

PREVENTIVT LÄKARARBETE VIKTIGT MEN VANSKLIGT

Brist på tid och kunskap hinder

Svenska läkare ser förebyggande arbete som både viktigt och intressant. I praktiken är det emellertid svårt att nå önskad resultat. Det beror både på tids- och kunskapsbrist och tron på att patienter har svårt att ändra livsstil. Det visar en enkätundersökning bland ett representativt urval av Läkarförbundets medlemmar.

I Sverige var under 1600- och 1700-talen ansvaret för såväl sjukvård som hälsovård lagt på provinsialläkaren. När landstingen blev huvudmän för sjukvården blev det en skarp åtskillnad mellan allmän hälsovård och sjukvård. Den allmänna hälsovården blev genom 1874 års hälsovårdsstadga en uppgift för primärkommunen.

Under senare år har dock hälso- och sjukvården (landstingen) fått ett allt bredare ansvar för befolkningens hälsa och specifikt för att förebygga ohälsa. I den hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 1983 fastslås att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor. Landstingen åläggs inte bara ett ansvar för att hälso- och sjukvård erbjuds befolkningen utan skall också verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

1985 förtydligades hälso- och sjukvårdslagen genom att en ny paragraf infördes med lydelsen: »Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.»

Parallellt med denna utveckling har genom förändringar i den allmänna lä-

Tabell I. Läkarförbundets medlemmar och enkätsvarande, fördelning på yrkesföreningar.

Yrkesförening	Andel av enkätsvarande, procent	Andel av medlemskåren, procent
Sveriges yngre läkares förening	28	29
Distriktsläkarföreningen	15	13
Sveriges företagsläkares förening	4	4
Sveriges privatpraktiserande läkares förening	5	5
Överläkareföreningen	44	43
Chiefsföreningen	4	6
Militärläkarföreningen	0,3	0,5

karinstruktionen läkarnas och speciellt primärvårdsläkarnas ansvar för allmänna hälsofrågor successivt minskat. Lagstiftningen har således utvecklats mot ett bredare hälsoansvar för sjukvårdshuvudmännen, medan läkaransvaret blivit allt mer individinriktat.

Mot bakgrund av bl a dessa förändringar tillsatte Läkarförbundets centralstyrelse 1994 en arbetsgrupp för att belysa läkarrollen i det förebyggande arbetet – Läkarförbundets arbetsgrupp för preventionsprogram (LAPP). En av utgångspunkterna är att söka identifiera läkarnas preventiva uppdrag. Den vetenskapliga litteraturen kring detta tema är inte så omfattande, men frågeställningen är ständigt aktuell [1-7].

83 procent svarade i läkarenkät

Arbetsgruppen genomförde hösten 1994 en enkätundersökning bland läkarförbundets medlemmar. Syftet var att kartlägga läkarnas attityder till och möjligheter att delta i sjukdomsförebyggande verksamhet.

I undersökningen tillfrågades 8 procent (2 053) av Läkarförbundets medlemmar under 65 år. 1700 bearbetningsbara svar kom, vilket innebär en svarsfrekvens på 83 procent. En jämförelse mellan dem som svarade och medlemskåren beträffande kön, ålder, yrkesföreningstillhörighet och specialitet visar marginella avvikelser mellan de enkätsvarandes och medlemskårens sammansättning (Tabell I).

Av dem som svarade på enkäten angav 25 procent allmänmedicinsk specialitet, 9 procent barnmedicin, barnkirurgi, barnpsykiatri eller skolhälsovård,

16 procent internmedicinsk och 28 procent kirurgisk specialitet.

RESULTAT

Attityder till prevention

I enkäten angav 40 procent helt och 42 procent delvis att man ser patientinriktad hälsoupplýsning »som en utmaning och som ett stimulerande inslag» i verksamheten. 65 procent av dem som svarade avvisade tanken att livsstilsfrågor är den enskildes sak som sjukvården inte skall lägga sig i.

