

Förebyggande inom primärvården – Skaraborgs läns landsting.

Sven-Olof Isacsson

Den vårdpolitiska förskjutningen från sjukvårdspolitik med ansvar för de vårdsökandes problem till en hälsopolitik med ansvar för befolkningens hälsoläge kommer att ge landstingen vidgade uppgifter. Kravet på bättre kartläggning av hälsotillstånd och hälsorisker liksom aktiva satsningar inom det förebyggande området ligger i detta vidgade ansvar.

Inom Skaraborgs läns landsting finns inom primärvårdsblocket en Hälsovårdsenhet med ansvar för initieringen, utvecklingen och uppföljningen av förebyggande medicinska åtgärder. Arbetet har omfattat flera olika problemområden som tobak, olycksfall och blodtrycksvård. Föräldrautbildning, företagshälsovård och pensionärshälsovård är verksamhetsområden under utveckling. Det metodologiska arbetet prioriteras då det är viktigt att förebyggande åtgärder vilar på en så solid vetenskaplig grund som möjligt.

Sven-Olof Isacsson är hälsoöverläkare i Skaraborgs län.

Rent organisatoriskt hör den förebyggande medicinen huvudsakligen hemma inom primärkommunerna och därmed också inom primärvården. Under senare år har diskussionerna om den förebyggande medicinen blivit livligare, men ofta också mera onyanserade. Nomenklaturen har också blivit förvirrande. Man blandar ihop begreppen prevention, friskvård, egenvård, hälsoupplýsning. I denna framställning användes samlingsbegreppet *förebyggande* i vid bemärkelse. Med *primärvård* avses i första hand offentlig hälso- och sjukvård meddelad av läkarstationer och vårdcentraler även om företagshälsovård och privatpraktik bör inkluderas i detta begrepp.

Bakgrund

Betraktar vi den svenska hälso- och sjukvården i ett internationellt perspektiv är vi i princip väl lottade resursmässigt sett. Frågan är emellertid om vi utnyttjar våra resurser på ett optimalt sätt, bedömt även ur förebyggande synpunkt? Lyckas vi med vår kostsamma hälso- och sjukvård förebygga de dominerande hälsoproblemen i kommunerna? Bidrar hälso- och sjukvården till att positivt, tillsammans med övriga samhällsfunktioner utveckla individen i samhället och skapa den känsla av trygghet och självförtroende som är intensivt kopplad till hälso-begreppet?

Det är föga meningsfullt att ta upp en diskussion om betydelsen av exempelvis hälsoupplýsning om man inte samtidigt försöker definiera målsättningen för hälso- och sjukvårdens inriktning. I många sammanhang har man i Sverige framför allt framhållit att hälso- och sjukvårdsplaneringen varit kortsiktig, delvis möjligen beroende på det politiska systemet. Detta är väsentligt med hänsyn till att hälso- och sjukvårdsplaneringen i första hand är en politisk process inom vilken den tekniska utvecklingen skall få sitt utrymme. Hälsotillståndet synes ej nämnvärt kunna påverkas om förhållandena vore de motsatta.

Den offentliga hälso- och sjukvårdens ansvar

Tiden bör vara inne för ett vidare ansvar för landstingen och därmed primärvården än det traditionellt

.....
Tiden bör vara inne för ett vidare ansvar för landstingen och därmed primärvården än det traditionellt kurativa, individinriktade hälso- och sjukvårdsarbetet.
.....

Har vi råd med den avancerade teknologin inom den traditionella sjukvården bör vi också ha råd med de relativt blygsamma kostnader det innebär att bättre kartlägga hälsorisker och hälsotillstånd i den egna befolkningen.

kurativa, individinriktade hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta förutsätter att man samtidigt tar hänsyn till såväl *individ* som *miljö*. Genom att beakta såväl individcentrerade som miljöbundna faktorer med betydelse för hälsan kan vi också bättre kartlägga orsaker till ohälsa och därmed försöka förbättra metodiken att förebygga.

