

Kustsvenskar är friskare och lever längre Roseto-effekten i Finland?

Roseto är en liten stad i Pennsylvania USA som beboddes av italienska invandrare. Stadsbornas dödlighet i hjärtsjukdomar och deras totala dödlighet på 1960-talet var betydligt lägre än i den multietniska grannstaden Bangor. Inom 30 år jämnades dock dödlighetsskillnader ut mellan städerna till samma amerikanska genomsnittsnivå. Detta kan tolkas så att Rosetobornas välmående berodde på deras etniska likhet, samhörighetskänsla och förtroende; detta kallas idag socialt kapital.

Robert Putnam definierar socialt kapital i sin bok: »Den fungerande demokratin» (1996). Ett samhällsengagerat nätverk med en intensiv horisontell kontakt mellan människor kan utvecklas i grannföreningar, körer, idrottsklubbar, kooperativ, talkoarbete, masspartier och liknande. Ju fler människor som är engagerade i frivilliga organisationer desto bättre fungerar demokratin. Ledande hälsobefrämjare i WHO har nyligen lyft fram sociala kapitalets samband med hälsan.

I Finland

Finlandssvenska män lever längre än sina finskspråkiga bröder. För att klarlägga situationen jämförde vi finlandssvenska och finskspråkiga österbottningar. Att österbottningar valdes beror på att de båda språkgrupperna bor i

samma kommuner och har liknande socioekonomiska levnadsvillkor och skolning. 1996 dog svenskspråkiga män i Österbotten i genomsnitt vid 78 års ålder, vilket är nästan 9 år senare än sina finska bröder inom samma område. Svenskspråkiga kvinnor dog i genomsnitt vid 83 års ålder, vilket är klart senare än genomsnittet i Finland och på andra sidan Kvarken.

På nittioalet hade hälften av de invaliditetspensionerade svenskspråkiga männen blivit pensionerade före 63 års ålder och en tiondedel av dessa hade fått sin pension före 48 års ålder. Under samma period hade hälften av de finskspråkiga männen fått invaliditetspensionsbeslut före 58 års ålder och en tiondedel av dem redan före 36 års ålder! Beträffande orsakerna till invaliditeten fann man de största skillnaderna i muskuloskeletala sjukdomar, hjärtsjukdomar, skador och olycksfall. Den ekonomiska förlusten beräknades till 166 500 kronor per arbetsför svenskspråkig person och 216 500 kronor per finskspråkig person i Österbotten. Man kan räkna ut att inbesparingen per finskspråkig arbetsför person skulle vara 50 000 kronor om han/hon jobbade lika länge som sin svenskspråkiga kollega.

Hur är det möjligt att den svensk-språkiga minoriteten (5,7 procent) kan upprätthålla sin arbetsförmåga och leva

betydligt längre än den finska majoriteten i samma regionen under identiska socioekonomiska förhållanden? Man har föreslagit att skillnaden beror på olikheter i arvs massa, ekonomi, utbildningsnivå eller i konventionella hälsoriskfaktorer. Alla dessa förklaringsmodeller kan lätt kullkastas. Det är dessutom svårt att hitta relevanta konventionella riskfaktorer som kunde förklara skillnaden.

Bland annat publicerades en rapport från en omfattande WHO-undersökning om skolelever som visade att finlandssvenska tonåriga skolelever dricker mera alkohol och röker mera, men ändå mår klart bättre än sina finskspråkiga skolkamrater.

Av allt att döma höjer samhällsengagerade drag i finlandssvenskarnas kulturella och sociala beteendemönster deras livskvalitet. Min hypotes är alltså att det sociala kapitalet på ett avgörande sätt upprätthåller välmående och befrämjar hälsa. Vi har startat ett omfattande forskningsprojekt, som prövar denna hypotes.

Markku T Hyypä

äldre forskare,

Folkpensionsanstalten,

docent i neurologi och i rehabilitering, Åbo

E-post:

markku.hyypa@kela.memonet.fi

Vid Otit: Nuvarande huvudregel gäller fortfarande

Med anledning av en medicinsk kommentar författad av Otto Cars (Läkartidningen 6/99) ställer Inger Enström frågan »vilka med otit skall behandlas?» (Läkartidningen 11/99). Detta är en tvistefråga som sannolikt är lika gammal som penicillinet, men tyvärr finns fortfarande inget självklart svar. Mot bakgrund av den oroande resistensutvecklingen hos pneumokocker under senare år har frågan emellertid ställts på sin spets, eftersom akut otit är den vanligaste orsaken till antibiotikabehandling av barn såväl i Sverige som i många andra länder. Det är därför naturligt att en minskning av antibiotikaförskriv-

ningen till denna patientgrupp måste diskuteras som en av möjliga åtgärder för att undvika en fortsatt resistensutveckling.

I den medicinska kommentaren (enligt the Dutch College of General Practitioners, 1992) ges exempel på några länders olika syn när det gäller behandlingen av akut mediaotit. I Holland är huvudregeln (barn över 2 år) att man ordinerar paracetamol och klinisk kontroll senast efter tre dagar om symtomen kvarstår. För barn under 2 års ålder, vid anamnes på recidiverande otiter eller vid förekomst av andra riskfaktorer t ex immunsuppression, ges antibiotika tidi-

gare i infektionsförloppet. Denna policy medför att ca 30 procent av alla otiter behandlas [1].

I Norge diskuteras en ändrad policy som innebär exspektans med antibiotika till barn över ett år (undantaget s k öronbarn) för att om möjligt minska risken för ökad resistens.