27 procent instämde helt och 60 procent delvis i påståendet att de viktigaste insatser en läkare kan vidta för att bidra till att hålla en person frisk »är att försöka påverka vederbörandes livsstil».

Samtidigt uttrycktes önskemål om både mer utbildning och mer tid för förebyggande arbete. Således instämde 40 procent helt och 36 procent delvis i att mer utbildning i prevention är önskvärd i grundutbildningen. 12 procent instämde inte i detta, och resten hade ingen uppfattning i frågan.

Distriktsläkarföreningens medlemmar var de som i störst utsträckning önskade mer utbildning i förebyggande arbete under grundutbildningen (Figur 1).

32 procent delade helt och 43 procent delvis uppfattningen att läkare bör få mera tid för patientinriktat förebyggande arbete. Även här var det allmänmedicinerna som mest efterfrågade ökad tid för prevention.

Enligt enkätsvararna var läkarna intresserade av sjukdomsförebyggande arbete (Figur 2). Fyra av fem läkare såg

Författare

LARS HIMMELMANN
hälsovårdsöverläkare, Bohuslandstinget, Göteborg

LARS WEINEHALL
distriktsläkare, Umeå.

ANNONS

hälsouppllysning som »stimulerande» och som »en utmaning». Nära nio av tio instämde i påståendet, att det viktigaste en läkare i det enskilda mötet med patienten kan bidra med för att vidmakthålla hälsan är att påverka livsstilsfaktorer.

Huvuddelen av läkarna tog avstånd från tanken att livsstilsfrågor skulle ses som den enskildes ensak. I stället ansåg man att sjukvården visst skall lägga sig i och söka påverka den enskilde till livsstilsförändringar. Denna bedömning gjordes trots att mer än nio av tio samtidigt uttryckte att man var väl medveten om att patienter vanligtvis visar större uppskattning för den som behandlar deras sjukdomar än för den läkare som försöker förebygga ohälsa.

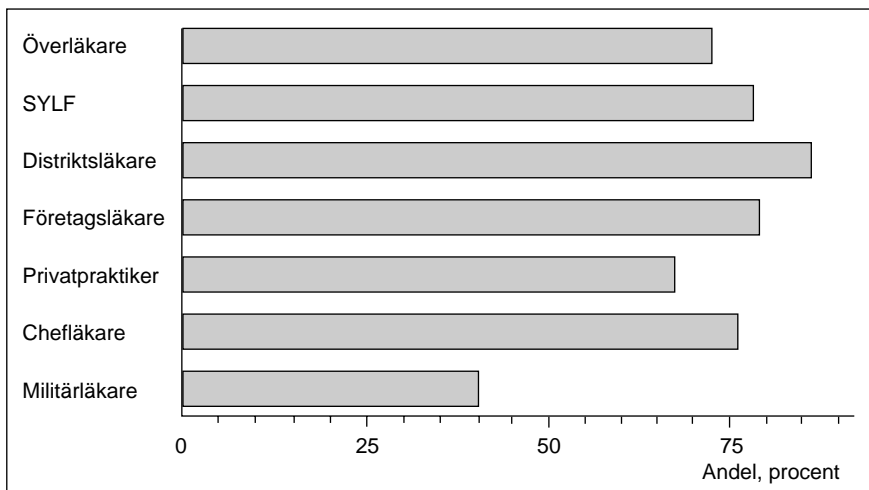
Vad är viktigt för hälsan?

För att belysa läkarnas egen uppfattning om vad som är viktigt för hälsan ställdes frågan: »Vilken betydelse anser du att följande åtgärder har för hälsan?» Det fanns möjlighet att gradera betydelsen i en fyrgradig skala: mycket viktigt, viktigt, mindre viktigt och oviktigt. Figur 3 redovisar hur svaren fördelade sig mellan dem som ansett respektive åtgärd vara viktig eller mycket viktig (= viktigt) och mindre viktig eller oviktig (= mindre viktigt).