Vilka möjligheter har vi då att bedöma individens och miljöns ohälsa? Faktum är att vi har få möjligheter att idag i de enskilda kommunerna följa hälsotillståndet och hälsoriskerna. Med undantag av vissa infektiösa sjukdomar är kunskaperna bristfälliga. I regel tvingas vi gå "över ån efter vatten" till äldre studier eller från andra regioner för att få en uppfattning om den egna kommunens hälsotillstånd. Mycket talar för att stora olikheter i livsföring, morbiditet och mortalitet föreligger mellan olika regioner, exempelvis Stockholm jämfört med Skaraborgs län. I Skaraborgs län har man exempelvis landets lägsta antal sjukskrivningsdagar per försäkrad och år, vilket dock ej behöver innebära att man i realiteten är "friskare" där än i andra län. Har vi råd med den avancerade teknologin inom den traditionella sjukvården bör vi också ha råd med de relativt blygsamma kostnader det innebär att bättre kartlägga hälsorisker och hälsotillstånd i den egna befolkningen. Med en individ- och *samtidigt* miljöinriktad "approach" kommer ökande kunskaper, baserade på bättre studier av hälsotillstånd och hälsorisker i den egna befolkningen att öka möjligheterna till ett konkret bättre förebyggande arbete inom primärvården.

Kanadensiska synpunkter

I egenskap av hälsovårdsminister i Kanada, har Marc Lalonde (1975), skrivit en bok som på ett konkret sätt belyser de möjligheter som bör beaktas för ett bättre förebyggande arbete. Synpunkterna

bör vara av intresse även för primärvården i vårt land.

Marc Lalonde menar att man måste klargöra målsättningen och innehållet med det hälso- och sjukvårdande arbetet med stark betoning av möjligheterna att förebygga. Han föreslår följande strategi:

1. Att sätta upp delmål.
2. Att via lagstiftning reducera risker i samhället.
3. Att reorganisera hälso- och sjukvårdssystemet.
5. Målmedveten forskning.

1. Delmål

Lämpliga delmål bör vara att försöka reducera *morbiditet* och *mortalitet*. Därmed kan exempelvis reduktion av tobakskonsumtion vara ett delmål liksom jämnare fördelning av hälso- och sjukvårdsresurserna med beaktande av möjligheter till omprioritering av resurser.

2. Lagstiftning

Lagstiftning är en väg att reducera risker i samhället och som därmed behöver medvetandegöras och debatteras även inom den lokala hälso- och sjukvårdsorganisationen. Exempel är alkohol och trafik, bullernivå, strålskydd, säkerhetsbälten i bilar, tobaksreklam etc.

3. Ökat hälsointresse

Här ingår sådana aktiviteter som motverkar en destruktiv livsstil. Exempel är ökande kunskaper, ändrad attityd och beteendeförändringar inom områdena kost, motion, alkohol, narkotika, tobak, olycksfall, pensionärernas "vardag", närmiljömedvetande.

4. Hälso- och sjukvårdssystemet

Detta bör göras effektivare för individen, lättare att hitta i. Viktigt är att systemet tillgodoser kontroll av sjukdomar som kan förebyggas såsom slaganfall genom behandling av högt blodtryck, psykisk ohälsa, tobaks- och alkoholmissbruk, ökat intresse för åldersproblemen samt adekvat läkemedelsinformation till läkare och allmänhet. Hit hör också organisatoriska förutsättningar för att förhindra onödiga

.....
*Mödravård och barnavård är fina exempel på
väl fungerande verksamhet.*
.....

fördröjning i omsättningen av forskningsrön till
praktisk verksamhet.

5. Forskning

En målmedveten forskning är av central betydelse
om det förebyggande arbetet skall kunna utvecklas
inom primärvården. Såväl tillämpad forskning som
grundforskning behöver resurser. Den tillämpade
forskningen, en angelägen primärvårdsuppgift, är
emellertid beklagligt dåligt understödd.

Förebyggande inom primärvården – nuläge

Vi har långa traditioner, bra kunskaper och en bra
organisation inom viktiga delar av det förebyggande
området. Mödravård och barnavård är fina exempel
på väl fungerande verksamhet. Skolhälsovårdens
kvalitet varierar och området synes kräva en över-
syn innehållsmässigt och organisatoriskt. Distrikts-
sköterskorna spelar en viktig roll inom det förebyg-
gande området, men denna roll borde förstärkas.
Det finns flera exempel på bra fungerande verksam-
het, men vid sidan om vad som ovan omnämnts
kommer det förebyggande arbetet i regel i andra
hand, om alls, inom den kurativt inriktade primär-
vården.

