spri har i augusti 1983 redovisat ett antal rapporter som belyser olika problem i samband med primärvårdens utbyggnad. Exempel ges på lokala utvecklingsprojekt och modeller för organisationen av en primärvård som tillgodoser de uppställda målen (Spri rapport 142-149:1983).

Socialstyrelsen publicerade i juni 1981 ett underlag för huvudmännens planering och drift av mödra- och barnhälsovården ("Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården", Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:4). I denna skrift redovisas styrelsens synpunkter på organisationen av den framtida primärvården särskilt vad avser hälso- och sjukvården för mödrar och barn. Tillsammans med den tidigare publicerade utredningen om mödra- och barnhälsovårdens innehåll (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) utgör de allmänna råden ett underlag för huvudmännens omfördelning av resurser mellan främst länsjukvård och primärvård.

Landstingens förebyggande arbete kommer huvudsakligen att bedrivas inom primärvårdsorganisationen. Detta innebär dock inte att primärvården ensam skall svara för insatser av förebyggande karaktär. Det finns bl a preventivmedicinska uppgifter, som självklart kräver länsjukvårdens resurser, t ex screeningundersökningar med användande av avancerad teknologi. Här kan nämnas röntgenundersökning med sk mammografi, cytologisk cancerscreening, fosterdiagnostik m m.

Ökat samarbete mellan primärvården och länsjukvårdens kliniker och laboratorier krävs om ett systematiskt förebyggande arbete skall kunna bedrivas inom hälso- och sjukvården. Olika tekniska landvinningar beträffande t ex rationell hantering av provtagningsmaterial för laboratorieanalyser m m måste tillvaratas i utvecklingen av den förebyggande medicinen. Vidare behövs konsultinsatser till stöd för primärvården vid uppläggningsav riktade hälsoundersökningar och andra generella program t ex inom smittskyddsområdet. Den yrkesmedicinska verksamheten, som bl a innefattar stöd till företagshälsovård och primärvård i det förebyggande arbetet, hör också till länsjukvårdsfunktionerna.

Även om landstingens medicinska ansvar bör förankras i primärvårdsorganisationen krävs för den samhällsmedicinska verksamheten bl a en epidemiologisk kompetens, som rimligen inte kan tillföras varje primärvårdsenhet. I förarbetena till HSL utgår man därför från att landstingen inrättat särskilda "enheter" för den miljömedicinska verksamhet som måste bedrivas på landstings- eller länsnivå. Ett motiv för landstingens åtaganden på detta område är också avskaffandet av den statliga länsläkarorganisationen den 1 juli 1981. Landstingen har beslutat tillgodose länsstyrelsernas behov av medicinsk expertis och att samverka med statliga organ om hälso- och miljömässiga frågor. Förutsättningar och omfattning skall regleras genom avtal mellan sjukvårdshuvudman och länsstyrelse.

De organisatoriska lösningarna varierar mellan huvudmännen, vilket bl a framgår av en redovisning som socialstyrelsen lämnat i en rapport i juni 1983 (Socialstyrelsen PM 51/83). Med varierande beteckningar som "hälsoavdelning", "miljömedicinsk enhet", "miljömedicinskt råd", "samhällsmedicinsk funktion" eller "hälsovårdsenhet" har 22 av landets 26 huvudmän nu (1984) avdelat särskilda resurser för smittskyddet och andra förebyggande uppgifter.

En satsning på primärvårdens förebyggande arbete kan ges genomslagskraft om huvuddelen av landstingens förväntade expansionsutrymme på 1-2 procent per år under den närmaste tioårsperioden används för utveckling av resurserna för primärvården och de samhällsmedicinska funktionerna inom landstingen.

Eftersom den utbyggda primärvården, förutom förebyggande arbete också ges ökade uppgifter inom kurativt arbete och omvårdnad, måste huvudmännen dessutom inrikta sitt planeringsarbete på en långsiktig och konsekvent omfördelning av resurser – främst ifråga om personal – från länssjukvården till primärvården, på det sätt som närmare behandlas i HS 90:s länssjukvårdsprojekt.

Landstingen och primärkommunerna kan i planeringen etablera ett nära samarbete, som bör byggas upp från den lokala nivån och inrymma gemensam kartläggning av hälsorisker i miljön, befolkningens socioekonomiska gruppering, vård- och servicebehov för olika åldersgrupper etc.

Landstingets planeringsenhet och dess samhällsmedicinska funktion, kommunala länsorgan och länsstyrelse bör utveckla en samverkan för att stödja primärvården och primärkommunerna med gemensamt planeringsunderlag, sammanställning och analys av insamlade befolkningsdata etc. Härigenom kan onödigt dubbelarbete undvikas samtidigt som primärvården får ett säkrare underlag för det förebyggande arbetet.

Landstingens samlade ansvar för planeringen av all hälso- och sjukvård inom sjukvårdsområdet innebär också samarbete med företagshälsovård, enskilda vårdgivare och organisationer med uppgifter inom hälsoarbetet i vidare mening som t ex ideella organisationer, idrottsrörelsen m fl.

1.3 Primärvårdens hälsoansvar

I socialstyrelsens principprogram HS 80 föreslogs att primärvården skulle ges ett "primärt ansvar" för befolkningens hälsa i ett givet geografiskt område, primärvårdsområdet. Det medicinska ansvaret för en enskild vårdsökande övergår vid behov till läns- eller regionsjukvården och återföres till primärvården då patientens tillstånd ej längre kräver sjukhusets resurser.

I Spris utvecklingsarbete rörande primärvården konstateras, att den faktiska primärvårdsutvecklingen sedan 1978 gått långsammare än planerat. En orsak härtill är att resurserna för de olika primärvårdsfunktionerna fortfarande är splittrade och att ansvarsfördelningen är oklar (Spris rapport 147:1983). Framförallt föreligger det oklarheter om ansvarsfördelningen mellan länssjukvården och primärvården beträffande sjukhemsverksamhet, arbetsterapi och sjukgymnastik, barn- och mödrahälsovård, förebyggande insatser rörande hjärt- och kärlsjukdomar m m. En brist är att ledningsfunktionerna för primärvården ännu inte utvecklats på ett systematiskt sätt och att det saknas klart formulerade mål för verksamheten inom primärvården.

HSL ger landstingen ett folkhälsoansvar. Landstingen skall inte bara erbjuda sjukvård utan även främja hälsan och förebygga ohälsa genom insatser som är riktade mot människors livsföring och som kan påverka deras miljö.

Enligt SoL har primärkommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas

i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som enligt lag vilar på andra huvudmän.

Trots förekomsten av nya ramlagar på vårdområdena finns det påtagliga gränsdragningsproblem mellan landstingens och kommunernas ansvar. Detta gäller främst inom hemsjukvård, äldreomsorg och insatser för handikappade. Även inom det psykiatriska vårdområdet och vården av alkohol- och narkotikamissbrukare är det svårt att precisera vad som är medicinskt respektive socialt vårdbehov. Uppenbara svårigheter finns också att definiera hälsoskyddsnämndens ansvar ifråga om olägenheter i den sociala miljön.

Landstingskommunerna åläggs i HSL ett planeringsansvar i fråga om hälso- och sjukvården som tidigare inte uttryckligen föreskrivits, även om sjukvårdsplanering länge bedrivits.

Hälso- och sjukvårdens planeringsuppgifter kan indelas i två delar: man skall planera verksamheten inom hälso- och sjukvårdsektorn men man skall också medverka i annan samhällsplanering.

Primärvården förutsätts spela en viktig roll för att förbättra befolkningens hälsotillstånd och motverka skillnader i hälsotillstånd mellan olika befolkningsgrupper, vilket inte kunnat uppnås inom en vårdorganisation som haft sin tyngdpunkt i mottagningsverksamhet och slutenvård.

Primärvården skall vara individens första kontaktpunkt med sjukvården. Primärvården förutsätts ta hand om problem som inte kräver sjukhusens mer specialiserade resurser samt vara tillgänglig alla tider på dygnet. Läns- och regionsjukvården blir naturligt mer inriktad på medicinska problem som kräver speciell utrustning eller kompetens.

Primärvården skall också ge faktaunderlag vad avser hälsorisker och hälsoförhållanden till andra samhällssektorer, vars verksamhet är av betydelse för folkhälsan.

I den förebyggande vården är de rent medicinskt-tekniska problemen av relativt underordnad betydelse. Det är ofta fråga om att påverka människors värderingar och attityder exempelvis i fråga om kost, alkoholförbrukning och rökning.

Överväganden om individens eget ansvar har stor betydelse för primärvårdens förebyggande uppgifter t ex när det gäller hälsouppllysningen. Ett mål för hälsouppllysningen är att öka enskilda individers och hela grupperas faktiska kunskaper och att ge vägledning för den enskilda individens handlande. Det är sedan individen själv som fattar beslut som berör hans eget handlande och levnadsvanor.

Primärvården måste för att kunna fullgöra sina uppgifter i det förebyggande arbetet och skapa ett fullgott planeringsunderlag, i högre grad än tidigare arbeta orsaksinriktat i det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet.

Primärvårdens uppgifter och ansvar för det förebyggande arbetet är sammanfattningsvis riktade åt två håll

- gentemot befolkningen
- gentemot politiker och ansvariga myndigheter.

Gentemot befolkningen har primärvården att praktiskt realisera politiskt beslutade åtgärder av förebyggande natur, såsom hälsoupplýsning, hälsoövervakning, smittskyddsåtgärder m m. Primärvårdens uppgift är också att informera befolkningen i distriktet om hälsorisker, som härstammar från miljön och levnadsvanorna.

Gentemot politiker och myndigheter har primärvården till uppgift att observera, analysera och ta fram underlag om befolkningens hälsförhållanden, iakttaga hälsorisker och samband mellan miljö och ohälsa.

2 Aktuella hälsoproblem i det förebyggande arbetet inom primärvården

2.1 Inledning

Den framtida väl utbyggda primärvården kommer att i princip möta alla slags hälsoproblem som de framträder i en befolkning. Ansvaret för vård och behandling av olika sjukdomar och skador begränsas av vårdbehovets karaktär och krav på resursinsatser. För vissa sjukdomar och skador är primärvårdens uppgift främst att remittera den vårdbehövande till rätt vårdnivå. Det förebyggande arbetet på individnivå kommer också att inriktas på alla former av ohälsa. I det befolkningsinriktade arbetet måste primärvården i första hand prioritera de hälsoproblem som har väsentlig kvantitativ omfattning och där förebyggande åtgärder har rimliga möjligheter att ge resultat.

En översiktlig genomgång görs här av de hälsoproblem, som vi med nuvarande kunskaper kan antaga kommer att vara aktuella ur preventiv synvinkel i vårt samhälle under 90-talet.

2.2 Ohälsans dimensioner

Beskrivningen av befolkningens ohälsa kan ske utifrån tre principiellt olika perspektiv

- individens egen upplevelse av sjukdom eller besvär
- professionellt definierat sjukdomstillstånd
- sociala konsekvenser av sjukdom (funktionsnedsättning, nedsatt arbetsförmåga m m).

I den anglosaxiska sjukvårdsforskningen har några begrepp utvecklats som ofta används i detta sammanhang. Grundläggande är distinktionen mellan "disease" och "illness" som nära ansluter sig till det professionella respektive lekmanamässiga perspektivet ovan. Man skiljer sålunda mellan

- sjukdom* i betydelsen medicinskt definierad avvikelse från normal kroppsfunction (disease) och
- sjukdomsbesvär* i betydelsen tillstånd av lidande och funktionsnedsättning till följd av sjukdom (illness).

Vad gäller ohälsans konsekvenser för individens funktionsnivå och sociala roller har WHO föreslagit följande klassifikation (ICIDH)

- skada* (impairment) som ansluter sig nära till begreppet sjukdom ovan och som betyder avvikelse från kroppens normala struktur och funktion
- funktionsnedsättning* (disability) som betyder nedsatt funktion och rörelseförmåga till följd av skada
- handikapp* (handicap) som betyder nedsatt förmåga att utföra sina normala funktioner i arbete och boende, beroende på skada och funktionsnedsättning relaterat till den miljö individen befinner sig i.

De olika aspekterna sammanfaller endast delvis. Vilket ohälsobegrepp man avser när man analyserar befolkningens hälsa får betydelse för resultaten i form av prioriteringar och behov av insatser.

2.3 Ohälsans utveckling och fördelning

Primärt förebyggande åtgärder syftar till att undanröja hälsorisker och hindra uppkomst av sjukdom eller skada. Planering av det förebyggande arbetet bygger på en analys av vilka som är de största sjukdomsgrupperna och vilka hälsoriskerna för dessa är.

Prioriterar man olika hälsoproblem utifrån dess konsekvenser i form av tidig död före 65 års ålder, långvarig funktionsnedsättning och handikapp, samt vårdkostnader framstår följande hälsoproblem som "de stora folksjukdomarna"

- hjärt- och kärlsjukdom
- psykisk ohälsa
- rörelseorganens sjukdomar och besvär
- tumörer (cancer)
- skador
- sjukdomar i andningsorganen.

En genomgång av dessa hälsoproblems epidemiologi visar på den centrala betydelse som förebyggande åtgärder har för en förbättring av befolkningens hälsa i landet men också på den betydelse som förhållanden på arbets- och bostadsmarknad har för att minska de sociala konsekvenserna och vårdbehovet till följd av långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.

För primärvårdens vardagliga verksamhet har också gruppen infektionssjukdomar stor kvantitativ betydelse. Ur preventiv synvinkel är denna grupp aktuell eftersom det finns primärpreventiva metoder (vaccination och liknande) som kan användas av primärvårdens personal. Hälsouppllysning och samarbete med primärkommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd är också sedan länge etablerade förebyggande uppgifter i smittskyddsarbetet på lokal nivå.

Ser vi till hälsosituationen i olika åldersgrupper, är det uppenbart att de

Yngsta och de äldsta löper speciellt stora risker och därför är i behov av stöd från såväl enskilda som från samhällets sida. Socialtjänsten har av hävd inriktats just på barnomsorger och äldreomsorger och även för hälso- och sjukvården finns det anledning att särskilt beakta dessa gruppers hälsosituation med tanke på möjligheterna att arbeta förebyggande.

Genom analys av fördelningen inom befolkningen av ohälsa, hälsorisker och tillgång till vårdresurser kan olika hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper avgränsas, vilket är väsentligt för prioriteringen av det förebyggande arbetet inom primärvården. HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" redovisar utförligt hur olika hälsodata kan användas som planeringsunderlag.

2.4 Barns hälsa

2.4.1 Förändringar över tiden av barnens hälsoläge

Barns fysiska hälsa har under de senaste decennierna fortlöpande förbättrats. Spädbarnsdödligheten har sedan 1960 sjunkit från ca 1,7 procent till ca 0,7 procent (1982). Dödligheten i infektionssjukdomar har minskat i alla åldersgrupper. De hygieniska förhållandena har förbättrats och allvarliga näringsbristtillstånd är numera sällsynta i barnåren. Medicinska landvinningar har lett till sänkt dödlighet vid bl a missbildningar och tumörsjukdomar. Olycksfallsförebyggande åtgärder har gett resultat och dödligheten i barnolycksfall har i det närmaste halverats sedan 50-talets början. Utvecklingen inom barnolycksfallsområdet utgör ett gott exempel på att förebyggande åtgärder är effektiva även när orsaksmekanismerna är sammansatta.

Vaccinationsverksamheten inom barn- och skolhälsovården har bidragit till att polio och difteri helt försvunnit, att sjukligheten i tuberkulos blivit mycket låg samt att stelkramp blivit mycket sällsynt. Många sjukdomar kan idag behandlas effektivt och får som regel ett lindrigt förlopp. Som exempel kan nämnas lunginflammation och diarrésjukdomar som tidigare skördade många offer bland barn. Å andra sidan har försöken att med vaccination förebygga bl a kikhosta varit mindre framgångsrika. Kikhosta är därför fortfarande ett viktigt hälsoproblem för barn.

Orsaker till den i stort sett gynnsamma utvecklingen är i första hand kombinationen av ökad välfärd, ökad kunskapsnivå samt den successivt förbättrade hälsovården för barn. De nya möjligheter till prevention och behandling som forskningen medfört har också haft stor betydelse. Vilken av dessa delkomponenter i samhällsutvecklingen som spelat störst roll är svårt att avgöra. Utan tvekan har även utvecklingen inom barnsjukvården bidragit till det positiva i bilden. Sjukvårdens tillgänglighet är i praktiken nu så hög att så gott som alla sjuka barn erhåller vård i tidigt skede av sjukdomen. Nästan alla handikapp av större betydelse upptäcks även på tidigt stadium med hjälp av barnhälsovårdens hälsoövervakning.

Trots de framsteg som gjorts för att förbättra barnens hälsa återstår mer att göra. Utöver kroniska sjukdomar, handikapp, olycksfall och recidiverande infektioner är beteendevikelser, utvecklingsrubbingar, funktionsstör-

ningar, psykosomatiska sjukdomar samt bristande social anpassning med skolproblem, drogmissbruk, kriminalitet och suicid de idag mest utbredda och framträdande hoten mot barns hälsa och utveckling. Huruvida dessa problem faktiskt ökat, är en svårbedömd och omstridd fråga. Tillförlitliga epidemiologiska uppgifter saknas.

2.4.2 Aktuella sjukdomar och skador

Akuta sjukdomstillfällen och speciellt de akuta infektionssjukdomarna spelar en dominerande roll för sjukligheten bland barn. De senare utgör ca 80 procent av alla sjukdomstillfällen. Infektioner med lokalisation till de övre luftvägarna är vanligast. Flertalet av dessa akuta infektionssjukdomar visar en utpräglad säsongvariation. Det stora flertalet infektioner i övre luftvägarna ger kortvarig immunitet och är föga tillgängliga för förebyggande immuniseringar.

Diagnosstatistik från öppen vård (Tierps kommun) visar att av hela åldersgruppen 0-14 år söker 15 procent varje år läkare för övre luftvägsinfektion, 14 procent för öroninflammation samt 14 procent för kroppsskada. I tätorter är barns sjukvårdskonsumtion ännu större. Totalt besöker ungefär hälften av alla barn i åldern 0-14 år läkare minst en gång årligen.

Barn drabbas emellertid också av långvariga eller kroniska sjukdomar och handikapp. Dessa påverkar på ett djupgående sätt inte bara barnen själva utan även hela familjesituationen. En del av dessa sjukdomar har kunnat reduceras genom förebyggande åtgärder av olika slag. Det gäller t ex dövhet, blindhet och sviter efter polio. Andra barnsjukdomar har påverkats mindre av utvecklingen. Det gäller t ex mental retardation, många missbildningar, tumörsjukdomar, diabetes, astma, epilepsi och cerebral pares. En viktig roll spelar även barnolycksfallen.

Tillfällig hörselnedsättning är vanlig i anslutning till öroninflammation och långvarig eller bestående hörselnedsättning kan uppträda som en komplikation till denna. En annan orsak till hörselnedsättning är påssjuka. I båda dessa fall finns möjligheter till primärprevention. En noggrann skötsel av öronbarn i primärvården minskar komplikationsrisker. Närhet och kontinuitet gör det lättare att fullfölja behandling och kontroller. Vaccination mot påssjuka vid 18 mån och 12 år bidrar till att förhindra hörselskador. Många medfödda hörselnedsättningar debuterar successivt under de första levnadsåren. Här spelar ärftliga faktorer en stor roll och föräldraanamnesen är viktig. En nedsatt hörsel kan bl a påverka talutvecklingen och bör därför åtgärdas tidigt.

Skelning måste bli föremål för tidiga åtgärder för att man skall kunna förebygga synnedsättning. Synprovning sker som screening vid 4-årsåldern och i allmänhet också vid 6 år.

Många barn har allergi, enligt vissa källor 15 procent. Allergisk snuva förekommer hos 10 procent, eksem hos 8 procent och astma hos 3 procent. Många barn har lätta och övergående besvär där allergi är tydlig eller misstänkt. Andra har mera långdragna, ofta kombinerade allergiska symtom som ibland kan vara verkligt invalidiserande. Ärftliga faktorer predisponerar men miljöfaktorer utlöser den allergiska reaktionen och har en avgörande betydelse för sjukdomsutvecklingen. Riskfall utgör barn där båda föräldrar-

na har en behandlingskrävande allergisk sjukdom. Allergiförekomsten anses enligt många ha ökat. Som orsaker brukar nämnas bl a kortare amningstider, förändringar i livsmedelstillverkning med tillkomst av nya tillsatser eller restsubstanser, luftföroreningar och stress.

Olycksfall bland barn blev föremål för en utredning under 70-talet och materialet presenterades i Barnolycksfallsutredningen (SOU 1979:28). Barnolycksfallen är ett stort hälsoproblem. 10-15 procent av 0-14 åringar råkar varje år ut för ett olycksfall som kräver sjukvårdskontakt. Många får bestående men. Barnolycksfall dominerar bland dödsfallen hos barn över 1 år. De senaste 25-30 åren har antalet olycksfall visserligen minskat men trenden har dämpats och somliga anser att den håller på att vända. I HS 90 rapporten "Att förebygga skador" behandlas dessa problem utförligare.

Sociala förhållanden i lokalsamhället, i barnets närmiljö och inom familjen påverkar också barnets emotionella utveckling. Sambanden mellan å ena sidan sociala förhållanden som dålig boendemiljö, missbruk, arbetslöshet, kriminalitet, isolering, separationer, språksvårigheter m m och å andra sidan barns hälsa är dock inte enkla och tydliga.

Barn som far illa, fysiskt och/eller psykiskt, utgör toppen av ett isberg. I psykosocialt belastade familjer döljs många barn som riskerar att fara illa eller har begynnande eller uppenbara emotionella störningar.

2.4.3 Hälsoproblem i tonåren

Tonåringen, som varken är barn eller vuxen och har en stark men växlande strävan mot ökad självständighet, hamnar stundom vid sidan om gängse system. Tonåringarna som grupp representerar en dynamisk subkultur med problem, som mycket liknar dem hos "kulturella minoriteter", t ex konfrontation och isolering. Kontinuitet, närhet och tillgänglighet löser inte i sig problemet med att nå den här gruppen. Tonåringen vill söka nya vägar och utnyttjar kontinuitetsbrotten i sin självständighetsutveckling.

Exempel på hälsoproblem hos tonåringar där behoven alltför ofta förblir otillfredsställda är frågor kring pubertetsutveckling och tillväxt, sexualitet, könssjukdomar, tonårsgraviditeter, skador genom olycksfall, tobak och drogmisbruk.

2.4.4 Invandrabarnens hälsa

Invandrarna utgör en heterogen grupp med varierande förutsättningar, problem och krav. Viktiga faktorer som har klara samband med hälsoproblem bland barnen är de sociala och politiska förhållanden som förelegat före emigrationen till vårt land. Brådstörtad flykt eventuellt förenad med våldsinslag, fångenskap eller dödsfall bland anhöriga, förhållandena under resan och vid ankomsten till vårt land medför upplevelser, som påverkar barnens mentala och kroppsliga hälsa. Kulturella och intellektuella förutsättningar för anpassningen till vårt land varierar också starkt mellan olika invandrargrupper.

Studier av barns hälsoproblem i invandrarfamiljer som flyttat från fattiga och primitiva kulturer till Sverige ger en tydlig bild av hur samhällsförhållanden påverkar barns fysiska hälsa. Nästan momentant anpassas sådana

siffror som spädbarnsdödlighet och barns tillväxt till svenska förhållanden. Samtidigt riskerar dessa familjer emellertid psykosociala problem som på olika sätt kan drabba barnen. Att gå från fattigt men oberoende självhushåll till ett samhälle där man måste tjäna pengar, blir ett beroende som kan vara svårt för familjen att hantera. Normerna för barnens uppfostran varierar också påtagligt mellan olika invandrargrupper och svenska barnfamiljer.

Bland invandrare finns det också många som har svårt att förstå meningen med förebyggande insatser och hälsoövervakning. Man vill inte ha hjälp förrän man har problem. Det finns också stora skillnader i synen på barns behov och i tolkningen av emotionella störningar.

2.4.5 Ohälsan är ojämlikt fördelad bland barnen

Det är väsentligt att notera att de hälsoproblem som ingår i dagens problempanorama är ojämnt fördelade i barnkollektivet. I mycket stor utsträckning drabbar de barn till föräldrar med låg inkomst och låg utbildning samt föräldrar med egna mer eller mindre markerade sociala eller psykiska problem. Hur barn mår är i betydande omfattning en återspeglning av föräldrars hälsa och välbefinnande, resurser och värderingar. Vissa barn är därför från hälsosynpunkt mer missgynnade än andra. Visserligen förekommer praktiskt taget samtliga av de problem som nämnts ovan i alla sociala skikt, men de är 2-3 (i vissa fall upp till 10) gånger vanligare i miljöer med dåliga materiella resurser och kunskapsbrister.

När ett hälsoproblem redan föreligger eller barnet befinner sig i en psykosocial risksituation, är chansen till förbättring eller till att det lämnar riskzonen mindre för barn till föräldrar med låg inkomst och låg utbildning. Dessa skillnader mellan barn med olika bakgrund har tidigare varit än mer framträdande. I vissa avseenden, t ex ifråga om perinatal och spädbarnsdödlighet kan differenser idag knappast alls spåras. Dock föreligger från senare tid ingen svensk undersökning i vilken barn från fattiga bostadsområden jämförts med barn från högstatusområden. I bl a England har skillnader i mortalitet hos barn påvisats mellan olika områden även under senare år och man kan inte säkert utesluta förekomsten av liknande socialt betingade skillnader i mortalitet även i Sverige. Säkert är att risken att drabbas av olycksfall varierar avsevärt med hänsyn till den fysiska miljön.

Den kvardröjande sociala skiktningen av hälsoproblemen inom barnpopulationen har sammansatta orsaker. Ärftliga faktorer kan tänkas spela in men i första hand handlar det om faktorer, som verkar generellt, men blir mer utslagsgivande när de kompensatoriska krafterna sviktar eller inte räcker till. Ett flertal av dessa faktorer berör samhällets organisation. Bland det viktigaste är föräldrarnas arbetsförhållanden, som kan leda till att man inte har tillräckligt med tid och krafter för föräldrarollen. Dessa svårigheter accentueras, om man har långa resor till arbetet, skiftesarbete, monotona arbetsuppgifter och ringa möjligheter att påverka den egna arbetssituationen.

Det är svårt att fungera kompetent och ansvarsfullt som förälder om man ständigt känner sig trött och sliten, saknar överblick och inflytande i sin yrkesroll. För vissa grupper tillkommer dessutom otrygghet i arbetet med risk för kortare eller längre perioder av arbetslöshet. Ekonomiska problem

inom barnfamiljerna lägger sten på bördan och medför att man inte har råd med några positiva inslag i tillvaron. Detta drabbar givetvis också barnen. Värst utsatta är ensamföräldrarna och flerbarnsfamiljerna. Dessa mekanismer påverkar inte bara barns psykiska hälsa och utveckling. Färskast studier visar att kombinationen dålig ekonomi och utbildningsbrister i familjen leder till att barnen får sämre kosthåll. Detta i sin tur kan öka mottagligheten för infektioner och därmed ökad stress och belastning i familjen.

Familjer med låg inkomst och låg utbildning liksom ensamföräldrar är oftare än andra hänvisade att bo i stimulansfattiga, storskaliga och barnovänliga bostadsområden. Det finns således en segregation även i boendet, som leder till att vissa barn blir mer missgynnade än andra. Generellt kan sägas att invandrargrupperna i större utsträckning än andra återfinns i den typ av bostadsområde, som växte fram under 50- och 60-talen. De sociala nätverken är ofta svaga i dessa områden, vilket leder till känslor av isolering och anonymitet.

Ett annat problem som drabbar många barnfamiljer är de begränsade möjligheterna till säker och trygg barnomsorg. Nyare studier visar att familjer med arbetarbakgrund i mindre utsträckning än tjänstemannagrupperna har tillgång till, eller väljer, kommunal barnomsorg. Speciellt stora brister inom barnomsorgen finns när det gäller fritidsverksamheten för barn i åldern 9-12 år. Bristen på vuxenkontakt för dessa barn gynnar gängbildning och ökar risken för social utslagning. I områden, som för övrigt är underprivilegerade och karaktäriseras av att befolkningen har ekonomiska, sociala och psykiska problem, är vanligen barnomsorg och skola sämre rustade än i mer gynnade områden. Barn med problem kan dominera eller utgöra ett markerat inslag i barngrupperna och i skolklasserna, samtidigt som personalen inte sällan är mindre erfaren och oftare flyttar än i mer stabila områden.

Ytterligare två skäl till ohälsa hos barn bör nämnas. För det första bristerna i familjegemenskapen som tar sig uttryck i en hög skilsmässofrekvens. De omkring 25 000 skilsmässorna årligen i Sverige betyder att många barn genomgår mer eller mindre svåra krisupplevelser och förlustreaktioner. I omkring en tiondel av fallen kan föräldrarna inte komma överens i vårdnads- och umgängesfrågor vilket accentuerar barnets situation. Med nuvarande skilsmässofrekvens kan man räkna med att omkring hälften av alla barn kommer att uppleva skilsmässa mellan föräldrarna. Problem i samband härmed aktualiseras inom hälso- och sjukvården eftersom barnen ofta uppvisar symtom, orsakade av föräldrarnas relationsproblem.

För det andra är missbruket av alkohol och bruket av narkotika en av de mest påtagliga orsakerna till att barn far illa i dagens samhälle. Utvecklingen under de senaste decennierna har inte varit gynnsam och kännetecknas av en stigande totalkonsumtion, även om en viss avplaning ägt rum de allra senaste åren. Svårare alkoholberoende förekommer nu i stigande utsträckning hos unga föräldrar och kvinnorna har på ett helt annat sätt än tidigare kommit med i missbruksbilden. I spåren följer sociala problem och barnens uppväxt karaktäriseras inte sällan av brister i alla möjliga avseenden. Barnet får svara för föräldrarnas behov i stället för tvärtom. Uppfostringsmönstret blir i missbrukarsituationerna inte sällan präglad av nyckfull brutalitet, som förhindrar en normal social anpassning.

2.5 De äldres hälsosituation

2.5.1 Förändringar över tiden

Det finns många fördomar beträffande de äldres fysiska och psykiska funktioner, sjuklighet och vårdbehov. Dessa fördomar har alltmer kommit att ersättas av faktiska kunskaper som emanerar från den gerontologiska och geriatrika forskningen. Modern åldersforskning – t ex inom projektet H 70 i Göteborg – har sålunda visat att de äldre idag har ett betydligt bättre hälsoläge genomsnittligt, än vad man tidigare föreställt sig.

Den svenske mannen har ökat sin medellivslängd med 18 år under 1900-talet. Medan kvinnans livslängd fortsätter att öka har mannens dock varit nästan konstant de senaste tio åren. Den ökade endast med ett år under 70-talet. Numera är var fjärde kvinna som dör 85 år eller mer. Skillnaden mellan könen var vid seklets början 1,5 år. Idag överlever kvinnan mannen med sex år.

Forskningsresultaten pekar på att det skett en påtaglig vitalisering av de äldre under relativt lång tid. Förklaringarna härtill kan främst sökas i de allmänt förbättrade levnadsförhållandena i vårt land. Kulturutbud, skolor och kommunikationer har under de senaste decennierna förbättrats och blivit mer tillgängliga för alla invånare.

Det finns också data som talar för att hälsoriskerna i vissa avseenden ökat för de äldre. Skelettet är skörare hos dagens åldringar jämfört med tidigare generationer och t ex lårbensfrakturerna har ökat i större omfattning än vad som betingas av ökningen av antalet äldre.

H 70 visar att bara tre procent av 70-åringarna finns på institutioner – inom långvården eller på servicehus – och bara hälften av dessa har blivit sjuka på äldre dagar. Vid 75 års ålder vistas fem procent på institution och vid 79 års ålder är motsvarande andel tio procent. Detta innebär sålunda att nio av tio 79-åringar fortfarande har egen lägenhet eller villa. Många av dessa är helt "friska" men andelen sjuka och vårdbehövande stiger efter 80-årsåldern relativt brant. Nio procent av de 79-åringar som bor hemma har sålunda behov av hjälp t ex med den personliga hygien.

Gruppen "äldre äldre", d v s personer över 85 år, ökar i förhållande till andra åldersgrupper och år 2000 beräknas denna grupp ha fördubblats jämfört med 1975. Det har klart visats att olika förebyggande åtgärder kan leda till att ålderssjukdomarna uppskjuts. Därmed uppnås en förbättrad livskvalitet för de äldsta och behovet av institutionsvård minskar. Den klart uttalade målsättningen för äldreomsorgerna är, att de äldre så långt möjligt skall ges förutsättningar att kvarstanna i ett eget boende. Detta ställer stora krav på den primärkommunala hemtjänsten och på primärvården, som på många områden kan medverka i det förebyggande arbetet.

2.5.2 Hälsorisker för de äldre

Förutom det "biologiska åldrandet", som innebär att cellerna i olika organ minskar i antal med sviktande funktion som följd, spelar levnadsvanorna en stor roll för den äldres hälsa. Missbruk av alkohol och tobaksrökning är väsentliga faktorer men också sådana förhållanden som kost- och motions-

vanor spelar in. Ensamhet och isolering är ett konkret hälsotillstånd för den äldre. I samband med samlevnadsparternas dödsfall accentueras ensamhetsproblemen plötsligt. Dödligheten i t ex hjärtsjukdom är höjd för den kvarlevande maken den närmaste tiden efter ett dödsfall. Överdödligheten (samtliga dödsorsaker) de närmaste tre månaderna efter parternas död är femtio procent för 70-åriga änklings och tjugo procent för 70-åriga änkor.

Psykiska problem som förvirring, nedsatta minnesfunktioner, depressioner och sömnlöshet orsakas också av de brister i det sociala nätverket som många äldre råkar ut för.

Den yttre miljön, bl a trafikmiljön, innehåller många hälsorisker för de äldre och olycksfallsskadorna utgör en stor del av deras ohälsopanorama.

Ett ojämnt och dåligt samordnat sjukvårdsutbud för de äldre kan bidra till att hälsoproblemen accentueras och det är inte ovanligt med skador och sjukdomssymtom, som orsakas av felaktig och överdriven läkemedelskonsumtion (t ex hjärt- och blodtrycksmedicin, sömnmedel och lugnande medel).

2.5.3 Aktuella hälsoproblem

Många av de sjukdomar, skador och "krämpor" som de äldre drabbas av kan förebyggas genom såväl allmänt inriktade som individinriktade förebyggande åtgärder. I samarbete med socialtjänsten kan primärvården också medverka till en bättre samhällplanering för de äldre.

Primärvården kan ta ett ökat hälsoansvar för de äldre, dels genom ett mer systematiskt och utvidgat omhändertagande av de äldre patienterna vid vårdcentralen, dels genom en aktiv uppsökande verksamhet i distriktet. Hälsouppllysning i form av gruppaktiviteter kan syfta till att minska oron hos de äldre och bryta fördomar som finns såväl hos allmänheten som bland hälso- och sjukvårdens egen personal.

Attityderna till olika tekniska hjälpmedel som hörapparat, synhjälpmedel, promenadkäpp och andra gånghjälpmedel för patienter med yrsel eller rörelsehinder, utrustning för inkontinensproblem m m kan vändas till större förståelse för de äldres problem. Den tekniska utvecklingen har också gjort att samhället idag kan erbjuda ett betydligt större utbud av hjälpmedel av olika slag för den dagliga livsföringen.

Sammanfattningsvis kan följande hälsoproblem, som drabbar de äldre och har betydelse ur preventiv synvinkel, nämnas

- hjärt- och kärlsjukdomar
- yrsel
- övervikt
- diabetes
- nedsatt syn
- nedsatt hörsel
- inkontinensproblem
- tandhälsoproblem
- nedsatt infektionsförsvar
- näringsproblem
- alkoholmissbruk

- fysisk inaktivitet
- psykiska problem, demens och pseudodemens, isolering
- behov av gemenskap, ömhet, kärlek och sex
- läkemedelsproblem, över- och underkonsumtion.

2.6 Infektionssjukdomar

Den aktuella förekomsten av infektioner bland de vård sökande inom primärvården är ofullständigt känd. De punktinsatser som gjorts på området t ex i Dalby, visar dock att infektionssjukdomar svarar för upp mot en tredjedel av samtliga diagnoser vid en vårdcentral (Hovellius, B., 1981).

