

Synpunkter på mödrahälsovårdsutredningen:

# BÅDE ALLMÄNLÄKARE OCH GYNEKOLOG BEHÖVS

I den nyligen publicerade mödrahälsovårdsutredningen förordas gynekologen som patientansvarig läkare på den enskilda mödravårdscentralen. Undersökningar visar dock att icke-obstetriska problem är lika vanliga under graviditeten som obstetriska och att mödrahälsovård i primärvårdsregi ger lika gott resultat. Också när det gäller omhändertagandet av rökande kvinnor och av kvinnor med sociala problem är den allmänmedicinska kompetensen värdefull.

I Socialstyrelsens principprogram från 1979 fastslogs att den svenska mödrahälsovården skulle innefatta graviditetsövervakning med möjlighet till föräldrautbildning, preventivmedelsrådgivning, förebyggande av abort och sexuellt överförda sjukdomar samt gynekologisk hälsokontroll. Samtliga dessa verksamhetsformer behandlas i den nyligen publicerade mödrahälsovårdsutredningen »Hälsovård före, under och efter graviditet» [1]. Här nöjer vi oss med att kommentera mödrahälsovårdens dominerande verksamhetsområde, nämligen hälsoövervakningen under graviditeten. Vi vill också komplettera utredningen med en del relevanta referenser, nya såväl som gamla. Särskilt viktiga är de allmänmedicinska synpunkterna, eftersom ingen allmänläkarmedverkan ansetts behövlig i själva utredningen.

## Åter ändrade förutsättningar

Mödrahälsovårdsutredningen tillsattes mot bakgrund av alla de strukturförändringar som för några år sedan ägde rum inom den svenska hälso- och sjukvården. Vi hade fått en husläkarlag,

som avskaffade chefsöverläkarbegreppet inom primärvården, en mängd olika finansieringssystem prövades på olika ställen inom landstingsvärlden, och ett flertal privata vårdalternativ såg dagens ljus, också inom mödravårdens område. Allt detta sågs som hot mot den goda acceptansen och kvaliteten inom den tidigare väl sammanhållna mödrahälsovården.

Nu är Husläkarlagen avskaffad och den värsta marknadsyran inom hälso- och sjukvården har lagt sig [2]. Också inom länssjukvården kommer chefsöverläkarbegreppet att avskaffas, och ersättas med verksamhetschef, utan krav på läkarkompetens. Förutsättningarna för en välfungerande mödrahälsovård har åter ändrats.

## Gynekologen inte självskrivnen

Utredningen betonar vikten av en sammanhållen ledning för mödrahälsovården inom varje förlossningskliniks upptagningsområde, och vi håller med. Mödrahälsovårdsöverläkaren, med samordningsbarnmorskan vid sin sida, kan lämpligen ha det medicinska verksamhetsansvaret, vilket, förutom ansvar för det medicinska innehållet, innebär ansvar för att den reproduktiva vårdkedjan är väl sammanlänkad och för att mödrahälsovårdens fortbildning och kvalitetsutveckling är väl fungerande.

Det medicinska verksamhetsansvaret innefattar självklart inte handläggningen i det enskilda patientfallet, där den enskilde befattningshavaren alltid har ett eget yrkesansvar. Unikt för den svenska mödrahälsovården är därvid barnmorskans dominerande och självständiga roll, något som skiljer sig från situationen i övriga Norden [3] och i övriga Västeuropa [4].

När det gäller vem som skall vara patientansvarig läkare på den enskilda mödravårdscentralen för utredningen utan större tvekan fram gynekologen som mest lämpad. Här vill vi anmäla avvikande uppfattning. Visserligen har det i storstäderna blivit så att barnmorskan vid sin sida mestadels har en gynekolog, men enligt vår uppfattning har också allmänmedicinaren en viktig

funktion att fylla inom mödrahälsovården, inte bara i glesbygden.

## Samarbetsrutiner nyckeln

I egna studier [5-7] har vi visat att icke-obstetriska problem är lika vanliga under graviditeten som obstetriska problem, och att flertalet av de problem som, enligt den internationella diagnosklassifikationen, klassas som obstetriska är av okomplicerad natur och mycket väl kan handläggas av allmänmedicinaren. Självklart bör det också fungera tvärtom, nämligen att gynekologen kan handlägga en del av graviditetens icke-obstetriska problem.