De viktigaste konkreta insatser som individen kan göra angavs vara att undvika rökning, för högt intag av alkohol eller kalorier samt att använda säkerhetsbälte i bilen. Dessa åtgärder ansågs som »mycket viktiga» beträffande rökning (90 procent), användning av säkerhetsbälte (77 procent) och måttlig alkoholkonsumtion (67 procent).

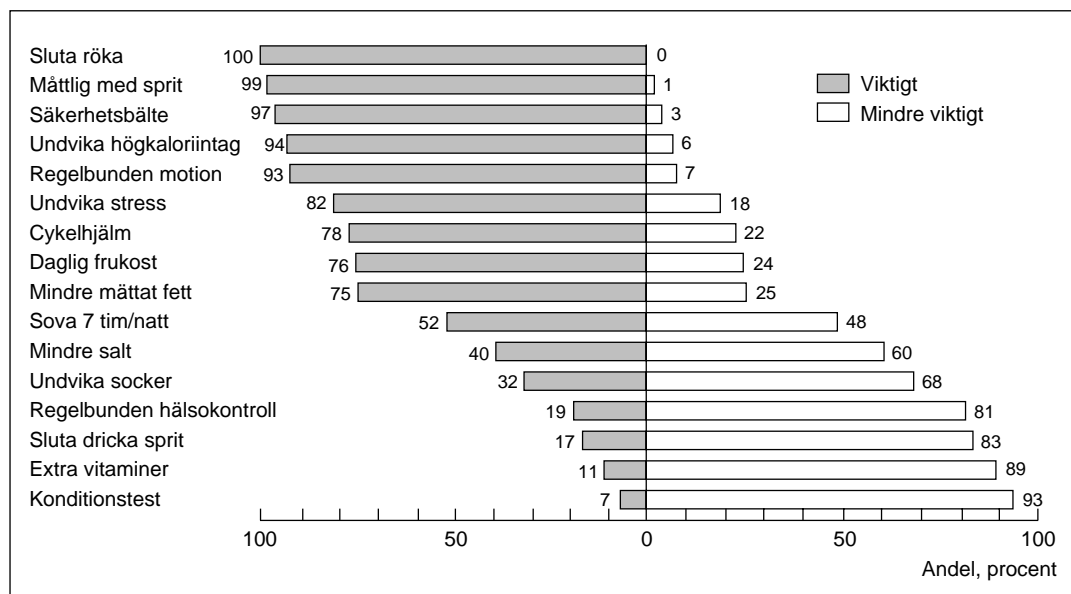
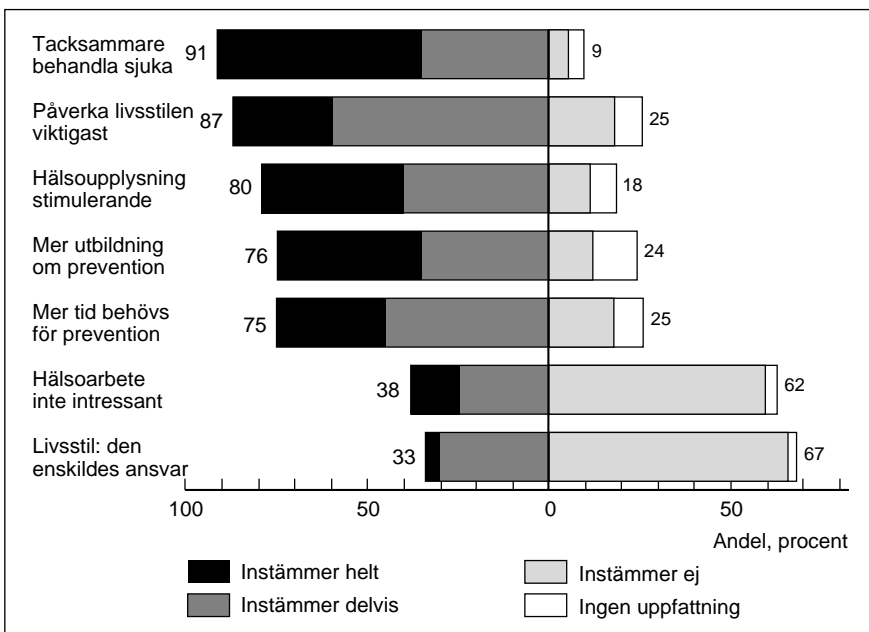
Störst effekt av rökstopp

