

Socialmedicin i Linköping

Per Bjurulf

Socialmedicin i Linköping startade från scratch 1969. Per Bjurulf har varit professor från starten. Här ges en redovisning av utgångsläge, utveckling och framtidslinjer.

Litteraturreferenserna hänförs dels till en numrerad lista dels till redovisning av avhandlingar vid socialmedicinska avdelningen.

Per Bjurulf är professor och överläkare i socialmedicin. Han går i pension under 1997.

Uppbyggnad av en fakultet

Den socialmedicinska kliniken vid Regionsjukhuset i Linköping inrättades redan 1964 men startade sin verksamhet först 1969 i samband med att läkarutbildningen från femte terminen förlades till den dåvarande universitetsfilialen i Linköping. Från 1970 startade också en storinstitution med socialmedicin, psykiatri och geriatrik. Vid denna tid var professorn i socialmedicin också chef för kuratorerna.

Perioden 1969 till 1975 präglades av uppbyggnaden av en ny fakultet med organisation av infrastruktur för forskning och undervisning. Under 1969 till 1973 var jag också utbildningsnämndens ordförande och prodekanus - vilket krävde stora insatser. Från 1975 har utvecklingen av olika forskningslinjer skett. Samtidigt pågick emellertid vid fakulteten förberedelser för en radikal omläggning av läkarutbildningen samt en samordning med den landstingsdrivna vårdhögskoleutbildningen. Detta ledde till riksdagens beslut om start av en integrerad, problembaserad vårdyrkesutbildning - Hälsouniversitetet i Linköping. Denna startade efter omfattande förberedelsearbete 1986. Jag gick under denna tid in som linjenämndsordförande 1980 till 1984 och som dekanus 1987 till 1991.

Erfarenhetsbakgrund

En nystartad institution präglas av den som bygger upp den. Min erfarenhetsbakgrund var tio års anatomi med en avhandling, som var grundforskning inom antro-

pometri tillämpad på prevention av åderförkalkning för att tolka sambandet mellan fetma och åderförkalkning. (1). I avhandlingen påvisades att sambandet mellan åderförkalkning i kranskärlen och fetma kunde återföras till storleken av fettcellerna och icke antalet. Detta tolkades så att det var faktorer i relation till kalori-tillförseln och icke ärftliga faktorer som svarade för sambandet. Avhandlingen kom ut från såväl anatomi som socialmedicin, som var en relativt nystartad verksamhet i Lund vid denna tid.

Efter disputationen kom specialistutbildning i invärtesmedicin särskilt cardiologi och allergologi huvudsakligen i Lund, kompletterad med ett års psykiatri. Under denna tid granskade jag effekten av hälsoinformation om kost och åderförkalkning samt rökning och cancer (2-13). Resultaten visar att många olika bakgrundsfaktorer ger större kunskap om väsentliga livsstilsförändringar. Endast egen sjukdom kunde visas leda till ändrade vanor. Hos storrökarna kunde man se en rationaliseringsprocess med förträngning och bortförklaring av orsaksinnebörden mellan rökning och sjukdom.

Samtidigt deltog jag i en internationell WHO initierad jämförelse av incidens och prevalens av coronar hjärtsjukdom (CHD) som visade på stora behov av validering av epidemiologiska registreringsmetoder av CHD. Malmö ingick som ett centrum i WHO-projektet. En i stort sett 70% obduktionsfrekvens gav möjligheter att i ett stort material granska anamnes- och Ekg-validiteten (sensitivitet och specificitet) mot såväl myocardskada som kranskärlsstenos (14). Sambandsmönstret mellan olika kroppsbyggnadsfaktorer och indikatorer på blodtryck å ena sidan och åderförkalkning å den andra skiljer sig åt påtagligt mellan olika kärlområden (hjärn och kranskärl samt aorta) (17).

Detta material gav också underlag för att granska sambandet mellan sociala registerrelaterade kriterier såsom nykterhetsförseelser och vård å ena sidan och alkoholbetingade leverförändringar (steatos och Laennec cirrhos) å andra sidan (15,16).

Under en professorsperiod i Umeå 1966-1969 arbe-

tade vi vidare utefter dessa linjer. Undervisningen krävde emellertid omfattande arbete med den stora undervisningsdelen som skulle genomföras av mig och en bitr lärare.