Tyvärr är den typ av statistik som bygger på nuvarande diagnosregistrering (ICD) icke användbar i detta sammanhang, då den bygger dels på organregistrering och dels på registrering av sjukdomsgrupper. Detta gäller t ex Tierpsstudierna (Spri-rapport 4/76).

Med användande av ICD finner man att andningsorganens sjukdomar svarar för ca 45 procent av korttidssjukskrivningarna i Sverige (Rfv rapport 1974:1), medan infektionssjukdomarna anges svara för blygsamma 6 procent av dessa. Verkligheten är dock att en mycket stor majoritet av sjukdomarna i andningsorganen utgöres just av infektioner såsom övre luftvägsinfektioner, halsfluss, influensa och lunginflammation.

Även om sjukskrivningsstatistik ger en ofullständig bild av infektionspanoramats inom primärvården, talar sålunda såväl denna statistik som Dalbyundersökningarna för att infektionssjukdomar svarar för omkring 1/3 av fallen vid en vårdcentral av Dalby-typ och för upp mot hälften av korttidssjukskrivningarna i riket.

Tabell 1 är ett försök att grovt illustrera infektionspanoramats vid en tänkt genomsnittlig vårdcentral. Avsikten är endast att ge en översiktlig bild av vilka infektionstyper som är vanligast.

Tabell 1: Uppskattad förekomst av de vanligaste infektionssjukdomarna vid en genomsnittlig vårdcentral

Typ av infektion	Uppskattad andel av det totala antalet diagnoser vid en genomsnittlig vårdcentral
1) Övre luftvägsinfektioner t ex rhinit, faryngit, tonsillit, bronkit, sinuit, otit	ca 15 — 20 procent
2) Nedre luftvägsinfektioner t ex influensa, pneumoni, pleurit	ca 3 — 5 procent
3) Urinvägsinfektioner (övre, nedre, recidiv)	ca 3 — 5 procent
4) Gastro-enterit Entero-colit	ca 2 — 3 procent
5) Oklar feber	ca 2 — 3 procent
6) Genitala infektioner Hud- och mjukdelsinfektioner	ca 2 — 3 procent
7) Infektioner i skelett och leder Infektioner i hjärta och kärl	1 procent
8) Komplikationer till infektions- sjukdom eller dess behandling	1 procent

Här redovisas kortfattat några förutsebara förändringar av infektionsparanoramat vilka kan komma att påverka primärvården under 90-talet

- ett ökat antal nedre luftvägsinfektioner såsom bronkopneumoni, pneumoni, pleurit och influensa kommer att ses hos de äldre p g a nedsatt infektionsförsvar,
- ett ökat antal höftfrakturer ger ett ökat antal infektionskomplikationer bland dessa patienter,
- en alltmer ökande medelålder för våra diabetiker ger ökade infektionskomplikationer (t ex "the diabetic foot"),
- cellgiftbehandling vid maligna sjukdomar av olika slag kommer att orsaka ett ökat antal infektionskomplikationer i denna infektionskänsliga grupp,
- fallen av kikhosta kommer sannolikt att öka p g a att vaccination för närvarande ej sker av svenska barn,
- minskat antal fall röda hund, mässling och påssjuka bör inträffa under 90-talet genom den allmänna vaccinationen, som nyligen påbörjats mera generellt.

Infektionssjukdomar (företrädesvis infektioner i luftvägarna) står för ca 45 procent av samtliga korttidssjukskrivningar i riket (Rfv, 1974), medan dessa infektioner totalt endast står för ca 9 procent av de totala samhällskostnaderna för sjukvården (Hertzman och Lindgren, 1980).

Ur samhällsekonomisk synpunkt är det produktionsbortfall som infektionssjukdomarna orsakar betydande. Stora vinster bör finnas att hämta såväl ur den enskildes som ur samhällets synpunkt om profylaktiska åtgärder i form av t ex vaccinationsprogram kan genomföras.

Det ändrade sociala mönstret med båda föräldrarna förvärvsarbetande och förskolebarnen placerade i olika former av barntillsyn har ökat spridningen av infektionssjukdomar i de tidiga barnåren. Den sociala konsekvensen av detta blir krav på omhändertagande i hemmet under infektionsperioderna, vilket i sin tur ställer krav på föräldratillsyn under arbetstid. Detta behov har bl a lett till sociala åtgärder i form av utvidgade möjligheter för föräldraledighet etc. Effekterna av skilda vaccinationsprogram bör också i socialt avseende bli betydande om medicinska och organisatoriska förutsättningar finns för konsekvent genomförande av sådana.

2.7 Utvecklingstendenser på vaccinationsområdet

Under 1960- och 1970-talen nåddes avgörande framsteg när det gäller immunisering mot infektionssjukdomar. Sålunda utrotades smittkoppor globalt och polio är idag en glömd sjukdom i vårt land. Vaccin mot mässling och påssjuka blev tillgängliga och allmän vaccination av småbarn startade i början av 80-talet. Effekterna av detta bör bli fullt märkbara i början av 90-talet, då såväl mässling som påssjuka och röda hund bör vara sällsynta sjukdomar.

Under 70-talet utvecklades också ett vaccin mot hepatit B (smittsam gulsot), som är ett problem för viss sjukvårdspersonal (som hanterar blod och blodprodukter) samt vissa patientgrupper (t ex njurdialyspatienter).

De uppräknade mycket effektiva vaccinerna är riktade mot virussjukdomar men under 70-talet lanserades även flera nya vacciner riktade mot bakterier. Till dessa hör vaccin mot viss typ av allvarlig hjärnhinneinflammation (meningokocker) samt vaccin mot pneumokockinfektion som bl a är en vanlig orsak till lunginflammation hos gamla och till öroninflammation hos barn.

Bland bakteriella vacciner under utveckling och utprovning kan nämnas vaccin mot streptokocker som orsakar bl a halsfluss och scharlakansfeber samt vaccin mot hemofilus influenzae-bakterien som kan orsaka bl a öroninflammation hos barn och akuta försämringar hos patienter med astma eller kronisk bronkit. Det är inte osannolikt att dessa vacciner kan finna användning inom primärvården under 90-talet.

Nya och effektivare vacciner mot kikhosta är under utprovning. Om dessa vacciner visar sig effektivare än de gamla kikhostevaccinerna, som också har allvarliga biverkningar, blir det aktuellt att återinföra allmän vaccination mot kikhosta i vårt land.

Gonorré är en annan bakteriell sjukdom av stor betydelse. Vaccin mot denna sjukdom ligger ännu på forskningsstadiet och det är tveksamt om något gonorré-vaccin blir aktuellt för användning redan under 90-talet.

Bland virusvacciner under utveckling är ett av de viktigaste ett vaccin mot cytomegalovirus (CMV) som kan orsaka fosterskador. Ett annat vaccin under framtagning är hepatit A-vaccin vilket kan bli användbart bl a för svenska tropikresenärer, eftersom vaccinet ger ett långvarigt skydd (många år) mot sjukdomen. Det gammaglobulin som idag ges profylaktiskt till vissa utlandsresenärer ger mycket kortvarigt skydd (ett par månader i normalfall).

Även mot vattkoppor är ett vaccin under utprovning. Det är möjligt att det blir aktuellt att använda detta i vårt land. I så fall kommer det sannolikt huvudsakligen att användas för patienter med nedsatt infektionsförsvar, för vilka vattkoppsvirus utgör ett dödligt hot. Det anses för närvarande inte motiverat att införa allmän vaccination mot vattkoppor även om vi hade ett bra vaccin, eftersom sjukdomen är relativt lindrig i flertalet fall.

Under utveckling är också vacciner riktade mot bl a rota-virus och RS-virus, vilka orsakar tarminfektioner respektive luftvägsinfektioner hos småbarn. Det är möjligt att dessa kan komma till användning under 90-talet, men liksom för flertalet av de övriga i detta avsnitt kommenterade vaccinerna är det många problem som återstår att lösa, innan de kan bli tillgängliga för allmänt bruk.

Tandvårdskostnaderna utgör ca 10 procent av de totala direkta sjukvårdskostnaderna. Minst hälften av dessa kostnader betingas av karies. Ett vaccin mot karies skulle sålunda ge en stor reduktion av sjukvårdskostnaderna. Prövningar av ett vaccin mot *Streptococcus mutans* (kariesbakterien) har visat goda resultat (Lehner et al., 1980). Det synes sannolikt att ett verksamt kariesvaccin kan finnas tillgängligt i början av 90-talet.

3 Förebyggande åtgärder

3.1 Definitioner

I förarbeterna till HSL betonas att hälso- och sjukvården skall ses som en sammanhängande verksamhet, där det är svårt att dra skarpa gränser mellan uppgifterna att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom eller skada.

Mellan de sjukvårdande och de förebyggande insatserna skall inte ses ett motsats- eller konkurrensförhållande. Båda inriktningarna är lika betydelsefulla och bör ömsesidigt påverka varandras utveckling. I propositionen till HSL framhölls vidare att hälso- och sjukvårdens ansvariga bör uppmärksamma riskerna med en alltför vid tolkning av hälso- och sjukvårdsbegreppet. Farorna med att göra alla vårdbehov hos den enskilde till medicinska problem måste därför uppmärksammas.

Begreppet hälsoskydd har antagits av statsmakterna i och med den nya hälsoskyddslagen. Tidigare användes beteckningen "allmän hälsovård" för samma verksamhet. Hälsoskyddet omfattar åtgärder för att hindra uppkomsten av och undanröja sanitära olägenheter. Hälsoskyddet berör sådana ämnesområden som miljömedicin, omgivningshygien, livsmedelshygien och miljöinriktade delar av smittskydd. Det är därmed ett från hälso- och sjukvården och dess förebyggande arbete relativt klart avgränsat område.

Förebyggande arbete har enligt HSL två huvudsyften

- att främja hälsan (hälsofrämjande åtgärder) och
- att förebygga sjukdomar och skador.

Dessa begrepp motsvarar vad som i engelskt språkbruk kallas "health promotion" respektive "disease prevention". Inom t ex medicinska läroböcker används begreppet prevention för förebyggande arbete och ibland används termen profylax.

Prevention har som yttersta syfte att reducera förekomsten (prevalensen) av en viss sjukdom eller skada i befolkningen. Av hävd används följande indelning av de förebyggande åtgärderna.

- Primär prevention
- Sekundär prevention
- Tertiär prevention.

Med *primär prevention* menar man åtgärder som syftar till att förhindra uppkomsten av sjukdom. Exempel: Vaccinationer, skyddsläkemedel, att inte röka för att undvika lungcancer, att ha broddade skor för att undvika halkolyckor.

Med *sekundär prevention* avser man åtgärder som syftar till tidig upptäckt och åtgärder för att förhindra progress eller komplikationer av sjukdomstillstånd. Ett exempel är tidig upptäckt av cervixcancer och dess förstadier med åtföljande behandling. Gränsen mellan primär och sekundär prevention är ofta flytande. Om man betraktar hypertoni (högt blodtryck) som sjukdom, är uppspårande och behandling sekundär prevention. Ingen dör emellertid av okomplicerad hypertoni utan av komplikationer till det höga trycket, exempelvis hjärtsjukdom och slaganfall. Sekundär prevention av hypertoni är alltså samtidigt primär prevention av slaganfall.

Med *tertiär prevention* avses behandling av skador eller sjukdomar i syfte att återföra individen till hälsa och förebygga återfall. Begreppet innefattar därmed alla åtgärder som syftar till att begränsa följderna av ett visst sjukdomstillstånd och skapa största möjliga förutsättningar för en meningsfull tillvaro. Dessa verksamheter ingår i den traditionella sjukvården och kommer inte att närmare behandlas här.

3.2 Förslag till indelning av de förebyggande åtgärderna

I förarbetena till HSL har de förebyggande insatserna indelats med utgångspunkt i de två målgrupperna individ ("patient") och befolkning. Med den sistnämnda beteckningen avses hela befolkningen eller grupper av människor.

Påverkan kan ske antingen genom insatser som syftar till att förändra enskilda individers beteende och livsstil eller genom samhällsinriktade insatser för att reducera hälsorisker i miljö och livsvillkor.

Mot denna bakgrund används i denna rapport följande indelning i tre huvudgrupper av de förebyggande insatserna.

Samhällsinriktade förebyggande åtgärder

Allmänt inriktade förebyggande åtgärder

I form av t ex lagstiftning bl a hälsoskydd, arbetsmiljö, produktutveckling, prispolitik och medverkan i samhällsplanering.

Påverkan av människornas livsstil och beteenden i form av t ex hälsoupplysning, information och annan opinionsbildning till grupper, generella program för hälsovård och hälsokontroller av grupper t ex barn och blivande mödrar etc.

Individeriktade förebyggande åtgärder

I form av t ex rådgivning i samband med behandling av enskild person, hälsoundersökningar och vaccinationer av enskilda vård sökande m m.

Samma indelningsgrunder återfinns i socialtjänstlagen vad avser socialtjänstens uppgifter, vilket har betydelse för den samverkan som förutsättes mellan primärvården och socialtjänsten.

Det finns en stark koppling mellan den enskilda individens möjligheter att vårda och förbättra sin hälsa och sitt sociala välbefinnande och de förutsättningar för en bättre hälsa och till ett bättre välbefinnande som samhället ger. Möjligheterna för den enskilde att följa olika hälsorekommendationer kan begränsas av olika företeelser i samhället, t ex dålig arbets- eller boendemiljö, olycksrisker i trafiken, socialt tryck att röka eller dricka alkohol. Även prispolitiken kan försvåra möjligheterna att följa hälsorekommendationer.

Det kan alltså finnas ett motsatsförhållande mellan den enskilda individens strävanden att vårda och förbättra sin hälsa och de möjligheter samhället skapar för detta.

3.2.1 Samhällsinriktade förebyggande åtgärder

Härmed avses åtgärder som ytterst syftar till att påverka människornas levnadsförhållanden såväl vad avser den fysiska som den psyko-sociala miljön. Hälsoskyddet ingår i denna grupp av åtgärder liksom allmänna socialpolitiska reformer och lagstiftning som syftar till att skydda enskilda mot sjukdoms- och skaderisker. Lagstiftningen inom trafiksäkerhetsområdet, arbetsmiljölagen och därav föranledda regelsystem på arbetarskyddets område är exempel på sådana strukturpåverkande åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens uppgift är bl a att skapa underlag för åtgärder av hälsoskyddskaraktär och andra hälsofrämjande åtgärder som kan vidtagas inom andra samhällssektorer. Det råder stor enighet om att hälso- och sjukvården på olika sätt bör öka sin medverkan i samhällsplaneringen på nationell, regional och lokal nivå. Hälso- och sjukvårdens egen verksamhetsplanering bör därför i högre grad än hittills inriktas mot detta mål.

3.2.2 Allmänt inriktade förebyggande åtgärder

Härmed avses av samhället initierade preventiva åtgärder som riktas mot hela befolkningen eller grupper av individer. Åtgärderna syftar dels till att förändra människors levnadsvanor ("livsstil") i hälsofrämjande riktning och dels till att stärka den enskildes motståndskraft i förhållande till olika hälsorisker.

Exempel på åtgärder i detta sammanhang är hälsoupplýsningkampanjer som använder sig av massmedia eller gruppinriktade aktiviteter som kurser och föredrag m m. Åtgärder i syfte att förändra människors attityder till

tobak och alkohol och rekommendationer om att använda flytväst på sjön för att förhindra drunkningsolyckor är konkreta exempel.

Till denna grupp åtgärder hör också av samhället beslutade program för hälsoövervakning, som genomförs inom hälso- och sjukvården, t ex hälsoövervakning av gravida och barn i olika åldrar (landstingens barnhälsovård och primärkommunernas skolhälsovård) och hälsoövervakning inom företagshälsovården.

Preventivmedelsrådgivning och föräldrautbildning i anslutning till barnets födelse är exempel på förebyggande uppgifter som landstingen genomför mot bakgrund av särskilda riksdagsbeslut. Riktade hälsokontroller i syfte att uppsåra tidiga sjukdomstecken kan också betecknas som allmänt inriktade förebyggande åtgärder. Det i vårt land mest utvecklade programmet av denna karaktär är hälsokontrollerna för att spåra livmoderhalscancer.

Inom smittskyddsområdet har under årens lopp olika allmänt inriktade förebyggande åtgärder utvecklats. De tidigare kampanjerna mot tuberkulos, innefattande massvaccination och upprepade skärmbildsundersökningar, den allmänna polio vaccineringsen och barnhälsovårdens vaccinationsprogram är exempel på sådana åtgärder.

3.2.3 Individinriktade förebyggande åtgärder

I detta sammanhang avses åtgärder som inriktar sig mot den enskilde och anpassas till dennes speciella situation. I princip initieras sådana åtgärder genom att den enskilde själv tar kontakt med hälso- och sjukvården för att få råd eller hjälp i frågor som rör den egna hälsan.

Hälso- och sjukvården kan och bör också bedriva en uppsökande verksamhet för att göra insatser av preventiv natur. Det förekommer t ex ofta att distriktssköterskan vid ett hembesök hos pensionärer tar initiativ till en hälsokontroll, ger kostråd eller föreslår konkreta olycksfallsförebyggande åtgärder avseende pensionärens bostad etc.

Till denna grupp av åtgärder hör sålunda individuellt anpassade hälsoråd, vaccinationer t ex inför en utlandsresa, hälsoundersökningar i samband med utfärdande av sk friskintyg och andra individuella hälsokontroller.

Vissa av dessa åtgärder är primärpreventiva, men huvudsakligen är det fråga om sekundär och tertiär prevention. Åtgärder som vidtages för att förebygga komplikationer t ex för en diabetiker eller en patient med högt blodtryck räknas alltså in i denna förebyggande verksamhet. Gränsdragningen mellan förebyggande och behandlande åtgärder är i det enskilda fallet svår och saknar egentligen praktisk betydelse, eftersom målet ju är att hälso- och sjukvården – såväl inom primärvården som den sjukhusbundna vården – skall integrera förebyggande och behandlande verksamhet och i högre grad än hittills sträva efter en orsakssökande inriktning i det enskilda vårdfallet.

Sammanfattningsvis kan man säga att de samhällsinriktade och de allmänt inriktade förebyggande åtgärderna har ett befolkningsperspektiv, medan de individinriktade åtgärderna har den enskilda människans hälsosituation som utgångspunkt.

Det är en allmän erfarenhet, bl a från socialtjänstens område, att konsekvent genomförda samhällsinriktade och allmänt inriktade förebyg-

gande åtgärder minskar behovet av individinriktade förebyggande och behandlande åtgärder.

3.3 Allmänna förutsättningar för det förebyggande arbetet

En grundläggande förutsättning för prevention är kunskaper om orsakerna till den ohälsa som skall förhindras. Det preventiva området inrymmer många komplicerade frågeställningar kring sjukdomars orsaker (etiologi) och spontanförloppet av olika sjukdomar. Väsentliga är också frågorna om vad som "lönar sig" att förebygga och om man måste kräva fullständiga kunskaper om en sjukdoms etiologi för att kunna rekommendera vissa preventiva åtgärder – ofta kanske liktydigt med drastiska förändringar av en individs levnadsvanor. En vetenskaplig bas behövs självfallet för det preventiva arbetet likaväl som för det kurativa.

Vad beträffar flera av infektionssjukdomarna kan man ofta peka på en dominerande orsak till sjukdomen ifråga. Ett exempel är mässling där orsaken främst är ett identifierat virus. Den preventiva åtgärden är vaccination och kunskaper finns om att vaccinationen dels kan förhindra uppkomsten av mässling och dels reducera riskerna för de komplikationer som förekommer i samband med sjukdomen.

Problemet blir mera omfattande när man kommer in på s k multifaktoriell etiologi, d v s flera orsaker, varav kanske bara en del är kända. Ett exempel är hjärtinfarkt. Flera faktorer har i olika studier visat sig vara statistiskt förknippade med en ökad risk att få hjärtinfarkt. Högt blodtryck, rökning och förhöjda kolesterolvärden är de tre mest uppmärksammade faktorerna i detta sammanhang (s k riskfaktorer). Än så länge har vi inte någon preventiv universalmetod mot förhöjt blodtryck, rökning eller för höga kolesterolvärden. Däremot kan vi medikamentellt sänka blodtrycket, vi kan påverka rökvanorna och vi kan sänka blodfetterna.

Blodtrycksbehandling minskar riskerna att få hjärtinfarkt. Att sluta röka minskar också risken och mycket talar för att en sänkning av blodfetterna har samma effekt. Om man tar bort en faktor och detta leder till att antalet insjuknade minskar, talar detta för att faktorn orsakar eller bidrar till att orsaka sjukdomen ifråga. Ur preventiv synvinkel skulle det därför vara försvarligt att åtgärda dessa tre faktorer hos den enskilda individen.

Bilden kompliceras emellertid av att det finns individer som inte har några kända riskfaktorer som satts i samband med hjärtinfarktinsjuknande och ändå drabbas av sjukdomen. Vi får nöja oss med de kunskaper vi har och arbeta utifrån detta. I praktiken innebär detta att även om vi inte vet allt om hjärtinfarktens orsaker, vet vi tillräckligt för att åtgärda de riskfaktorer vi känner till, förutsatt att åtgärderna ur preventiv synpunkt är ofarliga och för övrigt försvarbara.

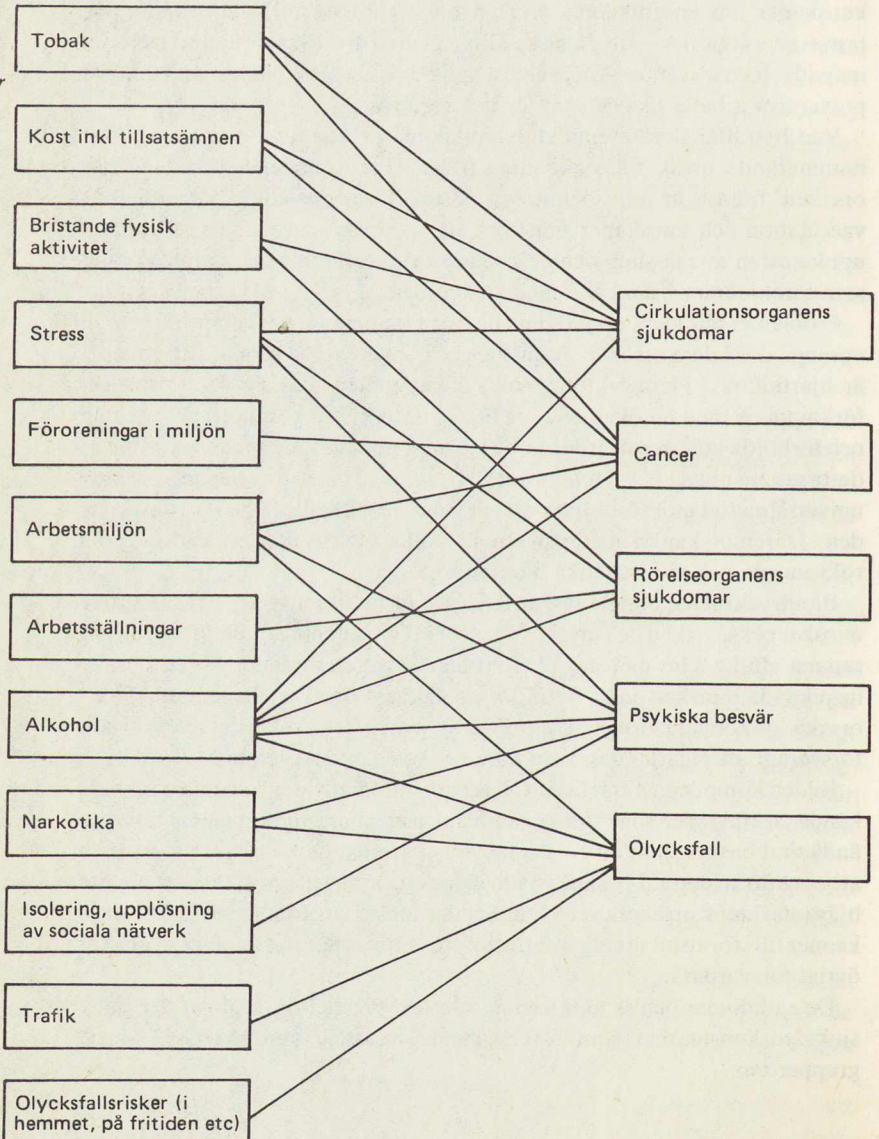
De sjukdomar och skador som är av störst betydelse, såväl när det gäller sjukvårdskonsumtion som förebyggande insatser, kan indelas i större grupper t ex

- Cirkulationsorganens sjukdomar
- Cancer
- Rörelseorganens sjukdomar
- Psykiska besvär
- Olycksfallsskador.

Den epidemiologiska forskningen har identifierat ett flertal faktorer som uppvisat mer eller mindre starka samband med dessa sjukdomar och skador. Grund och medarbetare har sammanfattat dessa samband i figur 1.

Figur 1.

Källa: Grund, J
m fl. Helseplan for
1980-åra.



De i figur 1 angivna riskfaktorerna har olika tyngd under olika skeden i individens livscykel. Flera av faktorerna förekommer ofta hos en och samma individ, i en familj eller i en grupp av individer. Ibland kan förekomsten av en riskfaktor ge upphov till en annan. Psykisk ohälsa eller isolering och upplösning av det sociala nätverket kan exempelvis leda till ökande alkoholkonsumtion. Stress kan orsaka att tobakskonsumtionen ökar etc. Samband finns också mellan de olika sjukdomsgrupperna. Följderna av ett olycksfall kan leda till psykiska störningar etc.

Eftersom det inte finns några enkla samband mellan risk och ohälsa måste det förebyggande arbetet utgå från en helhetssyn på individen och på hälsoriskerna. Med andra ord måste åtgärderna rikta sig mot alla förekommande risker.

Om hälso- och sjukvården skall tillföra samhället något utöver vad den traditionella vården kan erbjuda måste inriktningen av hälsoarbetet också ha en dubbel infallsvinkel

- Individinriktad verksamhet
- Befolkningsinriktad verksamhet.

En epidemiologisk ansats med goda kunskaper om sjuklighet, dödlighet och hälsorisker i den befolkning man betjänar är en självklar ingrediens i ett offensivt inriktat hälsovårdsarbete.

Större delen av befolkningen kommer någon gång under en treårsperiod i kontakt med hälso- och sjukvården. Inom stora delar av landet innebär detta idag i själva verket kontakt med primärvården. Anledningen till att man uppsöker sjukvården är att man är sjuk, att man är rädd för att bli sjuk eller att jämvikten i ens liv rubbas av någon annan anledning. Benägenheten att söka hjälp inom hälso- och sjukvården styrs av den kulturella och sociala bakgrunden, d v s kunskaper, erfarenhet, attityder, förmåga att uthärda smärta och ångest, familjeförhållanden, tron på hälso- och sjukvårdens möjligheter att kunna hjälpa till etc.

För hälso- och sjukvården är det viktigt att bedöma om den vård sökande individen i första hand är i behov av hälso- och sjukvårdens tjänster eller ej, och i så fall om patientens problem tas om hand på "rätt vårdnivå". Vidare är det från preventiv synpunkt viktigt att bedöma hur besöken inom hälso- och sjukvården kan utnyttjas bättre för förebyggande arbete. En fråga som borde ställas vid varje sjukvårdsbesök är: Kunde de problem som patienten söker för ha förebyggts? Vidare bör personalen inom sjukvården försöka se framåt med tanke på individens livssituation och fråga sig: Hur skall man kunna förebygga återinsjuknande eller allvarlig försämring av hälsotillståndet längre fram?

3.4 Effektivitetskrav

Inom hälso- och sjukvården måste vissa krav uppfyllas för att förebyggande insatser skall kunna försvaras. Det rör sig ju om relativt resurskrävande åtgärder som vidtogs av personal med kvalificerad utbildning, vilken också

behövs för kurativa funktioner och omvårdnadsarbete. Åtgärderna kan också innebära en viss uppoffring och stundom även risker för den enskilde.

För att de förebyggande åtgärderna skall kunna försvaras brukar man inom hälso- och sjukvården sålunda kräva att de skall leda till en minskning av åtminstone en eller helst flera av följande faktorer

- Insjuknandefrekvens (incidens)
- Svårighetsgrad
- Varaktighet (duration)
- Dödlighet (mortalitet).

Paradoxalt nog kan ett effektivt program öka en eller flera av dessa och samtidigt minska andra. Trots att ett effektivt preventivt program faktiskt reducerar både incidens och mortalitet, förefaller det i själva verket öka båda måtten som en följd av förbättrad rapportering av sjukdomen. Denna felkälla, betingad av ökad registrering eller rapportering, är särskilt viktig att uppmärksamma i sekundärpreventiva program. Som exempel kan nämnas introduktionen av ett screeningprogram för livmoderhalscancer. Ett sådant program leder till

- Ökad incidens i inledningsskedet på grund av upptäckt av flera fall, som annars skulle förblivit oupptäckta.
- Ökad sjukdomsduration genom att canceren i förekommande fall upptäcks tidigare, vilket ger en artificiell förlängning av överlevnadstiden.
- Ökad dödlighet på grund av att när man väl upptäckt en cancer ökar sannolikheten att den registreras på dödsbeviset.

Effektiva sekundärpreventiva program skall i princip minska den s k case fatality rate, vilken uttrycks med kvoten

$$\frac{\text{Antal individer som dör av sjukdomen}}{\text{Antal individer med sjukdomen}}$$

Emellertid finns flera fällor vid utvärdering av sådana program. Case fatality-kvoten påverkas exempelvis av att programmet upptäcker mycket godartade fall som annars aldrig skulle upptäckas. Vidare kan programmet ge upphov till att friska klassas som sjuka (falskt positiva).

De krav som man allmänt kan ställa på förebyggande program och de problem som man bör beakta med hänsyn till utvärdering av effektiviteten, har relevans i första hand vid genomförandet av preventiva program riktade till större grupper av individer. Liknande överväganden måste även göras inom primärvården om man bestämmer sig för att systematiskt ta upp preventiva problem i samband med enskilda besök. Nyttoeffekten måste alltid kunna vägas mot resursinsatserna om man i längden skall kunna motivera åtgärderna. Därför kan man även i det enskilda fallet ställa vissa krav på de åtgärder man vidtar i preventivt syfte: (Morgan 1977).

- 1) Sjukdomen som man vill förebygga skall vara betydelsefull med hänsyn till åtminstone en av följande faktorer

Sjukdomen skall

- vara en vanlig orsak till ökad sjuklighet
 - vara en vanlig orsak till för tidig död
 - orsaka betydande kostnader för individ och/eller samhälle
 - ge betydande följd tillstånd (handikapp)
 - vara relativt lätt att förebygga
- 2) Åtgärderna måste åstadkomma endera av följande
 - förebygga insjuknande
 - senarelägga insjuknande
 - minska effekten av sjukdom på individen
 - ge ökad trygghet för individen
 - minska behandlingskostnaderna
 - 3) Sjuklighet och dödlighet orsakade av de förebyggande åtgärderna måste vara betydligt mindre än vinsterna med själva programmet. Särskilt måste uppmärksammas risken för senare uppträdande komplikationer t ex läkemedelsbiverkningar.
 - 4) Åtgärderna måste vara ekonomiskt försvarbara.
 - 5) Åtgärderna måste accepteras både av patienter och personal.

Egentligen är dessa frågor inte särskilt kontroversiella. Vad som är väsentligt är att man har frågorna aktuella då man utvecklar det förebyggande arbetet inom primärvården på ett mera systematiskt sätt. Alltför högt ställda "vetenskapliga" effektivitetskrav får emellertid inte tas till intäkt för att avstå från att vidtaga förebyggande åtgärder baserade på "beprövad erfarenhet".

3.5 Hinder i det förebyggande arbetet

Även om relativt god enighet finns om betydelsen av ett förbättrat förebyggande arbete, finns det många problem som försvårar en snabbare utveckling.

Ett sådant problem är människans ovilja att avstå från något i dag för att eventuellt skörda vinsterna längre fram i livet. Förutsättningarna för att medverka i det förebyggande arbetet påverkas av många faktorer. Att bestämma sig för en viss sak i en viss situation är inte särskilt lätt. Människor med tungt arbete är mindre benägna att motionera på fritiden. Detsamma

gäller individer med långa pendelavstånd till arbetet. En krympande ekonomi sätter högre tryck på båda föräldrarna att arbeta mer vilket innebär att barnen kommer i kläm och inte hinner ägnas det intresse som vore önskvärt.

Ett annat problem är att vårdpersonalen i det individuella fallet ej kan exakt förutsäga risken för den enskilda individen. Vi vet att många riskfaktorer som exempelvis rökning, alkohol och högt blodtryck måste verka under lång tid, innan symtom på sjukdom uppträder. Dessutom är de biologiska variationerna stora – en individ klarar sig långt fram i livet med inga eller ringa skador. En annan drabbas tidigare – ibland trots en kanske måttlig exposition för några av riskfaktorerna. Många människor vill vidare leva ett angenämt liv "medan man orkar" och hoppas sedan på ett snabbt slut för att slippa åldras på en vårdinrättning.

Man måste också ta hänsyn till att ett förebyggande arbete, som går ut på att uppspara hälsorisker och tidigt identifiera sjukdomstecken, kan skapa en stark ångest hos många individer. Det finns därför hos många en stark motvilja mot hälsokontroller av olika slag.

Det finns också intressekonflikter mellan olika grupper. Företrädare för kortsiktiga ekonomiska intressen ser ibland alltför mycket övervakning och förmynderi i det förebyggande arbetet.

En intressekonflikt finns också mellan förebyggande åtgärder och behandlingsåtgärder. Brister i det förebyggande arbetet går ut över grupper och ej över identifierade, enskilda individer. Därför är det lättare att nedprioritera förebyggande arbete än behandling, som ju direkt riktar sig till enskilda individer. Man kan exempelvis inte se vem som undgår skador på grund av bättre olycksfallsförebyggande arbete inom trafiken eller i arbetet, medan kirurgi efter ett olycksfall ger mycket synbara resultat.

3.6 Speciella förutsättningar för att förändra primärvårdens arbete i förebyggande riktning

De förtroendevaldas stöd och engagemang och personalens aktiva medverkan i utvecklingsarbetet är centrala förutsättningar för att satsningen på förebyggande arbete inom primärvården skall kunna förverkligas. Därför är det viktigt att formulera hälsopolitiska mål, planer för utvecklingsarbete och lämpliga arbetsformer. Genom diskussioner och utbildning kan man ge personalen möjlighet att sätta sig in i sina framtida arbetsuppgifter och i de centrala frågeställningarna. Politiskt ansvariga, företrädare för primärkommunala organ, organisationer etc, som kan komma att samarbeta med primärvården, bör också delta.

Utbildning och diskussioner tar tid och det är oftast stimulerande att komma igång med det praktiska arbetet så snart som möjligt. Utbildnings- och utvecklingsarbete kan bedrivas parallellt. Det viktiga är att diskussioner som kan förklara och engagera, inleds tidigt och inte sent som "jästen efter brödet".

Förutsättningar som kan diskuteras i detta sammanhang är

- ett nytt synsätt på hälsofrågor
- behov av legitimitet och trygghet inför de nya uppgifterna

- behov av kunskaper, metoder och resurser
- samarbete med andra organ.

3.6.1 Ett nytt synsätt

Ett offensivt hälsoarbete förutsätter ett synsätt på ansvaret för befolkningens hälsa och på primärvårdens uppgifter som för många är nytt.

Personalen bör därför få möjligheter att diskutera bl a

- vad innebär det att arbeta förebyggande?
- aktuella hälsoproblem inom primärvårdsområdet och deras orsaker,
- vilka förebyggande uppgifter har primärvården, andra organisationer och ideella grupper och vad kan man samarbeta kring?

Primärvårdspersonalen måste ha praktiska möjligheter att arbeta förebyggande och kunna anpassa sina arbetsinsatser till de problem man möter i det dagliga arbetet. Särskilt viktigt är det att personalen betraktar prevention och kurativ vård som kompletterande och inte motstridiga arbetsuppgifter.

För att kunna förstå andra människors situation och behov av stöd och hjälp för att ändra levnadsvanor bör personalen vara medveten om vilka sociala, miljömässiga, ekonomiska och andra faktorer som inverkar på människors hälsa och beteende. Det kan innebära att ett hälsoproblem, som exempelvis rökning, inte betraktas enbart som ett individuellt problem. Kommersiella intressen, tillgänglighet och allmänna värderingar har en avgörande betydelse för tobaksbruket.

För att det förebyggande arbetet skall vara framgångsrikt krävs sålunda att människor själva känner ansvar för sin hälsa och har möjlighet att fatta beslut om sina levnadsvanor och villkor.