Läkarna fick också bedöma vilken effekt individuell patientrådgivning respektive gruppinriktade insatser kan ha

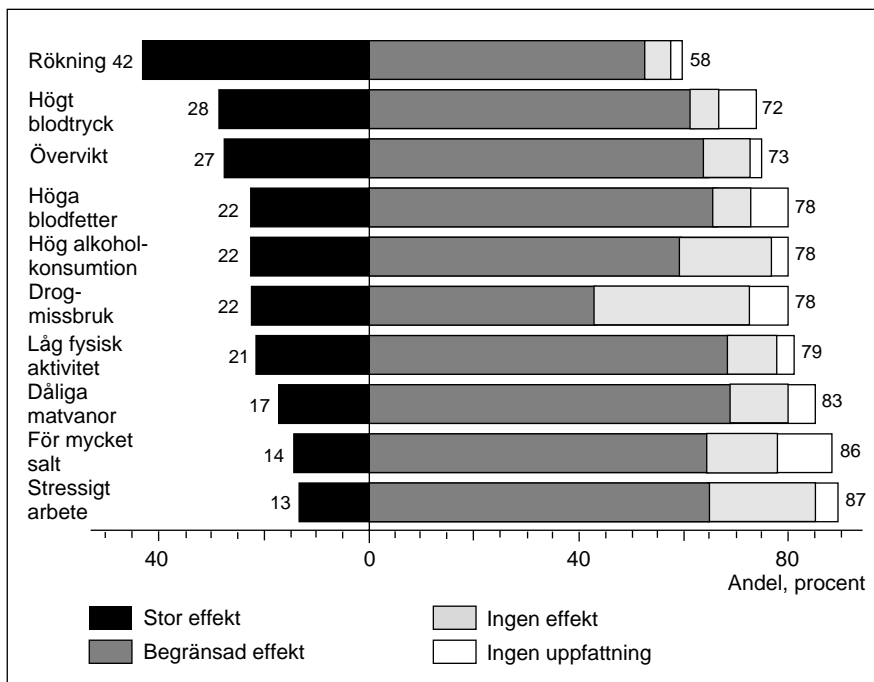


Figur 1. Andelen läkare i respektive yrkesförening som helt eller delvis instämde i påståendet: »Jag anser att mera utbildning i medicinsk prevention är önskvärd inom grundutbildningen.»

Figur 2. Läkarnas syn på prevention, speglad utifrån inställningen till några påståenden.



Figur 3. Läkarnas svar på frågan: »Vilken betydelse anser du att följande åtgärder har för hälsan?» Svarenalternativen »mycket viktigt» och »viktigt» i enkäten redovisas i figuren som »viktigt», medan alternativen »mindre viktigt» och »oviktigt» redovisas som »mindre viktigt».



Figur 4. Läkarnas svar på frågan: »Vilken effekt bedömer du att förebyggande råd och anvisningar till patienter har för att påverka följande riskfaktorer?»

för att påverka riskfaktorerna högt blodtryck, övervikt, för högt saltintag, rökning, höga blodfetter, låg fysisk aktivitet, hög alkoholkonsumtion, stressigt arbete, drogmissbruk och dåliga matvanor. Också här fanns fyra svarsalternativ att välja emellan; stor effekt, begränsad effekt, ingen effekt och ingen uppfattning.