Undervisning

De socialmedicinska delämnena har central betydelse inom det nya hälsouniversitetets curriculum. Särskilt utmärkande för Linköping är att vi ägnat stort utrymme åt att med den socialmedicinska kliniken som modell ge de blivande läkarna kunskap om hur man reducerar de sociala konsekvenserna av sjukdom (den sociala recepturen), särskilt avseende utsatta grupper. En intensiv pedagogisk utvecklingsverksamhet har bedrivits och en mycket omfattande och i terminskritik uppskattad undervisning bedrivs med inslag på de flesta av läkarutbildningens 11 terminer (18).

Forskningslinjer och kompetensuppbyggnad i Linköping

Hälsoinformation

De dåliga resultaten av riktad hälsoinformation gentemot kost och rökning i Malmöstudien (2-14) överensstämde väl med resultaten i en hälsoutbildningsstudie i en högriskskola upplagd pedagogiskt integrerat i undervisningen med före- eftermätning och kontrollgrupp. I själva verket fick experimentgruppen sämre livsstilsvanor. I stort sett samma resultat erhöles vid en upprepning i annan skola men med aktiv föräldramedverkan (Bremberg). Liknande nedslående resultat erhöles vid utvärdering av en intensiv årslång dagstidningskampanj (Malmgren och Andersson). Därför utvecklade vi olika metoder där grundprincipen dock var densamma. Individen måste själv ta ett reflekterat beslut att ändra sin livsstil. En metod var individens egen hälsoprofiluppskattning (Malmgren) en annan var den pedagogiska modellen "Du bestämmer" (Arborelius).

I stort sett samma pedagogiska grundprinciper, där ansvaret läggs på individen att själv styra sin informationsinhämtning, tillämpades av Falkenberg i hans avhandlingsarbete på diabetesvården inom ett primärvårdsområde. Denna metod tillämpad i kliniskt arbete har lett till bättre metabol kontroll och stor reduktion av amputationer och hjärtinfarkt. Samma pedagogiska principer har utvecklats och använts inom Hälsouniversitetets problembaserade studentstyrda utbildning.

För närvarande har vi ingen pågående hälsoinformationsforskning.

Riktad interventiv prevention

Diabetes.

Till Falkenbergs pedagogiska modell för manifest diabetesbehandling kopplades tidigt primär- och sekundär preventiva populationsbaserade interventioner. I de primärpreventiva användes kroppsvikt som en biofeedback, till vilken även kopplades information om andra livsstilsförändringar. I den primärpreventiva viktsregisteringen deltog i närmaste 90 % av befolkningen från 16 års ålder. Utvärdering av incidensförändringar och komplikationsfrekvenser pågår (Falkenberg).

Olycksfall

I en preliminär bedömning (Lindqvist under publicering) kunde reduceringar i så gott som samtliga olycksfallstyper (arbete, trafik, hem, fritid och idrott) noteras. Modellen, som nu sprids nationellt och internationellt bygger på en epidemiologisk initial kartläggning av alla olycksfall som kommit in till sjukvården inom en stor kommun. Mot bakgrund av denna kunskap utformades ett brett interventionspaket (Lindqvist). Process- och effektutvärdering pågår.

Nyblivna bilförare har en markant olycksfallstopp under de första två åren. För att ge ny kunskap som underlag för förebyggande av olyckor genomfördes en rad epidemiologiska och interventiva experimentella studier som utmynnade i en teoretisk modell (Gegersen). Flera forskningslinjer inom trafikforskningen pågår i samarbete med VTI.

Näringsbrist hos äldre

I slutet av 70-talet påvisade en forskargrupp att dåligt näringstillstånd hade prediktivt värde för utveckling av trycksår (Ek). Vidare kunde påvisas att näringsbrist var vanligt hos individer som tas in på geriatrisk klinik. Med en experimentell design kunde vi vidare visa att näringstillskott minskade utvecklingen av näringsbrist under sjukhusvistelsen, ökade möjligheten till utskrivning och minskade dödligheten oberoende av diagnos (Unosson). Andelen med näringsbrist var mycket större hos de som kom från ortopedklinik med höftfraktur (38 %) jämfört med de som kom från neurologen med stroke (8 %). Nu pågår en experimentell intervention på ortopedkliniken. Vidare en granskning av de som kommer från hemmet till geriatrisk klinik. En annan linje inom detta projekt är analysen av vad som påverkar kostintaget i serviceboende.

Näringsbrist hos äldre är en viktigt hälsoindikator för deras välbefinnande. Detta gäller även för att nå

hälsovinster i sjukvården. Anna-Christina Ek har nu övertagit ledarskapet för denna forskargrupp.