Vi är övertygade om att såväl allmänläkaren som kvinnoläkaren kan fungera som mödravårdsläkare, förutsatt att de är såväl intresserade av som kompetenta för sina uppgifter. En annan förutsättning är att fungerande samarbetsrutiner finns, såväl ut mot övriga primärvården som in mot länssjukvården. Slutligen bör det, enligt ovan, finnas en verksamhetsansvarig gynekolog som mödrahälsovårdsöverläkare.

Den reproduktiva vårdkedjan, »graviditet-förlossning-vården omedelbart efter förlossning», förs fram i utredningen. Här har barnmorskan, gynekologen och kvinnokliniken sina givna platser. Livets vårdkedja, »från vaggan till graven», är rimligen minst lika betydelsefull. Här har distriktssköterskan och distriktsläkaren sina företrädare. Eller med mindre högrävande ord: När det gäller mödravårdscentralens samarbete med förlossningsenheten har gynekologen en fördel, men när det gäller samarbetet med barnhälsovården och socialtjänsten har distriktsläkaren motsvarande fördel.

Den allmänmedicinska kompetensen bör också vara värdefull när mödrahälsovården, i enlighet med utredningens rekommendationer, i ökande omfattning skall uppmärksamma behovet av psykosocialt stöd, främst till missbrukande kvinnor och invandrarkvinnor.

En bra kombination, som under många år tillämpats vid mödravårdscentralerna i Lund, är att distriktsbarn-

## Författare

ANDERS HÅKANSSON

docent, universitetslektor, samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

ANDERS ÅBERG

mödrahälsovårdsöverläkare, Universitetssjukhuset i Lund.

morska och distriktsläkare sköter den normala mödravårdsmottagningen, samt att gynekolog var tredje vecka kommer som konsult, för kvinnor med komplicerade obstetriska såväl som gynekologiska problem, men även för lokal fortbildning.

### **Ingen skillnad i resultaten**

I en färsk randomiserad och kontrollerad studie från Skottland [8] kom man fram till att gynekologbesök inte behövs i mödrhälsovården för den normalgravida lågriskkvinnan, och att kvaliteten blir lika god om dessa kvinnors graviditetsövervakning sköts enbart av allmänläkare och barnmorska. I allmänpraktikergruppen förbättrades kontinuiteten, samtidigt som antalet rutinbesök minskade.

I en något äldre, populationsbaserad registerstudie från Kronobergs län [9] konstaterades att mödrhälsovård primärt ledd av distriktsläkare ger ett lika gott graviditetsresultat som mödrhälsovård primärt ledd av obstetriker. Distriktsbarnmorskorna deltog i graviditetsövervakningen på vanligt sätt i båda de studerade områdena, och vid behov remitterades de gravida kvinnorna för specialistmödravård.

En brittisk översiktsartikel [10], publicerad för några år sedan, redogör för de samlade erfarenheterna från sex olika primärvårdsbaserade projekt. Resultaten talar entydigt för att förnyad mödrhälsovård i primärvårdsregi ger minst lika gott resultat som traditionell brittisk mödrhälsovård, med delat ansvar mellan obstetriker och allmänpraktiker.

### **Skräddarsydd mödrhälsovård**

Utredningen föreslår ett reducerat antal rutinbesök för den normalgravida kvinnan, från tidigare omkring tretton till framöver nio för förstföderskan och åtta för omföderskan. Ett av de tidiga besöken skall vara ett läkarbesök för gynekologisk undersökning, medicinsk bedömning och vårdplanering. En del kvinnor kan redan från början behöva särskild hälsoövervakning, eventuellt på specialklinik, för andra räcker det med ökad uppmärksamhet på den vanliga mödravårdscentralen.

Också vi anser att en till den enskilda kvinnans behov skräddarsydd mödrhälsovård är något självklart att sträva efter. Ett minskat antal rutinbesök under lågriskgraviditeten är något som diskuteras i flera år och i flera länder. Redan

i »Hälsoövervakning vid normal graviditet» från 1991 [11] var man inne på en minskning av rutinbesöken, och en utveckling i den riktningen har därefter ägt rum på flera håll i landet. Exempelvis är i Skåne genomsnittsantalet besök under graviditeten för närvarande mellan åtta och tio.