Förebyggande insatser gentemot rökning bedömdes vara av särskilt värde, 40 procent av läkarna ansåg råd kring rökstopp ha stor effekt. Däremot var tilltron inte lika stor beträffande möjligheten att påverka övriga livsstilsfaktorer, oavsett om det var fråga om mötet med den enskilde patienten (Figur 4) eller med en särskild grupp eller allmänheten. Stressigt arbete och drogmissbruk bedömdes som särskilt svåra att påverka genom förebyggande insatser.

Många hinder mot påverkan

I enkätundersökningen ombads läkarna att redovisa sin bedömning av i vilken utsträckning ett antal faktorer utgör hinder när läkaren försöker påverka patienters riskbeteenden (Figur 5). 61 procent av läkarna såg människors oförmåga att ändra livsstil som ett väsentligt hinder, 78 procent angav att läkarna har dålig utbildning i metoder att påverka livsstil och 79 procent att bristande tid är ett hinder för förebyggande insatser.

Tidsbristen angavs som ett stort hinder av varannan av distriktsläkarföreningens medlemmar, medan motsva-

rande siffra för SYLF var 35 procent och för företagsläkarföreningen 33 procent.

Den ekonomiska ersättningen bedömdes som ett hinder eller stort hinder av 58 procent, främst av distriktsläkare, företagsläkare och privatpraktiserande läkare.

DISKUSSION

Stor potential, liten effekt

Med en svarsfrekvens på 83 procent – och en bortfallsanalys som visar att de svarande och bortfallet var identiskt lika beträffande kön, ålder, yrkesföreningstillhörighet och specialistkompe-

tens – kan enkätsvaren ses som representativa för den svenska läkarkåren.

De tillfrågade läkarna redovisade en samsyn i fråga om vilka åtgärder den enskilde kan vidta för att hålla sig frisk: undvika tobak, äta och dricka med måtta, motionera regelbundet, undvika stress och inte försumma säkerhetsbälte och cykelhjälm.

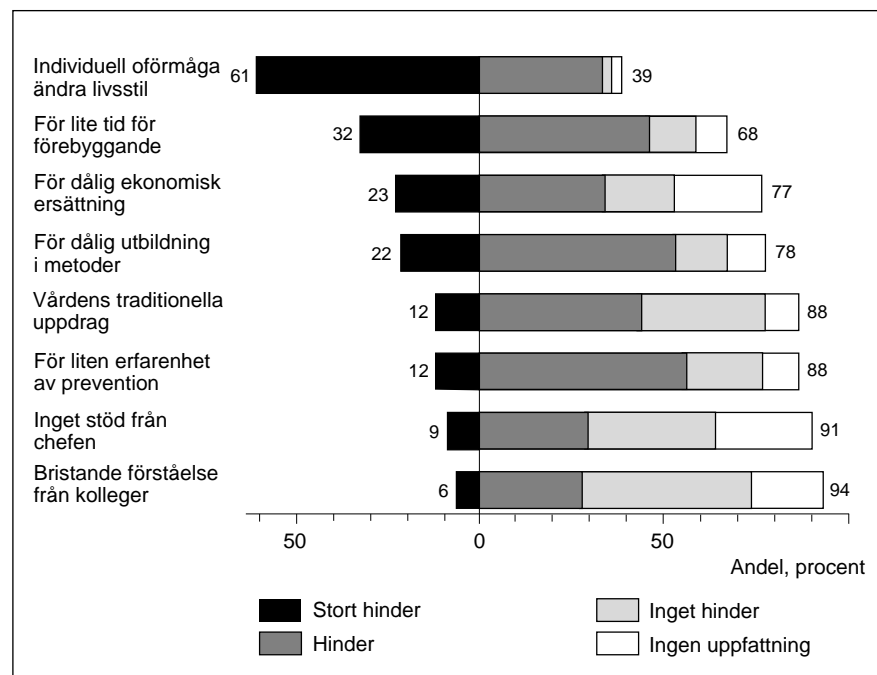
De förebygganderåd som läkare ger bedömdes i viss omfattning kunna vara effektiva för att påverka riskfaktorer, oavsett om de ges till den enskilde eller till en grupp.