Fostermissbildningar

Alpha-fetoprotein (AFP) är ett äggviteämne, som finns i mycket större koncentrationer i fosterblodet än hos mamman (1000:1). Vid vissa fostermissbildningar ligger fostrets kapillärblod i direkt kontakt med omgivande fostervatten och ett läckage av AFP sker till mamman. Screeningmetoden har, baserad på AFP, dock en låg specificitet, vilket gör att många gravida kvinnor får ett preliminärt falskt positivt besked. Ett problem i detta sammanhang är hur informationen skall utformas för att inte få negativa konsekvenser för mammans upplevande av graviditeten. Ett annat problem är att nyckelinformanterna - barnmorskorna - ofta är negativt inställda till abort. Abort är dock den rekommenderade åtgärden vid grava fostermissbildningar. Problemen i anslutning till dessa svårigheter analyserades vid en fyrapunktmätning under graviditeten och i en enkät till barnmorskorna (Sandén). I detta samverkansprojekt med kvinnokliniken ingick också en epidemiologisk granskning av screeningmetoden. Vidare en intervju-baserad orosmätning hos de gravida.

Försäkringsmedicinska studier

Sjukskrivning och förtidspensionering är viktiga indikatorer på individens hälsotillstånd inte bara ur medicinskt perspektiv utan med flera inslag av WHO:s breda definition. För närvarande är detta slagskeppet i vår pågående forskning.

Stora delar av dessa forskningslinjer utgår från klinisk socialmedicinsk erfarenhet.

De som förtidspensioneras och där alkoholmissbruk finns med i symptombilden visar genomsnittligt efter två år klara förbättringar beträffande psykiatrisk bild, laboratorieparametrar samt socialt kontaktnät och rapporterat alkoholintag. De uppvisar en bättre bild i flera avseenden än alkoholmissbrukare som under samma tid varit föremål för rehabilitering. En rad faktorer kunde påvisas ha samband med utfallet av rehabilitering. Mest framträdande var psykologiska faktorer som upplevelse av ensamhet, lågt självförtroende, håglöshet och obestämthet. Skillnader i socialt nätverk, social stabilitet och drickandets omfattning hade däremot inte någon märkbar betydelse. Endast vissa tecken på ett mer synligt och utåtriktat sätt att dricka (tidig debut, registrering av sociala myndigheter samt umgänge med andra missbrukare) hade en tydlig negativ betydelse. Det-

samma gällde sammanfattande bedömning av psykiatrisk sjukdomsgrad.

Om drickandet minskade under tvåårsperioden skedde samtidigt en del andra sociala, psykologiska och medicinska förändringar. Dessa gick dock inte entydigt i positiv riktning. Tendensen till sänkt stämningsläge framkom. I förhållande till återgång i arbete, som kriterium på framgång, fanns däremot mer entydiga och utbredda samband med allmänna förbättringar. Detta pekar på att enbart mått på drickandet är otillräckligt om man vill fastställa effekter av rehabilitering. Resultaten understryker behovet av mer globala kriterier på allmän anpassning (Hörnquist, Åkerlind). Resultaten ligger i linje med dominans av en av de två subgrupperna som kunde urskiljas i obduktionsmaterialet från Malmö (Wistedt). I samband med förtidspensioneringsstudien utvecklades principer för livskvalitetsmätningar tillämpbara inom medicinen (Hörnquist).

Utifrån en totalundersökning av sjukskrivning längre än 7 dagar i hela Östergötland (5 % av Sveriges befolkning) har sjukskrivningens epidemiologi kartlagts. Dessutom har sjukskrivning under graviditet analyserats. Ett viktigt fynd är den ökande sjukskrivningen på arbetsplatser med ojämn könsfördelning (Alexanderson). I ett pågående avhandlingsarbete analyseras sambandet mellan psykiatriska diagnoser och sjukskrivning (Hensing).

Andra aktuella forskningsprojekt är intensivstudier av kvinnliga högriskgrupper samt försök att förutsäga förtidspension i en prospektiv 10-årsuppföljning utifrån registerdata 1985-1987 och vidtagna åtgärder under mellantiden.