Man kan inte förändra människors beteenden och attityder om de inte själva vill och kan. Ett renodlat individuellt ansvar för den egna hälsan är emellertid också en återvändsgränd. Ett sådant synsätt kan innebära att skillnaden i hälsa och möjligheten till överlevnad mellan resursstarka och resurssvaga ökar eftersom "var och en får ta ansvar för sig själv". Individen får då helt ta skulden och samhällets ansvar i viktiga hälsofrågor riskerar att ignoreras.

Ett viktigt inslag i hälsoarbetets etik är sålunda erkännandet av samhällets ansvar för hälsoproblem och för genomförandet av förebyggande åtgärder. Social rättvisa är också ett viktigt motiv för preventiva insatser. Primärvården kan på många sätt bidra till att stärka den enskildes resurser och hälsomedvetande.

För att människor skall vara aktiva och kunna ta medvetna beslut krävs bl a

- att de har tillräckliga kunskaper för att bedöma ett hälsoproblem och insikt om sina motiv och behov bakom exempelvis en viss vana eller föreställning,

- att de inte känner sig som passiva föremål för professionell omvårdnad utan själva kan ta ställning och ansvar för sin egen och andra människors hälsa och
- att de har förutsättningar att åstadkomma förändringar. Det är viktigt med realistiska mål och att lösningarna ligger på rätt nivå, d v s att man inte lägger ansvaret på den enskilde för strukturella eller miljörelaterade problem, men att man inte heller begränsar den enskildes möjligheter att ta ställning och handla, genom att framhålla att allt beror på yttre och samhälleliga förhållanden.

3.6.2 Hälsoarbetets legitimitet, trygghet i arbetet

"Ett nytt synsätt" inom primärvården innebär inte automatiskt att man kommer att arbeta mer förebyggande. En viktig förutsättning är att uppgiften upplevs som legitim, d v s att man har rätt att arbeta med den.

I praktiken måste personalen i samband med schemaläggning och på annat sätt få stöd för att utveckla nya arbetsformer. Den som vill prioritera förebyggande arbete kan få det svårt och kanske bli betraktad som illojal och självsvåldig av kolleger, särskilt i tider av ekonomisk åtstramning och knappa resurser.

Legitimiteten i ett offensivt hälsoarbete kan också ifrågasättas om verksamheten uppfattas som ett uttryck för en otillbörlig social kontroll och en professionalisering av vardagsproblem, som vanliga människor borde kunna klara av. Genom att diskutera "ett nytt synsätt" och hur man kan stödja människor kan man få argument för att möta dessa invändningar och ge hälsoarbetet en positiv innebörd.

Svårigheterna att legitimera förebyggande arbete kan också förklaras av osäkerhet och rädsla inför arbetsuppgifter som ibland kan uppfattas som nya, experimentella och oklara. Hälso- och sjukvårdspersonal har en medicinskt inriktad utbildning med främsta syfte att bota sjukdom eller lindra symtom. Det kan vara svårt att också se sig som "hälsoupplysare" med uppgift att påverka människors liv och vanor.

Många undrar också hur de skall hinna allt, hur de skall orka, kunna o s v. Ibland döljer man sin osäkerhet bakom en strikt yrkesroll och accepterar inte de nya uppgifterna. Det är viktigt att primärvårdsorganisationen är klar över vad den vill arbeta med och har realistiska modeller för genomförandet. Detta är en grund för den trygghet som är nödvändig för att personal skall våga satsa sitt arbete och entusiasm.

Förutsättningar för trygghet skapas också om man delar en ambition eller ny idé med arbetskamraterna. Då kan man gemensamt våga ta steget och börja med nya arbetsuppgifter. Därför är det viktigt att man från början gemensamt diskuterar förväntningar och farhågor och om man kan dela en allmän målsättning.

3.6.3 Kunskaper, metoder, resurser

Delvis finns redan nu tillräckliga kunskaper för att utveckla det förebyggande arbetet inom primärvården. Genom praktisk erfarenhet känner personalen relativt väl till förhållandena bland människor i upptagningsområdet.

Genom sin utbildning har man också kunskaper kring hälsoproblem och deras medicinska aspekter. Det som saknas är ofta insikten om hälsans betingelser i miljö och livsstil och hur man påverkar dessa faktorer.

Ett "kunskapsproblem" är den attityd man ibland möter bland dem som har lång erfarenhet av arbete inom primärvården. De anser sig kunna allt som rör t ex hälsouppllysning och tycker sig inte ha något behov av vidareutbildning. Ofta döljer denna attityd osäkerhet och rädsla inför förändringar.

Primärvårdens personal måste tillägna sig ökade kunskaper om sambanden mellan miljön och hälsan. Registrering av uppgifter om inträffade sjukdomar och skador i förhållande till olika miljöfaktorer bildar en första grundval för de "epidemiologiska bevakningssystem" som skall byggas upp på regional och nationell nivå.

Behovet av ökade kunskaper måste tillgodoses genom utbildningsinsatser på alla nivåer. Insatser för att öka kunskaperna om hälsoarbete i personalens grundutbildning får effekter först i ett längre tidsperspektiv. För att snabbt få ett genomslag beträffande hälso- och sjukvårdslagens intentioner måste fortbildning/efterutbildning anordnas för den nu verksamma personalen inom primärvården.

Det är viktigt att systematiskt ägna uppmärksamhet åt utvecklingen av effektiva metoder i hälsoarbetet. Erfarenheter från olika primärvårdsområden, som alltmer dokumenteras, bör tagas tillvara i förändringsarbetet.

Känslan av osäkerhet inför att arbeta med förändringar av människors levnadsvanor kan vara orsak till orealistiska förväntningar på "supermetoder", d v s metoder som kräver avancerad teknologi eller ingående djuppsykologiska kunskaper etc. Ett mål för den interna fortbildningen bör därför vara att stärka personalens självkänsla och yrkesroll och avdramatisera de förebyggande uppgifterna.

En annan viktig förutsättning för förändringsarbetet är att den påbörjade satsningen på en utbyggnad av primärvårdens resurser inte stannas upp. Det är uppenbart att den fortsatta primärvårdsutbyggnaden också måste kopplas till en långsiktig omstrukturering av länssjukvården.

3.6.4 Samarbete med andra

Med en satsning på hälsouppllysning och annan förebyggande verksamhet kommer primärvårdens arbete i stor utsträckning att bedrivas ute i samhället – där människor lever och utsätts för hälsorisker, men där också de stora resurserna för förändringar finns. I sin dagliga miljö har människan andra förutsättningar att känna ansvar och inflytande än inför sjuksköterskan eller läkaren på mottagningen. Här lever hon i en miljö hon känner och bland människor hon har djupare relationer till. Som förälder visar många människor t ex större beslutsamhet och engagemang än som patient. Att möta människor utanför vårdcentralen, exempelvis på arbetsplatsen, i föreningslivet, vid föräldraträffar, i studiesammanhang eller i hemmen underlättar möjligheterna till kontakt och diskussion om hälsofrågor.

I en kommun finns det i regel många organisationer som mer eller mindre aktivt bedriver hälsouppllysning eller annat förebyggande arbete. Samarbete med primärkommunala organ, frivilliga organisationer, folkrörelseorgan,

politiska beslutsfattare etc innebär att många människor kan komma med i arbetet. Samarbetet skapar också andra fördelar

- man når olika målgrupper lättare i deras dagliga miljö (exempelvis skolbarn via skolan, yrkesverksamma genom fackliga organisationer och företagshälsovård, ungdomar via föreningsliv och ungdomsgårdar etc),
- frivilliga och professionella engageras tillsammans,
- aktiviteter kan få en bred och omfattande uppläggnings,
- information sprids lättare,
- primärvården engageras djupare i samhällslivet och
- det demokratiska inflytandet på primärvårdens verksamhet stärks.

Primärvården har ännu relativt begränsade erfarenheter av arbete tillsammans med andra organisationer. Det medicinska ansvaret och kompetensen har bidragit till att man på många håll klart avgränsat sitt verksamhetsfält gentemot andra. Inom vissa primärvårdsområden i Sverige har man dock under senare år utvecklat socialmedicinska arbetsformer i samarbete med exempelvis socialtjänsten.

Visserligen kan olika organisationer ha högst varierande synsätt på hälsa och hälsouppllysning, men detta förhållande kan också vändas till en fördel. Professionella och lekmän bör bli medvetna om att de kan komplettera varandra. Det professionella kunnandet är nödvändigt för att klagöra hälsoproblem och deras orsaker men kunnande om lämpliga metoder finns också utanför hälso- och sjukvården. Lekmannainflytandet behövs för att skapa engagemang i hälsofrågor, mobilisera människors egna resurser och ge stöd och hjälp till utsatta grupper.

Vad krävs då av primärvården för att kunna samarbeta med andra organisationer? Bl a kan nämnas

- förmåga att kommunicera och uttrycka sig begripligt för att engagera andra i en diskussion om gemensamma mål och uppgifter,
- kunskap om sina egna möjligheter men även begränsningar i hälsoarbetet,
- kunskap om andra organisationers inriktning och motiv för att arbeta preventivt samt
- att primärvården kan erbjuda något positivt genom samarbete.

Att uttrycka sig begripligt innebär t ex att undvika medicinskt fackspråk eller att beskriva hälsotillståndet i kommunen så att den enskilda organisationen får en uppfattning om sin specifika kompetens. En första kontakt skall snabbt ge alla en möjlighet att se de gemensamma intressena och vad var och en kan bidra med.

Om primärvården inleder samarbete utan att ha klargjort sin egen roll och sina motiv finns det risk för problem. För det första kan primärvården genom sin kunskap och auktoritet tränga undan andra organisationer eller passivisera dem. Primärvården monopoliserar då hälsoarbetet och drar på sig en orimligt stor arbetsbelastning. För det andra kan resultatet bli att

primärvårdens initiativ uppfattas som ett hot och att andra organisationer inte ser sin roll i arbetet. Skolor, föreningar etc kommer då att oberoende av primärvården arbeta med hälsofrågorna utifrån sina egna perspektiv. Primärvården blir isolerad och sluter sig kanske i en strikt professionell attityd.

För att utveckla en öppen och flexibel primärvård med bra relationer till andra organisationer krävs en medveten strategi, särskilt om dessa förväntas att successivt ta ett större ansvar för det förebyggande arbetet. Vad primärvården framför allt kan erbjuda andra är kunskaper om hälsa och ohälsa i kommunen, dess orsaker, och behov av åtgärder, samt service i form av material, medverkan i utbildning och kontakter.

Ofta finns en osäkerhet om hur det samordnade hälsoarbetet i praktiken skall bedrivas. Om det är nödvändigt bör primärvården ha möjlighet att inleda någon form av verksamhet som kan kännas som ett praktiskt exempel. Organisationen följer arbetet och planerar sin kommande insats. Det är viktigt att man känner ansvar och är beredd att så småningom ta över verksamheten. Primärvårdens uppgift kan därefter bli att ge service i någon form, samordna aktiviteter etc. På så sätt kan arbetet successivt spridas ut i kommunen och engagera fler.

3.6.5 Stöd från regionala och nationella organ

För att den påbörjade utvecklingen av primärvården inte skall stagnera behövs ett aktivt stöd till primärvården på såväl läns- och regionnivå som på riksnivå. Kravet på kvalitet i det förebyggande arbetet innebär att primärvården måste ges stöd från landstingens samhällsmedicinska enheter, "utvecklingsvårdcentraler" och länssjukvårdens kliniker och laboratorier. Vidare bör vetenskapligt stöd ges till olika primärvårdsprojekt från universitetens institutioner för socialmedicin, allmänmedicin och omgivningshygien liksom från samhällsvetenskapliga institutioner.

3.6.6 Sammanfattning

För att primärvården skall kunna utveckla det förebyggande arbetet fordras

- ett nytt synsätt på hälsoarbetet,
- legitimitet och trygghet i det förebyggande arbetet,
- kunskaper, metoder och resurser,
- samarbete med andra organisationer i lokalsamhället samt
- stöd från regionala och nationella organ.

4 Samhällsinriktade åtgärder inom primärvården

4.1 Beskrivning och analys av befolkningens hälsotillstånd

Planeringen av hälso- och sjukvården i enlighet med HSL:s hälsopolitiska synsätt kräver en annan typ av kunskaper om befolkningens hälsotillstånd jämfört med tidigare, då huvudmännen hade ett lagstadgat ansvar för enbart sjukvården. Det traditionella patientperspektivet utgör endast en del av denna kunskap.

Den efterfrågebaserade sjukvårdsplaneringen står idag inför problemet att efterfrågan överstiger resursramarna. De prioriteringar som blir nödvändiga sker sällan på ett beslutsunderlag som tillförsäkrar att resurserna fördelas efter befolkningens behov. Den ekonomiska verkligheten gör det nödvändigt att från början anlägga ett välfärdspolitiskt perspektiv, där inte bara behovens absoluta omfattning utan även deras relativa fördelning mellan befolkningsgrupper bildar det grundläggande faktaunderlaget. Endast därigenom har man förutsättningar för att fördela givna resursramar i överensstämmelse med behovens åldersmässiga, sociala och geografiska fördelning. Därigenom får man möjlighet att formulera en hälsopolitik som syftar till att minska rådande klyftor i ohälsans fördelning.

Lagens hälsopolitiska inriktning förutsätter dessutom ett tvärasektoriellt samarbete mellan olika verksamheter i samhället för att minska hälsorisker och förebygga ohälsa. Det innebär bl a att kunskaper om hälsorisker och ohälsa i ökad utsträckning måste beaktas vid planeringen av arbets- och boendemiljö, vid utformningen av en livsmedelspolitik och vid utarbetande av arbetsmarknads- och näringspolitiska åtgärder.

En nulägesbeskrivning av befolkningens hälsoförhållanden utifrån tillgängliga hälsoregister ges i HS 90-rapporten Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2). Denna rapport baseras bl a på statistiska centralbyråns och socialforskningsinstitutets levnadsnivåundersökningar, riks försäkringsverkets statistik, sjukvårdshuvudmännens patientstatistik, socialstyrelsens cancer- och missbildningsregister samt SCB:s dödsorsaksstatistik. På basis av dessa källor kan en relativt nyanserad bild ges av såväl upplevd som medicinskt diagnostiserad ohälsa.

I HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering – Hälsodata som planeringsunderlag" belyses möjligheter och begränsningar att i praktiken utnyttja hälsodata som underlag för hälso- och sjukvårdens planering såväl nationellt som regionalt och på primärvårdsområdesnivå.

Dessutom klarläggs vilka ytterligare förbättringar av hälsodata som är av strategisk betydelse för att vidareutveckla en behovsbaserad planering av såväl förebyggande, vårdande som rehabiliterande insatser.

Inom ramen för HS 90-arbetet har även s k hälsopolitiska handlingsprogram för hjärt- och kärlsjukdomar respektive skador utarbetats. Syftet är att visa vilka samlade samhällsinsatser som krävs för att åstadkomma en reduktion av en viss sjukdom eller typ av skada.

Den lokala planeringen på primärvårdsområdesnivå eller motsvarande har följande utgångspunkter

- Centralt formulerade hälso- och vårdpolitiska mål.
- Centralt fastställd budget för all landstingskommunal hälso- och sjukvård i primärvårdsområdet (eller eventuellt enbart primärvårdsverksamhet).
- Resursutbud hos andra vårdgivare (primärkommun, företagshälsovård, privatpraktiker m fl).
- Lokala variationer i sjukdoms- och behovsmönster.
- Lokala önskemål och prioriteringar.

Den lokala resursfördelningen till olika åtgärdsområden och vårdnivåer kan bygga på en lokal hälsobeskrivning som omfattar följande fyra dimensioner

- *Samhällsprofil*, som beskriver samhällets demografiska och socioekonomiska struktur, situationen på arbetsmarknaden, näringslivet och de historiska förutsättningarna.
- *Hälsoriskprofil*, som beskriver förekomsten av specifika hälsorisker i miljö och levnadsvanor.
- *Hälsoprofil*, som syftar till att beskriva sjukdomsincidens och prevalens i befolkningen inklusive sjukdomskonsekvenser i form av symtom, funktionsnedsättning och handikapp.
- *Vårdprofil*, som syftar till en beskrivning av hur hälso- och sjukvårdens resurser används på olika åtgärder och vårdnivåer. Den omfattar även en redovisning av sjukvårdens tillgänglighet, struktur, kvalitet och effekt för olika befolkningsgrupper.

Då hälso- och sjukvårdsplaneringen bygger på en lång rad osäkra antaganden är det angeläget att kunna följa huruvida planerad resursfördelning till olika verksamheter förverkligas och huruvida detta leder till de uppställda hälso- och sjukvårdspolitiska målen med avseende på ohälsans omfattning och fördelning samt vårdens tillgänglighet och kvalitet. Som exempel på uppgifter som kan vara utgångspunkter för utvecklingsarbetet kan nämnas

- Dödlighet fördelat på ålder, kön, socioekonomisk grupp och kommun.

- Lekmannauppgifter om sjukdomskonsekvenser i form av symtom (smärta, ångest m m) samt funktionsnedsättning (rörelseförmåga, arbetsförmåga, ADL m m) fördelade på ålder, kön och socioekonomisk grupp.
- Sjukfrånvaro och förtidspension fördelad på ålder, kön, socioekonomisk grupp och hemort.
- Fördelning mellan socioekonomiska grupper av sjukdomskonsekvenser såsom dödlighet, symtom, funktionsnedsättning och handikapp.
- Hälsorisker (tobak, alkohol, kost, social och fysisk arbetsmiljö, arbetslöshet, social och fysisk boendemiljö och föroreningar i luft/vatten).
- Åtgärder inom hälso- och sjukvården, fördelade på patientens diagnos, ålder, kön, hemort och socioekonomisk grupp.
- Kontinuitet i vården fördelat på patientens diagnos, ålder, kön, hemort och socioekonomisk grupp.
- Registrering i patientdatabaser av sociala, psykologiska och biologiska sjukdomsorsaker och sjukdomskonsekvenser.
- Fördelning av patienter (diagnos, ålder, socioekonomisk grupp) och åtgärder mellan vårdnivåer och medicinska verksamhetsområden.
- Vårdkontakter i relation till lekmannamässigt upplevda sjukdomskonsekvenser.
- Vårdkontakter i relation till professionella normer för vårdbehov.
- Fördelning av finansiella, personella och materiella resurser mellan geografiska områden.
- Finansiella, personella och materiella resursers fördelning mellan åtgärdsområden (förebyggande, behandlande, rehabiliterande etc).
- Finansiella, personella och materiella resursers fördelning mellan vårdnivåer och medicinska verksamhetsområden.

4.2 Medverkan i samhällsplaneringen

4.2.1 Bakgrund

En utförlig genomgång av samhällsförändringar m m av betydelse för hälso- och sjukvården görs i Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande (SOU 1979:78 kap 4). De sociala förhållanden och miljöfaktorer som har intresse ur förebyggande synvinkel behandlas särskilt av utredningen. Dessa är

- bostadsförhållanden,
- kost och näringsfrågor,
- utbildningsnivån i samhället,
- arbete och arbetsförhållanden,
- skolmiljön,
- den psykiska miljön,
- fritiden,
- samhällsservice och kommersiell service,
- trafikförhållanden samt
- ekonomiska förhållanden.

Samtliga dessa områden är av betydelse för en konkretisering av primärvårdens uppgifter. I detta avsnitt skall några av dessa problemområden beröras närmare med utgångspunkt bl a i pågående och planerade utvecklingsprojekt.

Primärvårdens engagemang i det förebyggande arbetet kan karaktäriseras på följande sätt

- observera
- registrera
- analysera
- dokumentera
- agera – hälsouppllysning, hälsoövervakning och samhällspåverkan.

Hittills har det inte varit möjligt att i större omfattning arbeta med detta primärpreventiva synsätt. Det förutsätter tid och personella resurser. Praktiska hinder att förverkliga dessa intentioner finns. Grund-, vidare- och efterutbildningen av primärvårdens personal har i mycket begränsad utsträckning varit inriktad på att ge kunskaper, färdigheter och stimulans att arbeta med primärpreventiv inriktning. De faktiska resurserna inom primärvården har bara räckt till för att klara den kortsiktiga sjukvårdsefterfrågan och den etablerade individcenterade hälsovården.

Huvudmännen måste ge primärvården möjlighet att i sin planering lägga in projektinriktad verksamhet så att enskilda medarbetare periodvis kan avsätta tid för sådana aktiviteter. Prioritering av personalresurser till primärvården i huvudmännens planer och den långsiktiga planeringen för personaltillgången inom hälso- och sjukvården ger möjligheter att mera generellt i primärvården systematiskt påbörja förebyggande aktiviteter.

4.2.2 Samarbete med andra

Inom en kommun/primärvårdsområde finns det ett stort antal organisationer som arbetar med hälsofrågor.

Samarbete med andra organisationer ställer krav på tålamod och förståelse. Synen på hälsa, arbetssätt, uppgifter etc kan variera och i praktiken måste man hitta någon "minsta gemensamma nämnare", d v s en uppfattning som alla kan vara överens om som grund för samarbete. Alla medverkande parter måste finna sin roll och respektera de övrigas. Primärvårdens uppgift är att ge ett kunskapsunderlag för planering av aktiviteter och medverka till att aktiviteterna bedrivs med god kvalitet.

Det är viktigt att dokumentera sina observationer. Ett problem med den nuvarande, personorienterade journalföringen, är att all information binds till den enskilde patienten. Det krävs mycket arbete för att göra systematiska sammanställningar av hur t ex förekomst av en viss sjukdom varierar mellan åldersgrupper, yrkesgrupper eller av grupper bosatta inom olika geografiska områden. En förutsättning för att ett visst merarbete i kunskapsinsamlandet skall förefalla meningsfullt – och motivera till noggranna insatser inom

området — är att den som gör datainsamlingen också blir konkret informerad om vad kunskapen kan användas till.

Ett sätt att sammanställa den information som samlats in är att man under vissa perioder systematiskt noterar variabler av intresse (ålder, diagnos, läkemedelsförskrivning etc) i ett system vid sidan om den sedvanliga patientjournalen, så att man sedan kan bearbeta materialet separat och ta fram aktuell statistik.

För närvarande pågår på flera håll arbete för att utveckla ADB-system för patientbesök. Ett sådant system skulle givetvis på ett enkelt sätt möjliggöra fortlöpande registrering.

De journaler som för närvarande förs inom den öppna vården innehåller för få data som belyser miljöförhållanden och patientens upplevelse av dessa. För att belysa sådana samband bör journalen innehålla vissa basala uppgifter om miljön som t ex

- Arbetsmiljön (definition av yrke, sysselsättningsstatus, exponering för buller, kemikalier, ofysiologiska arbetsställningar etc).
- Boendemiljön (typ av bostad, byggnadsmaterial, problem med fukt/mögel, dricksvattenförsörjning, störningar från grannar, sanitär standard etc).
- Fritidsmiljön (t ex exponering för kemikalier i hobbyverksamhet).
- Yttre miljö (störningar från trafik, närliggande industrier eller andra anläggningar med miljöfarlig verksamhet, luktbesvär).
- Relevanta sociala bakgrundsdata som belyser ekonomi, utbildning, sociala nätverk m m.

Med lokala sammanställningar och analyser som grund finns förutsättningar för att kunna agera och påverka de instanser som kan undanröja eller begränsa hälsorisker.

4.2.3 Det kommunala hälsoskyddet

I det epidemiologiska utredningsarbetet skall primärvården biträda miljö- och hälsoskyddsnämnden (MHN) och den enhet, som har ansvar för smittskyddet inom landstinget.

Primärvården har vissa skyldigheter enligt den smittskyddslag som för närvarande gäller. Denna är föremål för omarbetning. Primärvårdens roll kommer emellertid sannolikt att i huvudsak vara densamma.

Det är väsentligt att primärvården har ett generellt, områdesinriktat perspektiv när det gäller infektionssjukdomar. Verksamheten bör medge en fortlöpande information om det epidemiologiska läget. Ett ekologiskt synsätt vid antibiotikaförskrivning är ett viktigt ansvar för primärvården. Antibiotika förskrivs sannolikt alltför ofta, doserna är ofta höga och behandlingstiderna kan vara onödigt långa. Dessutom används sk bredspektrum-antibiotika många gånger på oklar indikation. Periodvis registrering av antibiotikaförskrivningen inom området skulle därför vara av stort värde.

Anmälningar till MHN bör omfatta alla anmärkningsvärda anhopningar av infektionsfall, således inte bara dem där formell anmälningsskyldighet nu föreligger.

I Sverige tillbringar för närvarande befolkningen över 90 procent av tiden inomhus. Tre fjärdedelar av den tiden vistas vi i bostaden. Det är därför särskilt viktigt att boendemiljön så långt som möjligt är fri från faktorer som kan ge upphov till ohälsa. Stor uppmärksamhet måste ägnas bl a identifiering av hälsorisker i boendemiljön. Detta gäller såväl sociala och psykosociala som fysiska faktorer som ensamma eller tillsammans kan medföra ohälsa. Vid bedömning av riskerna för effekter på människans hälsa måste särskild uppmärksamhet ägnas människors varierande känslighet under hela livscykeln liksom speciellt känsliga människors reaktioner.

Inom det psykosociala området är befolkningens upplevelser av olika verkliga eller förmodade fysiska hälsorisker i boendemiljön av stor betydelse. Dessa upplevelseaspekter, vilka i sig kan medföra ohälsa och nedsatt välbefinnande, är hittills dåligt kartlagda.

Ett exempel på att den totala miljöbelastningen kan vara någonting mer än summan av delarna (de olika ohälsosfaktorerna) är de växande problemen med överkänslighetsreaktioner, bl a allergiska reaktioner. Det finns starka indicier för att just samspelet mellan olika ohälsosfaktorer ligger bakom den misstänkta ökningen. Den totala påverkan på hälsan som individen utsätts för i boendet kan ta sig uttryck i ospecifika symtom som ofta kan hänföras till överkänslighet.

Hälsoriskerna i boendemiljön kan indelas i två kategorier. Till den ena hör sådana risker som kan förebyggas eller reduceras genom ingripande från samhället. Den andra kategorin omfattar risker som i första hand kan minskas eller undanröjas genom den boendes egen påverkan. Nedan behandlas huvudsakligen hälsoproblem som har sin grund i sådana faktorer som samhället kan motverka. Hälsö- och sjukvårdens deltagande i samhällsplaneringen både i form av kartläggande och individinriktad förebyggande verksamhet är en förutsättning härför. De hälsoproblem som bör få särskild uppmärksamhet är framför allt de som tar sig i uttryck i

- allergier och andra överkänslighetsreaktioner,
- infektioner,
- cancer p g a joniserande strålning samt
- skador.

Samband mellan boendemiljön och hälsoförhållandena belyses i HS 90-rapporten om boendemiljön och ohälsan.

I förarbetena till hälsoskyddslagen framhålls att det är angeläget med en effektiv samverkan och ansvarsfördelning mellan MHN och sjukvårdshuvudmännen. Det bör ankomma på landstinget att hålla MHN underrättad om de kunskaper och erfarenheter av hälsorisker som landstingen får genom sin verksamhet. Formerna för samverkan på lokal nivå är utvecklade. Exempel på samverkansområden är

- när det gäller den fysiska, biologiska och kemiska miljön har MHN i allmänhet en mycket god kunskap. Dessa kunskaper skulle kunna

sammanställas exempelvis på en karta över kommunen och finnas tillgänglig på samtliga primärvårdsenheter

- inom primärvården kan man inleda ett utvecklingsarbete med att geografiskt ange var vårdsökande, som anger miljöproblem som en orsak till sina ohälsoproblem, bor
- boendemiljön för handikappade och äldre kan i många fall radikalt förbättras genom om- och tillbyggnad avseende exempelvis hissar, trappor etc.
- en annan typ av information som har betydelse för MHN är om ohälsofenomen uppträder som kan tänkas ha sin grund i exempelvis höga formaldehydhalter, mögelproblem eller andra problem som är förknippade med inomhusklimatet
- det är självfallet också av intresse för MHN att känna till om hälsorisker kan knytas till lokaler där nämnden har tillsyn såsom gymnastiklokaler, badinrättningar osv. Fotsvamp, ögonirritationer m m kan vara exempel på sådana ohälsofenomen.

Utvecklingsarbetet kan inledas med att företrädare för primärvården och hälsoskyddet träffas och lär känna varandras verksamhetsområden samt vilka kunskaper som man har på ömse håll om kommunen och dess invånare. Ett nästa steg kan vara att man enas om att ta upp någon särskild del av området och i samarbete särskilt studera denna.

4.2.4 Arbete och arbetsförhållanden

Sambanden mellan arbetslöshet och ohälsa har länge varit kända. Tidigare har dessa samband huvudsakligen förklarats bero på ekonomiska faktorer eftersom arbetslöshet oftast ledde till fattigdom hos de "drabbade". Trots det ekonomiska trygghetssystem, som byggts upp för att så långt möjligt kompensera inkomstbortfall vid arbetslöshet, finns det enligt aktuella forskningsresultat psykologiska och sociala faktorer förutom de ekonomiska, som ger upphov såväl till upplevd ohälsa och psykiska besvär som faktiskt mätbara sjukdomar. Dessa förhållanden beskrivs närmare i HS 90-rapporten om arbetslöshet och ohälsa.

Primärvårdens förebyggande uppgifter i frågor som rör arbetsförhållandena innefattar dels arbetslösheten och dels de hälsorisker som finns inom arbetsmiljön. Av dessa har de psykosociala faktorerna alltmer kommit i förgrunden i takt med att de rent fysiska arbetsmiljöfrågorna kunnat identifieras och bearbetas, främst inom företagshälsovårdens ram.

Det finns anledning – speciellt vad avser problemområdet arbetslöshet-ohälsa – att starkt betona att hälso- och sjukvårdens engagemang ej får utvecklas mot en medikalisering av sociala och ekonomiska samhällsproblem. Denna tendens har observerats i vissa länder med en hög strukturellt betingad långtidsarbetslöshet, som t ex i England.

Det är bl a mot denna bakgrund angeläget att för svenskt vidkommande i första hand finna former för att på olika nivåer säkerställa ett kunskapsutbyte av värde vid utformningen av t ex arbetsmarknadspolitiska insatser. Självklart innebär denna inriktning mot samhällsinriktade insatser inte att hälso-

och sjukvårdens traditionella vårdande uppgifter skall begränsas vad avser hälsoproblem relaterade till arbetslöshet. Tvärtom är det väsentligt att i ökad utsträckning identifiera riskgrupper och aktualisera tidiga stödinsatser. Denna verksamhet måste dock ses som en integrerad del i en samlad hälsopolitik där det avgörande problemet är hur hälsoriskerna – i detta fall arbetslösheten – skall kunna reduceras. Huvudansvaret för denna del av den offentliga hälsopolitiken ligger självklart på de samhällsorgan som utformar arbetsmarknads-, närings- och regionalpolitiska insatser.

Primärvården har viss kunskap om hur de arbetslösa har det ur hälsomässig synvinkel och vilka människor som drabbas hårdast av arbetslösheten.

Distriktsarbetsnämnden med representanter från arbetsförmedling, intresseorganisationer och primärkommun kan vara en lämplig instans att samverka med i de arbetsmarknadspolitiska insatserna.

Speciell uppmärksamhet kan därvid ägnas åtgärder som kan öka möjligheterna för svaga grupper på arbetsmarknaden att erhålla arbete, dvs grupper där arbetslöshetens negativa effekter på hälsan kan förväntas vara speciellt allvarliga. Detta synsätt skulle t ex kunna innebära att arbetsförmedlingen väjde in också den enskildes "behov" av arbete.

Samtidigt finns i detta hälsopolitiska perspektiv anledning aktualisera och intensifiera möjligheterna till rehabilitering snarare än en ofrivillig förtids-pensionering p g a arbetsmarknadspolitiska skäl.

Förutom periodiska kontakter med ansvariga arbetsmarknadsorgan finns det i vissa fall anledning till speciella åtgärder från hälso- och sjukvårdens sida, såsom uppsökande verksamhet och särskilda insatser vid företagsnedläggningar och massarbetslöshet.

De grupper i samhället som har den största risken att fara illa vid arbetslöshet är samtidigt de grupper som hälso- och sjukvården traditionellt har dålig kontakt med. Det rör sig om grupper där det otillfredsställda vårdbehovet är stort redan utan att arbetslösheten lägger ytterligare sten på bördan. Det måste här åligga primärvården att i betydligt större utsträckning än tidigare gå ut i en uppsökande verksamhet.

Metoder för den uppsökande verksamheten kan t ex vara hembesök av distriktssköterskor och erbjudanden om primärvårdens tjänster. I möjligaste mån bör sådana erbjudanden vara kostnadsfria, då man i annat fall riskerar bortfall bland dem som torde ha det största behovet av den uppsökande verksamheten.

I det fall man kommer i kontakt med människor i behov av medicinsk hjälp bör man givetvis erbjuda sådan. I många fall torde en viktig uppgift vara att hjälpa människor till rätta beträffande kontakter med andra myndigheter, t ex arbetsförmedlingen. Även ur epidemiologisk synvinkel är den kartläggning som den uppsökande verksamheten innebär värdefull.

Nedläggning av företag och därav följande massarbetslöshet utgör ett speciellt problemområde, där förebyggande insatser är nödvändiga.

På vissa orter sker ibland nedläggning av mycket stora arbetsplatser där merparten av bygdens yrkesverksamma får sin försörjning. I andra fall drabbar arbetslösheten en mycket stor del av människorna på grund av en kris i en relativt ensartad näringslivsstruktur. Hälso- och sjukvården har här ett lokalt ansvar för en sekundärpreventiv verksamhet.

I samband med företagsnedläggningar eller massavskedanden, mister de anställda vanligen sin företagshälsovård, i den mån de haft tillgång till sådan. Det är viktigt att primärvården här etablerar ett samarbete med företagshälsovården. I första hand bör syftet vara att utverka möjligheter för de anställda att få behålla sin företagshälsovård så länge det är möjligt — även om man sagts upp och avskedats. Behovet av företagshälsovårdens insatser torde många gånger vara större då än tidigare. I andra hand bör primärvården förbereda ett övertagande av såväl patienterna som kunskaper (journaler) om dessa patienter från företagshälsovården. Företagshälsovården kan ha viktig kunskap om vilka riskgrupper som kan vara i behov av särskild observans när de kommer till vårdcentralen, med tanke på den påtvungna arbetslösheten.

Forskning pågår för närvarande för att klarlägga vad primärvården kan utträta vid en företagsnedläggning, t ex i Örnköldsvik.

Kunskapen om arbetslöshetens och ohälsans lokala utbredning och variation erhålls genom datainsamling i primärvården. Den bör sammanställas för länet och utgör ett viktigt argument då det gäller synpunkter på samhällets sysselsättningsplanering. Primärvården bör föra fram den kunskap man har till enskilda och grupper som på olika sätt berörs av arbetslöshet (t ex företagshälsovård, olika arbetsplatsgrupper, fackliga organisationer, politiska partier etc).

För den yrkesverksamma befolkningen har arbetsmiljöproblemen stor betydelse för hälsan. Primärvården bör samarbeta med företagshälsovården, där sådan är organiserad och även ta ett större ansvar än hittills för arbetsmiljön vid de arbetsplatser inom primärvårdsområdet som saknar företagshälsovård. Behovet av samverkan behandlas bl a i företagshälsovårdsutredningens betänkande "Företagshälsovård för alla" (SOU 1983:32).

Förutom de fysiska arbetsmiljöproblemen har frågor rörande arbetsorganisationen stor betydelse för hälsan, vilket hittills inte uppmärksammats på samma sätt som de fysiska miljöfaktorerna.

Genom företagshälsovård, personalavdelningar och fackföreningar bör vissa psykosociala arbetsmiljöfaktorer bli föremål för särskilda åtgärder. Skiftarbete är ofta organiserat på ett sätt som inte överensstämmer med våra biologiska och sociala behov. Långvarigt, omfattande och okontrollerbart övertidsarbete kan ge flera ogynnsamma hälsoeffekter. Enformighet eller bristande stimulans i arbetet i förening med högt uppdrivit tempo är associerat med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom. Detta pekar också på att arbetsorganisation och långsiktig planering av arbetsmiljön bör ges hög prioritet i det förebyggande arbetet.