Nyligen har två stora, randomiserade och kontrollerade undersökningar publicerats, vilka ger stöd för en sådan förändring. I London [12] jämfördes två grupper med 8,6 respektive 10,8 besök under graviditeten, och i Colorado, USA, [13] var jämförelsegruppernas besöksantal 10,3 respektive 12,9. Såväl i Storbritannien som i USA var graviditetsresultatet likvärdigt, och gott, i de båda studiegrupperna. Medan engelskorna var aningen missnöjda med det minskade antalet besök var amerikanskorna lika nöjda oavsett antalet besök.

### **»Generell havandeskapspenning»**

Med särskild glädje hälsar vi utredningens förslag om ändrade regler för socialförsäkring under graviditet. Man vill att fyra veckor av den nuvarande föräldrapenningstiden reserveras till tiden före förlossningen. Därmed vill man införa den »generella havandeskapspenning» som så många inom mödravården kämpat för under flera år.

Även i Växjö har vi arbetat aktivt för en sådan förändring [14-16] och där också visat på en betydande besparingspotential i socialförsäkringssystemet [16].

De svenska reglerna kommer i så fall att anpassas till förhållandena i övriga Europa [17]. Endast i fem länder, Island, Belgien, Grekland, Portugal och Spanien, kommer kvinnan framöver att kunna spara alla sina ledighetsdagar till efter förlossningen. Och i de fyra sistnämnda är den totala graviditetsledigheten endast mellan 13 och 16 veckor lång.

### **Dålig diabetesuppföljning**

För kvinnan innebär graviditeten en påfrestning, som ibland avslöjar eventuella svagheter, exempelvis utvecklas hypertoni eller diabetes. I allmänhet normaliseras blodtrycket och blodsockret efter förlossningen, men risken är stor att värdena åter stiger då kvinnan blir äldre. Distriktsläkaren har här en nyckelroll som kvinnans informatör och kontrollör på längre sikt.

Uppföljningen av dessa riskgrupper har hittills varit otillräcklig, och här

finns framöver en betydande potential för förbättrad kvinnohälsa. Därför är det olyckligt att utredningen föreslår att vi inte längre skall erbjuda den generella screening för graviditetsdiabetes som senaste decenniet tillämpats i stora delar av landet. Detta särskilt som de vetenskapliga bevisen för värdet av diabetescreening nu börjar komma, bland annat från Lund.

### **Rökningen en utmaning**

Jämfört med andra länder spelar socioekonomiska förhållanden en ganska liten roll för förlossningsutfallet i Sverige [18]. En betydande del av de skillnader som trots allt finns mellan olika socioekonomiska grupper kan dessutom förklaras av skillnader i rökvanor.

I ytterligare en färsk svensk registerstudie [19] noterades att andelen rökare under tidig graviditet minskat under den senaste tioårsperioden, även för kvinnor med arbetaryrken, men att skillnaderna i rökfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper bibehållits.

I vårt eget material [20] kunde vi konstatera att kvinnor såväl med arbetaryrke som med tjänstemannayrke skrev in sig för mödrhälsovård tidigt i graviditeten och därefter gjorde lika många besök på mödravårdscentralen. Medan 37 procent av arbetarkvinnorna rökte vid inskrivningen var motsvarande siffra för kvinnorna med tjänstemannayrken endast 22 procent.

Här finns den svenska mödrhälsovårdens stora utmaning inför framtiden, att minska rökningen under graviditet för de socioekonomiskt minst privilegierade. Möjligheterna att lyckas är rimligen stora, alla rökande kvinnor är mer eller mindre motiverade, alla kommer i kontakt med mödrhälsovården tidigt i graviditeten, och alla träffar barnmorska och/eller läkare vid upprepade tillfällen. I det rökförebyggande arbetet behövs alla goda krafter, och här är det verkligen läge för samverkan, mellan barnmorskor och läkare, och mellan primärvård och länssjukvård.

### **Referenser**

1. Socialstyrelsen. Hälsovård före, under och efter graviditet. Rapport från mödrhälsovårdsutredningen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
2. Socialstyrelsen. Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995.
3. Kamper-Jørgensen F, Bakketeig LS, Bergsjø P, Biering G, Hartikainen-Sorri AL, Falck Larsen J et al. Perinatal omsorg i de nordiske lande. København: DIKE/ Munksgaard, 1986.
4. Blondel B, Pusck D, Schmidt E. Some char-