Ett centralt område när det gäller sjukskrivning och förtidspension som ohälsosindikator är värk i rörelseorganen. En metaanalytisk studie visar dålig framgång av medicinskt baserad prevention och även behandling (Bjurulf). Många förespråkar tidig rehabilitering. För att göra den möjlig krävs bättre prognostisk kunskap. Nu pågår en specialstudie för att mot bakgrund av förloppet vid långtidssjukskrivning respektive förtidspension kartlägga riskfaktorer respektive salutogenetiska faktorer tidigt i detta förlopp. Det kan innebära möjlighet till kraftsamling i rehabilitering eller snabba pensionering hos högriskgrupper.

Hälso- och sjukvårdsforskning

Denna linje har framför allt drivits av Toomas Timpka. Han har en nyttig dubbelkompetens som docent i såväl socialmedicin som medicinsk informationsbehandling.

Utgående från fallet urinvägsinfektioner har han utformat ett beslutsstöd för allmänpraktiker såväl med data-teknisk utveckling och medicinska fakta från en panel-bedömning (Timpka). Denna ansats vidgades sedan till ett mer generellt datoriserat beslutsstöd för allmänpraktiker. För närvarande utvärderas ett försök att utveckla en stor vårdcentral till en modellarbetsplats baserat på en parallell utveckling av kompetensen hos personalen förenad med teknikstöd (PRIMUS 2000, Sjöberg).

Reumatoid artrit är ett lämpligt diagnosområde för att bedöma patienternas uppfattning om vården, deras uppfattning om coping och livskvalitet (Bendtsen). I denna studie renodlas patientens egenupplevelse, som ett utvärderingsinstrument.

I ett annat avhandlingsarbete (Svensson) utformades en teoribakgrund för bemötande och omhändertagande särskilt i omvårdnadsarbetet.

Klinisk socialmedicin

Den kliniska verksamheten (Leijon et al) är en modell-verksamhet för undervisning om sociala konsekvenser av sjukdom och den därmed sammanhängande sociala recepturen för läkare. Den utgör dessutom problem-formuleringskälla och är kompetensbildande för flera forskningslinjer bl a migrationsmedicin (Hermansson) och försäkringsmedicin.

Utvecklingslinjer

Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering

Kontrakt håller på att skrivas med Rådet för Arbetslivs-forskning om en riksprofessur för arbetslivsinriktad re-habilitering. Målsättningen är att utveckla ett riks-centrum i samarbete med Riksförsäkringsverket, Ar-betsmarknadsstyrelsen, lokala avnämare med hjälp av kompetens inom socialmedicin, institutionen för data-teknik, centrum för studier av människa, teknik och organisation. Centrala problemområden för detta cent-rum är socialförsäkringseffekter på individens möjlig-heter att delta i olika delar av samhällslivet särskilt arbetsgemenskapen. Det som redovisats under forskar-gruppen försäkringsmedicin baserat på ohälsoindi-katorer som sjukskrivning och förtidspension är också väsentliga delar inom detta centrum.

Som ovan nämnts är ett viktigt nytt paradigm här att utforma modeller för primär- och sekundärprevention utifrån de behov som långvarig sjukskrivning och förtidspension utvisar.

Värk i rörelseorganen

I samarbete med FOU-enheten i primärvård, ortopedi, yrkesmedicin i Örebro och Linköping håller vi på att utforma ett åtgärdesprogram för de stora samhällsproblem som värk i rörelseorganen utgör. Detta baserat på den paradigmförändring som ovan beskrivits.

Migrationsmedicin

En särskild kompetensutveckling, baserad på klinisk socialmedicin, är vår satsning på migrationsmedicinsk utveckling med bas i Flyktingmedicinskt Centrum (FMC, Timpka).

Genusperspektiv inom socialmedicin

En framgångsrik linje är att utveckla ett kvinno-perspektiv för att finna orsaker till kvinnors högre sjuk-frånvaro och ohälsa nu också kompletterad med att ut-veckla genusperspektiv i medicinsk undervisning (18).

Hälso- och sjukvårdsforskning

Ett experimentområde för integrerad samverkan mel-lan sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst och länsar-betsnämnd är Finspång. Institutionen är involverad i fortsatt planering och utveckling av detta projekt.