Det föreligger inte något motsatsförhållande mellan denna typ av åtgärder och t ex hälsoupplýsning om förbättrad kost och minskad rökning. Stråvan bör vara att arbeta på flera fronter, eftersom riskfaktorernas effekt adderas. Dessutom kan specifika arbetsmiljöproblem ibland försvåra genomförandet av en ändring i rök- eller kostvanor. Personer i treskift kan uppleva att de är tvingade att röka för att hålla sig vakna under vissa tider på dygnet. Bristande stimulans i arbetet kan på lång sikt leda till ointresse för förändringar (även i kostvanor) och en uppgivenhet inför individens egen möjlighet att påverka sin situation.

4.2.5 Livsmedels- och nutritionspolitik

Primärvården arbetar med kostfrågor inom ramen för hälsoupplysningsansvaret och bör också medverka i att bygga upp lokal kunskap om kostvanor, riskgrupper, förekomst av näringsrubbnings etc. Tillräckliga kunskaper om samband mellan kost och hälsa finns för att motivera olika åtgärder, även om den definitiva förklaringen av sambanden saknas. Metoder för såväl prevention som behandling och rådgivning kan utvecklas anpassade för lokala förhållanden.

Arbetet med att förbättra befolkningens kostvanor kommer även fortsättningsvis att ha hög prioritet t ex i strävandena att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.

Kunskaperna om kostfrågor har förbättrats och attityderna till kostomläggning har blivit mer positiva under senare år, mycket tack vare den organiserade hälsoupplysningen på olika nivåer. Förändringarna har skett främst hos befolkningsgrupper med relativt bra utbildning och goda inkomster. Det finns teorier om att sociala normer och vanor sprids "uppiifrån och ner" genom de olika samhällsskikten. Den mer kunniga fungerar som opinionsbildare och påverkar därigenom det allmänna beteendet. En sådan process går emellertid långsamt och för att nå de verkligt behövande grupperna fordras andra metoder än den traditionella hälsoupplysningens.

När det gäller kostvanorna torde effekterna av hälsoupplysning bli avsevärt bättre i befolkningen om en generell kostpropaganda kompletteras med mera målinriktad information avsedd för speciella grupper. Människor i yrkesgrupper med extrema fysiska påfrestningar har t ex större behov av energi än andra. I andra yrkesgrupper, i vilka extrema fysiska påfrestningar varit men ej är vanliga föreligger ofta en "psykosocialt" betingad eftersläpning i kostvanor. En stor del av denna information skulle kunna ske genom företagshälsovårdens och fackföreningarnas försorg.

Primärvården skulle på motsvarande sätt kunna analysera problemen hos icke arbetande, d v s arbetslösa, pensionärer och barn.

Kartläggningsstudier av barns kostvanor har visat att sötsaker och godis utgör en betydande andel av barns energiintag. Därmed påverkas deras aptit och sötsaker konkurrerar ut andra mera näringsriktiga födoämnen ur kosten. Detta innebär flera allvarliga hälsorisker. Brister på viktiga näringsämnen kan uppkomma och risken för karies är uppenbar. Problemet måste angripas på flera plan alltifrån marknadsföringsfrågor och diskussioner med affärsidkare i området till kostinformation till föräldrar och barn i förskolor och skolor samt tillgång till alternativ för barnen.

Barn till överviktiga föräldrar utgör en riskgrupp, särskilt om det i familjen förekommer hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes. Oavsett om barnet är överviktigt eller ej, bör man ha särskild uppmärksamhet på dessa familjer. Familjen kan ha ett gemensamt intresse av insatser. En lämplig ålder för detta är när barnet är omkring 18 månader, och sakta skall börja följa föräldrarnas kostvanor. Fetma hos barn kan också vara en signal på missförhållanden i barnets miljö och bör därför uppmärksammas ur flera aspekter, inte bara som ett överkonsumtionsproblem.

Man bör vidare var uppmärksam på barn som får specialkost, ibland redan under spädbarnsåret. Hit hör spädbarn i familjer som är vegetarianer, inklusive ammande mödrar i sådana familjer. Hit hör också barn som av föräldrar ställs på eliminationskost för undvikande av misstänkt eller säkerställd allergi. I dessa situationer kan bristtillstånd uppstå, t ex av järn, kalk eller vitamin B 12.

Inom vissa religiösa sekter används hemmagjorda modersmjölksersättningar eller vällingar baserade på kornmjöl som är mycket äggviterika vilket kan vara skadligt för spädbarn.

Det är alltså väsentligt att man i primärvården är orienterad om vad barnet äter och om de följder som olämpliga kostvanor kan få.

4.2.6 Samhällsservice och kommersiell service

Av stor betydelse för befolkningens hälsa och välbefinnande är tillgången till social, kulturell och kommersiell service. Brister i dessa förhållanden kan indirekt skapa problem för hälso- och sjukvården genom en ökad mängd sjukdomar och symptom. En tillfredsställande service från andra samhällsorgan är dessutom en förutsättning för att vårdorganisationen skall kunna fungera tillfredsställande.

Behovet av offentlig service i olika former omfattar med varierande styrka alla åldersgrupper, men berör i särskild grad barnfamiljerna, och de äldre liksom handikappade i alla åldrar.

Barns fria utelek befrämjar motorisk utveckling och allmän kondition, utvecklar barnets kroppsuppfattning och bidrar till dess sociala anpassning. Ett samspel mellan fysisk aktivitet och näringsriktig kost har stor betydelse för hälsotillståndet senare i livet. Det är därför viktigt att man vid planeringen av områden där barn bor, tillgodoser deras behov av fysisk aktivitet och idrott. Detta är inte minst viktigt när det gäller planeringen av förskolor, fritidshem och skolor.

Handikappade och kroniskt sjuka barn kräver ofta länssjukvårdens eller regionsjukvårdens resurser för utredning och behandling. Många av dessa barns behov tillgodoses även i primärvården. Det handlar om den rutinmässiga allmänna hälsoövervakningen, föräldrautbildning, diskussioner kring "vardagssjuklighet", och barns allmänna behov och beteendeproblem, olyckfallsförebyggande insatser, barnomsorgsfrågor etc. Även om dessa barn har sin förankring vad avser handikappet inom region/länssjukvården så fråntar detta sålunda inte primärvården ett ansvar för dessa barns allmänna hälsa.

Otillfredsställande barnomsorg i lokalsamhället kan ge upphov till direkta (t ex olycksfall) och indirekta vårdbehov eftersom problem med barntillsyn och barnuppföstran påverkar hela familjens sociala situation.

Ungdomarnas specifika behov av samhällsservice hänförs till olika typer av fritids- och serviceanläggningar, men även till rådgivning och hjälp för bearbetning av relationsstörningar av skilda slag. Bristande sociala resurser för förebyggande och rehabiliterande åtgärder avseende ungdoms- och missbruksproblem innebär risker för att problemen förvärras och att behov av sjukvård så småningom uppstår.

För den förvärvsarbetande delen av befolkningen kan långa avstånd mellan bostäder och arbetsplatser vara ett besvärligt problem. Brister i samhällets service t ex beträffande kommunikationer kan t o m utesluta möjligheterna till förvärvsarbete. Särskilt utsatta riskgrupper är handikappade med rörelsehinder.

För äldre och de handikappade påverkas livssituationen i avgörande grad av sådana faktorer som avstånd till affärer, postkontor, bibliotek, sociala serviceanläggningar m m liksom tillgången till allmänna kommunikationer. Den sociala servicen ifråga om färdtjänst, matdistribution, och aktiviteter av olika slag har stor betydelse för att förebygga eller uppskjuta behov av hälso- och sjukvård.

Primärvårdens medverkan i en förbättrad samhällsplanering i här berörda avseenden kräver i första hand samarbete med primärkommunala organ som socialnämnd, skola, fritidsnämnd och kulturnämnd.

För att främja det demokratiska inflytandet i samhällsplaneringen är det också väsentligt att från primärvården ta kontakt med olika ideella organisationer och enskilda utanför den offentliga primärkommunala förvaltningen.

4.2.7 Trafikförhållanden

Primärvårdens medverkan i det lokala samhällsarbetet ifråga om trafikfrågorna faller huvudsakligen inom det skadeförebyggande området. Barn och ungdomar är ofta inblandade i cykel- och motorfordonsolyckor och primärvårdens personal kan, bl a genom noggrann registrering av kända olycksfall, bidra med underlag för trafikförbättrande åtgärder. Även här krävs samarbete med primärkommunala organ liksom med olika lekmanorganisationer, föräldrar och andra.

Bilismens ökning i tätorterna medför också andra miljöproblem t ex beträffande buller och avgaser, som i sin tur kan föranleda uppmärksamhet från primärvårdens sida.

4.2.8 Sammanfattande förslag

Inom primärvården bör – med stöd från de samhällsmedicinska enheterna – metoder utarbetas för beskrivning och analys av befolkningens hälsotillstånd inom primärvårdens geografiska upptagningsområde. En sådan hälsobeskrivning bör innehålla fyra olika dimensioner

- samhällsprofil
- hälsoriskprofil
- hälsoprofil
- vårdprofil.

Primärvårdens journalsystem bör utformas så att insamlande av data som kan utgöra underlag för hälsobeskrivningen underlättas. Verksamheten bör fortlöpande utvärderas genom att vissa bestämda hälsoindikatorer redovisas i förhållande till uppställda mål.

I syfte att främja ett offensivt hälsopolitiskt arbete bör primärvården medverka i samhällsplaneringen på flera för folkhälsan viktiga områden. Primärvårdens uppgifter är huvudsakligen att sammanställa kunskapsunderlag, informera andra samhällsorgan och organisationer och i förekommande fall lämna förslag till lösningar av aktualiserade hälsoproblem.

5 Allmänt inriktade förebyggande åtgärder

5.1 Hälsoupplysning

5.1.1 Definitioner

Hälsoupplysning uppfattas allmänt som ett medel att påverka människors beteende och attityder med avseende på levnadsvanor, t ex kost, motion, tobak, droger. Massmedia, kampanjer, spridning av informationsmaterial av olika slag och andra former för envägskommunikation har hittills dominerat hälsoupplysningsarbetet.

”Friskvård” och ”egenvård” är begrepp med nära anknytning till hälsoupplysning. Med friskvård menar man vanligen åtgärder som den enskilde själv kan vidta för att behålla eller förbättra sin hälsa. Uttrycket ”egenvård” har i debatten betecknats som en ”vårdnivå O” för tillstånd där individen eller anhöriga själva behandlar symtom eller sjukdomstillstånd.

I debatten har även det internationella begreppet ”health education” (i vårt land: ung ”hälsofostran”) tagits upp som en förebild för en mer utvecklad hälsoupplysning. Inte heller ”health education” är något entydigt begrepp, men rymmer både avancerad metodik och teori och är i många länder ett ämne för akademisk forskning och undervisning.

WHO:s definition av ”health education” är

- ”Varje kombination av planerade åtgärder, som leder till en situation, där människor önskar bli friska, vet hur de skall bli friska, gör vad de kan individuellt eller tillsammans samt söker hjälp när den behövs”.

5.1.2 Målen för hälsoupplysningen

Socialstyrelsen har formulerat ett övergripande mål för hälsoupplysningen

- ”Hälsoupplysning syftar till att åstadkomma sådana förändringar i människors beteende som förbättrar hälsan och/eller eliminerar hälsorisker. Förändringen sker genom ökade kunskaper och påverkan av attityder”.

Det övergripande målet att förändra människors beteende kan brytas ned i följande konkreta delmål

- "Att öka enskilda individers och hela gruppers faktiska kunskaper".
- "Att ge vägledning för den enskilde individens handlande".
- "Att utveckla ett ökat hälsomedvetande".
- "Att klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden".

Sammanfattningsvis kan det hävdas att hälsouppllysning behövs av följande skäl

- Kunskaper om hälsa är en rättighet för alla.

Varje människa skall kunna främja sin hälsa och har rätt att ta aktiv del i vården av sin egen hälsa. För att det skall vara möjligt behövs kunskaper om de faktorer som påverkar hälsan, om risker och om vad som kan främja hälsan.

- Debatt och opinionsbildning stimuleras av hälsoupplysningsarbetet.

Hälsouppllysning kan också väcka debatt kring aktuella problem, uppmana människor att själva handla, påverka beslutsfattare och ställa krav. Därför kan hälsouppllysning av den typen bli både kontroversiell och utmanande. Exempelvis uppfattades de bilder av unga alkoholmissbrukare, som Stockholms socialförvaltning använde i en alkoholkampanj 1980, i många fall som provocerande men gav uppenbarligen också god näring till en alkoholpolitisk debatt

- mot negativ påverkan

Kommersiell reklam och påverkan har en stark genomslagskraft både bland barn, tonåringar och vuxna. Genom sk ungdomskulturer, trender etc kan de kommersiellt påverkande attityderna utveckla och bidra till stereotypa och felaktiga uppfattningar om levnadssätt och mänskliga relationer. Hälsouppllysning kan motverka negativ påverkan av våra levnadsvanor och vara ett stöd för de grupper som är särskilt utsatta.

5.1.3 Fördelar med en förankring av hälsoupplysningen i primärvården

Hälsouppllysning skall inte ses som en isolerad verksamhet vid sidan av hälso- och sjukvårdens övriga uppgifter. Olika former av hälsouppllysning bör istället integreras i det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården. En väl utbyggd primärvårdsorganisation skapar goda förutsättningar för hälsouppllysning bl a av följande skäl

- primärvårdens personal kan nå olika kategorier av människor i vårt samhälle och möter under ett år en stor del av befolkningen
- primärvården har genom sitt breda arbetssätt (hälsovård för mödrar och barn, äldreomsorg, skolhälsovård, företagshälsovård, olika samarbetsformer med kommunala organ) möjlighet att nå människor i olika situationer
- personalen kan få praktisk kunskap och ingående erfarenhet av människors levnadsvillkor och förhållanden inom upptagningsområdet.

5.1.4 Begränsningar i hälsoupplysningsarbetet

För att uppnå ett gott resultat förutsätts kunskap om hur man påverkar människors levnadsvanor och hur hälsoupplýsning i praktiken fungerar.

En vanlig missuppfattning är att ökade kunskaper i sig ger förändrade attityder, eller att förändrade attityder leder till ökade kunskaper som till sist ger ett förändrat beteende. Om man önskar åstadkomma förändringar i människors beteende måste man emellertid vara medveten om att bättre kunskaper och förändrade attityder inte automatiskt medför förändrade vanor.

Människan är starkt beroende av sin miljö. Om exempelvis arbetskamrater, familj eller andra i den närmaste omgivningen inte stöder individens strävan att förändra sitt beteende så är det knappast troligt att hon uppnår några positiva förbättringar hur väl utbildad, motiverad eller tränad hon än är. Särskilt när det gäller våra handlingar är vi beroende av sociala normer.

Om någon har kunskaper om tobakens skadeverkningar men samtidigt upplever rökningen som avstressande och stimulerande, kan man knappast förvänta sig att ytterligare kunskaper får den personen att sluta röka.

Om en äldre nybliven änkeman, som aldrig lagat sin egen mat, både har kunskap om att han borde äta annorlunda och vill förändra sina matvanor, är det först när han får tillfälle att lära sig praktisk matlagning som han har möjlighet att förändra sitt kosthåll.

Ett förändrat beteende förutsätter alltså i regel flera moment som utbildning, attitydpåverkan och medvetandegörande likaväl som praktisk träning.

I samband med att primärvården ges ökade uppgifter inom hälsoupplýsningsarbetet måste man vara medveten om vissa speciella problem.

- Primärvården når många, men inte alla. Dess personal måste vara medveten om vad andra organ gör, och söka stödja och samarbeta med dem.
- När medicinskt utbildad personal arbetar med hälsofrågor finns en klar risk att dessa "medikaliseras", d v s man uppmärksammar inte sociala, psykologiska och andra faktorer bakom hälsoproblemen. Man inser inte alltid betydelsen av lekmanamedverkan eller människors egen förmåga att fatta beslut och ta ansvar.

5.1.5 Hälsoupplýsningens innehåll

Det allmänt inriktade hälsoupplýsningsarbetet i primärvården kan avse en stor mängd hälsofrågor. Många problemområden är generella, d v s upplýsningsarbetet bör vara av stor betydelse för befolkningen som helhet, medan andra områden har mer direkt anknytning till vissa befolkningsgruppers förhållanden.

För det första finns det anledning att uppmärksamma olika åldersgruppers behov av hälsoupplýsning och de krav på utformningen av insatserna som ställs mot bakgrund av respektive grupps förutsättningar. I planeringen av hälsoupplýsningsarbetet är det därutöver viktigt att identifiera särskilda riskgrupper och kartlägga informationsbehovens omfattning.

För primärvården gäller det att söka reda på de lokalt betingade hälsoproblem, som bör prioriteras i ett mer systematiskt hälsoupplýsningsarbete, eftersom det torde vara omöjligt att utan sådana överväganden satsa på att "informera alla om allting".

Sedan målgrupperna identifierats och konkreta mål för hälsoupplýsningsarbetet formulerats kan det vara lämpligt att genom någon form av verksamhetsplanering söka koncentrera insatserna på ett eller flera tidsbegränsade projekt, kampanjer och liknande.

Med utgångspunkt i ett hälsopolitiskt synsätt bör resurserna för hälsoupplýsning i första hand användas för de riskgrupper i lokalsamhället, som har de största hälsoriskerna och är underprivilegierade ifråga om vårdresurser och vårdutnyttjande. Riskgrupperna beskrivs närmare i HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering".

Exempel på ämnen som lämpar sig för hälsoupplýsningsaktiviteter kan vara

- aktioner mot "dåliga miljöer", ensamhet och social isolering, negativ kommersialism etc,
- risker i miljön som giftiga kemikalier, lösningsmedel, ergonomiska risker etc,
- förebyggande av sjukdomar som allergier, rygg- och ledbesvär, tandsjukdomar, psykisk ohälsa, stressreaktioner, sexuellt överförda sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar,
- egenvårdsinformation om tidiga symtom på ohälsa, individens eget ansvar, vård vid enklare åkommor, läkemedelsrisker, patientinformation vid behandlingskrävande sjukdomar o s v,
- levnadsvanornas betydelse, t ex ifråga om kost, motion, bruk och missbruk av tobak, alkohol och andra droger, personlig hygien, sömnvanor, fritidsaktiviteter,
- skador i hemmen, trafiken, fritidsmiljön, arbetsmiljön, skolan,
- graviditet och amning,
- sexualitet och könsroller, preventivmedelsinformation,
- barns utveckling och behov.

5.1.6 Former för allmänt inriktad hälsouppllysning i primärvården

Det allmänt inriktade hälsoupplysningsarbetet inom primärvården kan indelas i följande aktiviteter

- gruppriktad hälsouppllysning
- medverkan i utbildning
- information i form av affischer, utställningsmaterial, broschyrer etc, t ex i vårdcentralernas väntrum
- medverkan i massmedia, t ex lokalradio och press
- samarbete med andra organisationer.

Deltagande i grupp kan många gånger vara ett stöd för individer med likartad problematik och gemensamma ambitioner. En fördel med gruppverksamhet är att formerna för verksamheten kan varieras med t ex teoretiska moment, praktisk träning och gemensamma diskussioner kring subjektivt upplevda ohälsoproblem, attityder och levnadsvanor etc. En grupp som arbetar med positiva förändringar exempelvis beträffande matvanor, tobak, alkoholkonsumtion o s v kan själv utveckla metoder för inbördes stöd och hjälp. Gruppen blir på så sätt dynamisk och självständig och gruppledarens roll reduceras till att vid behov leda praktiska övningar och svara för information om hälsofakta m m. Sammanhållningen inom en lyckad grupp lever ofta vidare efter det grupparbetet formellt har avslutats och deltagarna kan stundom själva tjäna som "hälsoinformatörer" i sin dagliga miljö. Häringenom kan hälsofrågorna lättare föras ut i kommunen. Man kan beskriva detta som en effekt liknande "ringar på vattnet".

Primärvården kan arrangera gruppverksamhet helt i egen regi, men många fördelar ligger i samarbete med exempelvis studieförbund och frivilliga organisationer.

För att kunna erbjuda hälsoinformation åt så många som möjligt inom kommunen kan det vara nödvändigt att använda sig av uppsökande verksamhet. Det kan gälla grupper som inte själva söker, eller på annat sätt nås av samhällets service, men som har särskilda hälsoproblem eller behov.

Hälsoupplysningsarbetet för mödrar och barn är exempel på allmänt inriktade aktiviteter inom primärvården. Föräldrautbildningen i anslutning till barnets födelse kan ses som en form av uppsökande verksamhet, där man försöker nå alla blivande eller nyblivna föräldrar med bl a hälsoupplysning.

Kontakt med ungdomsgrupper, eventuellt i samarbete med skola, fritidsförvaltning, idrottsorganisationer etc är andra exempel på uppsökande aktiviteter. Eftersom levnadsvanor och livsstil grundläggs i ungdomsåren är dessa målgrupper av avgörande betydelse för ett långsiktigt offensivt hälsoarbete.

Åldrandets problem betraktas ofta som "obevekliga". Därför bedrivs hälsoupplysning och prevention relativt sällan bland de äldre. Primärvården

kan emellertid medverka till betydande reduktion av vardagliga hälsoproblem och minskad sjukvårdskonsumtion i dessa åldersgrupper.

Exempel på innehållet i hälsouppllysning bland de äldre är

- inför pensioneringen; information om förberedelser för övergången från ett yrkesaktivt liv
- information om aktiviteter, föreningsliv och service för att bryta isolering och ensamhet
- kost och motion; information i kombination med praktiska aktiviteter som matlagningskurser, pensionärsgymnastik etc
- information om "egenvård" sjukvårdsuppllysning och kunskaper om t ex läkemedelsanvändning.

Ensamstående, personer med rörelsesvårigheter och pensionärer med svåra bostadsförhållanden är särskilda målgrupper.

Alkoholskadeförebyggande arbete kan bedrivas som uppsökande verksamhet. Exempel finns på kampanjer inom arbetslivet, där primärvård och företagshälsovård samarbetar med fackliga organisationer o s v.

En offensivt inriktad primärvård kan räkna med att få förfrågningar om medverkan i studiecirklar, föredrag vid hem- och skolamöten etc. Sådana aktiviteter kan utgöra en startpunkt för lokala intresseorganisationers hälsoarbete och primärvården kan därmed bidra till att allt fler engagerar sig i hälsovården.

Utbildning kan också riktas till speciella grupper t ex beslutsfattare inom kommun och landsting, miljöombud på arbetsplatserna, studiecirkelledare o s v.

Primärvårdens personal behöver tillgång till en stor mängd informationsmaterial, som framställs på regional eller central nivå. Informationskrifter om olika hälsoproblem, broschyrer kring vardagens läkemedel, affischer och utställningsmaterial m m finns i en omfattning, som är svår att överblicka för den enskilde läkaren eller sjuksköterskan i primärvården.

En grundregel är att trycksaker av olika slag skall betraktas endast som hjälpmedel i hälsouppllysningen. De får inte ersätta den personliga kontakten i rådgivningen.

Väntrummet vid primärvårdens mottagningar används ofta för information med hjälp av trycksaker. Man måste emellertid anstränga sig för att göra informationen effektiv och intresseväckande. Tillfälliga utställningar med olika teman har bättre genomslagskraft än rutinmässigt uppsatta affischer, som kanske sitter på samma ställe år ut och år in i väntrummet.

"Hemmagjorda" utställningar utformade av primärvårdens personal, väcker ofta mer uppmärksamhet än professionellt framtaget material. Lokalt utformade bilder och affischer känns lättare igen. Exempel finns på lyckade aktiviteter där t ex skolklasser medverkar med teckningar etc.

Primärvården kan stödja skolor, föreningar och organisationer som arbetar med hälsofrågor genom att förmedla lån av filmer, diaserier, broschyrer o s v.

En särskilt inrättad "informationscentral" på det lokala planet är värdefull för systematisering och samordning av hälsouppllysningens arbetet. Kom-

munens bibliotek kan här vara en värdefull samarbetspartner, då också aktuell litteratur kan presenteras.

Primärvårdens personal kan medverka i olika massmediakampanjer. Exempel finns på medverkan av distriktsläkare i lokalradioprogram där upplysningar om vardagens egenvård och rätt utnyttjade av samhällets service och vård haft stor genomslagskraft.

Centralt utformad information i massmedia kan följas upp i primärvården på olika sätt. Erfarenheterna visar att människor ofta vänder sig till hälso- och sjukvården i omedelbar anslutning till t ex ett TV-program, ofta på grund av att en oro väckts för det egna hälsotillståndet. Primärvårdens personal har då en möjlighet att "haka på" med såväl individuellt utformad rådgivning som gruppinriktade aktiviteter inom kommunen.

I det allmänt inriktade hälsoupplysningsarbetet är det viktigt med en samordning på det lokala planet. Samordningen måste avvägas mot olika organisationers behov av integritet, självständighet och möjligheter att nå de avsedda målgrupperna. Primärvården bör inte "monopolisera" hälsoarbetet eller uppträda doktrinärt och auktoritativt.

Inom en kommun finns många samarbetspartners i hälsoarbetet. I det skadeförebyggande projektet i Falköping har man t ex haft kontakt med studieförbund, politiska partier, lokalpressen, skolan, byggnadsnämnden, fastighetskontoret, fritidskontoret, gatukontoret, socialtjänsten, brandkåren, apotek, polisen, fackföreningarna, företagshälsovård, Röda korset, handikapporganisationer, hyresgästföreningen, byggnadsföretag m fl.

5.1.7 Erfarenheter av praktiskt hälsoupplysningsarbete

I vårt land finns redan ett omfattande material som dokumenterar praktiskt utformat hälsoupplysningsarbete på landstings- och kommunnivå. I bilagan Hälsoupplysning (SOU 1984:47) beskrivs ett flertal exempel på primärvårdens hälsoarbete med utförliga litteraturreferenser.

Sammanfattningsvis kan följande erfarenheter vara värda att omnämna

- Hälsoproblem är komplexa och bör inte beskrivas enbart från medicinska aspekter utan även från psykologiska, sociala, ekonomiska och politiska.
- God hälsa förutsätter även positiva kvaliteter och hälsoarbetet innebär inte enbart att undanröja hälsorisker utan även att bidra till goda samhällsförhållanden, levnadsvillkor, miljöförhållanden och vanor.
- Varierande insatser ger bäst resultat. I regel krävs både kunskaper, attitydförändringar och praktiska färdigheter för förändrade levnadsvanor. Olika åtgärder bör samverka. Hälsoupplysning får inte begränsas till exempelvis utlämnande av broschyrer, ett gott råd etc.
- Ju tidigare desto bättre. Tidigt insatta hälsofrämjande åtgärder och primärprevention ger resultat till relativt liten kostnad. När vanor och beteenden är etablerade krävs det betydligt mer arbete för att åstadkomma förändringar.
- Hälsoupplysning inom lokalsamhället bör samordnas. Framförs motstridiga budskap kring kontroversiella frågor kan människor bli förvirrade

och passiviserade. Vidare kan alltför många aktiviteter av likartat slag bidra till informationströtthet och ointresse. Samordning kan ge utrymme för kompletterande aktiviteter med varierat utbud, information och service.

- Man måste våga experimentera. Genom praktiskt arbete kommer man underfund med vilka vägar som är utvecklingsbara, vilka personer som är villiga att samarbeta etc. Kreativitet och experimentlusta måste stimuleras och få utrymme.
- Man måste satsa ordentligt. Halvhjärtade eller begränsade försök väcker sällan något intresse.
- Utvecklingsarbete tar tid. Att utveckla preventiva aktiviteter är ett tålmodigt och långsiktigt arbete som sällan bjuder på snabba resultat.

5.1.8 Sammanfattande förslag

Primärvården bör systematiskt integrera hälsouppllysning i den dagliga verksamheten. Arbetet inleds lämpligen med en målsättningsdiskussion, där all berörd personal engageras. Lokalt betingade hälsoproblem och hälsopolitiska riskgrupper bör prioriteras och krafterna koncentreras på ett eller flera tidsbegränsade projekt, så att de för primärvården nya arbetsformerna kan prövas och successivt utvecklas. Fortbildningsinsatser krävs för den egna personalen.

Hälsouppllysning bör bedrivas i många former

- gruppaktiviteter,
- medverkan i utbildning,
- information med hjälp av affischer, trycksaker m m,
- medverkan i massmedia och
- samarbete med andra organisationer.

Särskilt viktigt är att primärvården i samverkan med andra organisationer och enskilda inriktar sig på sin roll som kunskapsförmedlare och undviker att dominera eller professionalisera hälsoupplysningsarbetet. Samarbete med andra kräver tålmod och förståelse, respekt för andras integritet och självbestämmande och en medvetenhet om sina egna begränsningar.

5.2 Familjeplanering m m

5.2.1 Bakgrund

När riksdagen antog 1975 års nya "friare" abortlag ville man samtidigt genom förebyggande åtgärder försöka förhindra att aborternas antal skulle öka. Man beslutade därför om

- ekonomisk ersättning till de huvudmän, organisationer och enskilt verksamma läkare som bedriver preventivmedelsrådgivning,

- minskning av den enskildes kostnader för preventivmedel,
- utbildning och fortbildning av personal för preventivmedelsrådgivningen, främst barnmorskor och
- information till allmänheten.

Den abortförebyggande verksamheten måste ges en helhetspräglad inriktning. Detta innebär bl a rådgivning i samlevnadsfrågor (familjerådgivning). Medverkan från hälso- och sjukvården krävs bl a för preventivmedelsrådgivningen, som skall ses som ett viktigt led i familjerådgivningen.

5.2.2 Preventivmedelsrådgivningens nuvarande omfattning

Den faktiska användningen av preventivmedel i landet har kartlagts av Statistiska centralbyrån (SCB:s "Kvinnor och barn", 1982). Det visade sig att bland svenska kvinnor i åldern 20-44 år

- 11 procent var antingen redan gravida eller kunde inte få barn av medicinska skäl,
- 4 procent försökte bli gravida,
- 17 procent hade inte något sexuellt samliv för tillfället,
- 19 procent använde p-piller,
- 17 procent hade spiral,
- 20 procent använde någon barriärmetod, d v s kondom eller pessar eller spermiedödande medel,
- 6 procent använde avbrutet samlag eller s k säkra perioder och
- 6 procent använde inte någon metod trots att de var sexuellt aktiva och inte önskade bli gravida.

I 1980 års abortkommittés betänkande (SOU 1983:31) görs en omfattande genomgång av de förebyggande åtgärdernas omfattning och av abortutvecklingen. De senaste åren har antalet aborter minskat. Efter den nya lagens tillkomst nåddes en kulmen 1980 med 35 000 aborter. 1983 utfördes 31 000 aborter. Det har skett en ganska kraftig minskning av antalet tonårsgraviditeter, men en liten ökning bland de äldre kvinnorna.

Preventivmedelsrådgivning i de offentliga huvudmännens regi bedrivs f n såväl inom primärvården som inom länsjukvården (verksamheten är i regel knuten till de gynekologiska klinikerna). Inom skolhälsovården och den vid vissa universitetsorter organiserade studerandehälsovården förekommer också preventivmedelsrådgivning.

5.2.3 Framtida utveckling

I ett framtidsperspektiv kan en dynamisk utveckling förutses inom det område som rör fertilitet och samlevnadsproblem i vidare mening. Utvecklingen berör bl a följande områden

- Forskningen inom antikceptionsområdet är för närvarande intensiv när det gäller metodutveckling och användande av redan existerande metoder. Nya rön måste omsättas i praktisk rådgivningsverksamhet.
- Ökade kunskaper och aktiviteter inom närliggande områden ställer nya krav och ger en ny belysning av preventivmedelsrådgivningen t ex beträffande nya kunskaper om de sexuellt överförbara sjukdomarna och deras risker för störningar i fruktsamheten. Preventivtekniken har stor betydelse i samband med dessa infektionssjukdomar. Ett annat område som ställer stora kunskapsmässiga och etiska krav är fosterdiagnostiken och dess samband med abortfrågan. Rådgivning vid ofrivillig barnlöshet, t ex till följd av infektioner, är ett annat viktigt område.
- Samarbetet mellan olika personalkategorier som arbetar med preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning m m måste utvecklas bättre. Det huvudsakliga arbetet kommer i framtiden att bedrivas inom primärvården och berör främst barnmorskor, allmänläkare och gynekologer. Kvinno- och kvinnoklinikerna inom läns- och regionsjukvården bör fungera som forsknings- och samordningscentra och svara för viss fortbildning m m.
- Primärvården bör inrikta sitt arbete på speciella insatser för vissa grupper i samhället. Hittills har det på många håll skett en framgångsrik satsning på s k ungdomsmottagningar. Andra grupper som har speciella behov, är invandrare och äldre kvinnor. En samordning av preventivmedelsrådgivningen med hälsoupplýsning och övrigt förebyggande arbete inom fortplantningens och familjebildningens område är möjlig inom en utbyggd primärvårdsorganisation.
- Informationen till allmänheten bör förbättras. Informationen och undervisningen i skolorna måste bringas i nivå med den lärarhandledning som utgivits av skolöverstyrelsen (Samlevnadsundervisning, SÖ, Liber förlag 1977). En rad framgångsrika projekt, användbara som modeller för framtidens informationsarbete i övrigt, har genomförts under senare år, t ex det s k Gotlandsprojektet i socialstyrelsens och dåvarande h-nämndens regi. Detta och likande projekt redovisas bl a i abortkommitténs betänkande.

5.2.4 Sammanfattande förslag

Rådgivning inom det område som berör fertilitet och samlevnadsproblem i vidare bemärkelse bör ingå som en självklar uppgift för den framtida primärvården. I takt med att primärvården byggs ut bör alltså nu existerande sårorganisationer för preventivmedelsrådgivning, abortrådgivning m m kunna avvecklas.

Primärvården bör integrera preventivmedelsrådgivningen i hälsovården för kvinnor och dessutom inrikta sig på stöd till särskilt utsatta grupper i behov av stöd och rådgivning t ex tonåringar, vissa invandrargrupper och äldre kvinnor. Verksamhetens innehåll vidgas successivt till att också omfatta rådgivning beträffande sexuellt överförda sjukdomar, rådgivning vid ofrivillig barnlöshet och samlevnadsproblem i vidare bemärkelse.

Samverkan med länssjukvården är nödvändig bl a när det gäller forsknings- och utvecklingsarbetet samt fortbildning av personalen.

5.3 Föräldrautbildning

5.3.1 Bakgrund

Insikten om behovet av en allmänt inriktad "föräldrautbildning" har ökat under 1970-talet som följd av barnfamiljernas utsatthet och isolering i det moderna samhället. Trots ökat materiellt välstånd och medicinska och tekniska framsteg har de stora förändringarna i samhälls-, arbets- och familjeliv gjort att många barn far illa och många föräldrar har svårt att svara mot de krav som ställs på dem.

Till en början såg man föräldrautbildningen som en möjlighet att lösa svåra problem i barnfamiljen och genom utbildning förhindra barnmisshandel. Barnomsorgsgruppen (BOG) fick 1971 uppdraget att utreda frågan. Under utredningsarbetet underströks alltmer den förebyggande aspekten. Man tänkte sig att föräldrautbildningen skulle stödja föräldrar i olika livsskeden, förbereda dem för föräldraskapet och öka deras förmåga att klara påfrestningar och svårigheter. BOG föreslog föräldrautbildning i olika faser: 1) kring barnets födelse, 2) till föräldrar med barn i förskoleåldern och 3) till föräldrar med barn i skolåldern.

Våren 1979 beslutade riksdagen att första fasen av den allmänna föräldrautbildningen skulle genomföras och i stort följa BOG:s förslag presenterat i betänkandet "Föräldrautbildning 1. Kring barnets födelse" (SOU 1978:5). Enligt överenskommelse mellan Landstingsförbundet och staten har landstingen åtagit sig att successivt bygga ut föräldrautbildning kring barnets födelse enligt propositionen om föräldrautbildning och föräldraförsäkring (1978/79:168).

5.3.2 Föräldrautbildningens bärande principer

- Föräldrautbildning är till för alla.
- Föräldrautbildning är inte avsedd att enbart riktas till vissa, eller speciellt "behövande" grupper av föräldrar, utan skall vara tillgänglig för alla.
- Det övergripande målet för föräldrautbildningen är att stärka föräldrar i deras föräldraskap, vilket skall åstadkommas genom delmålen.
 - Ge ökade kunskaper.
 - Skapa möjlighet till kontakt och gemenskap.
 - Skapa möjligheter till medvetenhet om och påverkan av samhälleliga förhållanden.
- Föräldrautbildning skall genomföras av ordinarie hälso- och sjukvårdspersonal i det reguljära arbetet. Föräldrautbildning är en integrerad del av arbetet och inte någon särskild eller utanförliggande verksamhet som kan läggas till eller överlåtas på andra.
- Föräldrautbildningen skall bygga på utbyte av kunskaper och erfarenheter. Föräldrautbildning bör bedrivas med ett psykosocialt arbets- eller

förhållningssätt, där psykologiska och sociala aspekter uppmärksammas i större utsträckning, och där utgångspunkten är föräldrarnas egna frågeställningar och erfarenheter.