Ett försök att utveckla otillräckligt tillgodosedda områden

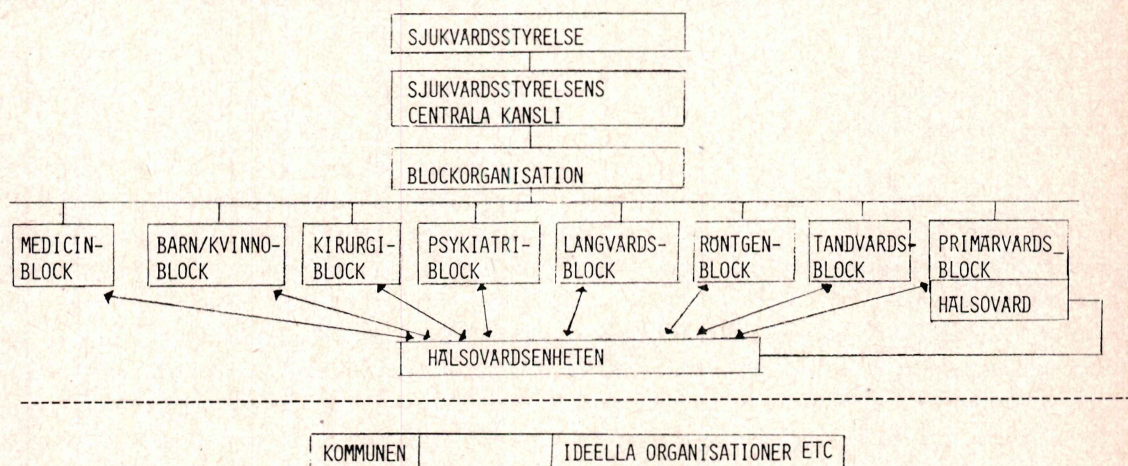
En modell för att försöka omsätta kunskaper inom
det förebyggande området i praktisk verksamhet,
med stark förankring inom primärvården, utarbetas
och genomföres stegvis i Skaraborgs län sedan
drygt 3 år tillbaka. Landstinget antogs redan 1971
en Hälsoplan och åtog sig därigenom ansvaret att
även utveckla den förebyggande medicinen (1971).

Länet har en ganska speciell hälso- och
sjukvårdsorganisation med indelning i länsövergri-
pande block med en läkare som administrativ chef
för varje block. Blockorganisationen under Sjuk-
vårdsstyrelsen framgår av följande figur. (Figur 1.)

Som framgår av denna figur ingår hälsovården
organisatoriskt i primärvårdsblocket med dess
vårdcentralsystem, som redan är relativt väl ut-
byggt i de 16 kommunerna som finns i länet. Vård-
centralerna är uppbyggda enligt integrationsprinci-
pen med bl a allmänläkare, distriktssköterskor, häl-
sovård, tandvård, socialvård, försäkringskassa och
ibland även sjukhem och apotek.

Hälsovården utvecklas och organiseras från en
speciell Hälsovårdsenhet lokalmässigt förlagd till
Skövde, där läkare, sociologer, pedagog, sköters-
kor, tekniker för den externa företagshälsovårds-
sektorn, och statistik kunskaper finns. Hälsovårds-
enheten ansvarar för initiering, utveckling och upp-
följning av hälsovårdsarbete eller det förebyggande
medicinska arbetet inom landstinget. Hälsovård-

Figur 1. Hälso- och sjukvårdens organisation i Skaraborgs län samt hälsovårdsenhetens koordinerande funktion



senhetens uppgift är att bit för bit bygga in förebyggande aktiviteter framför allt i primärvården, men även i de olika blocken. Huvuddelen av resurserna ligger organisatoriskt inom primärvården på detta sätt, men i varje enskilt block finns också en överläkare, utsedd av Sjukvårdsstyrelsen, som har ansvaret för det förebyggande medicinska arbetet inom sitt block i samarbete med hälsovårdsöverläkaren och Hälsovårdsenheten. Som specifik resurs för det enskilda blocket finns en utredare (sociolog). Även dessa utredare arbetar vid den centrala Hälsovårdsenheten. Ett rådgivande organ, benämnt Hälsorådet, utgöres av de hälsovårdsansvariga läkarna. Hälsovårdsöverläkaren har här ett expertråd till sitt förfogande. Primärvården är tyngst representerad i Hälsorådet där förutom hälsovårdsöverläkaren och biträdande hälsovårdsöverläkaren fyra distriktsläkare ingår. Hälsovårdsöverläkaren har ytterst ansvar för det förebyggande arbetet, men betydande resurser har alltså tillskapats inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Detta ger en garanti för kvalitet på utvecklingsarbetet, kontinuerlig aktivitet och successiv utvärdering. Genom denna organisatoriska modell ges också förutsättningar för ett successivt ökat samarbete med kommunala organ och ideella organisationer. Det finns en risk att hälsoupplysningen växer till en ny ideell organisation om den ej förankras inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Det är viktigt att verksamheten vilar på så solid vetenskaplig grund som möjligt. Det utvecklingsarbete som hittills bedrivits kan indelas i följande 3 områden:

1. Olika problemområden.
2. Verksamhetsområden.
3. Metodologiskt arbete.

1. Problemområden

Vad beträffar enskilda problemområden har störst intresse ägnats tobak, olycksfall och blodtrycksvård. Ett i första hand 10-årigt tobaksinformationsprogram har nyligen antagits av Sjukvårdsstyrelsen och målsättningen är att framför allt med utnyttjandet av primärvårdens resurser och primärkommunernas medverkan vända den ogynnsamma utveck-

Det är viktigt att verksamheten vilar på så solid vetenskaplig grund som möjligt.

lingen vad beträffar rökvanor. Centralt finns en Rökavvänjningsklinik, sociolog- och läkarresurs samt ekonomiska resurser för att stegvis genomföra ett noggrant utarbetat program. Den stegvisa utvärderingen är här liksom inom andra områden en viktig bit i vårt arbete där sociologerna (utredarna) spelar en viktig roll. På liknande sätt genomföres ett primärpreventivt inriktat olycksfallsprojekt i en kommun och tillsammans med primärvårdsblockets vårdcentraler och medicinblocket genomföres i halva länet ett 7-årigt vårdprogram för högt blodtryck, som också antagits av Sjukvårdsstyrelsen (SPRI-projekt S 52, 1977). Sköterskorna spelar här en viktig roll för kallelsesystemet, patientinformationen m m. Motionsstimulerande aktiviteter har bedrivits under flera år i kampanjform. En utvärdering har nyligen gjorts som väl kanske i första hand visar att det är svårt att aktivera de som tidigare varit inaktiva och att de som deltagit i kampanjerna även innan varit relativt aktiva. En viss aktivering synes dock ha skett av hemmafruar, pensionärer och individer hörande till socialgrupp III. I ett annat mera riktat försök hos slumpvis utvalda individer har vi dock kunnat visa att möjligheter finns, om betydande resurser insattes, att aktivera även s k "soffliggare" (Isacsson o a 1976). Kostinformationen har än så länge intagit en obetydlig plats i vår verksamhet.

2. Olika verksamhetsområden

Som ovan sagts intar mödravård och barnavård sedan gammalt sin givna plats inom primärvården. Ett stort intresse finns från mödravårdshåll att utvärdera denna verksamhet. Hälsovårdsenheten har under 1976 avslutat ett omfattande försök med föräldragrupsverksamhet med titeln "Att umgås med barn". Denna verksamhet kommer att föreslås som en del av rutinverksamheten inom barnhälsovården från 1979. Företagshälsovården är vårt största enskilda konkreta verksamhetsområde med 8 företagshälsovårdscentraler, ca 100 företag och

kommuner anslutna motsvarande ca 15 000 anställda. Företagshälsovården erbjuds enskilda små och medelstora företag till självkostnadspris på kontraktbas. Ett betydande utvecklingsarbete pågår här för närvarande. Distriktsläkarna är deltid företagsläkare där man enbart arbetar med den förebyggande delen. Den sjukvårdande delen ingår i det ordinarie vårdcentralarbetet, en fullt utbyggd teknisk sektor finns och en psyko-social del är under utarbetande. Ett 3-årigt utvecklingsprojekt påbörjas under 1978 med stöd av Arbetarskyddsfonden i en av kommunerna. Man kommer här att utvärdera sk försök med landstingsbaserad företagshälsovård. Av intresse här är möjligheterna att integrera det förebyggande arbetet inom primärvården och kommunerna med den företagsbundna hälsovården för ett så rationellt resursutnyttjande som möjligt.

Pensionärshälsovården är ett verksamhetsområde under utveckling. Försöksverksamhet bedrivs sedan ett par år vid Skara vårdcentral på individer som är 61 år och äldre. Stor vikt fästes här vid den sociala delen.