REFERENSER

1. Bjurulf P: Atherosclerosis and body-build with special referens to size and number of subcutaneous fat cells. Acta Med Scand, Suppl 166, 1959.
6. Bjurulf P: Om effekten av icke organiserad hälsouppllysning. Soc med Tidskr 40;2:63-72, 1962.
12. Bjurulf P: Information som led i förebyggande medicinska åtgärder. Soc Med Tidskr 5.254, 1970.
13. Bjurulf P: Influence of health information on the aged as compared with younger people. In age with a Future p 655-662. Munksgaard, Copenhagen, 1964.
14. Bjurulf P, Garlind T, Sternby NH: On epidemiologic methods for recording ischaemic heart disease. Act Med Scand, Suppl 474, 1967.
15. Bjurulf P, Sternby H, Wistedt B: Definitions of Alcoholism. Relevance of liver disease and temperance board registration in Sweden. Quartely Journal of Studies on Alchol. Vol 32, No2, pp 393-405, 1971.
16. Bjurulf P: Alkoholism - medicinsk och social diagnos. Soc Med Tidsk 3:147, 1972.
17. Pjurulf P: Atherosclerosis in different parts of the arterial system. Am Heart J 68;41-50; 1964.
18. Alexandersson K: Socialmedicinska inslag i läkarnas grundut-bildning vid Hälsouniversitetet i Linköping. Inst rapport 1996.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.

Forskarkompetensuppbyggnad vid Samhällsmedicinska Institutionen, avd för socialmedicin, Hälsouniversitetet i Linköping

Avhandlingar från socialmedicinska avdelningen är som följer:

Svensson B: Psychological Integrity and Concept of Biophile. Linköping University Medical Dissertations No 117. 1981.

*Elton M and Hörnquist J O**: Abusers of Alcohol granted Disability Pension. Prospective longitudinal and multidisciplinary Studies. Linköping University Medical Dissertations No 158. 1983.

*Ek A-C***: Pressure sores - a problem in nursing care. Linköping University Medical Dissertations No 195. 1985.

*Falkenberg M**: Diabetes Mellitus and Hyper- and Hypothyroidism in a Community. Epidemiological and therapeutic aspects. Linköping University Medical Dissertations No 242. 1987.

Andersson G: The Importance of Exercise for Sick Leave and Perceived Health. Linköping University Medical Dissertations No 245. 1987.

Malmgren S: A Health information Campaign and Health Profile Assessment as Revelatory Communication. Linköping University Medical Dissertation No 246. 1987.

*Bremberg S**: School health service: some critical issues. A comparison of two models. Linköping University Medical Dissertations No 257. 1987.

*Sandén M-L***: Introduction of serum-alpha-fetoprotein screening at Swedish antenatal clinics. Attitudes and knowledge of expectant mothers and midwives. Linköping University Medical Dissertations No 270. 1988.

*Timpka T**: Design of Computer-Based Decision Support for General Practitioners. Linköping University Medical Dissertations No 298. 1989.

*Åkerlind I**: Loneliness and Life Adjustment in Advanced Alcohol Abusers. Linköping University Medical Dissertation No 316. 1990.

Unosson M: Malnutrition in Hospitalised Elderly Patients. Linköping University Medical Dissertations No 391. 1993.

Lindqvist K: Towards Community- Based Injury Prevention. The Motala Model. Linköping University Medical Dissertations No 404. 1993.

Thyberg M: Urodynamic Evaluation of Detrusor Pressure and Blood Pressure Reaction in Patient with Reflex Urinary Bladder after Spinal Cord Injury. Linköping University Medical Dissertations No 419. 1994.

Bendtsen P: Rheumatoid Arthritis. Patient Perception of Disease, Care, Quality of Life, Coping and Wellbeing. A Study from a Swedish Health Care District. Linköping University Medical Dissertations No 425. 1994.

Gregersen N P: Prevention of road accidents among young novice car drivers. Linköping University Medical Dissertations No 444. 1995

Alexanderson K: Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood. Linköping University Medical Dissertations No 471. 1995.

Hermansson A-Ch: War-wounded refugees. A prospektiv study of well-being and social integration. Linköping University Medical Dissertations No 497. 1996.

Sjöberg C: Activities, Voices and Arenas: Participatory Design in Practice. Linköping Studies in Science and Technology, Dissertation no 439. 1996.

* docentkompetent

** professor eller bitr professor

Forskarstuderande antagna vid avdelningen för socialmedicin, Hälsouniversitetet, Linköping 1996-11-21

Anders Benktson, leg läk

Åke Björn, leg läk

Kristina Davidsson, samhällsvetare

Ulf Glendor, tandläkare

Torbjörn Falkmer, arbetsterapeut

Gunnel Hensing, socionom

Kristina Kinnunen, lab ass

Margareta Kristensson, leg läk

Margareta Leijon, leg läk

Monica Lejman, leg läk

Christel Lund, leg läk

Karin Ringsberg, sjukgymnast

Lena Rydin, socionom