5.3.3 Psykosocialt arbetssätt

Om man ser föräldrautbildning ur personalens synvinkel kan man definiera begreppet som en arbetsmetod, ett sätt att använda sina kunskaper på ett annat sätt än tidigare. Inom primärvården – särskilt de verksamheter som omfattar hälsovård för mödrar och barn – pågår en utveckling i riktning mot att komplettera den hittills huvudsakligen medicinskt-somatiskt dominerade vården med ökad uppmärksamhet på psykologiska och sociala förhållanden. Detta kräver andra metoder än i traditionellt sjukvårdsarbete men är inte något helt nytt. Många arbetar redan med en helhetssyn och önskar träna och vidareutveckla sin lyhördhet, förståelse och inlevelse i barnfamiljernas situation.

Inom ramen för socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt har ett antal rapporter utarbetats, som underlag för fortbildningen av den personal, som engageras i föräldrautbildning (serien "Föräldrar och barn" LIC förlag, Sthlm).

I rapporten "Att främja ett psykosocialt arbetssätt" har Inga Gustafsson och Suzanne Kaplan-Goldmann beskrivit det psykosociala arbetssättet i hälsovården för mödrar och barn på följande vis.

"Arbetssättet innebär att personalen genom ett aktivt lyssnande och genom en hållning präglad av förståelse och inlevelse ger blivande och nyblivna föräldrar möjlighet att tala om sin aktuella situation och inte minst om det normala men samtidigt komplicerade livsskede de upplever, möjliggör för föräldrarna att se med ökad medvetenhet och klarhet på sin situation, stimulerar föräldrarna att lita till egna resurser och egen förmåga att komma fram till lösningar på sina problem samt vid behov motiverar föräldrarna att söka mer omfattande hjälp".

5.3.4 Formerna för föräldrautbildning

Föräldragrupper som hålls samman från början av graviditeten över spädbarnsåret, under ledning av ordinarie personal, ger kontinuitet genom att barnhälsovården kan ta över de föräldragrupper som etableras inom mödrahälsovården.

Föräldragrupper bör träffas så många gånger att föräldrarna ges möjlighet att lära känna varandra och så att de kontakter som etableras föräldrar emellan även kan fungera utanför gruppträffarna. Föräldrarna kan få ökade kunskaper både genom erfarenhetsutbyte föräldrar emellan och genom att barnmorska respektive sjuksköterska finns med och bidrar med sina kunskaper.

En sammanhållen föräldragrupp kan samordnas med olika verksamheter under graviditet och spädbarnsår:

Psykopropylax/föräldragrupp. Psykopropylax bedrivs idag i stor utsträck-

ning inom mödrahälsovården, med vissa variationer när det gäller antal träffar, deltagare och metodik. Arbetet är inriktat på att förbereda blivande föräldrar för förlossningen och föräldraskapet främst genom att ge kunskaper, träna andning och avslappning samt att skapa trygghet och tilltro till den egna förmågan inför barnafödandet.

Gruppmottagningar. På ett flertal platser i landet provas olika former av gruppmottagningar, d v s att föräldrar samlas i grupp till de besök på barnavårdsmottagningen som förr varit individuella sjuksköterske- eller läkarbesök. Föräldrar får information och diskuterar i grupp i anslutning till vägning, undersökning m m av det enskilda barnet. Man kan på detta sätt nå målet att öka kunskaperna både genom information till föräldrar och erfarenhetsutbyte föräldrar emellan. Om gruppmottagningarna genomförs återkommande och med samma föräldrar närvarande, är det också möjligt att nå målen kontakt och gemenskap föräldrar emellan. För att fullt ut svara mot målen för föräldrautbildning bör innehållet i träffarna omfatta alla aspekter av föräldraskapet och inte enbart vara relaterat till den aktuella punktkontrollen av barnet.

Enskilda samtal. Personalen bör dela upp arbetet distriktsvis. När man arbetar med egna distrikt, har man en överblick över vilka föräldrar som deltar i föräldragrupp och vilka som inte deltar av någon anledning.

Det är då möjligt för personalen att ägna mer tid åt dessa föräldrar, så att de så långt möjligt får motsvarande information och upplysning som ges i föräldragrupperna. De måste också få möjlighet att diskutera sin egen situation i personliga samtal med sjuksköterskan.

I glesbygd med vidsträckt distrikt och få barn kan det vara svårt att bilda föräldragrupper med föräldrar som väntar barn ungefär samtidigt. Det är då nödvändigt att pröva andra arbetsformer för att nå föräldrautbildningens mål. Föräldragrupper med barn i olika åldrar kan vara en lösning. Gruppmottagningar kan användas för att kombinera graviditetskontroll, psykoprofylax, hälsokontroll eller vaccination av barn med samtal om föräldrarollen. Det är också rimligt att i glesbygd arbeta med enskilda samtal i större utsträckning än i tätort. Hembesöken i glesbygdsområden kan få en utformning som "enskild föräldrautbildning".

5.3.5 Införande av föräldrautbildning i primärvården

Det finns olika metoder när det gäller att införa föräldrautbildning i primärvård

- att starta föräldragrupper som något nytt som skall läggas till det övriga arbetet,
- bygga in föräldrautbildning i hälsovårdsarbetet genom en omstrukturering av det arbete som redan bedrivits.

Införande av föräldragrupper, utöver det arbete som redan bedrivs, innebär att man inte "stör" övriga arbetsmoment. Det gör emellertid att man blir beroende av att få ökade resurser. En omstrukturering till grupparbete kan göras till stora delar inom de resursramar som finns. Den förutsätter att man

är motiverad att ändra sina arbetsrutiner och att man är villig att också ta bort något annat arbetsmoment.

En förändring av arbetet kan inte göras efter en enda mall. Villkoren ser olika ut på olika arbetsplatser beträffande typ av mottagning, geografiskt område, befolkningssammansättning, dominerande frågeställningar och problem. En distriktssköterska i inre Jämtland eller Stockholms ytterstadsgränd har en annan arbetssituation än en barnmorska eller sjuksköterska i en storstadsförort eller i ett bostadsområde med många invandrare.

Det är viktigt att vid planeringen tänka igenom

- Vilka barnfamiljer bor i området?
- Hur ser deras situation och behov ut?
- Vilka arbetsuppgifter och resurser finns på vårdcentralen?
- Hur kan arbetet förändras för att bättre möta dessa familjers behov?

Personalens möjlighet att genomföra förändringar varierar med tidigare erfarenhet, tid och engagemang. Det är viktigt att använda hela personalgruppens samlade krafter, att arbeta tillsammans i olika konstellationer, pröva sig fram till olika arbetsformer, fråga föräldrarna vad de tycker och även låta föräldrarna ta ansvar.

En viktig förutsättning för att föräldrautbildningen skall kunna införas i primärvården är fortbildning av personalen. Socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt har särskilt haft till uppgift att analysera behovet av fortbildning och ta fram underlag för huvudmännens genomförande av denna (Socialstyrelsen Redovisar 1984:12).

Fortbildningen bör komplettera den kunskap och erfarenhet som redan finns, och hjälpa deltagarna att sätta dessa kunskaper och erfarenheter i relation till föräldrautbildningens målsättning. En alltför omfattande fortbildning kan ge deltagarna uppfattningen att de måste lära sig oerhört mycket innan de kan starta med föräldrautbildning och att deras tidigare kunskaper var helt otillräckliga.

Exempel på innehåll i fortbildningen är

- samhället och barnfamiljerna,
- psykologiska och sociala aspekter på perioden kring barnets födelse
- metodik för att nå barnfamiljerna i området.

Risken med ett innehåll som omfattar många olika teman eller delområden är att det blir splittrat och att varje område blir för ytligt behandlat. Denna fortbildning vänder sig till personer med omfattande erfarenhet, som sannolikt har större behov av fördjupning än en ytligare orientering på ett stort område.

Det väsentliga blir alltså att tillägna sig en arbetsmetodik med förankring i den egna arbetssituationen och möjlighet att bearbeta egna attityder, förväntningar och farhågor inför en förändring av arbetsmetodiken.

5.3.6 Sammanfattande förslag

Föräldrautbildning i anslutning till barnets födelse bör ingå i primärvårdens uppgifter. Arbetet skall bedrivas av den personal som har uppgifter inom hälsovården för mödrar och barn. Principerna för föräldrautbildningen, dess innehåll och arbetssätt föreslås följa de av Barnomsorgsgruppen och socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt anvisade riktlinjerna. Särskild fortbildning för primärvårdens personal och kontinuerligt stöd och handledning av personal med psykosocial kompetens är nödvändiga förutsättningar.

Samverkan krävs med länssjukvården bl a när det gäller föräldrautbildningen under graviditeten och i anslutning till förlossningen.

5.4 Hälsoövervakning

5.4.1 Inledning

Begreppet hälsoövervakning har flera betydelser. Dels kan hälsoövervakning avse det omhändertagande som sjukvården erbjuder patienter med långvariga eller kroniska sjukdomar och där vården kännetecknas av en god långsiktig kontinuitet. De förebyggande åtgärder som vidtas i dessa fall hör hemma under de individinriktade åtgärderna.

Hälsoövervakning inom ramen för de allmänt inriktade förebyggande åtgärderna innebär att individer och befolkningsgrupper aktivt erbjuds att få sina hälsoförhållanden undersökta och åtgärdade, om så behövs. Hälsoövervakning är således i princip inte beroende av att den enskilde själv tar initiativet. Individen får ett erbjudande om hälsoundersökning och har givetvis full rätt att avstå från att antaga detta.

I en hälsoövervakning kan ingå ambitionen att brett och allsidigt söka klarlägga individens hälsoförhållanden, d v s eventuella hälsorisker, sjukdomsanlag, tidiga tecken på sjukdom eller otillfredsställda vårdbehov. På grundval av eventuella sådana fynd vidtas rådgivning och andra åtgärder i syfte att stärka individens hälsosituation. En sådan hälsoövervakning kallas "allmän hälsokontroll" om man genom många samtidigt företagna medicinska undersökningar, laboratorieprov etc strävar efter att påvisa sjukdomar, som ännu inte givit klara symptom.

En hälsoövervakning kan också vara inriktad på isolerade och specifika hälsorisker eller sjukdomstecken och benämns då "riktad hälsokontroll". Exempel härpå är hälsokontroll av personer som är sysselsatta med hälsofarliga ämnen (bly, asbest etc) och cellprov från livmodertappen för att tidigt upptäcka och behandla livmoderhalscancer.

All hälsoövervakning har som yttersta syfte att den enskilde själv skall dra nytta av att delta i undersökningarna genom förbättrade hälsoförhållanden i olika avseenden. Sekundärt kan hälsoövervakningen leda till vinster för samhället genom minskade behov av sjukvård, förtidspensionering etc. Resultaten från flera hälsokontroller kan – särskilt om dessa på ett representativt sätt täcker en större befolkningsgrupp – också ge värdefull information om befolkningens samlade hälsoförhållanden. Utfallet kan då

tillgodose ett epidemiologiskt syfte och användas i hälso- och sjukvårdsplaneringen.

5.4.2 Bakgrund

Tanken att i hälsovårdsarbetet använda regelbundet återkommande medicinska undersökningar av individer för att tidigt spåra hälsorisker och sjukdomstecken och sätta in förebyggande och behandlande åtgärder är inte ny. Redan i mitten av 1800-talet gjordes banbrytande insatser för att skapa regelbunden hälsoövervakning av alla skolbarn i vårt land och skolhälsovårdens övervakning av elevernas hälsa lagfästes 1873.

Genom statsbidragsbestämmelser infördes redan under 30-talet kostnadsfri allmän hälsoövervakning av gravida kvinnor (mödrahälsovård) och barn i förskoleåldern (barnhälsovård) i landstingens hälso- och sjukvård.

I samband med utvecklingen av den diagnostiska tekniken inom olika områden av medicinen antog man under 1930- och 1940-talen att förutsättningarna också skapades för massundersökningar riktade mot hela befolkningen. Den första folksjukdom som angreps på detta sätt var lungtuberkulosen. Mellan 1945 och 1973 undersöktes över 4 miljoner personer över 10 år med så kallad skärmbild. Personer med misstänkt sjukdom togs om hand på ett systematiskt sätt vilket uppenbart – i samband med socialpolitiska åtgärder av generell natur och förbättrade behandlingsmetoder såsom effektiva antibiotika – bidrog till tuberkulosens återtåg.

Generaldirektören Axel Höjer aktualiserade 1948 förhoppningen att hela befolkningen skulle kunna erhålla periodiskt återkommande hälsokontroll av mer allmänt slag.

Under 1960-talet genomfördes olika försök med hälsokontroller i medicinalstyrelsens regi, bl a i Värmlands län. Flera huvudmän satsade också betydande resurser på hälsokontroller med varierande uppläggning. På regeringens uppdrag har socialstyrelsen genomfört en utredning angående hälsokontroller (Socialstyrelsen redovisar 1978:6).

Socialstyrelsens rekommendationer kan sammanfattas på följande sätt

- Hälsoundersökningar är endast motiverade om därav initierade åtgärder på ett gynnsamt sätt kan påverka berörd sjuklighet, dödlighet och/eller livskvalitet. Hälsoundersökningar ställer stora krav på samhällets sjukvårdsresurser framför allt ifråga om de åtgärder som måste vidtagas inom sjukvården till följd av de avvikande fynd som görs vid hälsokontrollen. I den mån sådana larmfynd är "falskt positiva" kan de leda till misshus-hållning med resurserna.
- Hälsokontroller liksom annan förebyggande verksamhet bör förankras inom primärvården i den mån de bedöms ha ett medicinskt värde. Utbyggnaden av hälsokontrollverksamheten ankommer på huvudmännen och måste anpassas till tillgången på resurser för utredning, behandling och vård.
- Vårdprogram på regional och lokal nivå ger goda möjligheter att utveckla effektiva metoder för diagnos och behandling och därmed också underlag för att bedöma vad som är möjligt och rimligt att vidtaga ifråga om förebyggande åtgärder.

- Erfarenheterna av allmänna hälsokontroller har visat att människor har svårt att fullfölja åtgärdsprogram som initieras av fynd vid hälsokontroller – särskilt vid dolda tillstånd. Utredningen ansåg därför att det borde vara bättre om primärvården regelbundet erbjuder befolkningen en viss begränsad hälsokontroll för att få underlag för bättre kontinuitet i eventuella behandlingsåtgärder vid positiva fynd. Hälsokontrollerna skulle i så fall kopplas också till individuellt anpassad hälsouppläsning.
- Genom samverkan med läns- och regionsjukvården liksom med socialtjänsten borde primärvårdens omhändertagande av särskilda riskgrupper såsom hjärt- och kärlsjuka, diabetiker och glaukompatienter förbättras. Utredningen förordade också bättre samordning av insatserna beträffande livmoderhalscancer och förutsatte att hittillsvarande hälsoövervakning för mödrar och barn skulle fortsätta.
- Mot bakgrund av expertsynpunkter som utredningen inhämtat förordades sammanfattningsvis ett begränsat hälsoövervakningsprogram för vuxna som innefattar en första kontroll vid 18 års ålder och därefter återkommande kontakter med fem års intervaller.

5.4.3 Hälsokontroller

Med hälsokontroll avses – som framgår av det föregående – medicinska undersökningar av enskilda individer i syfte att få en bedömning av hälsotillståndet och påvisa eventuella sjukdomstecken – helst i ett så tidigt skede som möjligt.

Om hälsokontrollen inriktas på att i en grupp individer söla ut personer med hög sannolikhet för att ha en sjukdom från personer med låg sannolikhet, använder man en speciell arbetsmetodik, som kallas "screening". Målsättningen vid screening är inte primärt att säkert diagnosticera en viss sjukdom, men gruppen med hög sannolikhet för att ha sjukdomen går vidare till diagnostisk utredning med användande av flera undersökningsmetoder enligt de kriterier som används i den reguljära sjukvården.

Såväl individuella hälsokontroller som screening har under senare år varit föremål för systematisk utvärdering med vetenskapliga metoder och enighet råder om vissa kvalitetskrav som måste uppställas när screeningsmetoder skall användas.

I bilaga 3 till utredningen behandlas metodfrågor och kvalitetskrav på hälsokontroller. Vidare görs en genomgång av den vetenskapliga expertisens nuvarande uppfattning beträffande möjligheterna att tidigt diagnostisera och behandla olika sjukdomstillstånd. En sådan genomgång kan givetvis endast spegla den aktuella situationen på detta vidsträckt område. Med hänsyn till den relativt snabba utvecklingen är det omöjligt att i denna rapport sätta upp detaljerade rekommendationer. Det är angeläget att primärvården ges möjligheter att fortlöpande göra kritiska analyser av metodiken inom det förebyggande området, lika väl som inom det sjukdomsbehandlande. Hälsokontroller utgör härvid inget undantag. Eftersom olika program för massundersökningar av symptomlösa individer oftast kräver stora insatser av personal och materiella resurser, är det särskilt angeläget att göra ingående kostnads-nyttanalyser innan man beslutar sig för sådana aktiviteter.

5.4.4 Överväganden beträffande hälsoövervakning och hälsokontroller

Det finns en stark tro bland allmänheten – och även hos många professionella grupper inom hälso- och sjukvården – att regelbundna läkarundersökningar och olika diagnostiska provtagningar skulle kunna ge underlag för väsentliga förebyggande och behandlande åtgärder i ett tidigt sjukdomsskede.

Mot bakgrund av tillgänglig litteratur beträffande förebyggande medicinska åtgärder i allmänhet och hälsokontroller i synnerhet, kan det konstateras att mycket litet står att vinna med allmänt utformade hälsokontroller t ex i form av anamnesformulär, läkarundersökning och laboratorieprover av olika slag. Den genomgång av screening för olika sjukdomar som redovisats i bilaga 3 visar att man för den vuxna befolkningen egentligen endast kan rekommendera riktade hälsoundersökningar avseende livmoderhalscancer och högt blodtryck.

En allmän hälsokontroll som huvudsakligen resulterar i ett antal mätvärden av kemisk och fysikalisk natur tillmäts av den undersökte ett betydligt större värde än aldrig så ingående information om olika riskfaktorer i miljön och livsföringen. Den som vid en hälsoundersökning erhållit "normalvärden" tar ofta detta som ett bevis på att talet om riskfaktorer för hans del är överdrivet och han fortsätter att leva precis som förut. Sådana hälsokontroller motverkar därför hälsoupplýsningens syften.

Allmänna hälsokontroller av vuxna – genomförda vid ett enda tillfälle eller periodiskt återkommande massundersökningar – kan mot bakgrund av ovanstående inte rekommenderas.

Mot bakgrund av primärvårdens hälsoansvar finns det däremot anledning att diskutera hur primärvården skulle kunna utforma en hälsoövervakning för vissa riskindivider och riskgrupper i befolkningen. En sådan hälsoövervakning innebär en integration av vissa sjukdomsuppspårande åtgärder och hälsoupplýsning kopplad till de fynd, som görs i samband med den medicinska utredningen. Självfallet integreras också eventuella behandlande åtgärder som vidtas med anledning av upptäckta sjukdomstecken.

Kartläggning av exempelvis kostvanor, tobaksvanor, alkoholvanor och motionsvanor liksom sociala förhållanden av betydelse för en väl avvägd hälsoupplýsning är väsentlig som komplement till en konventionellt utformad hälso- och sjukdomsanamnes samt medicinska undersökningar som är försvarbara ur preventiv synvinkel.

Enighet råder om att cellprovtagning för tidigdiagnostik av cancer i livmoderhalsen är värdefull. Primärvården bör därför svara för en systematisk riktad hälsokontroll avseende denna sjukdom genom att alla kvinnor i åldrarna 25-59 år erbjuds cellprovtagning med bestämda tidsintervall. Socialstyrelsens expertgrupp har rekommenderat tre års intervall i alla åldrar (Socialstyrelsens PM nr 1/82).

Röntgenundersökning av kvinnans bröst, mammografi, anses vara den enda metod, som är aktuell för att upptäcka tumörer i bröstet innan tumörerna är så stora att de kan kännas vid palpation. Värdet av mammografi som screeningmetod prövas f n i ett stort upplagt projekt i Kopparbergs och Östergötlands läns landsting. Det är ännu för tidigt att dra säkra slutsatser om brett upplagda hälsokontroller med mammografi är av värde.

Den sedan lång tid etablerade och väl täckande hälsoövervakningen av mödrar (foster) och förskolebarn är oomstritt av stort värde för individ och samhälle. Det är därför en central uppgift för primärvården att svara för en hälsoövervakning, som bland annat innefattar allmänt utformade hälsokontroller för samtliga individer (mödra- respektive barnhälsovårdens "basprogram") och speciell övervakning av riskgrupper bland mödrar och barn.

Inom det obligatoriska utbildningsväsendet erhåller barn och ungdomar från 7 år till 16-18 år hälsoövervakning genom skolhälsovården – huvudsakligen i form av sjuksköterskeinsatser. Det finns anledning för primärvården att samverka med skolhälsovården t ex i det skadeförebyggande arbetet och i frågor som rör hälsoupplýsning i vidare bemärkelse. Med det fastlagda ansvaret för primärkommunerna behöver primärvården dock inte gå in med någon ytterligare hälsoövervakning för denna grupp.

När företagshälsovården blivit fullt utbyggd i enlighet med företagshälsovårdsutredningens förslag, kommer den yrkesverksamma befolkningen att erhålla sin hälsoövervakning beträffande arbetsmiljörelaterade hälsoproblem genom denna gren av hälso- och sjukvården. Primärvården bör samverka med företagshälsovården såväl när det gäller hälsoövervakning som hälsoupplýsning.

För de individer inom primärvårdens upptagningsområde som av olika skäl besöker vårdcentralen kan en långsiktig kontinuitet i hälsoarbetet underlätta en hälsoövervakning, där t ex gynekologisk hälsokontroll och blodtryckskontroll med lämpliga intervall kan inrymmas utan komplicerade tekniska eller organisatoriska åtgärder. En förutsättning är dock att primärvårdens journalsystem utformas så att kontinuitet över en längre tidsperiod garanteras oavsett byten av läkare eller annan personal.

För den del av befolkningen som under en längre tidsperiod inte kommer i direkt kontakt med primärvården kan överväganden om en uppsökande verksamhet med erbjudande om kontakt med vårdcentralen övervägas. En sådan verksamhet som i princip endast bör komma ifråga för personer med särskilt stora hälsorisker, måste utformas med hänsyn till individens integritet och respekt för dennes personliga önskemål. En grundförutsättning är att förtroendet för hälso- och sjukvården inte rubbas och risk får inte finnas, att invånarna i primärvårdsområdet uppfattar personalen som samhällets kontrollanter eller förmyndare i hälsoavseende. I stället bör målet vara att vårdcentralen uppfattas som en institution som verkligen bryr sig om den enskilda människans livssituation och hälsoproblem och har resurser för att stödja och hjälpa människor i en utsatt situation.

Många människor, som inte har någon kontakt med primärvården får sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda på annat sätt t ex inom företagshälsovården eller genom privat läkarvård. Personer med långvariga och allvarliga sjukdomar är ofta omhändertagna inom länssjukvårdens öppna och slutna vård – i regel under långa tidsperioder. Primärvården bör i sådana fall genom en aktiv samverkan med länssjukvården förhålla sig avvaktande med en viss handlingsberedskap om dess tjänster behöver tas i anspråk t ex för hemsjukvård eller vid akuta situationer.

Aktuella riskgrupper som kan bli föremål för erbjudande om stöd och rådgivning i hälsofrämjande syfte är

- arbetslösa,
- förtidspensionerade,
- långvarigt sjuka,
- ensamstående pensionärer,
- vissa invandrargrupper och
- personer med missbruksproblem.

I HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" beskrivs dessa riskgrupper närmare med angivande av tillgängliga hälsodata m m.

I högre åldrar – särskilt över 75 år – blir hälsoproblem av skilda slag så vanliga, att en aktiv hälsoövervakning från primärvårdens sida kan förväntas tillgodose väsentliga behov. Primärvården bör därför organisera en mer aktiv hälsoövervakning med erbjudande om undersökning och rådgivning med bestämda intervall, som görs tätare ju äldre individen blir. Man bör kunna organisera en "äldrehälsovård" av samma typ som den traditionella mödra- och barnhälsovården. För dem som har täta och regelbundna kontakter med primärvården samordnas hälsoövervakningen med dessa besök.

Många studier har bekräftat att de äldre är högkonsumerter av sjukvård. Ett system som ger större kontinuitet och en bra kontakt med vårdcentralen i den äldres bostadsområde kan på goda grunder förväntas leda till ett minskat utnyttjande av såväl öppen som sluten vård och en större trygghet för den enskilde. Även om det är omöjligt att med befintligt underlag beträffande konsumtionen av öppen vård göra säkra ekonomiska beräkningar, kan det antagas att en systematiserad hälsoövervakning för de äldre kan innebära ekonomiska vinster för huvudmannen genom minskad sjukvårdskonsumtion i dessa grupper.

I detta sammanhang är det av intresse att erinra om att hälsoundersökningar avseende de äldre behandlades av en statlig kommitté, som 1978 avlämnade ett betänkande "De äldre och hälso- och sjukvården" (Ds S 1978:1). Det konstateras där att hälsoundersökningar av de äldre visat att såväl "underdiagnostik" som "överdiagnostik" är vanlig i de högre åldrarna. Detta beror dels på att den gamla inte själv alltid kan avgöra vilka symptom som beror på åldrandet i sig och vilka som orsakas av sjukdom, dels på att det professionella systemet inte har tillgång till säkra kriterier på vad som skiljer normalt åldrande från sjukliga förändringar. Ett exempel är behandlingen av högt blodtryck. Många gamla får både blodtrycksmediciner och hjärtmediciner på alltför vaga medicinska grunder, vilket i sin tur kan leda till icke önskvärda biverkningar (t ex yrsel). Dessutom bidrar överdiagnostiken självfallet till onödigt förhöjda läkemedelskostnader för såväl den enskilde som samhället.

Kommittén framhöll att det finns mycket som talar för att riktade hälsokontroller är motiverade i högre åldersgrupper. Kommittén förordade vidare epidemiologiska studier avseende de äldres levnadsförhållanden samt medicinska och sociala bakgrundsfakta. En sådan kartläggning kan sannolikt med fördel samordnas med socialtjänstens uppsökande verksamhet.

Utredningens rekommendationer om hälsoövervakning kopplad till hälsoupplysning och andra förebyggande åtgärder i primärvården skall ses som

riktlinjer för ett lokalt utvecklingsarbete inom primärvården. Hälsoövervakningen bör självfallet utvecklas i samarbete med angränsande verksamheter som länssjukvård, tandhälsovård och socialtjänst. Hälsoövervakningen bör utformas till att vara stimulerande och engagerande för all personal inom primärvården och får ej begränsas till tekniska procedurer, som fallet hittills varit med olika "hälsokontroller".

Beträffande innehållet i hälsoövervakningen hänvisas till bilaga 4, där vissa förslag ges om åldersanpassade åtgärder.

Det bör understrykas att här lämnade förslag till utökad hälsoövervakning inom primärvården inte innebär att läkarresurserna inom primärvården sysselsättes med sådana uppgifter som lika väl eller bättre – kan utföras av annan personal. Erfoderliga läkarundersökningar bör inte fyllas med dåligt underbyggda medicinska eller tekniska undersökningar i hälsokontrollsyfte, t ex blodkemisk "screening" av omfattande natur.

Förslaget till riktlinjer för utvecklingen av en hälsoövervakning i primärvården bör sammanfattningsvis innebära följande fördelar

- en större trygghet i vården,
- ett förtroende från allmänhetens sida,
- ökade möjligheter för primärvården att bygga upp informationssystem om hälsodata m m,
- minskad förekomst av sjukdomar och handikapp,
- minskad sjukvårdskonsumtion i form av "onödiga" läkarbesök (detta torde särskilt gälla för de äldre, som i nuvarande splittrade sjukvårdorganisation svarar för en stor andel läkarbesök i öppen vård),
- ökad jämlikhet i vårdutnyttjandet genom att otillfredsställda vårdbehov hos "vårdpolitiska riskgrupper" kan tillgodoses samt
- minskad belastning på sjukhusens öppna och slutna vård.

5.4.5 Sammanfattande förslag

En aktiv hälsoövervakning vari ingår allmänna hälsokontroller, som når alla, kan endast rekommenderas när det gäller mödrar, barn och de äldre över 75 år. Mödra- och barnhälsovård enligt nu gällande program föreslås på sikt ingå i primärvårdens ansvarsområde. Dessutom föreslås uppbyggande av ett "äldrehälsovårdsprogram" som bör erbjudas alla över 75 år.

Riktad hälsokontroll avseende livmoderhalscancer bör inom primärvården erbjudas alla kvinnor i åldrarna 25-59 år med ett intervall av 3 år.

I övrigt bör hälsoövervakning riktad på specifika hälsorisker och levnadsförhållanden, som har samband med allvarliga sjukdomar, bedrivas i anslutning till de löpande kontakter som individerna har med hälso- och sjukvårdens olika grenar. Av speciellt intresse är blodtryckssjukdomen och dess komplikationer.

Beroende på lokala behov kan primärvården överväga att erbjuda en aktiv hälsoövervakning till individer i vissa riskgrupper, som av olika skäl har inga eller få kontakter med hälso- och sjukvården. Underlag saknas f n för generella rekommendationer.

Samverkan i hälsoövervakningsarbetet förutsättes med bl a företagshälsovård, skolhälsovård, länssjukvård, tandhälsovård och socialtjänst.

5.5 Smittskyddsprogram

5.5.1 Inledning

Åtgärder för att förebygga insjuknande och genom isolering av sjuka m m hindra smittspridning är exempel på sedan länge tillämpade allmänna förebyggande åtgärder från samhällets sida. S k politilagstiftning, som i samhällets intresse medför inskränkningar i den enskildes handlande har också månghundraårig tradition inom smittskyddsområdet, eftersom man tidigt blev klar över vissa av dessa sjukdomars ödeläggande effekt på folkhälsan. De primärkommunala miljö- och hälsokydds nämnderna och sjukvården har sedan länge etablerat framgångsrik samverkan i genomförandet av olika förebyggande åtgärder.

Ursprunget till dagens primärvårdsorganisation – det statliga provinsialläkarväsendet – hade också till uppgift att på olika sätt medverka i samhällets ansträngningar att begränsa de smittsamma sjukdomarnas utbredning.

Inom den av samhället organiserade barnhälsovården har primär prevention i form av vaccinationsprogram haft stor framgång för att minska eller avskaffa svåra hälsohot för barnen som difteri, stelkramp och polio.

Allmänna förbättringar i levnadsstandarden i kombination med aktiva preventiva och terapeutiska åtgärder har medfört att infektionspanoramats i vårt land nu är ett helt annat än bara för några decennier sedan. Det fåtal fall av allmänfarliga smittsamma sjukdomar som numera inträffar har ofta "importerats" från länder med ett annat infektionsmönster, men för våra utlandsresenärer liksom för invandrare till vårt land finns möjligheten att genom vaccinationer erhålla ett gott infektionsskydd.

Inom barnhälsovård och skolhälsovård ges vacciner mot vissa infektionssjukdomar enligt rekommendationer från socialstyrelsen. Det råder enighet om värdet av dylika vaccinationsprogram, förutsatt att de med jämna mellanrum revideras mot bakgrund av det aktuella infektionsläget i landet, tillgången på effektiva vacciner m m.

För den vuxna befolkningen erbjuds möjligheter till vaccination inom såväl den offentliga vården som enskilt utövad vård. Det gäller t ex influensa och stelkramp samt infektionsprofylax i samband med utlandsresor.

I bilaga 5 redovisas nu gällande vaccinationsprogram i vårt land. Vidare beskrivs en tänkbar utveckling mot bakgrund av det aktuella läget när det gäller forskning och tillverkning av vacciner m m.

Vaccinationerna beräknas år 1977 ha kostat omkring 75 miljoner kronor, vilket motsvarar ungefär 0.2 procent av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige. Även om vaccinationerna därmed står för en mycket liten del av dessa kostnader, är deras samhällsekonomiska betydelse stor.

5.5.2 Primärvårdens uppgifter på vaccinationsområdet

Infektionssjukdomarna svarar för nära hälften av alla korttidssjukskrivningar i vårt land (Rfv 1974). Det är naturligt att primärvården mot bakgrund av sitt hälsoansvar svarar för systematiska vaccinationsprogram för såväl barnen som den vuxna befolkningen.

Det vore värdefullt för en aktiv vaccinationsverksamhet om information om givna immuniseringar samlas i primärvårdens journalsystem. Samverkan är därför nödvändig med länssjukvård och företagshälsovård liksom med privata vårdgivare. I de flesta fall tjänar patienten själv som informationsbärare, men standardiserade dokument av typ "hälsobok" eller vaccinationscertifikat skulle underlätta en angelägen datainsamling.

Kostnads-effektanalyser lämpar sig väl inom vaccinationsområdet. De kan t ex användas när man vill undersöka om vaccination blir billigare eller dyrare än att behandla sjukdomen när den inträffar. Ett annat användningsområde är identifiering av speciella målgrupper, där vaccinering kan ge stort utbyte i förhållande till kostnaderna. Med tanke på att även analysverksamheten är resurskrävande bör användningen av detta instrument dock begränsas till situationer, där man är osäker på den samhällsekonomiska lönsamheten.

För att kunna göra samhällsekonomiska lönsamhetskalkyler behövs statistiska uppgifter som någorlunda motsvarar verkligheten. Skall man analysera ett pneumokockvaccins lönsamhet när det gäller att minska förekomsten av lunginflammation måste man känna till i vilken utsträckning lunginflammation orsakas av pneumokocker. Man måste också veta hur stor sjukligheten i lunginflammation är, antal vård dagar, vård dagskostnad, produktionsbortfall etc. Bristen på tillgängliga data är tyvärr betydande när det gäller kostnaderna. Specialstudier måste därför ofta utföras för att erhålla data av den här typen.

Att en samhällsekonomisk lönsamhetskalkyl visar vinster innebär dock inte att ett beslut om ett vaccinationsprogram omedelbart medför faktiska vinster. Man måste ju bl a se till att önskvärt antal personer verkligen blir vaccinerade. Detta blir inte sällan ett dominerande problem. Man behöver bara nämna det svenska vaccinationsprogrammet mot mässling som exempel.

Många vacciner har hittills inte subventionerats av samhället trots att de kan vara samhällsekonomiskt motiverade. Enligt riksdagens beslut våren 1984 förändras reglerna för ersättning från den allmänna försäkringen till huvudmännen så att förebyggande åtgärder från den 1 januari 1985 likställs med sjukvårdande åtgärder i detta hänseende.

Utredningen föreslår att primärvården tar ansvaret för sådana vaccinationsprogram, som enligt gällande medicinsk uppfattning är effektiva och att registreringen i primärvårdens journaler och landstingens patientdatabaser möjliggör uppföljning och långsiktig kontinuitet när det gäller befolkningens immunitetsläge. Samverkan bör eftersträvas med företagshälsovård och privatpraktiserande läkare inom primärvårdsområdet liksom med infektionskliniker och andra kliniker inom länssjukvården, som sysslar med vaccinationer.

5.5.3 Sammanfattande förslag

Primärvården bör i framtiden ges ansvar för sådana befolkningsinriktade vaccinationsprogram som enligt gällande medicinsk bedömning är motiverade. Vaccinationsprogrammet inom den nuvarande barnhälsovården och skolhälsovården är exempel på sådan verksamhet.

Registreringen av vaccinationer bör systematiseras i primärvårdens journaler och landstingens patientdatabaser, så att uppföljning och utvärdering av antagna vaccinationsprogram kan göras. Kostnads-effektanalyser lämpar sig väl för detta område inom det förebyggande fältet och vaccinationsprogrammen bör utvärderas och justeras i takt med den vetenskapliga utvecklingen, tillgången på vacciner etc.

Samverkan förutsättes med företagshälsovård, enskilda vårdgivare och berörda kliniker inom länssjukvården.