Enkätsvaren indikerar dock att det finns en diskrepans mellan läkarnas höga medvetenhet om olika livsstilsfaktorer betydelse för hälsan och läkarnas begränsade tilltro till att sjukdomsförebyggande insatser i form av råd i praktiken har effekt. Kanske ligger dock de viktigaste förklaringarna till denna diskrepans mellan potential och bedömd effekt i läkarnas brist på tid, i läkarnas begränsade kunskaper om hur man konkret arbetar förebyggande och bristen på ekonomisk uppskattning av förebyggande insatser.

Hot mot preventionen

I en tid av hårdnande konkurrens om vårdresurserna löper preventiva insatser särskilt stor risk, eftersom det är allas uppdrag men ingens ansvar [8]. Särskilt allmänläkare, företagsläkare och privatpraktiker signalerade det problem som ligger i att stora preventiva förväntningar riktas mot den egna verksamheten samtidigt som den ekonomis-

Figur 5. Läkarnas svar på frågan: »Vilka anser du vara hindren när man som läkare försöker påverka patienters riskbeteende?»



ANNONS

ka ersättningen för preventiva insatser är låg eller saknas.

En viktig fråga att närmare studera är om inte de nya »köp och sälj-modeller» som introducerats i sig inneburit budgetmodeller som prioriterar kortsiktighet: Om perspektivet är kortsiktigt kommer förebyggande insatser, som ger effekt först om några år eller årtionden alltid att prioriteras bort!

Slutsatser

Sammanfattningsvis ger enkäten en bild av att svenska läkare ser förebyggande arbete som viktigt och intressant. Läkarnas egna möjligheter att i praktiken uppnå resultat begränsas dock av tidspressen, av brist på erfarenhet av och kompetens i preventivt arbete samt av att patienterna som individer synes ha påtagligt svårt att åstadkomma de livsstilsförändringar som bedömts nödvändiga.

Litteratur

1. Bruce GC, Calvert N, White M, Rye GP, Conrad W, van Zwanenberg T. Health promotion priorities for general practice; constructing and using »indicative prevalences». *BMJ* 1994; 308: 1019-22.
2. Sobal J, Valente CM, Muncie HL, Levine DM, Deforge BR. Physicians' beliefs about the importance of 25 health promoting behaviors. *Am J Public Health* 1985; 75: 1427-8.
3. Puska P, Neittaanmäki L, Tuomilehto I. A survey of local health personnel and decision makers concerning the North Karelia Project: A community program for control of cardiovascular diseases. *Prev Med* 1981; 10: 564-76.
4. Orleans CT, George LK, Houpt JL, Brodie KH. Health promotion in primary care: A survey of US family practitioners. *Prev Med* 1985; 14: 636-47.
5. Calnan M, Simon W. Coronary heart disease prevention in general practice. *Health Educ J* 1993; 54: 197-203.
6. Cupple ME, McKnight A. Randomized controlled trial of health promotion in general practice for patients with high cardiovascular risk. *BMJ* 1994; 309: 993-6.
7. Rössner S. Läkarna oanvändbara i preventivt arbete? *Läkartidningen* 1990; 87: 3991-2.
8. Calltorp J. Kan vårdens mål nås i en marknadsmodell? *Läkartidningen* 1994; 91: 4902-3.

Ekologiskt eller konventionellt?

Inga större skillnader mellan olika odlingsätt

Mycket mer forskning behövs innan det går att avgöra om så kallade ekologiskt odlade livsmedel är bättre för vår hälsa än de traditionellt odlade.

Det skriver professor Premysl Slanina i Livsmedelsverkets tidskrift »Vår föda» 8/95. Utgåvan är ett temanummer som presenterar ett projekt där skillnader i kvalitet mellan grödor som odlats ekologiskt respektive konventionellt studerades. Studierna har kommit till stånd genom samarbete mellan Livsmedelsverket och Lantbruksuniversitetet.