I den engelska expertrapporten om antibiotikaresistens är slutsatsen att antibiotika sannolikt inte är nödvändigt vid akut mediaotit. Om antibiotika ges rekommenderas en behandlingstid på tre dagar [2]. Vid en genomgång av publicerade placebokontrollerade otitbehandlingsstudier har man funnit en

mycket måttlig effekt av antibiotika. 12 barn måste behandlas för att förebygga att ett barn har kvarstående smärta efter 2 dagar. 80 procent av patienterna blir spontant symtomfria vid denna tidpunkt [3].

Recidiv

Även om en hög andel av patienterna med akut mediaotit blir kliniskt återställda utan antibiotikabehandling är den bakteriologiska utläkningen ibland ej fullständig [4], vilket kan öka risken för recidiv. En viktig fråga vid bedömningen av olika länders policy och vid värderingen av kliniska läkemedelsprövningar är också om diagnostiken är likvärdig, dvs om det är samma patientpopulationer som diskuteras. Alla som har praktisk erfarenhet av att behandla barn vet hur svårt det kan vara att säkert utesluta en akut mediaotit.

Verkligheten i öppen vård ser ofta annorlunda ut än vad öronläkare kan redovisa från ideala förhållanden på en specialistmottagning. En eventuell förändring av gällande behandlingsprinciper måste därför bygga på en sammanvägd bedömning av positiva och negativa effekter. Om den svenska modellen skall ändras bör detta ske i form av ett nytt nationellt konsensus-dokument. Initiativ till en sådan diskussion har redan tagits, bland annat för att noga bedöma och värdera risker och fördelar med olika behandlingsprinciper.

Tills denna diskussion är slutförd bör nuvarande huvudregel fortfarande gälla, dvs en purulent mediaotit, inklusive ett rinnande öra med perforerad trumhinna bör behandlas med antibiotika [5]. Vid osäkerhet om diagnosen kan man avvakta med antibiotika och vid fortsatta symtom bör en kontroll göras.

För Svenska Läkaresällskapets referensgrupp för antibiotikafrågor (RAF)

Otto Cars

chefsöverläkare,

infektionskliniken,

Akademiska sjukhuset, Uppsala

Karin Prellner

professor,

ÖNH-kliniken,

Lunds Universitetssjukhus

Sigvard Mölsted

distriktsläkare,

Vårdcentralen, Höör

Referenser

1. Froom J, Culpepper L, Grob P. et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *Br Med J* 1990; 300: 582-586.
2. Standing Medical Advisory Committee Sub-Group on the path of least resistance. Antimicrobial Resistance. London: Department of Health, 1998.
3. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB. Anti-

biotic versus placebo for acute otitis media in children. In: Cochrane Collaboration ed. *Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software, 1997.

4. Klein JO. Microbiologic efficacy of antibacterial drugs for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: 973-5.
5. Prellner K, Cars O, Mölsted S. Akut bakteriell otit är indikation för antibiotikabehandling. *Info från Läkemedelsverket* 1997; 4: 5-6.

”Amningsfundamentalister”

Yngve Hofvander och medarbetare kommenterar i *Läkartidningen* 19/99 mina råd vad gäller amning.

I min bok »När livet börjar» har jag framfört några synpunkter på amning, som jag fått av en mycket erfaren BVC-läkare. Ett av råden var att man kan väga barnet före och efter amning, om man är osäker på att man fått i barnet mjölk. Detta är viktigt numera när tidig hemgång tillämpas i större delen av landet. Tidigare låg mammorna kvar på BB och personalen kunde kontrollera om barnet fick i sig tillräckligt med mjölk. Dagens förstföderskor kan dock idag känna en viss osäkerhet då de inte har samma nätverk omkring sig som tidigare.

En annan synpunkt var att man inte

behöver amma längre än 6 månader. Självklart kan man amma längre om man ger tillägg, men man skall inte behöva känna sig som en dålig mamma om man slutar amma tidigare än vad Amningshjälpen rekommenderar. Amningshjälpen och många barnmorskor kräver att barnet ammas till varje pris. Detta kan vara ett problem för exempelvis mödrar som har barn som legat på neonatalavdelning.

Som barnläkare är jag stolt över den ökade amningsfrekvensen i Sverige, men jag är också lite bekymrad över den »amningsfundamentalism» som förekommer på vissa håll.

Hugo Lagercrantz

professor,

Stockholm

Är claudicatio-patienter verkligen feta?

Per Svensson och medarbetare [1] lämnar i *Läkartidningen* 13/99 förslag till riktlinjer för utredning och behandling av claudicatio. Ingen torde väl ifrågasätta de allmänna råden, men i ett avseende kan det vara anledning att diskutera om det vetenskapliga underlaget för just viktredaktionen är väl underbyggt. Författarna menar att man bör förhindra eller fördröja kardiovaskulära komplikationer och nämner därvidlag de klassiska, inklusive övervikt. I faktarutan anges också »övervikt» som en viktig riskfaktor och den konservativa behandlingen innefattar »viktnedgång».

En klinisk erfarenhet är dock i allmänhet, att claudicatio-patienter sällan

är särskilt feta. En Medline-sökning ger april 1999 bara en enda träff på obesitas + claudicatio [2]. I denna italienska artikel finner man inget förhöjt BMI hos individer med tidiga tecken på perifer vaskulär sjukdom.

Samspelet mellan riskfaktorerna fördunklas ju ytterligare av det faktum, att rökare väger mindre än icke-rökare [3]. Rökstopp leder i allmänhet till en medelviktuppgång på 3-4 kg [4]. Merparten av claudicatio-patienterna är inbitna rökare.

Data från Socialstyrelsens slutenvårdsregister visar följande. [Curt Lenart Spetz, april 1999 pers medd]:

Under tiden 1992-1996 vårdades i