6 Individinriktade förebyggande åtgärder

6.1 Inledning

Förebyggande åtgärder, som har den enskilda människans hälsosituation som utgångspunkt och anpassats till dennes förutsättningar, har gammal tradition inom hälso- och sjukvården. I allmänhet sker kontakten mellan den vårdsökande och personalen på den enskildes initiativ men uppsökande verksamhet bedrivs också av t ex distriktssköterskor och distriktsläkare.

I förarbetena till HSL framhålls att det är önskvärt att hälso- och sjukvården i större utsträckning än hittills arbetar med en orsakssökande inriktning i varje enskilt patientfall. För primärvården innebär detta bl a krav på en noggrann registrering i patientjournalen av miljömässiga och andra faktorer av betydelse för uppkomsten av sjukdomar och skador. Sådana uppgifter bör kunna läggas till grund för sammanställningar och analyser av hälsoförhållandena och inriktningen av primärvårdens förebyggande arbete i stort.

De individinriktade åtgärderna avser såväl primär som sekundär prevention. I det enskilda fallet är det oftast inte möjligt att hålla isär dessa funktioner. Oftast har patienten sökt för ett visst symtom, som i sig ger upphov till sekundärpreventiva åtgärder, men primär prevention kan aktualiseras i samband med besöket.

I de fall där primärvården bedömer att stödande och förebyggande insatser från socialtjänsten behövs, förekommer redan idag ett individinriktat samarbete. Samverkan med socialtjänsten bör dock inte begränsas till kontakter från fall till fall utan vidgas till ett mer systematiskt informationsutbyte i syfte att skapa ett bättre planeringsunderlag för vårdsektorerna. En ökad samverkan i detta avseende kommer också det individinriktade arbetet i primärvården tillgodo.

6.2 Individuell hälsouppllysning

Hälsoråd av olika slag aktualiseras ofta vid primärvårdens mottagningar liksom vid besök i patientens hem. Det kan gälla kostfrågor, fysisk aktivitet, missbruk, tobaksrökning, läkemedelsanvändning, tandhygien och allmänna hygienfrågor m m.

Barnhälsovårdsarbetet innebär bl a hälsoråd till föräldrarna beträffande betydelsen av goda levnadsvanor, kostfrågor, sömnbehov hos barn i olika

åldrar, tandhygien etc. Samarbete med förskola och skola är av stor betydelse från pedagogiska utgångspunkter i det enskilda fallet.

För ungdomar i tonåren och åren närmast därefter har en riktigt utformad hälsoupplýsning i frågor som rör samlevnad, sexualitet och därmed förknippad hygien etc stor betydelse liksom frågor om kost, tobaksrökning, alkohol och narkotika. Motionsvanor, sömnvanor och fritidssysselsättning aktualiseras också i det ungdomsinriktade arbetet. Primärvårdens personal bör uppträda som sakkunniga kunskapsförmedlare utan moraliserande attityder om man skall kunna nå ungdomarna. Här spelar naturligtvis också det goda föredömet en stor roll. Det är därför väsentligt att personalen "lever som man lär" och t ex inte röker tobak – åtminstone inte "i tjänsten".

Inom skadepreventionen har primärvården viktiga uppgifter. Förbättring av den äldre patientens bostad kan t ex avse halkskydd och stödhandtag i badrum, trösklar, dålig belysning, lösa mattor, trappor, värmekällor (t ex elkaminer), sandning av förstutrappan vintertid etc. Sådana åtgärder riktar sig alltså dels mot patientens miljö, men avser också att påverka den enskildes vanor och beteende.

Inom området infektionssjukdomar avser hälsovårdsarbetet åtgärder som individen själv kan iakttaga för att undgå smittrisk och hindra smittspridning (livsmedelshygien, undvikande av folksamlingar i "förkylningstider" etc). Åtgärder av egenvårdskaraktär ingår också i det förebyggande arbetet. Av betydelse är också information om smittskyddsfrågor inför utlandsresan, vilken kan lämnas i samband med vaccinationer.

Hälsoupplýsning är en del av arbetet inom mödrahälsovården och föräldrautbildning. Såväl gruppaktiviteter som individuell rådgivning förekommer.

6.3 Vaccinationer och skyddsläkemedel

Primärpreventiva medicinska åtgärder används sedan länge i hälso- och sjukvården. Syftet är att i det enskilda fallet stärka patientens motståndskraft mot sjukdom.

Vaccinationer – även betecknade "aktiv immunisering" – och tillförsel av immunglobuliner – "passiv immunisering" – används för att förebygga infektionssjukdomar. Numera används antibiotika eller kemoterapi (t ex vid bakteriell hjärnhinneinflammation) mer sällan i profylaktiskt syfte.

Vissa läkemedel används rent förebyggande t ex skyddsläkemedel d v s A- och D-vitaminer i barnhälsovården, vitaminer och järn till gravida kvinnor etc.

Det är en viktig uppgift för primärvården att tillhandahålla en god service när det gäller vaccinationer etc. Gammaglobulin och vacciner inför utlandsresan bör t ex kunna erhållas vid primärvårdens mottagningar utan komplicerade tidsbeställningssystem som försvårar tillgängligheten.

6.4 Hälsoundersökningar

Individuella hälsoundersökningar (hälsokontroller) företas ofta inom primärvården. För ungdomar och vuxna föranleds sådana undersökningar ofta av ett behov av ett utlåtande om hälsotillståndet t ex i samband med tillträde till en utbildning eller inför en anställning och i samband med ansökan om körkort för vissa motorfordon. Sådana undersökningar tillhör primärvårdens viktiga servicefunktioner.

Hälsoundersökningar – som till vissa delar kan delegeras från läkaren till annan personal – bör infogas i primärvårdens hälsoövervakning enligt de utvecklingslinjer som beskrivits i kapitel 5. Innehållet i och omfattningen av hälsoundersökningen i det enskilda fallet bör anpassas till de individuella förhållandena, men värdet av olika fysikaliska och biokemiska undersökningar m m måste prövas från kritiska utgångspunkter, för att undvika onödiga och resurskrävande åtgärder. En väl avvägd fysikalisk läkarundersökning, kopplad till de data om individens hälsotillstånd som kan erhållas ur primärvårdens journal har oftast ett större värde än omfattande biokemiska eller fysiologiska provtagningar.

Riktade hälsoundersökningar t ex beträffande livmoderhalscancer (cytologprov) kan kopplas till individuella besök vid vårdcentralen. Exempel finns på andra sekundärpreventiva kontroller som kan förenas med ett individuellt besök. Barnmorskan kan t ex förena en cytologisk provtagning med en riktad undersökning för att tidigt upptäcka inkontinensproblem hos kvinnor (Gunilla Holmgren: Journalen KABI-VITRUM vol 3 nr 12 1983).

6.5 Sekundärprevention vid olika sjukdomar

I samband med diagnostik och behandling av en enskild vårdsökande vidtages ofta sekundärt förebyggande åtgärder av olika slag. Exempel är infektionsprofylax för diabetiker, allergisaneringsråd för patienter med allergiska sjukdomar, olycksfallsprofylax för patienter med yrsel etc. Det skulle föra för långt att i en framställning av detta slag söka ge en heltäckande bild av alla åtgärder som är aktuella i detta sammanhang. Några förslag beträffande införande av nya rutiner i primärvården läggs inte heller i denna rapport.

6.6 Förutsättningar för individeriktad prevention i primärvården

Den individeriktade preventionen skall ses som ett komplement till primärvårdens hälsovårdsarbete, som i större utsträckning än hittills bör inriktas på samhällspåverkan och allmänna förebyggande åtgärder. Den individuella servicen är väsentlig för allmänhetens förståelse för det hälsoinriktade arbetet och för dess förtroende för personalen inom primärvården.

För att det individeriktade förebyggande arbetet skall vara framgångsrikt är följande förutsättningar väsentliga

- tillräcklig tid måste avsättas för preventiva insatser vid sidan av sjukvårdande åtgärder,
- personalen måste vara motiverad och ha tillräckliga kunskaper om prevention (fortbildning nödvändig),
- långsiktig kontinuitet genom bl a förbättrade journalrutiner,
- serviceinriktad arbetsplanering så att t ex hälsoundersökningar och vaccinationer blir lättillgängliga,
- insatser skall utformas i samråd med den vårdsökande och med respekt för dennes integritet,
- samverkan med myndigheter, organisationer och enskilda är av betydelse i många enskilda patientärenden,
- utvärdering och kritisk omprövning av arbetsplanering, metoder för prevention m m bör ske med lämpliga mellanrum.

6.7 Sammanfattande förslag

Primärvårdens individeriktade åtgärder utgör en väsentlig servicefunktion gentemot allmänheten. Förebyggande åtgärder bör integreras i det dagliga patientarbetet och ökad uppmärksamhet bör riktas på möjligheterna att koppla hälsouppllysning och hälsoundersökningar till de individuella konsultationerna.

Vaccinationer och andra förebyggande åtgärder på smittskyddsområdet bör ingå i vårdcentralernas uppgifter och allmänhetens behov av service – t ex i samband med utlandsresor – bör tillgodoses inom primärvården.

De individeriktade förebyggande insatserna bör regelbundet göras till föremål för kritisk utvärdering vad avser använd metodik, serviceorganisation m m.

7 Uppbyggnaden av det förebyggande arbetet i primärvården

7.1 Inledning

Primärvårdens förebyggande uppgifter spänner över mycket stora verksamhetsfält. Svårighetsgraden varierar också från traditionella och "vardagliga" uppgifter som redan nu utförs i varierande omfattning till nya uppgifter som kräver medverkan av personal med speciell kompetens, som saknas eller endast finns i liten utsträckning i den nuvarande primärvården.

Primärvården förutsättes också successivt ta över allt fler av de sjukvårdande uppgifterna från en omstrukturerad och koncentrerad länssjukvård. Detta kan ge upphov till kollisioner mellan förebyggande och behandlande uppgifter vid planeringen av primärvårdens verksamhet under de närmaste 10-15 åren.

Den fortsatta utbyggnaden av primärvården och en förändrad inriktning av primärvårdens arbetssätt kräver en långsiktig utvecklingsplanering i varje landsting. Denna kan lämpligen indelas i etapper. Förändringsarbetet bör dock kunna inledas redan nu, utgående från befintliga resurser samt de personalresurser vars utbildning och dimensionering nu kan överblickas.

För det första bör en målsättningsdiskussion med brett deltagande av vårdpersonal, administratörer och för primärvården ansvariga politiker stimuleras. På ett tidigt stadium bör också befolkningen engageras genom information till allmänheten och medverkan från organisationer och enskilda.

Fortbildning av den nu verksamma primärvårdspersonalen i syfte att underlätta ett nytt synsätt på hälso- och sjukvårdens uppgifter och ge det förebyggande arbetet ett konkret innehåll är en viktig del av personalplaneringen. Denna utbildning bör bedrivas jämsides med rekryteringen av ytterligare personal och "ny" kompetens.

Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården bedrivs i många olika organisationsformer. Gynekologisk hälsokontroll, preventivmedelsrådgivning, hälsokontroller för mödrar, barn och äldre bedrivs på många håll med läns- eller regionsjukhusens kliniker som ansvariga. Oftast har organisationer för det förebyggande arbetet skapats med personal särskilt avdelad för dessa uppgifter. Detta har skapat samverkansproblem och försvårat möjligheterna att arbeta med en helhetssyn.

En bred enighet råder nu om att det offensiva hälsoarbetet måste förankras i en sammanhållen primärvårdsorganisation, som har lokalsamhället (primärkommunen) som utgångspunkt. Om en helhetssyn skall kunna tillämpas

och det förebyggande arbetet ges rimliga dimensioner, bör kunskaperna om befolkningens levnadsvillkor och hälsoförhållanden byggas upp från kommun- eller kommundelnivå till landstingsnivå. Härigenom uppnås en fastare grund för den totala planeringen av landstingets hälso- och sjukvård.

7.2 Behovet av kompetens för det förebyggande arbetet

Vårdpersonalen i en väl utbyggd primärvård bör dimensioneras och utbildas för att klara av såväl förebyggande uppgifter som behandlande, rehabiliterande och omvårdande uppgifter.

Det förebyggande arbetet inriktas till stor del på "friska" personer, d v s individer utan uppenbara besvär eller symptom på sjukdom/skada, som befinner sig i en risksituation. Detta innebär inte att kravet på en god sjukvårdsutbildning blir eftersatt. Många gånger fordras ett större mått av kunskaper och erfarenhet av sjukvård för att upptäcka små avvikelser från "normaltillståndet" än vid uttalade tecken på sjukdom eller handikapp. Detta gäller t ex inom hälsovården för mödrar och barn.

Primärvårdens traditionella arbetsätt erbjuder goda möjligheter för personalen att träna förmågan att tidigt upptäcka tecken på ohälsa även hos individer som inte företer direkta sjukdomstecken.

Skillnaden mot det problempanorama man möter i sjukhusens öppna och slutna vård är påtaglig. Distriktsläkare och distriktssköterskor med erfarenhet av primärvårdsarbetet har sålunda genom sin yrkesträning goda förutsättningar att arbeta förebyggande, även om dessa aspekter tidigare varit mindre uppmärksammade i deras grund- och vidareutbildning. Numera ingår primärvårdstjänstgöring i den formella utbildningen för många personalkategorier och dessa inslag kommer att öka i takt med den fortsatta utbyggnaden av primärvården. Detta innebär att man torde kunna räkna med goda förutsättningar för en kvalitativ utveckling av det förebyggande arbetet.

Ökad satsning på forsknings- och utvecklingsarbete som i huvudsak förläggs till primärvården och integreras i vårdarbetet är en annan förutsättning för kvaliteten i vården.

Huvuddelen av distriktsläkarna i den framtida primärvården kommer liksom hittills att utgöras av läkare med vidareutbildning i allmänmedicin (allmänläkare). Det förebyggande arbetet prioriteras särskilt i allmänläkarutbildningen ("Specialistutbildning i allmänmedicin" rapport från en arbetsgrupp inom NLV:s översynsutredning – AgA – september 1980). Med nuvarande dimensionering av allmänläkarutbildningen kan man redan i början av 90-talet räkna med att allmänläkarna kan svara för väsentliga delar av primärvårdens arbetsuppgifter. Först i slutet av 90-talet beräknas det med dagens förutsättningar föreligga balans mellan efterfrågan och tillgång på allmänläkare inom primärvården.

För att vidmakthålla kvaliteten och ytterligare utveckla innehållet i hälsovården för mödrar, barn och äldre, behöver primärvården disponera den kompetens som läkare med specialistutbildning inom obstetrik/gynekologi, pediatrik respektive långvårdsmedicin (geriatrik och gerontologi) representerar.

Det ankommer på huvudmännen att utifrån lokala förhållanden och tillgång på personalresurser utforma den organisatoriska anknypningen av såväl läkare som annan personal.

I områden där primärvården inte disponerar över tillräcklig läkarkompetens inom sin egen organisation, tillgodoses behovet av läkare genom konsultmedverkan från länssjukvården. För att det förebyggande arbetet skall kunna ges tillräckligt utrymme och integreras i det behandlande arbetet krävs ett betydande engagemang från läkarnas sida. En organisation som enbart bygger på konsulter, som har sin huvudsakliga verksamhet i länssjukvården, kan innebära svårigheter att i tillräcklig omfattning få dessa läkares medverkan i det förebyggande arbetet. Särskilda samarbetsavtal och överenskommelser t ex om vårdprogram mellan primärvårdens och länssjukvårdens respektive ledningsorgan kan då vara nödvändiga för att tillförsäkra det förebyggande arbetet tillräcklig kompetens.

Distriktssköterskorna utgör en nyckelgrupp i det förebyggande arbetet. Genom sin personkänedom från den dagliga verksamheten vid mottagningen och besök i hemmen kan distriktssköterskan tillföra primärvårdens hälsoplanering betydelsefull information. Som arbetsledare i vårdlag – t ex inom äldrehälsovården – har distriktssköterskan också en viktig pedagogisk funktion i förhållande till andra personalgrupper. Distriktssköterskan kan medverka i det förebyggande arbetet såväl vad avser samhällsriktade insatser som allmänna program för hälsoövervakning och hälsoupplýsning och individriktad prevention. Distriktssköterskor kan efter viss fortbildning ges ett ökat ansvar t ex för hälsoupplýsning och individriktad hälsoövervakning, speciellt för de äldre. Exempel finns från Skaraborgs läns landsting där vissa av distriktssköterskorna utbildats till "hälsoinformatörer" och givits specifika ledande funktioner i det lokala hälsoarbetet.

Andra sjuksköterskor – t ex vid vårdcentralernas läkarmottagningar och vid sjukhemmen – har också förebyggande uppgifter som kan ges ett ökat utrymme genom en lokalt anpassad fortbildning. De "allmänsjuksköterskor" som nu utbildas i relativt stor omfattning, kommer att utgöra ett tillskott till primärvårdens personal.

Det är viktigt att framhålla att primärvårdens samverkan med andra verksamheter som skolhälsovård och företagshälsovård inte bara berör läkarna inom respektive vårdorganisation. Det kan t ex vara lämpligt att sammanföra sjuksköterskorna inom kommunen i gemensamma utbildningsaktiviteter, målsättningsdiskussioner och planeringsförberedelser.

Barnmorskan i primärvården har – liksom distriktssköterskan – många självständiga arbetsuppgifter inom det förebyggande området. Hälsovården för mödrar och barn innefattar för barnmorskans del moment som föräldrautbildning, preventivmedelsrådgivning och hälsoupplýsning (t ex frågan om alkohol under graviditeten). Hälsoövervakning av blivande och nyförlösta mödrar och riktade kontroller beträffande livmoderhalscancer och bröstcancer (utbildning i självundersökning) är andra uppgifter för barnmorskan. I den utbyggda primärvården bör barnmorskornas erfarenheter av kvinnors och barnfamiljers levnadsvanor och miljöförhållanden tas till vara. Barnmorskan bör sålunda på samma sätt som distriktssköterskan medverka i det samhällsriktade förebyggande arbetet.

Undersköterskor är en för den fortsatta utbyggnaden av primärvården

viktig personalgrupp. I det förebyggande arbetet läggs många uppgifter (t ex inom hemsjukvården) på undersköterskor och deras erfarenheter av och kännedom om levnadsvanor och miljöförhållanden bör tas tillvara i hälsoarbetet. Det individinriktade omvårdnadsarbetet innehåller många moment av hälsouppläsning och praktisk träningshjälp, t ex när det gäller de äldres kostfrågor och olycksfallsförebyggande åtgärder.

En utbyggd primärvård måste ha tillgång till den specifika kompetens som sjukgymnasten besitter. Sjukgymnasten arbetar självständigt med såväl förebyggande som bedömande och behandlande uppgifter. Såväl i det samhällsinriktade som det individinriktade förebyggande arbetet har sjukgymnasten väsentliga uppgifter. I en integrerad primärvårdsorganisation bör sjukgymnaster kunna ges självständiga uppgifter t ex när det gäller att förebygga skador, ergonomisk kartläggning av bostads- och arbetsmiljöer, hälsouppläsning och gruppaktiviteter inriktade på gymnastik, motion och idrott.

Vid sidan av sjukgymnaster är arbetsterapeuter en viktig personalgrupp som hittills inte utnyttjas i full utsträckning i primärvården. Huvuduppgifterna för arbetsterapeuter är habilitering och rehabilitering av handikappade och långvarigt sjuka. Arbetsterapi utgår från en helhetsbedömning av människans situation i förhållande till boende, arbete och fritid. Målet är att utveckla den enskildes möjligheter att fungera optimalt. Behandlingen anpassas till individens behov och förutsättningar och kan omfatta träning, kompensation av handikapp, undervisning, information, sociala kontakter m m. I arbetsterapiens grundsyn ingår att individen själv skall vara aktiv och arbeta för sin hälsa. Aktiviteter och sysselsättning har i sig stor betydelse för hälsa och välbefinnande och arbetsterapi är av stor betydelse för att förebygga utvecklingen av handikapp. Arbetsterapeutens medicinska, psykosociala och tekniska kunnande bör därför utnyttjas i det förebyggande arbetet. Hälsouppläsning och undervisning för aktuella patientgrupper är väsentliga inslag i arbetet. Bland de individinriktade åtgärderna märks bl a undervisning i ledskydd för reumatiker och andra ledsjuka. En annan viktig uppgift är ergonomisk kartläggning och rådgivning, d v s information om lämpliga arbetsställningar, rationella arbetsmetoder och praktiska s k trick för handikappade, långvarigt sjuka, äldre och deras vårdare. ADL-träning, utprovning av hjälpmedel och instruktion i deras användning ingår också i uppgifterna. Många av dessa uppgifter kan även utföras av en sjukgymnast. Anpassning av bostaden, arbetsplatsen eller skolmiljön syftar till att minska skadliga miljöpåfrestningar. Kontakter och samtal med ensamma och utslagna människor är viktiga inslag i arbetet med att bryta ett passiverande livsmönster och förebygga social och psykisk isolering.

Behovet av psykologisk och social kompetens i den framtida primärvården framgår bl a av de utökade insatser på det förebyggande området som primärvården förutsätts utföra. Om det samhällsinriktade arbetet skall bygga på en helhetssyn där även psykologiska och sociala aspekter skall vägas in, skulle tillgång till psykologisk och social kompetens innebära en kvalitetsförbättring. Även för utformningen av primärvårdens individinriktade arbete är denna kompetens av betydelse. Föräldrautbildningen i anslutning till barnets födelse, rådgivning och hälsoövervakning för barn och ungdom är exempel på viktiga områden där personal med kvalificerad beteendeveten-

skaplig kompetens kan göra en betydande insats. Många landsting har under senare år inrättat tjänster för psykologer inom barnhälsovårdens och föräldrautbildningens ram. Andra landsting tillgodoser behovet genom samverkan med primärkommunerna.

Många av de förebyggande uppgifter som beskrivs i rapporten kräver annan kompetens än den som hittills har varit möjlig att bygga upp inom primärvården. Som exempel kan nämnas kompetens för det samhällsinriktade arbetet, statistisk och epidemiologisk kompetens för kartläggnings- och planeringsarbete, pedagogisk kompetens för utveckling av hälsoupplýsning- och teknisk kompetens för ett fördjupat miljöinriktat arbete, t ex inom företagshälsovård vid små arbetsplatser. Den nya lagstiftningen ställer krav på såväl huvudmännen som ansvariga utbildningsmyndigheter att utveckla denna kompetens och därmed stärka de förebyggande insatserna. Utbildningsbehoven behandlas närmare i HS 90:s underlagsstudie "Personal för framtidens hälso- och sjukvård".

En huvudprincip bör vara att frågor i samband med utbildningsaktiviteter, utvecklings- och planeringsarbete etc löses genom samverkansöverenskommelser med närliggande områden som socialtjänst, miljö- och hälsovårdsnämnd, skolförvaltning, landstingens samhällsmedicinska enheter samt länsjukvården.

För att ge förutsättningar för primärvårdsutvecklingen bör en eller flera "utvecklingsvårdcentraler" tillskapas inom varje landsting. Erfarenheterna från sådana centraler kan föras ut till samtliga primärvårdsområden sedan verksamheten utvärderats och i takt med att tillräckligt många fått utbildning för de nya uppgifterna. Forsknings- och utvecklingsarbetet kan sålunda bedrivas med utvecklingsvårdcentraler som bas och med erforderligt stöd från bl a socialmedicinska och allmänmedicinska institutioner inom högskolan. Denna utveckling har redan påbörjats i flera landsting.

Det är också viktigt att de samhällsmedicinska enheterna inom varje landsting ges erforderlig kompetens för att kunna stödja primärvårdens utveckling.

Exempel finns från Skaraborgs läns landsting där en central hälsovårdsenhet sedan mer än tio år svarat för utvecklingsarbetet och stöd till primärvården. I detta landsting har man inrättat särskilda tjänster för hälsoplanerare för att stärka primärvårdens kompetens i det förebyggande arbetet.

7.3 Arbetsfördelning

Samtliga befattningshavare i primärvården förutsättes, som nämnts i det föregående, i större eller mindre grad medverka i det förebyggande arbetet. Omläggningen av verksamhetens inriktning måste ses som en utvecklingsprocess som tar tid och arbetsfördelningen utformas lokalt efter tillgängliga och nytillkommande resurser. I föreliggande utredning är det inte möjligt att ange annat än vissa övergripande principer för arbetsorganisationen. Ett betydande utvecklingsarbete pågår sedan flera år i många primärvårdsområden och erfarenheter av olika organisationsmodeller har tagits till vara av Spri och bl a redovisats i ett antal rapporter under 1983.

För att sätta igång en förändringsprocess av här skisserat slag är det väsentligt att olika grupper av personal eller enskilda befattningshavare ges ett "utvecklingsansvar" för olika delar av det förebyggande arbetet. Tillräcklig tid måste avsättas för sådant arbete, som erfarenhetsmässigt kräver sökande efter information, insamlande av data, kontakter med andra organisationer och enskilda och i många fall även extern fortbildning.

All personal bör medverka i de grundläggande målsättningsdiskussionerna och planeringen av arbetet. En viktig förutsättning för detta är – som tidigare påpekats – att hälsoarbetet får en legitimitet jämförlig med det sjukvårdande arbetet.

En områdesanknytning av viss personal i "vårdlag", "områdesgrupper" eller liknande, ger goda möjligheter för en systematisk uppbyggnad av kunskaper om befolkningens hälsoförhållanden.

Erfarenheterna av olika former av arbetsfördelning mellan distriktsläkarna medger flera säkra rekommendationer. Det bör vara en uppgift för Språ att tillsammans med Landstingsförbundet och socialstyrelsen uppmärksamt följa utvecklingen på området. I rapporten "Primärvårdens organisation" (Språ rapport 147/1983) redovisas hittillsvarande erfarenheter ingående.

7.4 Primärvårdens journalsystem

De i denna rapport föreslagna förebyggande uppgifterna inom primärvården innebär krav på förbättrad datainsamling inom primärvården. Rutinerna bör anpassas för att möjliggöra en hälsoövervakning av primärvårdens befolkning i alla åldersgrupper, speciellt barn och äldre.

Landstingens patientdatabaser förutsättes bli uppbyggda inte bara med uppgifter från sjukhusens slutna vård, utan även med information från öppen vård inom primärvården och länssjukvården. Den datatekniska utvecklingen kommer i framtiden att göra det möjligt för primärvården att på ett helt annat sätt än för närvarande samla information om hälsosituationen för befolkningen inom dess område, vårdkonsumtion m m. Dessa och andra datatekniska frågor prövas för närvarande inom det sk DASIS-projektet (Datorstött informationssystem i sjukvården).

För att skapa underlag för de samhällsinriktade åtgärderna och ge möjligheter till utarbetande av lokala hälsobeskrivningar bör journalerna bl a innehålla uppgifter om

- yrkestillhörighet
- arbetsmiljön
- sysselsättning (ev arbetslöshet)
- boendemiljön
- fritidsmiljön
- yttre miljö
- socioekonomiska data
- levnadsvanor, tobak, alkohol m m.

7.5 Behovsbaserad resursfördelning

Utgångspunkten för personaldimensionering och fördelning på olika distrikt etc har hittills byggts på principer som uttryckts med mått som "antal inv/tjänst" – med viss korrigering för befolkningens åldersammansättning – eller antal besök/läkartjänst (prestationsbaserad planering).

En behovsbaserad resursfördelning innebär att primärvårdens personal dimensioneras med utgångspunkt i konstaterade skillnader mellan olika områden ifråga om geografiska förhållanden, socioekonomiska faktorer, hälsorisker i miljön o s v. Bostadsområden med många och "tunga" hälsoproblem kommer med en sådan planeringsmetodik att få större personaltäthet än områden med färre hälsoproblem. I storstadsområdena finns t ex stora skillnader mellan olika stadsdelar och mellan förortsområden av olika karaktär. De skillnader ifråga om vårdresurser som finns, accentueras ytterligare av att områden med tung medicinsk och social problematik i regel är mindre attraktiva för vårdpersonalen. I Stockholms läns landsting är t ex distriktsläkarvakanserna betydligt större i de södra förortsområdena än i de norra, bl a beroende på sådana förhållanden. Det är också välkänt att tjänster i glesbygd distrikt i regel är mindre attraktiva än i tätort distrikt.

Huvudmännen kan i stortadsområdena ta hänsyn till det totala vårdutbudet inklusive privatläkarvård och företagshälsövård, och har därigenom möjlighet att koncentrera primärvårdens resurser till i primärvårdshänseende underförsörjda områden. Överenskommelsen mellan staten och huvudmännen om vissa ersättningar till huvudmännen m m som resulterat i regeringens prop 1983/84:190 medför ökade förutsättningar för en planering som tar hänsyn till det totala utbudet av hälso- och sjukvård i sjukvårdsområdet.

Underlag och modeller för behovsbaserad planering beskrivs ingående i HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering".

7.6 Prioriteringar i hälsoarbetet

Primärvårdens ansvar för det förebyggande arbetet innebär åtgärder avseende samtliga de stora folkhälsoproblem som behandlas i HS 90-arbetet (se kapitel 2 i denna rapport). Det skulle vara en alltför omfattande uppgift för primärvården att på en gång gripa sig an alla dessa frågor. Hälsoarbetet måste utgå från en kartläggning av hälsoförhållandena inom landstinget och skillnaderna mellan olika kommuner och kommundelar. Därefter måste man göra prioriteringar och sätta upp realistiska mål för verksamheten.

Exempel på problemområden som behandlas i HS 90 och därtill kopplade förebyggande åtgärder inom primärvården är

Hjärt- och kärlsjukdomar: Hälsouppllysning beträffande kost, motion, tobak och alkohol, hälsoövervakning speciellt beträffande högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar hos de äldre. Se även HS 90-rapporten "Att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar".

Psykisk ohälsa: Hälsouppllysning – speciellt till ungdomsgrupper – angående alkohol och droger, föräldrautbildning, hälsoövervakning av

mödrar och barn med särskild uppmärksamhet på tidiga tecken på allvarliga relationsstörningar och beteenderubbningar, hälsoövervakning för de äldre, depressions- och suicidprofylax m m.

Rörelseorganens sjukdomar: Bevakning av arbets- och bostadsmiljö, hälsouppllysning beträffande kost och motion, funktionsträning, "ryggskola" och likande gruppaktiviteter m m.

Tumörer: Hälsouppllysning beträffande tobak, miljöinriktade insatser inom arbetslivet etc, riktade hälsokontroller beträffande livmoderhalscancer och bröstcancer.

Skador: Hälsouppllysning om att förebygga skador, miljöinriktade åtgärder beträffande trafikmiljön, de äldres bostäder o s v, rapportering till miljö- och hälsoskyddsnämnden över inträffade skador och tillbud, föräldrautbildning beträffande barnolycksfall m m. Se även HS 90-rapporten "Att förebygga skador".

Andningsorganens sjukdomar: Hälsouppllysning angående tobaksrökning, allergisanering i miljön, infektionsprofylax, egenvårdsråd etc.

Infektionssjukdomar: Hälsouppllysning, rådgivning angående sexuellt överförda sjukdomar, vaccinationer etc.

Avgörande för prioriteringen är bland annat de egna resurserna och den kompetens som finns inom primärvården. Vidare måste överväganden göras rörande problemens storlek och möjligheterna att uppnå positiva resultat. Insatserna bör med utgångspunkt i HSL:s målsättning i första hand riktas mot de hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper, som finns inom primärvårdsområdet.

Om t ex hälsouppllysningaktiviteter av olika slag utformas så att man främst når de redan välutbildade, resursstarka och "motiverade" grupperna inom befolkningen finns risk för att de verkligt behövande inte nås av det förebyggande arbetet. Primärvården bör i stället utforma insatserna så att i första hand de svaga grupperna engageras, får möjlighet att förbättra sina kunskaper och öka sitt hälsomedvetande. Detsamma gäller programmen för hälsoövervakning och primärvårdens medverkan i samhällsplaneringen.

Exempel på hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper är ensamboende, lågutbildade, arbetslösa, långvarigt sjuka och handikappade, invandrare, enförälderfamiljer och flerbarnsfamiljer. Förebyggande insatser, som riktas speciellt till dessa grupper, kan kombineras med generellt utformade insatser och samverkan med andra myndigheter, organisationer och enskilda i syfte att medverka i samhällsplaneringen och förbättra levnadsvillkor och hälsotillstånd för hela befolkningen.

8 Sammanfattning av utredningens förslag

8.1 Inledning

Föreliggande utredning om primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet har genomförts med tanke på ett relativt långt tidsperspektiv. Förslagen innefattar dels konkreta förebyggande åtgärder som redan nu bedrivs inom primärvården. Vissa verksamheter som nu bedrivs inom särorganisationer i landstinget eller vid länssjukvårdens kliniker föreslås på sikt överföras till en utbyggd primärvårdsorganisation. Dels föreslås nya verksamheter, som inte kan förutsättas vara fullt utbyggda förrän vid mitten av 90-talet. Hit hör t ex primärvårdens epidemiologiskt inriktade arbete och en systematisk medverkan i samhällsplaneringen.

Utredningens förslag syftar främst till att ange färdriktningen för ett offensivt hälsoarbete förankrat i primärvården. Rapporten kan utgöra underlag för landstingens långsiktiga planering och genomförande av intentionerna i den nya hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Den föreslagna inriktningen på förebyggande åtgärder kan emellertid påbörjas redan nu i landstinget. Utredningens förslag bör få konsekvenser även för den påbörjade omstruktureringen av länssjukvården och utbyggnaden av primärvården. Vidare påverkas utbildningsplaneringen för olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården. För medellånga och långa vårdutbildningar måste grunderna redan nu klarläggas om effekter skall nås på 10-15 års sikt. Stor betydelse har också landstingens egen fortbildning av personalen inom primärvården och den kompletteringsutbildning av delar av länssjukvårdens personal, som kan bli nödvändig.

Om hälso- och sjukvården skall kunna tillföra samhället något utöver vad den traditionella vården kan erbjuda, måste hälsoarbetet ha en dubbel infallsvinkel

- Individinriktad verksamhet
- Befolkningsinriktad verksamhet.

Utöver det sedvanliga patientperspektivet behöver primärvården sålunda arbeta med en epidemiologisk ansats. Denna ställer i sin tur krav på kunskaper om hälsorisker, sjuklighet, dödlighet m m i den befolkning som skall betjänas.

För att kunna utföra ett offensivt hälsoarbete måste primärvården ges tillräckliga resurser och stötts från landstingens samhällsmedicinska enheter liksom från länssjukvården. Primärvården blir därigenom strategiskt viktig

för genomförande av hälsopolitiska beslut. En förutsättning är att de förebyggande insatserna ges en legitimitet jämförlig med de sjukvårdande. Personalen måste få ett starkt stöd i detta arbete från politikerna.

Primärvårdens engagemang i det förebyggande arbetet kan karaktäriseras på följande sätt

- observera
 - registrera
 - analysera
 - dokumentera
 - agera
- hälsouppllysning
 - hälsoövervakning
 - samhällspåverkan.

En konkret beskrivning av de förebyggande åtgärderna kan utgå från följande indelning

- samhällsinriktade förebyggande åtgärder
- allmänt inriktade förebyggande åtgärder
- individinriktade förebyggande åtgärder.

8.2 Samhällsinriktade förebyggande åtgärder

Primärvården bör utarbeta lokala hälsobeskrivningar, som omfattar följande dimensioner

- Samhällsprofil
- Hälsoriskprofil
- Hälsoprofil
- Vårdprofil.

Ett betydande utvecklingsarbete krävs för att på sikt skapa tillfredsställande underlag för sådana hälsobeskrivningar och primärvården bör kunna påräkna medverkan från landstingens samhällsmedicinska enheter, vilka i sin tur behöver stöd från den nationella nivån för utveckling av statistiksystem, modeller för intervjuundersökningar m m.

Primärvårdens uppgift blir i första hand att svara för insamling av data, som kan fångas på lokal nivå och genomföra lokala intervjuundersökningar, epidemiologiska projekt m m. Journalsystemen inom primärvården bör utformas med sikte på att underlätta detta arbete.

Planeringen av hälso- och sjukvårdens egen verksamhet bör inriktas på befolkningens behov och ha de lokala hälsobeskrivningarna som en utgångspunkt. Primärvården bör fortlöpande genomföra utvärderingar av genomförda insatser i relation till uppställda mål.

I syfte att främja ett offensivt hälsopolitiskt arbete bör primärvården medverka i samhällsplaneringen och på det lokala planet samverka med kommunala myndigheter, organisationer och enskilda. Områden som berörs

i detta samhällsinriktade arbete är smittskydd, boendemiljön, arbetslöshet, arbetsmiljön, livsmedels- och nutritionspolitik, samhällservice och kommersiell service samt trafikmiljön i lokalsamhället.