De ekologiska odlingsformerna kännetecknas bland annat av att man inte får använda kemiska bekämpningsmedel eller handelsgödsel. Kontroll av produktionsformer och märkning sker främst genom Kontrollföreningen för ekologisk odling, KRAV, men någon särskild kontroll av slutprodukten sker inte. Samtidigt är oskadlighet och hälsobefrämjande egenskaper av stor betydelse vid konsumenternas val av ekologiskt odlade produkter. Uppgifter från vetenskaplig litteratur visar att det i dagsläget finns mycket få jämförbara, vetenskapligt hållbara studier över miljöförändringar eller naturligt förekommande giftiga ämnen i ekologiskt respektive konventionellt odlade jordbruksprodukter. Detsamma gäller skillnader i näringsinnehåll.

Bekämpningsmedel

I de jämförande studierna beträffande bekämpningsmedelsrester i grönsaker och bär analyserades 36 prov från ekologisk odling och 36 prov från konventionell odling av isbergssallat, jordgubbar, tomater och morötter. Inga av de ekologiskt odlade varorna innehöll några rester. Konventionellt odlade tomater och isbergssallat var också fria från rester medan 8 av de 16 jordgubbsproven från konventionell odling innehöll rester av svampmedlen tolylfluand och vinklozolin. Halterna understeg dock en tiondel av den tillåtna halt som anses vara utan hälsorisk.

Kadmium

Vid jämförelse av kadmiumhalt i spannmål, potatis och morötter gick det inte att påvisa någon systematisk eller signifikant skillnad mellan de båda odlingsätten. Från två odlingsområden märktes ett par motsägelsefulla resultat: på ett område hade det konventionellt odlade vetet signifikant högre kadmiumhalt än de ekologiskt odlade, på

ett annat område hade det ekologiskt odlade signifikant högre kadmiumhalt än det konventionellt odlade. Resultaten indikerar att andra faktorer än odlingsystemen påverkar kadmiums biotillgänglighet och upptag. Kadmiumhalten i jordarna kan vara en sådan faktor.

Mögel och mykotoxiner

Det gick inte att påvisa någon skillnad i mögel- och mykotoxinhalten mellan ekologiskt respektive konventionellt odlad vete eller råg i denna undersökning. I danska och tyska undersökningar har man tidigare funnit högre halter mögelgifter i ekologisk spannmål än i konventionell. Det har dock visats i danska undersökningar att gårdar med ekologisk odling i allmänhet var mindre och hade sämre torkningskapacitet, vilket har betydelse för svamptillväxt.

I detta försök studerades prov från kontrollerade fältförsök eller parvisa gårdar. Effekten av väder och geografiskt läge minimerades genom insamling av prov från närliggande gårdar.

Glykoalkaloider

Glykoalkaloider (solanin) är giftiga och illasmakande ämnen som finns naturligt i potatis för att skydda mot angrepp av skadegörare. Säkerhetsmarginalen mellan de halter som finns i normal potatis och de halter där människor kan bli förgiftade är ganska liten. Lindrig förgiftning kännetecknas av illamående, magont och diarré, men i sällsynta fall kan det uppstå effekter på nervsystemet. Vissa undersökningar pekar också på fosterskadande effekter.

Några generella slutsatser om hur ekologisk odling påverkar halter av glykoalkaloider i potatis går inte att dra av denna studie, men dramatiska skillnader mättes upp. Skillnaderna berodde förmodligen inte på odlingsmetod, vilket är förvånande, utan på att olika potatissorter användes. Resultatet från studien gör det därför angeläget med ytterligare försök.

Nitrat och askorbinsyra

Nitralterna var lägre i ekologiskt odlad vete och potatis – skillnaden var dock ej statistiskt signifikant. Beträffande morötter förekom inga skillnader mellan de två odlingsätten och i tomater hittades inga analyserbara halter alls. Inga statistiskt signifikanta skillnader påvisades i vitamin C-halten i potatis. •