**ANNONS**

**ANNONS**

- acteristics of antenatal care in 13 European countries. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 565-8.
5. Håkansson A. Antenatal care in general practice in Sweden. I. A descriptive study of problems, measures, and outcome in a defined population. *Scand J Prim Health Care* 1988; 6: 137-42.
  6. Håkansson A. Antenatal care in general practice in Sweden. II. A study of work allocation between district physician and obstetrician. *Scand J Prim Health Care* 1988; 6: 143-8.
  7. Håkansson A, Åberg A, Atterwall I, Hagander B, Scherstén B. Antenatal care in southern Sweden. A population-based study describing the diagnostic panorama of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 531-8.
  8. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey C du V, McIlwaine GM. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996; 312: 554-9.
  9. Håkansson A. Comparison between the outcome of antenatal care led primarily by district physician or by obstetrician. A study on a defined population based on the Medical Birth Registry. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 639-44.
  10. Wood J. A review of antenatal care initiatives in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 26-30.
  11. Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för mödrhälsovård. Hälsoövervakning vid normal graviditet. Linköping: Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 1991.
  12. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996; 312: 546-53.
  13. McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 275: 847-51.
  14. Larsson J. Stort behov av bättre ledighetsplanering vid graviditet. *Läkartidningen* 1992; 89: 1884-6.
  15. Thorén E, Håkansson A, Palmberg GB, Larsson J. Inför två månaders generell havandeskapspenning. En billig reform som gagnar alla parter. *Läkartidningen* 1992; 89: 3851-4.
  16. Håkansson A, Thorén E, Cars H, Palmberg GB, Larsson J. »Generell havandeskapspenning». Ändrad sjukskrivningspolicy minskar gravidas sjuktal. *Läkartidningen* 1993; 90: 2543-6.
  17. Håkansson A. Varierande förmåner för Europas föräldrar. Enkätresultat från 29 länder. *Läkartidningen* 1996; 93: 1654-9.
  18. Socialstyrelsen. Socioekonomiska förhållanden och förlösning utfall i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
  19. Holm LE, Otterblad Olausson P. Studie av gravidas rökvanor. Flest gravida rökare i lägre socialgrupper. *Läkartidningen* 1996; 93: 1343-8.
  20. Håkansson A. Equality in health and health care during pregnancy. A prospective population-based study from southern Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 674-9.

## Artificiella neurala nätverk

# LOVANDE TEKNIK FÖR BESLUTSSTÖD

Neurala nätverk i nervsystemet är som bekant mycket komplexa och kapabla att utföra några av organismens mest avancerade uppgifter. Artificiella neurala nätverk är matematiska och datatekniska tekniker skapade för att efterlikna vissa av nervsystemets egenskaper. Ett artificiellt neuralt nätverk kan bestå antingen av fysisk struktur av processordelar eller av ett datorprogram som simulerar den fysiska strukturens egenskaper. I båda fallen byggs nätverket upp av många enkla processorer som står i förbindelse med varandra med kommunikationskanaler, där information i form av siffror bara kan passera i den ena riktningen.

Neurala nätverk har sin styrka i förmågan att »lära» av exempel. Inläringen leder till justering av vikterna för de olika sambanden i nätverket efter verkligheten i inläringsexemplen. Utöver den enkla inläringen finns en viss förmåga att generalisera.

### Verktyg för beslutsfattande

Sjukvården datoriseras som bekant i rask takt, och många läkare har på sina bord datorer som mycket väl kan härberga avancerade programverktyg för beslutsfattande. Faktaunderlag för att fatta bra beslut finns ofta i stora patientmaterial som kan sammanställas med datorns hjälp av datoriserad journalinformation. Artificiella neurala nätverk är en av de mest lovande teknikerna för beslutsstöd inom sjukvården. De har en teoretisk likhet med nervsystemets flexibla funktioner och ställer som regel

### Författare

**ELVAR THEODORSSON**

professor i neurokemi, Universitetssjukhuset, Linköping.

mindre krav på anpassning till teoretiska statistiska fördelningar eller linjära statistiska modeller än de vanliga statistikprogrammen. Hittills används informationstekniken inom sjukvården mest för att hantera ekonomisk/statistisk information, patientjournaler, bildinformation eller för elektroniska meddelanden.

### Praktiskt exempel

Simonsson och medarbetare visar i detta nummer ett praktiskt exempel på hur den nya tekniken kan användas inom diagnostik av leversjukdomar.

Datorerna kan fungera som beslutsstöd inom praktisk medicin om den medicinska professionen vill och lägger ned energi på att tillägna sig ny informationsteknologisk kunskap. •

*Se även artikeln på sidan 2845 i detta nummer.*

*Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.*

*Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!*