8.3 Allmänt inriktade förebyggande åtgärder

Hälsoupplysningarbetet förankras i primärvården och ges en offensiv inriktning. Hälsoupplysningen skall inte ses som en isolerad arbetsuppgift, utan bör integreras i den dagliga verksamheten. Arbetet inleds lämpligen med en målsättningsdiskussion, där all berörd personal engageras. Lokalt betingade hälsoproblem och speciella målgrupper prioriteras och krafterna koncentreras på ett eller flera tidsbegränsade projekt så att de för primärvården nya arbetsformerna kan prövas och successivt utvecklas. Fortbildning krävs för att primärvårdens personal skall kunna bedriva en aktiv hälsoupplysning. Det är väsentligt att primärvården i sin samverkan med andra organisationer och enskilda inriktar sig på sin roll som kunskapsförmedlare och undviker att dominera eller professionalisera hälsoupplysningsarbetet. Samarbete med andra kräver alltid tålamod och förståelse, respekt för andras integritet och självbestämmande samt medvetenhet om egna begränsningar.

Rådgivning inom det område som berör fertilitet och samlevnadsproblem i vidare bemärkelse, bör ingå som en självklar uppgift för den framtida primärvården. I takt med att primärvården byggs ut bör alltså nu existerande sårorganisationer inom den offentliga vården för preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning m m kunna utvecklas. Primärvården bör integrera preventivmedelsrådgivning i hälsovården för kvinnor och dessutom inrikta sig på stöd åt särskilt utsatta grupper i behov av stöd och rådgivning, t ex tonåringar, vissa invandrargrupper och äldre kvinnor. Verksamhetens innehåll vidgas successivt till att också omfatta rådgivning beträffande sexuellt överförda sjukdomar, rådgivning vid ofrivillig barnlöshet och samlevnadsproblem i vidare bemärkelse.

Föräldrautbildning i anslutning till barnets födelse bör ingå i primärvårdens uppgifter. Arbetet skall bedrivas av den personal som har uppgifter inom hälsovården för mödrar och barn.

Principerna för föräldrautbildningen, dess innehåll och arbetssätt föreslås följa de av Barnomsorgsgruppen och socialstyrelsens föräldrautbildningsprojekt anvisade riktlinjerna. Nödvändiga förutsättningar är fortbildning av personalen inom primärvården och stöd och handledning från personal med psykologisk och social kompetens.

En aktiv hälsoövervakning, som når alla, vari inbegripes allmänna hälsokontroller kan endast rekommenderas när det gäller mödrar, barn och de äldre över 75 år. Mödra- och barnhälsovård enligt nu gällande program föreslås på sikt ingå i primärvårdens ansvarsområde. Dessutom föreslås uppbyggande av ett "äldrehälsovårdsprogram" som bör erbjudas alla över 75 år. Riktad hälsokontroll avseende livmoderhalscancer bör inom primärvården erbjudas alla kvinnor i åldrarna 25-59 år med ett intervall av 3 år. I övrigt bör hälsoövervakning riktad på specifika hälsorisker och levnadsförhållanden som har samband med allvarliga sjukdomar bedrivas i anslutning till de löpande kontakter som individerna har med hälso- och sjukvårdens olika

grenar. Av speciellt intresse är blodtryckssjukdomen och dess komplikationer. Beroende på lokala behov kan primärvården överväga att erbjuda en aktiv hälsoövervakning till individer i vissa riskgrupper, som av olika skäl har inga eller få kontakter med hälso- och sjukvården.

Primärvården bör ges ansvar för sådana befolkningsinriktade vaccinationsprogram, som enligt gällande medicinsk bedömning är motiverade. Vaccinationsprogrammen inom den nuvarande barnhälsovården och skolhälsovården är exempel på sådan verksamhet.

Registrering av vaccinationer bör systematiseras i primärvårdens journaler och landstingens patientdatabaser, så att uppföljning och utvärdering av antagna vaccinationsprogram kan utföras. Kostnads-effektanalyser lämpar sig väl för detta område och vaccinationsprogrammen bör utvärderas och justeras i takt med den vetenskapliga utvecklingen, tillgången på vacciner m m.

8.4 Individinriktade förebyggande åtgärder

Primärvårdens individinriktade åtgärder utgör en väsentlig servicefunktion i förhållande till allmänheten. Liksom hittills bör denna verksamhet organiseras med utgångspunkt i primärvårdens huvudprinciper om lättillgänglighet och kontinuitet. Förebyggande åtgärder bör integreras i det dagliga patientarbetet och ökad uppmärksamhet riktas på möjligheterna att koppla hälsouppllysning och hälsoundersökningar till de individuella konsultationerna.

Vaccinationer och andra förebyggande åtgärder på smittskyddsområdet bör ingå i vårdcentralernas uppgifter och allmänhetens behov av service – t ex i samband med utlandsresor – bör tillgodoses inom primärvården.

För att det individinriktade förebyggande arbetet skall vara framgångsrikt är följande förutsättningar väsentliga

- tillräcklig tid måste avsättas för prevention,
- personalen måste vara motiverad och ha tillräckliga kunskaper om prevention,
- långsiktig kontinuitet bli genom förbättrade journalrutiner,
- serviceinriktad arbetsplanering så att t ex hälsoundersökningar och vaccinationer blir lättillgängliga,
- insatserna skall utformas i samråd med den vårdsökande och med respekt för dennes integritet,
- samverkan med myndigheter, organisationer och enskilda är av stor betydelse i enskilda patientärenden,
- utvärdering och kritisk omprövning av arbetsplanering, metoder för prevention m m bör ske med jämna mellanrum.

8.5 Uppbyggnaden av det förebyggande arbetet i primärvården

Den fortsatta utbyggnaden av primärvården och en förändrad inriktning av primärvårdens arbetssätt kräver en långsiktig utvecklingsplanering i varje landsting. Förändringsarbetet kan inledas redan nu med utgångspunkt i

befintliga resurser. En målsättningsdiskussion bör stimuleras och denna bör engagera all personal inom primärvården, administratörer och politiker, företrädare för andra samhällssektorer samt organisationer och enskilda.

Fortbildning av den nu verksamma primärvårdspersonalen krävs för att ett nytt synsätt på hälsofrågorna och de förebyggande insatserna skall få genomslagskraft.

Det förebyggande arbetet ställer krav på kompetens, som redan idag finns i primärvården men behov finns även av kompetens som det tidigare saknats underlag för att engagera i primärvården. Läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor är yrkesgrupper som var och en har specifik kompetens som kan utnyttjas i det förebyggande arbetet. Vidare krävs tillgång till social, psykologisk, statistisk, epidemiologisk, teknisk och pedagogisk kompetens.

Det ankommer på varje huvudman att besluta om den organisatoriska anknypningen av såväl läkare som annan personal. Frågor om lämplig fördelning av arbetsuppgifter och ansvar för primärvårdens förebyggande arbete avgörs likaså av respektive huvudman.

En behovsbaserad planering, som tar sin utgångspunkt i HSL:s krav på god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, innebär att personalen i primärvården dimensioneras och fördelas inom primärvårdsområdet efter andra grunder än vid tidigare resurs- och prestationsbaserad planering. Underlag och modeller för en behovsbaserad planering beskrivs i HS 90-rapporten "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering".

Primärvårdens ansvar för det förebyggande arbetet innebär åtgärder inom alla de områden som betecknas som stora folkhälsoproblem i HS 90. Eftersom det är omöjligt att på en gång ta sig an alla dessa problem måste prioriteringar göras med utgångspunkt i lokalt upprättade hälsobeskrivningar, tillgängliga resurser och faktiska möjligheter att nå uppställda mål för verksamheten. I första hand bör primärvården koncentrera sina insatser på hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper enligt de grunder som anges i HS 90. Förebyggande insatser som riktas till dessa grupper kombineras med samhällsinriktade och allmänt inriktade åtgärder i samverkan med andra myndigheter, organisationer och enskilda.

Individinriktade förebyggande och behandlande åtgärder kommer även i den framtida primärvården att vara viktiga uppgifter, men mot bakgrund av det faktum att samhällsinriktade och allmänt inriktade förebyggande åtgärder minskar behovet av stödjande och behandlande insatser för den enskilde, bör primärvårdens insatser alltmer utformas som miljö- och befolkningsinriktat arbete.

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdson, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f. kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcranz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)

Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)

Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)

Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)

Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och Eva Bergström)

Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)

Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt

Hälsouppllysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)

Vårdbehov och vårdefterfrågan (Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström)

Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman)

samt

Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn/avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)

Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)

Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne och Johan Mellin) samt

Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen 1981

Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)

Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)

Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström)

Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5

Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Bilaga 3

Hälsokontroller

Innehållet i denna bilaga bygger i allt väsentligt på en expertrapport om hälsokontroller, som författats av professor Sven-Olof Isacson, Malmö.

1 Definitioner

Med *hälsokontroll* avses undersökningar av enskilda individer hos läkare eller annan hälsovårdspersonal för att få en allmän bedömning av hälsotillståndet och påvisa tidiga sjukdomstecken. Synonymt användes också beteckningen hälsoundersökning.

Screening (sällning) är en speciell arbetsmetod som användes inom många medicinska specialiteter. Med screening avser man att i en grupp av individer avslöja dold sjukdom med hjälp av undersökningsmetoder som är enkla och snabba. Målsättningen är ej att diagnostisera utan att dela in de undersökta i två grupper, en med låg sannolikhet att ha sjukdomen och en med hög sannolikhet att ha sjukdomen. Den sista gruppen går vidare till diagnostisk utredning. Man hoppas med screening kunna avslöja sjukdomar i ett stadium då dessa är lättare att behandla än vad fallet skulle bli senare i sjukdomsförloppet.

Med "*mass-screening*" menar man undersökningar av stora befolkningsgrupper med hänsyn till en eller flera sjukdomar (exempel är tuberkulos, högt blodtryck och cervixcancer).

"*Selektiv screening*" omfattar undersökning av utvalda grupper med hänsyn till förekomsten av vissa riskindikatorer exempelvis rökare, män i viss ålder, anställda i företag med viss exposition. Användes endast en undersökningsmetod eller ett test, talar man om "*monofasisk screening*" – om flera test används om "*multifasisk screening*".

2 Kvalitetskrav på hälsokontroller

Såväl screening som individuella hälsokontroller ställer krav på att de metoder man använder är tillförlitliga och enkla. Som tidigare påpekats är syftet att försöka finna individer med sjukdom i tidigt stadium där möjligheter finns att påverka sjukdomsförloppet. Grupper som definieras som sjuka skall idealiskt sett bara innehålla sjuka. Oftast är emellertid undersökningsinstrumenten ej så tillförlitliga. Dels missar man en del sjuka

varvid man får en grupp *falskt negativa*, där risk finns att invagga vederbörande i tron att vara fri från sjukdom. Dels får man en grupp som vid kontrollen klassats som sjuka men som är friska. Denna grupp av *falskt positiva* måste bli föremål för diagnostisk utredning och kräver av denna anledning ofta stora resurser i onödan. Begrepp av betydelse i dessa sammanhang är validitet och prediktivt värde.

Med *validitet* avses undersökningsinstrumentets förmåga att mäta vad det avser att mäta. För att bedöma validiteten får jämförelse göras med diagnostiskt säkrare undersökningsmetoder. Om blodsockerbestämningar är screeningsinstrumentet, för att hitta diabetiker kan jämförelser göras med en glukosbelastningsmetod.

Validiteten av en undersökning bestäms av dess *sensitivitet* och *specificitet*. Sensiviteten är testets förmåga att fånga de som har sjukdomen och därmed ge så få falskt negativa som möjligt. Specificiteten är testets förmåga att särskilja de som är friska och därmed ge så få falskt positiva som möjligt.

Tabell 1 illustrerar begreppen sensitivitet och specificitet. Sensitiviteten är

$$\frac{a}{a + c} \times 100$$

d v s den procentuella andelen av de sjuka som vid kontrollen uppvisade ett positivt (sjukligt) testresultat.

Specificiteten är $\frac{d}{b + d} \times 100$ d v s den procentuella andelen av de "friska" som uppvisade ett negativt (icke sjukligt) testresultat.

Tabell 1

SANN DIAGNOS			
Screeningtest	Sjuk	Ej sjuk	Totalt
Positiv	a	b	a + b
Negativ	c	d	c + d
Totalt	a + c	b + d	a + b + c + d

Förklaring till tabellen

a = antal sjuka med positivt screeningtest

b = antal falskt positiva

c = antal falskt negativa

d = antal icke sjuka med negativ screeningtest

Begreppet *prediktivt värde* används när resultaten i en screeningsundersökning skall bedömas. Det prediktiva värdet för sjukdom anger sannolikheten för att en individ med ett sjukligt provresultat verkligen är sjuk.

Utgående från de erhållna resultaten i tabell 1 anges det prediktiva värdet för sjukdom som $\frac{a}{a+b} \times 100$

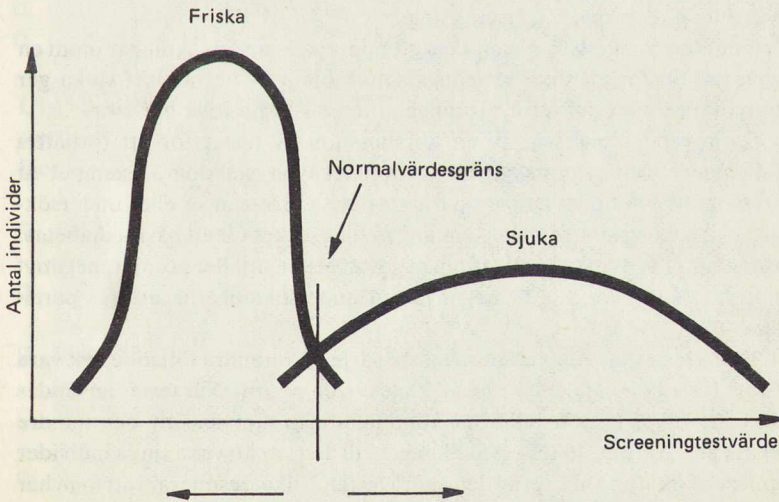
På motsvarande sätt anges det prediktiva värdet för att en undersökt person med negativt testresultat är frisk med formeln $\frac{c}{c+b} \times 100$

Det prediktiva värdet är – till skillnad från den använda testmetodens sensitivitet och specificitet – beroende av hur vanlig den eftersökta sjukdomen är i befolkningen (sjukdomens prevalens). Ju högre prevalens desto högre blir det prediktiva värdet.

Överväganden beträffande det prediktiva värdet av ett hälsokontrollprov måste alltid göras innan man tar ställning till om provet skall användas eller ej i en befolkning. Är prevalensen av en sjukdom 1 procent blir det prediktiva värdet av ett test bara 50 procent även om både sensitivitet och specificitet är 99 procent.

Man kan öka prevalensen - och därmed det prediktiva värdet - i den undersökta populationen genom att begränsa denna till en viss åldersgrupp där sjukdomen är vanligare eller till individer, som uppvisar andra riskfaktorer. Diabetes är t ex vanligare över 40-årsåldern och vanligare hos överviktiga än normalviktiga. Förekomst av diabetes i släkten är en annan riskfaktor.

Många screeningtester baseras på kvantitativa mätningar, där mätvärdena överlappar varandra hos de sjuka och friska individerna. I figur 2 nedan visas schematiskt fördelningen av testresultaten i en befolkning som innehåller friska och sjuka individer. Sensitivitet och specificitet varierar beroende på vilket testvärde man bestämmer sig för att betrakta som gräns mellan friska och sjuka.



Figur 2

Flyttas gränsvärdet häråt ökar sensitiviteten och specificiteten avtar

Flyttas gränsvärdet häråt ökar specificiteten och sensitiviteten avtar

Av praktiskt intresse är också betydelsen av upprepade undersökningar. Av särskilt intresse är detta vid sjukdomar som utvecklats under en längre tid såsom cancer och högt blodtryck.

Intervallerna mellan screeningundersökningarna är avhängigt sjukdomens genomsnittliga latensfas (leadtime) d v s tiden från det att sjukdomen överhuvud taget kan upptäckas genom screening tills diagnos skulle ställas på grund av symtom, och testens sensitivitet.

Om sensitiviteten för ett test är 80 procent kommer vid den första undersökningen endast 80 procent av fallen att upptäckas. Vid upprepade undersökningar inom "leadtime"-intervallerna kommer man vid den andra undersökningen att upptäcka 80 procent av de återstående, vilket skall adderas till de först upptäckta

$$80 + \frac{(100-80) \times 80}{100} = 96 \%$$

En tredje undersökning under "leadtime"-intervallerna skulle leda till att 99 procent av fallen upptäcktes under för övrigt samma förutsättningar. Detta resonemang förutsätter att sannolikheten att upptäcka sjukdomen vid de tre tillfällena är oberoende av varandra, vilket dock oftast icke är fallet. I praktiken gäller att sjukdomar som ej uppdagas vid första undersöknings-tillfället ofta förblir oupptäckta även senare (Siem 1979).

Ju lägre sensitivitet ett test har, desto större nytta kan man ha av upprepade undersökningar. En annan viktig synpunkt är att upprepade undersökningar omfattar alla från början undersökta, exklusive de som var sjuka. Vid upprepade undersökningar ökar därför antalet falskt positiva om specificiteten är oförändrad. Det exempel som angivits ovan, utgår från att sjukdomens leadtime är konstant för olika individer, vilket sällan är fallet. Ju större variationen är i leadtime, desto fler individer med kort leadtime missas vid upprepade undersökningar, som anpassats till en genomsnittlig leadtime. Ett exempel är cervixcancerscreening.

Sammanfattningsvis kan man säga att upprepade undersökningar inom en begränsad tid för att hitta så många som möjligt av de faktiskt sjuka ger relativt litet under det att belastningen med falskt positiva blir stor.

Ofta använder man sig av en kombination av tester för att förbättra möjligheterna att genom screening upptäcka en sjukdom. Exempel är mammografi och tillika palpation för att påvisa bröstcancer eller undersökning av socker i urinen samt bestämning av blodsocker för att påvisa diabetes. Positivt utfall bedömes föreligga om något av testen utfaller positivt, negativt utfall om båda eller alla är negativa om undersökningarna utföres parallellt.

Utföres testerna efter varandra måste varje på varandra följande test vara positivt för att den undersökte skall klassas som positiv. När tester användes parallellt, vilket ofta är fallet, är kombinationen mer sensitiv och mindre specifik än varje enskilt test. Anledningen till detta är att vissa sjuka individer upptäckas av den ena men ej av den andra testen, vilket resulterar i att man har större chans att upptäcka sjuka vid kombinationen av tester. Till detta kommer att varje test bidrar till summan av falskt positiva, varvid specificiteten minskas.

Användning av två eller flera screeningtester åtföljda av ett diagnostiskt

test avseende individer som är positiva med hänsyn till ett av föregående test brukar kallas "parallell-serieundersökning". Man börjar exempelvis med urintest + blodsockerbestämning parallellt för att spåra diabetiker och om något test är positivt gör man en glukosbelastning (i serie). På samma sätt kan bröstpalpation och mammografi åtföljas av en biopsi om något av testen klassas som positivt. Regeln är att undersökningsmetoderna (testen) går från initialt enkla, billiga metoder till mera komplexa och dyrbara.

Av praktisk betydelse är också värderingen av den totala gruppen screeningpositiva. Endast en del är av intresse att försöka finna i samband med en screeningundersökning. I princip kan de positiva indelas i fyra grupper

1. Fall som upptäckes för sent eller av andra skäl ej kan botas.
2. Fall som redan är kända eller på grund av symtom kommer i tid.
3. Fall som ej utvecklas vidare eller där patienten kommer att dö av andra skäl.
4. Fall som upptäckes på ett tidigt stadium och botas, men som annars skulle ha upptäckts för sent.

I praktiken är det bara grupp 4 som är uttryck för en egentlig vinst med screeningen.

3 Allmänna förutsättningar för att bedriva hälsokontroller/screening

Syftet med hälsokontroller är att

- tidigt få korrekt diagnos
- tidigt kunna inleda lämplig behandling
- i förekommande fall förebygga återinsjuknande.

Utgående från detta syfte är det viktigt att samtidigt notera den stora enighet som råder angående principerna beträffande hälsokontrollverksamhet. Dessa har sammanfattats av Europarådet i följande punkter

- De sjukdomstillstånd som skall bli föremål för uppsökande kontroller skall innebära stora hälsoproblem för både individ och samhälle.
- Sjukdomens naturliga utveckling skall vara känd liksom utvecklingen från latent till asymtomatisk sjukdom.
- Gränsen mellan behandlingsbara patienter och friska individer bör om möjligt kunna anges.
- För manifest liksom för latent sjukdom skall finnas verksam behandling.
- Metoder användbara för populationsstudier skall finnas tillgängliga och vara enkla att använda, lätta att acceptera för undersökt och undersökare, tillförlitliga samt billiga i anskaffning och drift.
- För patienter, som fångats in med hälsokontroller, skall det finnas resurser för kompletterande diagnostik och behandling.

- När en verksamhet inleds måste resurser kunna disponeras till en fortlöpande verksamhet.

4 Sjukdomar av intresse för hälsokontroller/screening

Graviditetskomplikationer

Hälsokontrollerna i samband med graviditet syftar till att upptäcka och om möjligt åtgärda hälsorisker för såväl modern som det väntade barnet. Mödrahälsovården i vårt land byggdes från början upp främst från behovet att tidigt upptäcka tecken på havandeskapsförgiftning. Dessutom uppmärksammades undernäring och bristsjukdomar och man sökte genom att följa fostrets tillväxt förutse och förhindra missfall, förtidsbörd och förlossningskomplikationer.

Resultaten av det förebyggande arbetet med konsekvent övervakning, tidig upptäckt och behandling av komplikationer har varit framgångsrika. Fortfarande finns emellertid allvarliga hälsohot under graviditet och förlossning. Under senare år har det också skett en förskjutning mot nya problemområden som kräver uppmärksamhet och förändring av hälsoarbetets inriktning. I socialstyrelsens principprogram för hälsovård för mödrar och barn (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) har en utförlig genomgång gjorts av mödrahälsovårdens riskgrupper. Styrelsens expertgrupp har föreslagit följande gruppering av de förhållanden under graviditeten som bör föranleda extra uppmärksamhet och omsorg

Allmän anamnes

Förstföderskor över 35 år, moderns längd under 155 cm, moderns vikt före graviditeten under 50 kg, kronisk medicinsk sjukdom (t ex diabetes), "tung" gynekologisk anamnes, allvarligt sjukt eller dött barn, svår psykosocial situation och alkoholmissbruk, kulturella eller språkliga kommunikationsproblem, psykiskt eller fysiskt påfrestande arbetssituation, tobaksrökning.

Obstetrisk anamnes

Tidigare perinatalt dött, missbildat eller förlossningsskadat barn, tidigare fött barn med födelsevikt under 2 500 g eller över 4 500 g, tidigare graviditet eller förlossning komplicerad eller subjektivt påfrestande.

Aktuell graviditetsanamnes

Osäker graviditetslängd, misstanke om fosterskada, fostermissbildning eller ärftlig sjukdom, rädsla inför förlossningen, blödning eller smärtsamma kontraktioner.

□ Undersökningsfynd vid aktuell graviditet

Blodtryck överstigande 140/90, blodtrycksstegring under graviditeten överstigande 30/15, äggvita i urinen, tillväxthämning, tillväxtacceleration, flerbörd, för tidig cervixmognad, iso-immunisering (ex Rh), bäckenförträngning, sätesläge eller annat abnormt fosterläge efter 36:e veckan, tecken på fosterpåfrestning och överburenhet.

Sammanfattningsvis kan sägas att grupperna med de vanligast förekommande och allvarligaste riskerna – och där alltså de största vinsterna kan göras – är flerbörd, säte, blödning och tidigare komplicerad förlossning. För att fånga risker som är sällsynta eller svårupptäckta och därmed bibehålla och förbättra resultaten – mätta i perinatal mortalitet och morbiditet – måste man sträva efter att nå alla blivande mödrar med täta kontroller och ett finmaskigt nät för screening. I detta syfte har förslag lagts om ett basalt allmänt hälsoövervakningsprogram och ett mer intensifierat program för de nämnda riskgraviditeterna.

Sjukdomar i barnåren (0-15 år)

Hälsokontroll av barn i olika åldersgrupper är ett viktigt inslag i den av samhället erbjudna hälsoövervakningen. För åldrarna 0-6 år erbjuds denna av hälso- och sjukvårdshuvudmännen och för skolbarnen tillgodoses den inom primärkommunernas skolhälsovård. En aktuell genomgång av hälso-problemen i förskoleåldern har redovisats i socialstyrelsens principprogram (Socialstyrelsen redovisar 1979:4). I samband därmed föreslås också ett schema för hälsoövervakning uppbyggt dels som ett basprogram för screening och kartläggning avsett för alla barn, dels som ett program för intensifierad hälsoövervakning för vissa grupper av barn.

I nyföddhetsperioden förekommer screening med ett kemiskt prov för fenylyketonuri (Föllings sjukdom) och prov för att finna fall med låg ämnesomsättning (hypothyreos). Vidare rekommenderas screeningundersökning av höftlederna för att tidigt diagnosticera medfödd höftledsluxation. Medfödda hjärtfel bör också upptäckas så tidigt som möjligt.

Hälsokontrollerna inriktas i olika åldersgrupper på att finna avvikelser ifråga om tillväxt, psykomotorisk utveckling, synfunktion (speciellt skelning) hörsel, tal och anmärkningsvärda beteendestörningar.

I samband med besöken vid barnvårdsmottagningarna inriktas arbetet också på att genom undersökning av barnet och samtal med föräldrarna tidigt diagnostisera och åtgärda andra sjukdomar som allergier, infektionsbenägenhet, matsmältningsrubbingar etc, men dessa hälsokontroller kan ej betecknas som screening utan utgör snarare en form av individinriktad sekundär prevention inom den allmänna barnhälsovårdens ram.

Inom skolhälsovården förekommer screeningundersökningar beträffande barnens utveckling, längd, vikt, syn och hörsel etc. Skolhälsovården har bl a belysts i den sk skolhälsovårdsutredningen (SOU 1976:46). Värdet av de traditionella läkarundersökningarna av alla elever i vissa årskurser har dock ifrågasatts på senare år. Rutinundersökningarna kan utföras av en erfaren

skolsköterska medan skolläkaren skulle kunna ägna mer tid åt barn i olika riskgrupper. (Ragnhild Kornfält: "Skolbarns hälsa" – akad avhandl Lund 1981)

Arbetsmiljöbetingade sjukdomar

Inom företagshälsovårdens ram förekommer hälsundersökningar i varierande grad beroende på specifika arbetsmiljörisker m m. Såväl nyanställningsundersökningar som riktade hälsundersökningar av vissa grupper av anställda syftar främst till att skapa en grund för individuellt anpassad hälsorådgivning och olika preventiva åtgärder.

Exempel på hälsoproblem som angrips bl a med riktade hälsundersökningar är enligt Företagshälsovårdsutredningen (SOU 1983:32)

- Arbete med hälsofarliga ämnen såsom bly, kvarts, asbest och isocyanater m m kräver periodiska hälsundersökningar, vilka regleras genom lag och föreskrifter från arbetarskyddsstyrelsen.
- Bullerproblem. Hörselundersökningar görs regelbundet i vissa arbetsmiljöer där personliga hörselskydd ofta krävs på grund av att tekniska åtgärder för att reducera buller är omöjliga att helt genomföra.
- Synproblem i samband med speciellt synansträngande arbete som avsyning, kontroll och bildskärmsarbete.
- Hälsoproblem i samband med skiftarbete.
- Allergier. Personer med allergibenägenhet som sysselsätts i arbete med t ex kemikalier som kan vara allergiframkallande undersöks ofta regelbundet inom företagshälsovården.

Bröstcancer

De screeningmetoder som är aktuella är palpation, termografi och mammografi var för sig eller i kombination.

Palpation innebär att en person som utbildats i denna undersökningsmetod palperar bröstet. Med denna metod anses det omöjligt att upptäcka tumörer som är mindre än 1 cm.

Termografi har visat sig vara alltför ospecifik och sensitiviteten är låg.

Mammografi, mjukdelsröntgen av bröstet, kan anses vara den enda metod som är aktuell för att upptäcka tumörer innan dessa blivit palpabla. Strålriskerna med modern teknik anses nu vara försumbar, särskilt med den enbildsteknik som nu användes i Sverige. Värdet av mammografi som screeningmetod prövas för närvarande i ett stort upplagt projekt som bedrivs i Kopparbergs och Östergötlands läns landsting med stöd från socialstyrelsen. Resultaten av detta projekt beräknas föreligga tidigast under 1985.

Sammanfattningsvis finns ännu inga helt invändningsfria studier som visar nyttan av tidig upptäckt av bröstcancer. Palpation av bröstet rekommenderas i samband med hälsokontroller eller andra undersökningar av kvinnor över 35 års ålder men många falskt positiva och falskt negativa erhålles.

Enbart mammografi kan ännu ej rekommenderas som screeningmetod. Seriöst utvärderade effekter av kampanjer för att stimulera till självunder-

sökning av bröstet föreligger ej. Instruktion för självundersökning i kombination med individuella kontroller eller konsultationer förefaller dock vara en acceptabel väg tills ytterligare kunskaper erhållits.

Livmoderhalscancer (cervixcancer)

Beträffande skivepitelcancer, som utgör 90 procent av all livmoderhalscancer, finns betydande indicier som talar för att den invasiva canceren i många fall föregås av cellförändringar i epitelet av varierande svårighetsgrad, ofta betecknade lätt till uttalad dysplasi, av vilka ett antal synes övergå i den sk preinvasiva canceren – cancer in situ eller stadium 0 – och av vilka senare ett antal övergår i den invasiva cervixcanceren. Förutsättningarna för att förebygga utvecklingen av gynekologisk invasiv cancer är alltså teoretiskt goda.

Socialstyrelsen avser att publicera rekommendationer om organisationen av de gynekologiska hälsokontrollerna i landet på grundval av en expertrapport som publicerats som remisshandling (SoS PM 1/82). Av expertrapporten framgår att det finns flera studier som tyder på att upptäckten av förstadier till livmoderhalscancer genom cytologisk screening minskar antalet fall av invasiv cancer och även har betydelse för dödligheten i sjukdomen. Man anser därför att cytologisk screening är berättigad även om dess betydelse för att sänka incidensen av cervixcancer eller minska mortaliteten ej är fullt klarlagd. Värdet ligger i att en större del av fallen kommer till behandling i ett skede då skonsamma åtgärder kan genomföras.

Av betydelse är att provtagningen effektiviseras och samordnas så att resurserna används på bästa sätt. Årligen tas för närvarande i landet cirka 1,1 miljoner cytologiska prov. Utan att öka nuvarande antal provtagningar skulle alla kvinnor mellan 20-59 års ålder kunna undersökas en gång var tredje år. Om detta genomfördes konsekvent skulle det i själva verket krävas mindre provtagnings- och laboratorieresurser än för närvarande.

Cytologprover kan tas huvudsakligen i samband med andra läkarbesök. Den hälsokontrollerande verksamheten kan ske inom mödrahälsovården och annan gynekologisk primärvård. Regionens onkologiska center bör ansvara för programmet. Av betydelse är informationen före, under och efter hälsoundersökningen för att minska risken för negativa psykologiska reaktioner.

Lungcancer

Det finns inga hållpunkter för att tidig upptäckt genom röntgenundersökning och/eller sputumcytologi påverkar överlevnaden. I en kontrollerad studie av 55 000 män som undersöktes var 6:e månad kunde man ej påvisa någon skillnad i mortalitet i undersökningsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Ett särskilt intresse har riktats mot gruppen kroniska storrökare, men några säkra slutsatser avseende positiva effekter av riktad screening inom denna grupp har ännu ej erhållits.

Högt blodtryck (hypertoni)

Primärvården lämpar sig väl för att spåra individer med högt blodtryck. Blodtrycket mätes lämpligen i samband med besök av annan orsak och registreras. Hälsokontrollutredningen föreslog en första kontroll vid 18 års ålder, därefter vid 25 års ålder och sedan vart 5:e år. Det finns vetenskapligt stöd för att behandling av högt blodtryck minskar risken för komplikationer hos såväl män som kvinnor i åldrarna 30-69 år. På individer i åldern 25-69 år bör blodtrycket tas i samband med första besök i primärvården.

Behandlingsindikationer för äldre individer (> 69 år) är relativa. Behandling bör reserveras för patienter med komplikationer till sitt höga blodtryck.

Eftersom högt blodtryck ej är symtomgivande är – förutom den uppspårande verksamheten – en noggrann, oftast livslång, uppföljning viktig att organisera på så rationellt sätt som möjligt. På många ställen har man lokalt utarbetat vårdprogram för att förbättra vårdkvaliteten.

Diabetes

Diabetes innebär stegrat fasteblodsocker och i regel förekomst av socker (glukos) i urinen.

Nedsatt glukostolerans med normalt fasteblodsocker klassificeras ej som en sjukdom utan som en ökad risk att utveckla diabetes. En sådan utveckling sker ej i alla fall. Hos dem som utvecklar diabetes kan utvecklingen gå långsamt eller snabbt.

Man skiljer på insulinberoende diabetes (typ I) och icke insulinberoende diabetes (typ II). Sjukdomsdebuten för typ I-diabetes sker i allmänhet före 20, för typ II-diabetes efter 30-årsåldern.

Eftersom diabetes inte kan definieras exakt är det svårt att ange prevalensen av sjukdomen. Därtill kommer det förhållandet att en person som vid en undersökning har en mild diabetes, vid upprepade sådana kan förete helt normala laboratorieprover. En grov uppskattning av antalet kända diabetiker i västvärldens länder blir 1-1,5 procent. Siffran är något högre för Sverige (2 procent) med dess höga levnadsstandard och höga medellivslängd. Typ I-diabetes utgör cirka 5-10 procent av totala antalet diabetiker. Diabetesprevalensen stiger med åldern. I åldersgruppen 20-30 år har den beräknats till 0,25 procent, i åldern 50-60 år till 3-4 procent och i åldrarna 60-70 år till mellan 5-10 procent. Det föreligger ett påtagligt samband mellan typ II-diabetes och fetma.

Syftet med att spåra individer med diabetes eller dess förstadiet är att förebygga komplikationer. Metoder för tidig upptäckt av diabetes omfattar undersökning av uringlukos, blodglukosbestämning (blodsocker) samt glukosbelastning.

Eftersom ungefär hälften av individerna med manifest diabetes (= förhöjt blodsocker och oftast glukosuri) är kända, skulle ungefär lika många till upptäckas genom en organiserad screeningverksamhet. Komplikationerna till diabetes, framför allt kärlsjukdomar, kan endast förebyggas eller lindras

genom normalisering av blodsockret. Sjukdomens latent eller symptomfria period är emellertid kort och det har inte entydigt visats att man når väsentliga effekter genom att sätta in behandling redan i det symptomfria skedet. Underlag saknas därför för att rekommendera screening med urinprov för att spåra diabetes.

Kunskaperna om betydelsen av att upptäcka individer med nedsatt glukostolerans för att förhindra komplikationer är ännu ej tillräckliga för att uppspårande verksamhet skall kunna rekommenderas.

Med nuvarande kunskaper kan det anses försvarligt att inom primärvården som ett led i det kliniska arbetet kontrollera urinen med avseende på glukos, något som ju redan görs i betydande omfattning. Bestämning av blodglukos bör endast göras vid misstanke om diabetes, och kan ej rekommenderas i screeningsyfte. Glukosbelastning i screeningsyfte kan ej heller rekommenderas.

Tuberkulos

Screeningundersökning med ett diagnostiskt prov (tuberkulinprov) görs inom skolhälsovården. Lungtuberkulos upptäcktes förr ofta genom rutinmässig röntgenundersökning av lungorna. Med nuvarande tuberkulossituation i landet kan allmänna röntgenundersökningar dock inte motiveras. Riktade undersökningar av speciella grupper, t ex invandrare från länder med sämre tuberkulossituation än den svenska, är fortfarande motiverade.

Rygg- och ledsjukdomar

Rygg- och ledsjukdomar utgör en mycket viktig del av hälsoproblemen inom primärvården. Av stort intresse är ryggbesvär lokaliserade till ländrygg och nacke, arthros i leder samt reumatoid arthrit och andra kroniska arthrit, särskilt de postinfektösa. Det som för patienten till läkare är symtomen på den underliggande sjukdomen.