3. Metodologiskt arbete

Av stor betydelse är utveckling av det metodologiska arbetet såväl för utvärdering som för genomförande av olika projekt. Dödsbevis insamlas kontinuerligt liksom blodtrycksjournaler från de olika vårdcentralerna, olycksfallsstatistik patientstatistik samt uppgifter från mindre omfattande projekt. Olika modeller för utvärdering tas fram och studier görs på den egna befolkningen för att öka våra kunskaper och få utgångsvärden. Av stor betydelse bli som utgångsvärde för vårt vårdprogram för blodtryck, men även för övrigt förebyggande arbete har en stor länsomfattande tvärsnittsstudie varit, som genomförts under våren 1977. Denna studie är intressant ur primärvårdssynpunkt bli. Slumpvis har 8 000 individer i åldrarna 25–75 år utvalts bland länets 260 000 invånare. Dessa har fått fylla i ett relativt omfattande frågeformulär som belyst sjuk-skrivning, vårdkonsumtion, symptom och läkemedelskonsumtion, motions- och rökvanor. Vidare har en väl standardiserad hälsokontrollundersökning genomförts omfattande längd, vikt, "ponderal index" och blodtrycksmätning. Urvalen är gjorda

Det är orimligt med den kunskap vi har idag att lägga alla resurser på den traditionella hälso- och sjukvården, det är också lika orimligt att lägga alla resurser på förebyggande vård.

så att de även är representativa för de enskilda kommunerna. För varje kommun framtas en hälso-profil som förefaller bli av stort intresse inte minst för de enskilda vårdcentralerna. Yrkeskodifiering av den undersökta populationen kommer också att erbjuda möjligheter till intressanta bearbetningar. Möjligen kan kunskaper av detta slag förmedlad till all personal vid vårdcentralerna bidra till att medvetandegöra den egna kommunens problem på ett lättillgängligt och intressant sätt. Tvärsnittundersökningen avses upprepas med 5-års intervall och bli ett viktigt utvärderingsinstrument för att bli värdera blodtrycksvårdsprogrammet, men även förändringar vad beträffar rökvanor, motionsvanor, läkemedelskonsumtion m.m. Av vad som ovan sagts framgår det att en hel del personal ute vid vårdcentralerna redan arbetar med konkreta uppgifter inom det förebyggande medicinska området ursprungligen initierade från Hälsovårdsenheten. Denna personal är anställd vid vårdcentralerna men "öronmärkt" för förebyggande medicinska uppgifter såsom företagshälsovård, riktad hälsokontrollverksamhet och hälsoutbildning.

Vad kostar det?

Ofta höjs irriterade röster över att den förebyggande verksamheten blir dyr. Man förväntar sig kanske att den förebyggande medicinen snabbt borde kunna fördubbla medellivslängden och minska hälso- och sjukkostnaderna till hälften. Av naturliga skäl finns det alltid ett kontinuerligt motstånd, delvis kanske betingat av otillräckliga kunskaper i epidemiologi och prevention, från den traditionella sjukvården.

Det är orimligt med den kunskap vi har idag att lägga alla resurser på den traditionella hälso- och sjukvården, det är också lika orimligt att lägga alla resurser på förebyggande vård. Frånsett taktiska

överbägenden förefaller det föga meningsfullt att försöka konstruera upp en motsättning mellan kurativ och förebyggande medicin. Båda verksamheterna behövs och hör hemma inom primärvården. Det förebyggande medicinska arbetet behöver konkret förankras inom primärvården och ett kontinuerligt utvecklingsarbete behöver bedrivas. Det synes också vara viktigt att allmänläkarna förslagsvis under FV-blocken, kommer i kontakt med den förebyggande medicinen på ett mera konkret sätt än hittills. Här kan nämnas utbildning i företagshälsövård, arbete med projekt inom det förebyggande medicinska området. På sikt kan en sådan utveckling bidra till att allmänläkaren får en alldeles speciell profil och möjligheter att arbeta med ett utvecklingsbart område starkt anknutet till epidemiologi och prevention. Genom att peka på det konkreta arbetet som redan genomförs i vårt län vill

jag peka på möjligheten att i framtiden göra den förebyggande medicinen till en viktig primärvårdsangelägenhet.

Suppose we died young, late in life . . . ? (Ernst L. Winder and Marwin M. Kristein, American Health Foundation).

REFERENSLISTA

1. *Lalonde M.*: A New perspective on the Health of Canadians. Tri-Graphic Printing (Ottawa) Ltd. 1975.
2. Hälsoplan. Skaraborgs läns landsting, Mariestad. 1971.
3. *Berglund G., Isacsson S-O., Rydén L.*: Vårdprogram för högt blodtryck. Skaraborgs läns landsting. SPRI-projekt S 52. 1977. Stockholm.
4. *Isacsson S-O., Söderby E-M., Nilsson B., Rodén A. M., Koch E., Svanström L.*: Kan "soffliggaren" aktiveras? Socialmedicinsk Tidskrift nr 4 1976.
5. *Winder E. L., Kristein M. M.*: Suppose we died young, late in life . . . ? JAMA 238.