Den enda form av screening som skulle kunna vara av intresse inom primärvården är förutom höftledsundersökningen av nyfödda, uppspårande av fall med exempelvis höftledsarthros eller andra ledbesvär, där man skulle kunna åtgärda sjukdomen hos de som ej sökt vård. Tills vidare bedömes dock inga andra åtgärder motiverade än en hög beredskap avseende de fall som uppmärksammas i det ordinarie hälso- och sjukvårdsarbetet.

Ögonsjukdomar och synnedsättning

Av intresse ur screening-synpunkt är grön starr, (glaukom) samt refraktions- eller brytningsfel.

Grön starr är en sjukdom som kännetecknas av förhöjt tryck i ögat och synfältsdefekter. Sjukdomen drabbar framför allt äldre, särskilt efter 60-årsåldern, där nästan 80 procent av alla fall finns. Familjär förekomst har påvisats och en familjeincidens på 38 procent har noterats i fall med fullt utvecklade sjukdom.

Det förhöjda trycket i ögat kan ses som ett förstadium till glaukom, men

alla med förhöjt tryck får inte sjukdomen. Cirka 3,5 procent av individer med okulärt tryck mellan 21-30 mm Hg utvecklar synfältsdefekter. Vid högre tryck ökar incidensen snabbt. Det är dock svårt att fastställa gränsen för normalt tryck.

Förutsättningen för att uppspårande av glaukom skall kunna motiveras är att synförändringar kan förebyggas. De metoder som är av intresse för att upptäcka glaukom är tryckmätning med eller utan kombination med synfältsundersökning och oftalmoskopi. Andelen falskt positiva fynd är emellertid så stor att ingen undersökningsmetod kan rekommenderas. Till detta kommer att endast 1 av 10 med förhöjt intraokulärt tryck utvecklar synfältsdefekter även utan behandling. Den enda grupp som är av intresse är individer med familjär förekomst av glaukom. Dessa bör bli föremål för kvalificerad undersökning.

Synskärpekontroller vid 3-4 årsåldern och i skolan är väletablerade. Hos personer över 70 år är synnedsättning mycket vanlig (katarakt, makuladegeneration, glaukom, diabetes) och regelbundna kontroller av synskärpan kan här vara till stor nytta. I övriga åldrar behövs inga speciella hälsokontroller för att kontrollera synen.

Urinvägssjukdomar

Undersökningar för att avslöja bakterier i urinen har under lång tid varit av intresse. Målsättningen har varit att förebygga kronisk njurinflammation. Det finns emellertid ingen anledning att med nuvarande kunskaper rekommendera screening för bakteriuri utom i samband med graviditet.

Undersökningar för att spåra äggvita i urinen (proteinuri) hör till rutinen på mottagningar. Påvisande av proteinuri är en viktig del i en klinisk utredning av njursjukdom. Som screeninginstrument är det en tveksam metod. I en engelsk undersökning av män och kvinnor fann man en prevalens av 6 procent med proteinuri hos kvinnorna och 9 procent hos männen. 2/3 av dessa hade endast spår av protein. I de fall där urinvägsinfektion kunde påvisas hade färre än 10 procent spår eller högre grad av proteinuri.

Övriga sjukdomar av intresse för primärvården

Tidig upptäckt av hörselskador har sin största betydelse inom ramen för barnhälsovården, skolhälsovården och företagshälsovården och för övrigt hos grupper och individer som exponeras för buller. Från livskvalitetshöjande synpunkt har hörselrehabiliterande insatser betydelse då nedsatt hörsel kan påvisas, särskilt hos äldre. Enkel test avseende uppfattning av viskstämman synes vara tillräcklig som screeninginstrument i första hand.

Som diagnostiskt hjälpmedel försvarar bestämning av blodvärdet och undersökning av sänkan sin plats på allmänläkarmottagningen. Däremot kan ingen av undersökningarna försvaras som screeninginstrument för att uppspåra anemi respektive sjukdomar som skulle kunna förebyggas genom att avslöja en förhöjd sänka. Samma resonemang gäller EKG för att spåra hjärtsjukdom.

Genom att kombinera flera olika undersökningar på en gång kan man

teoretiskt spara både tid och pengar. Sådan s k multifasisk screening förekommer, som nämnts på många håll – exempelvis inom barn-, mödra- och företagshälsovård.

Under en period ägnades stort intresse åt multifasisk biokemisk screening – främst i form av blodanalyser – men erfarenheterna av sådana försök har entydigt visat att metoderna ger alltför låg sensitivitet och specificitet för att kunna försvaras som hälsokontroll i syfte att förebygga och tidigbehandla sjukdomar.

En undersökning som diskuterats intensivt under senare år är blodkemisk screening för att avslöja hög alkoholkonsumtion och "dold alkoholism". Bestämning av enzymet GT (gammaglutamyltransferas) har därvid särskilt studerats. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag låtit verkställa en utredning av GT-testets värde som screeninginstrument. Slutsatsen är att GT ej kan tillrådas i hälsokontrollsyfte. Provet fyller inte de krav på sensitivitet och specificitet som kan uppställas. GT är däremot användbart som ett av flera diagnostiska prov i behandlingen av individuella fall av alkoholbetingad sjukdom.

Bilaga 4

Innehållet i primärvårdens hälsoövervakning

Mot bakgrund av primärvårdens sammanhållna ansvar för befolkningen inom upptagningsområdet lämnas här ett förslag till innehåll i en systematisk hälsoövervakning anpassad till olika skeden i livscykeln.

1 Gravitet och förlossning

Hälsoövervakningen under graviditeten är en väsentlig del av samhällets hälsovårdsprogram för föräldrar och barn. Det går inte att renodla hälsoundersökningarna från övrig verksamhet som hälsouppllysning, föräldrautbildning, riskuppspårande och behandling. Hälsoövervakningen bör ha en psykosocial dimension utöver den rent somatiska hälsokontrollen.

Hälsoövervakning och riskbedömning sker enligt ett basprogram som i mån av behov varieras med tätare kontroller eller kompletterande undersökningar. Kontrollsystemet består av en rad kontakter och riskuppspårningen sker genom graviditets- och sjukdomsanamnes, kroppsundersökning och provtagning. Dessa kontakter mellan gravid kvinna/förälder och läkare/barnmorska ger tillfälle till återkommande samtal om upplevelsen av graviditet och föräldraskap och att ta upp praktiska, sociala frågor liksom oro och ångslan.

Med utgångspunkt från idag kända riskgraviteter uppskattas den intensifierade hälsoövervakningen omfatta cirka 35 procent av graviditeterna.

När gravida och nyförlösta kvinnor gör extra läkarbesök anknyter det ofta till olika problem t ex

- ställningstagande till fostervattensprov eller annan provtagning vid misstanke om missbildning eller fosterskada,
- sjukvård eller sjukskrivning vid akut eller kronisk sjukdom,
- bedömning och åtgärder vid tecken på tillväxthämning/tillväxtacceleration,
- ställningstagande till hotande förtidsbörd eller överburenhet samt
- behandling av komplikation eller följsjukdom efter förlossningen.

Innehållet i hälsoövervakningen under graviditet har översiktligt berörts i bilaga 3. För närmare detaljer hänvisas till socialstyrelsens principprogram (Socialstyrelsen redovisar 1979:4) och styrelsens allmänna råd rörande hälsovård för mödrar och barn inom primärvården (SoS allmänna råd 1981:4).

2 Hälsoövervakning av barn 0-6 år

Hälsoövervakningens primära uppgift är att identifiera de barn som behöver utredas närmare för att få stöd och hjälp. Grunden för arbetet ligger i kunskaperna om barns utveckling. Utvecklingen följer ett lagbundet mönster och praktiskt taget alla allvarliga sjukdomar och avvikelser visar sig först i lätta utvecklingsavvikelser, senare i allt tydligare. I detta sammanhang är det angeläget att understryka de nära kopplingarna mellan den psykosociala miljön och barns kroppsliga, språkliga, motoriska och känslomässiga utveckling. Som exempel kan nämnas att språkliga förseningar är mycket vanliga hos barn som far illa psykosocialt. Tillväxtrubbningar har inte sällan sin grund i känslomässiga störningar.

Screening i systematiserad form har mest använts i samband med prövning av syn, hörsel och tal samt vissa laboratorieundersökningar av blod och urin. Det är sämre ställt med tester som skall bedöma barns utveckling motoriskt, neurologiskt och framför allt socialt och psykiskt. De försök som gjorts här i landet att utarbeta allmänt användbara screening-tester för bedömning av barns sociala och mentala psykiska nivå har ännu inte på ett helt invändningsfritt sätt visat att testerna är motiverade.

Bäst utbyte av den pediatrika utvecklingsdiagnostiken uppnås sannolikt om läkare utför strukturerade och standardiserade kliniska undersökningar på alla barn vid några vitala s k nyckelåldrar. Dessa kan då kopplas till andra uppgifter i det förebyggande arbetet, t ex vaccinationer, tandläkarbesök och kostrådgivning. Den samlade erfarenheten talar för att lämpliga åldrar är nyföddhetsperioden, 2 månader, 5-6 månader, 9-10 månader, 18 månader, 4 år samt 5 1/2 år.

Nya screeningundersökningar tillkommer då och då som ett resultat av ett intensivt utvecklingsarbete. Endast ett starkt begränsat antal har för närvarande befunnits vara av intresse i Sverige. I socialstyrelsens förslag till principprogram rekommenderas vissa screeningundersökningar inom ramen för hälsoövervakningen. De gäller tillväxt, syn, hörsel, utveckling, beteende och tal.

Det av socialstyrelsen rekommenderade basprogrammet täcker praktiskt taget hela det spektrum av problem som över huvudtaget kan dyka upp under förskoleåldern. Diagnostiken av bl a neurologiska avvikelser, talförseningar liksom av psykiska och mentala utvecklingsavvikelser är en kvalificerad uppgift. Man kan inte i förväg avgöra vilka barn som kommer att drabbas.

Barn som löper ökad risk att få framtida funktionsinskränkningar eller handikapp och barn med irreversibla funktionsinskränkningar, sjukdomar eller handikapp utgör tillsammans cirka 10 procent av alla barn.

De barn som ingår i denna grupp är dock inte samma hela tiden och orsakerna växlar. Under spädbarnsåret dominerar de neonatala riskgrupperna. Därefter kommer barn med konstaterade utvecklingsavvikelser eller

funktionsinskränkningar in i kontrollgruppen, liksom barn som vårdats på sjukhus längre tid, barn som drabbats av allvarliga olycksfall, barn från psykosociala riskmiljöer eller barn som av andra skäl är utsatta.

På olika håll har ett varierande urval av tester prövats för att avgränsa den grupp barn som löper framtida risk att drabbas av utvecklings- eller funktionsstörningar. I första hand har avvikelser under nyföddhetsperioden använts som urvalskriterier. Ännu finns inga urval som är så tillförlitliga att den basala hälsoövervakningen av alla kan undvaras. Även om riskgrupperna är generöst tilltagna genom vida kriterier, kommer nämligen den grupp barn som inte innefattas ändå att innehålla en betydelsefull andel barn som på olika sätt behöver särskild hjälp och intensifierad hälsoövervakning.

De barn som löper ökad risk att få framtida funktionsinskränkningar kontrolleras idag såväl inom länssjukvården som inom primärvården. Varje vårdavdelning för nyfödda har en öppen förlängd neonatalvård efter utskrivningen av barnet från sjukhuset. I vissa fall är en sådan kontroll nödvändig därför att det fordras resurser som bara finns inom länssjukvården. För andra grupper borde dock ansvaret genom utarbetande av vårdprogram kunna förläggas till primärvården.

2-5 procent av förskolebarnen har en långvarig sjukdom eller ett handikapp. Varje sjukdom, akut eller kronisk, kräver sin egen handläggning. Därutöver ger de långvariga eller handikappande sjukdomarna barnet och dess familj särskilda problem, som är tämligen likartade för samtliga sjukdomsgrupper. Dessa problem uppstår på grund av sjukdomens långvarighet och är relativt oberoende av dess strikt medicinska natur.

I primärvårdens uppgifter ingår också ett medicinskt omhändertagande av de handikappade, utvecklingsstörda och långvarigt sjuka barnen. Personalens del i information om och till de psykiskt och fysiskt handikappade barnen är viktig.

Mot de utvecklingsstörda barnen har landstingen särskilda skyldigheter genom omsorgslagen. Personalen inom primärvården och omsorgsstyrelsen måste samarbeta kring insatserna för dessa barn. Ett liknande samarbete mellan primärvården och socialtjänsten bör omfatta övriga handikappade barn.

Ansvar och arbetsfördelning mellan olika huvudmän har analyserats av Omsorgskommittén. Kommitténs betänkande bereds för närvarande inom socialdepartementet.

Mot bakgrund av vad som ovan sagts om svårigheterna att definiera och tidigt upptäcka barn i riskgrupper måste hälsoövervakningen av barnen organiseras så att alla barn omfattas av det basala hälsoövervakningsprogrammet.

Hälsoövervakningen av barnen bör i primärvården kopplas till de sjukvårdande insatserna och skall alltså inte organiseras som en särskild "institution". Av bland annat hänsyn till smittriskerna för friska barn kan särskilda mottagningar givetvis anordnas för de barn som kallas till undersökningar enligt det allmänna programmet.

För mer detaljerad information om innehållet i hälsoövervakningen för barn hänvisas till de tidigare nämnda publikationerna Socialstyrelsen redovisar 1979:4 och Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:4.

3 Hälsoövervakning för barn 7-14 år

Innehållet i skolhälsovårdens program för hälsoövervakning och elevvård beskrivs inte närmare här, eftersom detta är en uppgift för primärkommunerna. Samverkan bör i ökad utsträckning etableras mellan skolhälsovårdens personal och primärvården t ex beträffande hälsoövervakning och medicinsk behandling av barn med särskilda behov och de allmänna insatser inom hälsoupplýsningens område som åligger såväl skolan som huvudmännen för hälso- och sjukvård.

4 Hälsoövervakning för ungdomar (15-24 år)

En kontakt med primärvården bör etableras vid 18 års ålder då flertalet ungdomar fortfarande är under utbildning. Kontakten kan användas bl a för att ta upp frågor om människokroppens byggnad och funktion. Syftet är bl a att stödja den unga individen med hänsyn till fysisk, intellektuell och emotionell utveckling. Betydelsen av livsstilen för hälsan bör diskuteras. Hälсотillståndet värderas med hänsyn till eventuellt körkort, fortsatt utbildning och arbete.

Kontakten kan vara upplagd på sådant sätt att den utgör en grund för ett skriftligt utlåtande om det aktuella hälsotillståndet. Tiden bör utnyttjas för att ge hälsoupplýsning avseende kostvanor, motion, yrke, sexualliv, alkohol, rökning och läkemedelsanvändning. Om möjligt bör även tandhälsan beröras vid denna ålder. Möjligheter att samordna männens hälsokontroller med hälsokontrollerna i samband med mönstringen bör övervägas.

Aktuella åtgärder med hänsyn till enskilda sjukdomar eller riskindikatorer bör omfatta

- En begränsad fysikalisk undersökning
- Blodtrycksmätning
- Synkontroll
- Kartläggning av rök- och alkoholvanor, m m exempelvis genom användandet av ett lämpligt frågeformulär.

5 Hälsoövervakning i åldrarna 25-39 år

En hälsoövervakning kan erbjudas den som söker i primärvården vart sjunde år (d v s vid två tillfällen) med början vid 25 års ålder, förslagsvis i samband med annat besök.

Målsättningen är att upprätthålla god fysisk kondition och vidareutveckla intellektuella, emotionella och sociala egenskaper. Med hänsyn till enskilda sjukdomar och riskindikatorer föreslås

- Blodtrycksmätning
- Kartläggning av rök- och alkoholvanor samt övriga livsstilsvariabler
- Kartläggning av eventuell exposition i arbetet

- Kvinnor: Gynekologisk hälsokontroll (cytologprov) vart tredje år, palpation av bröstkörtlar och instruktion om självundersökning av bröstet.

6 Hälsöövervakning i åldrarna 40-60 år

Hälsöövervakningen bör här intensifieras vart femte år med början vid 45 års ålder med hänsyn till möjligheterna att upptäcka latent sjukdom, rådgivning avseende aktuella förändringar av fysiologiska funktioner, fysisk aktivitet, yrke, familj, rökning, alkohol, läkemedelsanvändning och kostvanor i enskilda fall.

Målsättningen med kontakten är att bevara god hälsa och sociala aktiviteter.

Med hänsyn till enskilda sjukdomar och riskindikationer rekommenderas

- Blodtrycksmätning
- Synkontroll (en gång)
- Kartläggning av rökvanor, alkoholvanor, motionsvanor etc
- Kartläggning av eventuell yrkesexposition
- Kvinnor: Palpation av bröstkörtlar och instruktion om självundersökning, gynekologisk hälsokontroll vart tredje år.

7 Hälsöövervakning i åldrarna 60-74 år

Hälsöövervakning rekommenderas även här vart femte år. Målsättningen är att upprätthålla fysiska, psykiska och sociala aktiviteter samt att bevara en optimal funktionsförmåga även om sjukdom föreligger. Övergång till pensionstillvaron aktualiseras liksom eventuell sjuklighet hos maka/make eller sammanboende. Frågor kring den personliga hygienien kan aktualiseras, t ex beträffande fötternas vård.

Med hänsyn till enskilda sjukdomar och riskindikatorer rekommenderas följande

- Blodtrycksmätning (upp till 70 år)
- Synkontroll
- Hörselkontroll
- Kartläggning av rökvanor, alkoholvanor, motionsvanor och läkemedelskonsumtion
- Kvinnor: Palpation av bröstkörtlar.

8 Hälsöövervakning för de äldsta (över 75 år)

Hälsöövervakningen intensifieras nu med tätare intervall utgående från individuella förhållanden. Möjligheterna att klara sig själv utan intagning på institution bör aktualiseras i samarbete med socialtjänsten. Vid kronisk sjukdom är det angeläget att sträva efter optimala fysiska och psykiska och sociala funktioner.

Hälsoövervakningens medicinska del omfattar en klinisk undersökning och värdering av det psykiska hälsotillståndet. Blodtrycksmätning och undersökning med hänsyn till bröstcancer kan utgå som rutinåtgärd. För övrigt bör uppläggningsen följa den som rekommenderats för åldrarna 60-74 år.

Särskilt intresse bör ägnas åt förekomsten av under- eller överbehandling utgående från eventuell tidigare under- eller överdiagnostik. De äldres ofta vanemässiga läkemedelskonsumtion bör särskilt uppmärksammas.

Behovet av samverkan mellan primärvården och den kommunala äldreomsorgen är stort när det gäller hela gruppen av pensionärer och detta ökar ju högre upp i åldersgrupperna man kommer.

Bilaga 5

Vaccinationsprogram nu och i framtiden

Innehållet i denna bilaga bygger i allt väsentligt på en expertrapport, som författats av professor Sten Ivarsson, Göteborg.

1 Nuvarande "vaccinationsprogram"

a) Inom barnhälsovården (0-6 år)

Difteri och stelkramp	Ges tre gånger med 4-6 veckors intervall("duplex") och början vid 2-3 månaders ålder
Polio	Ges fyra gånger vid 9-10, 10-11 och ca 18 månaders ålder samt vid omkring 6 års ålder
Mässling	} Ges en gång vid ca 18 månaders ålder
Påssjuka	
Röda hund	
Tuberkulos (BCG)	Endast till barn i vissa riskmiljöer

b) Inom skolhälsovården (7-16 år)

Stelkramp och difteri	Ges en gång i årskurs 4
Polio	Kompletterande vaccination av tidigare ej fullständigt vaccinerade
Mässling	} Ges en gång i årskurs 6
Påssjuka	
Röda hund	
Tuberkulos (BCG)	Ges till tuberkulinnegativa i årskurs 7-8

c) Inom företagshälsovården och vid vaccinationscentraler

- Vissa riktade vaccinationer t ex mot influensa A vid befarad epidemi eller mot hepatit B för vissa riskgrupper inom sjukvården. Stelkrampsprofylax.

d) Vid vårdcentraler och vaccinationscentraler

- Stelkrampsprofylax, influensavaccination av vissa riskgrupper.
- Vaccination av utlandsturister.

e) *Inom vissa slutenvårdscentra (t ex infektionskliniker)*

- Vaccination av utlandsturister och utlandsarbetare.
- Speciella vaccinationsprogram för några patientgrupper t ex pneumokockvaccin till hyposplenism-patienter.
- Vaccination mot röda hund (rubella) av vissa nyförlösta mödrar.
- Vaccination mot hepatit B.

2 Exempel på vaccinationsprogram som eventuellt kan vara möjliga att realisera inom primärvården under 90-talet

a) *Inom barnhälsovården*

- Difteri och stelkramp enligt nuvarande program med tillägg av kikhostevaccination under förutsättning av verksamt vaccin utan allvariga biverkningar har framtagits.
- Mässling, påssjuka och röda hund enligt nuvarande modell.
- Polio enligt nuvarande modell.
- BCG (tbc) endast för vissa riskgrupper, t ex vissa invandrare.

b) *Sannolikt möjliga tillägg inom främst barnsjukvården*

- Vaccination av barn med recidiverande otiter med pneumokock- och eventuell hemofilus influensavaccin.
- Vaccination av vissa barn mot vattkoppor.
- Vaccination av barn med recidiverande urinvägsinfektion mot t ex E.coli-infektion (under förutsättning att ett verksamt vaccin finns tillgängligt).
- Vaccination av barn och ungdomar med recidiverade halsfluss och andra streptokockinfektioner.

c) *Sannolikt möjliga tillägg inom vuxenhälsovården och vuxensjukvården*

- Vaccination mot pneumokocker och hemofilus influenzae bland individer med kronisk bronkit.
- Vaccination mot pneumokocker bland patienter med hyposplenism (vanlig efter bortoperation av mjälten).
- Vaccination mot E.coli hos kvinnor med recidiverande urinvägsinfektion.
- Fortsatt rubella-vaccination av icke-immuna kvinnor i fertil ålder, eventuell vaccination mot CMV inom samma grupp.

- Influensavaccination av vissa medicinska riskgrupper vid annalkande epidemi.
- Vaccination mot gonorré bland vissa utlandsturister, sjöfolk etc i enlighet med nuvarande policy.

Bland de vacciner som för närvarande är under utveckling och utprovning bedöms de som tagits upp under punkterna b och c vara de som ligger längst framme idag och som möjligen kan vara mogna för ett mera allmänt bruk under början eller mitten av 1990-talet. Det rör sig i allmänhet om specialvacciner avsedda för viss patientgrupp eller annan smärre grupp av individer såsom vissa nyförlösta mödrar. Undantag utgör vaccination mot streptokockinfektion, mot hemofilus influenzae och mot urinvägsinfektion, vilka vaccintyper möjligen skulle kunna bli aktuella att använda bland större patientgrupper eller bland friska individer i profylaktiskt syfte. Tyvärr är osäkerheten störst, när det gäller just dessa vacciners framtid.

Den allmänna slutsatsen måste därför bli, att relativt få nya vaccinationsprogram kommer att vara möjliga att introducera inom primärvården under 90-talet. Vad som kan förväntas är i första hand förbättrade influensavacciner och värmestabila virusvacciner (t ex mot mässling, påssjuka, röda hund), som gör det lättare att lagra dessa.

Sammanfattningsvis kan man ange följande förväntningar inför 90-talet inom vaccinationsområdet

- Förbättrad skyddseffekt för influensavacciner, pertussisvaccin
- Värmestabila vacciner mot t ex polio och mässling
- Vaccin mot RS-virus (som orsakar luftvägsinfektioner hos småbarn)
- Vaccin mot Rotavirus (som ger diarré hos småbarn)
- " " Varicella-zoster virus
- " " CMV
- " " Hepatit A
- " " Gonorré
- " " E coli (urinvägsinfektion).

Att man redan under 1990-talet skulle kunna erbjuda vaccin mot våra vanligaste luftvägsinfektioner ter sig idag tyvärr utopiskt. Det rör sig om alltför många smittämnen, som har alltför stora olikheter sinsemellan för att täckas in med ett eller några få vacciner.

Referenser

Lagstiftning

- Allmän läkarinstruktion (1963:341)
- Arbetsmiljöförordningen (1977:1166)
- Lag om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen (1980:11)
- Socialtjänstlag (1980:620)
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Hälsoskyddslag (1982:1080)
- Hälsoskyddsförordning (1983:616)

SOU-serien

- Barnolycksfall. Betänkande av barnolycksfallsutredningen. Socialdepartementet 1979:28
- Familjeplanering och abort. 1980 års abortkommittés betänkande. Socialdepartementet 1983:31
- Företagshälsovård för alla. Slutbetänkande av 1976 års företagshälsovårdsutredning. Arbetsmarknadsdepartementet 1983:32
- Föräldrautbildning 1. Kring barnets födelse. Betänkande från Barnomsorgsgruppen 1978:5
- Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen HSU. Socialdepartementet 1979:78

Departementserien

- Bara något äldre. En svensk rapport till FN:s världskonferens om äldrefrågor 1982. Äldreberedningen. Socialdepartementet Ds S 1982:11
- De allergisjuka barnen i samhället. Socialdepartementet Ds S 1983:3
- De äldre och hälso- och sjukvården. Socialdepartementet Ds S 1978:1

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)

SOU-serien

- Hälsorisker -- en kunskapssammanställning. Socialdepartementet 1981:1
- Ohälsa och vårdutnyttjande. Socialdepartementet 1981:2

- Hälsa- och sjukvård i ett internationellt perspektiv. Socialdepartementet 1981:3.
- Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet. Socialdepartementet 1981:4
- Hälsopolitik inför 90-talet, Huvudrapport SOU 1984:39.
- Att förebygga skador SOU 1984:42.
- Att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar SOU 1984:43.
- Hälsopolitik i samhällsplaneringen – inkluderar studier om arbetslöshet, arbetsmiljö, livsmedel och boende SOU 1984:44.
- Hälsouppllysning inom primärvården SOU 1984:47.
- Länssjukvården – möjligheter till förändring SOU 1984:48.
- Personal för framtidens hälso- och sjukvård SOU 1984:50.
- Invandrarna i hälso- och sjukvården SOU 1984:45.
- Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering SOU 1984:40–41.

Övriga rapporter

- Hälsopolitiska utgångspunkter för svensk livsmedels- och näringspolitik. Socialstyrelsen redovisar.
- Isacsson Sven-Olof. Förebyggande uppgifter inom primärvården. Expertrapport 1983 (Stencil).

Publikationer från myndigheter och organisationer

Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Spri, Socialstyrelsen (de s k samverkansstudierna)

- Primärvård – innehåll och utveckling, Spri S 101 1978
- Boende, service och vård för äldre, Spri S 102 1978
- Sjukvård i hemmet – social hemtjänst, Spri S 103 1978
- Omhändertagande av åldersdementa, Spri S 104 1978
- Långtidssjukvård i samverkan, Spri S 105 1978
- Dagsjukvård inom primärvården, Spri S 106 1978

Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV):

- Specialistutbildning i allmänmedicin. Förslag från en arbetsgrupp inom översynsutredningen. September 1981

Riksförsäkringsverket

- Sjukdomsorsaker inom den allmänna sjukförsäkringen år 1970. Statistik rapport nr 1974:1. Stockholm 1974

Socialstyrelsen

- Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Socialstyrelsen anser 1976:1
- Hälsokontrollutredningen. Socialstyrelsen redovisar 1978:6

- Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram. Socialstyrelsen redovisar 1979:4
- Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjade – en förstudie. Socialstyrelsen redovisar 1981:1
- Hälsovård för mödrar och barn inom primärvården. Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:4
- Principer och rutiner för gynekologisk hälsokontroll. Rapport från socialstyrelsens expertgrupp. PM 1/82
- GT-analys och andra metoder att upptäcka och följa behandlingar av alkoholbetingad sjukdom. PM 6/82
- Från 4 år till 10. Mellbin T, Sundelin C och Vuille J-C. Socialstyrelsen redovisar 1982:10
- Specialistutbildning i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram. PM 12/82
- Leva med barn. Gustafsson Lars H. Socialstyrelsen LIC förlag 1983.
- Information om miljömedicinsk/samhällsmedicinsk verksamhet i landstingen. PM 51/83
- Handledarutbildning för allmänläkare PM 61/83
- Om åldrandet. En kunskapsöversikt Steen Bertil, Berg Stig, Tornstam Lars. Utbildningsproduktion AB Malmö.
- Föräldrautbildning. Slutrapport. Socialstyrelsen redovisar 1984:12
- Vård på lika villkor? Skillnader mellan kommuner i ett landsting. Socialstyrelsen redovisar 1983:6

Nordiska hälsovårdshögskolan

- Hälsa för alla i Norden år 2000. Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport NHV 1983:1

Spri

- Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet 1973. Berfenstam R och Smedby B. Rapport 4 1976
- Kan vi förebygga psykiska besvär hos de äldre? Rapport 83 1981
- Hur mår Du Sverige? Rapport 82 1982
- Offensivt hälsoarbete. Kommundiagnostik – erfarenheter från tvärsnittsun- dersökning hälsoprofil, Skaraborg. Haglund Bo och Isacson Sven-Olof (redaktörer). Rapport 84 1982
- Hur utnyttjas hälso- och sjukvårdens resurser? En analys av landstingens verksamhet. Rapport 111 1983
- Akutmottagning i storstad. Rapport 140 1983
- Jourstudien i Norrbotten. Rapport 141 1983
- Basdata om kontakter i primärvården. Rapport 142 1983
- Primärvårdens samverkan med företagshälsovården. Rapport 143 1983
- Informationsutbyte mellan primärvård och länssjukvård. Rapport 144 1983
- Kontinuitet i primärvården. Rapport 145 1983
- Vårdprogram i primärvården. Rapport 146 1983
- Primärvårdens organisation. Rapport 147 1983
- Primärvårdens samverkan med länssjukvården. Rapport 148 1983

Primärvårdens insatser för långtidssjuka. Rapport 149 1983
Vårdutnyttjade – ett mått på ohälsa? Rapport 158 1984

Statistiska centralbyrån (SCB)

Kvinnor och barn 1982.

Övriga

- Boström G, Olsson B och Svanström L, Vårdlag i svensk primärvård en inventering. Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet Stockholm 1983 (Rapport, grön serie nr 1).
- Bygren Lars-Olof, Met and unmet needs for Medical and Social services. Scandinavian Journal of Social Medicine. Supplementum 8 Almqvist & Wiksell Stockholm 1974.
- Dahlgren Göran. Hälsopolitiska jämlikhetsmål – om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige. Socialstyrelsen. Stencil 1982-09-01.
- Dahlgren Göran. Socialstyrelsens roll i hälsopolitiken. Socialmedicinsk tidskrift nr 7-8 1982, s 277-282.
- Fernlund Kristina och Gustafsson Inga. Att leda föräldragrupper. LIC förlag Solna 1980.
- Fernlund Kristina och Gustafsson Inga. Föräldragrupper. LIC förlag Solna 1981.
- Fugelli Per. Helseopplysning i lokalsamfunnet. Et eksperiment. Tidskrift for den norske laegeforening nr 17-18 1981, s 1068-1070.
- Grund Jan m fl. Helseplan for 1980-åra. Gyldendal Norsk Forlag Oslo 1982.
- Gustafsson Inga och Kaplan-Goldmann Suzanne. Att främja ett psykosocialt arbetssätt. LIC förlag Solna 1981.
- Gustafsson Inga och Stam Elisabeth. Barnfamiljer i behov av stöd. LIC förlag Solna 1983.
- Haglund B och Svanström L. Samhällsmedicin – en introduktion. Studentlitteratur, Lund 1983.
- Hertzman P och Lindgren B. Sjukdomarnas samhällsekonomiska kostnader 1964-1975. Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi. Meddelanden 1980:2.
- Holmgren Gunilla. Barnmorskan kan spåra inkontinens. Journalen KABIVITRUM vol 3 nr 12 1983.
- Hovellius Birgitta. Infektionspanoramata vid en vårdenhet. Sjukhuset 1981:9: 500-1.
- Jakobsson S. Hälsoundersökning mot bröstcancer. Erfarenheter av befolkningsundersökningar. Akademisk avhandling. Stockholm 1980.
- Jonsell R. Patienter som söker barnmedicinsk öppen vård. Akademisk avhandling. Umeå 1974.
- Jorming B. Hälso tillståndet hos elever i grundskolan. Epidemiologisk studie. Akademisk avhandling. Karolinska institutet, Institutionen för pediatrik, Huddinge sjukhus 1984.
- Kornfält Ragnild. Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Studentlitteratur Lund 1981.

- Kristensson H. Studies on alcohol related disabilities in a medical intervention program in middle-aged males. Akademisk avhandling. Lund 1982.
- Lindgren Björn. Vaccinationernas samhällsekonomiska betydelse. Liber läromedel 1981.
- Morgan R W. Prospects for preventive medicine. A catalogue. Ontario Economic Council. Toronto 1977.
- Nilsson Agneta. Att dela på föräldradigheten. LIC förlag Solna 1983.
- Nylander I, Zetterström R. Home environment of children in a new Stockholm suburb. A prospective longitudinal study. Acta Paediatr Scand 1983, suppl. 310.
- PRU-gruppen. Vilsbarn i välfärdsland. Liber förlag, Stockholm 1981.
- Ro Otto Christian og medarbeidere. Hjemmeboende gamles liv – helse, sociale forhold og hjelpe tiltak for over 80-åringer i Oslo. Statens institutt for folkehelse. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo. Rapport nr 5/1983.
- Ro Otto Christian og medarbeidere. Eldreomsorgens nye giv – et eksperiment med styrket innsats i primaertjenesten i Oslo. Statens institutt for folkehelse. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo. Rapport nr 6/1983.
- Samhällsmedicin – en lärobok för medicinsk och social personal. Lennart Köhler (red). Studentlitteratur, Lund 1983.
- Siem Harald. Massundersökelse og helsekontroller. Institutt for almenmedisin. Universitetet i Oslo. Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr 2 1979.
- Siem Harald. Helsekontroller – till nytte eller bekymring? Universitetsförlaget Oslo 1982.
- Svanborg A, Djurfeldt H och Steen B (redaktörer). Frisk eller sjuk på äldre? Rapport från populationsstudien "70-åringar i Göteborg" (H 70). Delegationen för social forskning. Rapport 1980:4.
- Svanborg Alvar m fl. Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg. Läkartidningen nr 42 1980, s 3729-3786.
- Tellnes Gunnar och Fugelli Per. Skader og skadeforebyggande avbeid i lokalsamfunnet. Tidskrift for den norske lægeförening nr 26 1981 s 1454-1457.
- Torbiörnsson Anna. Att vara förälder idag. LIC förlag Solna 1982.
- Townsend Peter, Davidson Nick, Unequalities in health. The Black report. Penguin Books 1982.
- William-Olsson Margareta och Svanborg Alvar. Gammal eller ung på äldre dar. Socialstyrelsen och Utbildningsproduktion AB. Malmö 1984.

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
 2. Värdepappersmarknaden. Fi.
 3. Domstolar och eko-brott. Ju.
 4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
 5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
 6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
 7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
 8. Näringsstillstånd. Ju.
 9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
 10. Kompletterande motståndformer. Fö.
 11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
 12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
 13. Samordnad narkotikapolitik. S.
 14. RF 10:5. Ju.
 15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
 16. Förvärv i god tro. Ju.
 17. Sveriges internationella transporter. K.
 18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
 19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
 20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
 21. Förenklad självdeklaration. Fi.
 22. Panträtt. Ju.
 23. Folkbibliotek i Sverige. U.
 24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
 25. Ny konsumentköplag. Ju.
 26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
 27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
 28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
 29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
 30. LÅS MERA! U.
 31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
 32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
 33. Handla med tjänster. Ud.
 34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
 35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
 36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
 37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
 38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
 39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
 40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
 41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
 42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
 43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
 44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
 45. Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie. S.
 46. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. S.
-

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. [44] 7. Invandrarna i hälsa- och sjukvården. Underlagsstudie. [45] 8. Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie. [46]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.
1984-09-17
STOCKHOLM

HS 90-Publikationer

- SOU 1984:39 Hälsö- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
- SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
- SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3.
● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutenvård
● Den jämlika sjukvården?
- SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
- SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
- SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
- SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsoupplýsning.
- SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
- SOU 1984:49 Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
- SOU 1984:50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

- SOU 1984:44 Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:49 Vården och sysselsättningen.