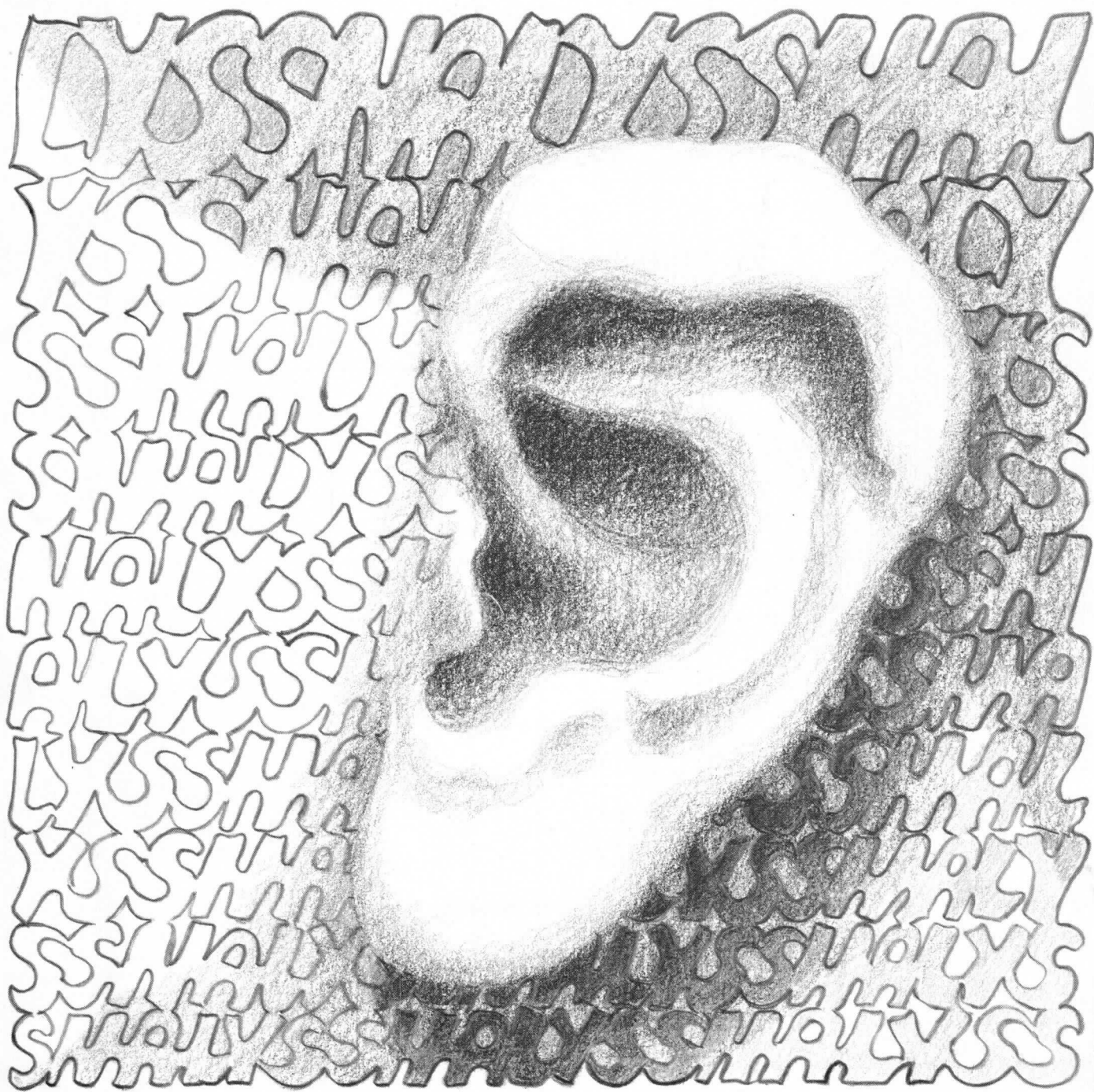


SFAM nytt

Nr 6 1982 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN



Primärvården behöver information · Rökavvänjning i primärvård



MUNDIAB®
glipizid

-ett bra verktyg för
precisionsinställning

 MONTEISON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA AB
Box 3511, 183 03 TÄBY

Ledare:

Från SFAM-nytt till AllmänMedicin.
Bo Haglund 192

Föreningsnytt:

Namnbyte på SFAM-nytt.
Allmänmedicin. Manusstopp.

Forsknings- och utvecklingsarbete
i primärvård i Sverige.

Rökstopp via TV.

Medlemmar i Svensk förening för
allmänmedicin 1982. 193

Insändare:

Lever du som du lär? 193

Kurser och konferenser:

3:e Nordiska kongressen i Allmän-
medicin.

10:e internationella kongressen
i preventiv- och socialmedicin. 194

Primärvården behöver infor-
mation II

Margareta Bowallius 195

Tillförlitlig och billig snabbdiagnostik
av svampsjukdomar lämplig för
öppenvård.

Britt-Marie Ekh, Agneta Vigborg 198

Diabetesundervisning – Kisa-
modellen.

Melcher Falkenberg, Ulla Riis 200

Att utreda och förebygga sjukdomar
och skador – erfarenheter från
Kopparberg.

Håkan Bolin, Mats Granvik 206

Distriktsläkaren som skolläkare –
några sommarreflektioner.

Lars Cernerud 211

Debatt:

Rökavvänjningsbehandling. En mässa
för troende eller ett vardagsjobb
för alla?

Ingvar Ovhed 212

Intellektualisera allmänläkar-
utbildningen

Ulf Måwe 214

Högkonsumenter av sjukvård.

Sigmund J Löfstedt 214

Registrering bör innefatta alla
diagnoser.

Göran Ejlertsson 214

Några frågor kring primärvårdens stam-
kunder – en önskan om debatt.

Ulf Måwe 215

Specialmottagningar bra i vissa fall.

Göran Ejlertsson 215

**Att skriva och publicera vetenskapliga
artiklar 4.**

Rätten till författarskap av vetenskapliga
arbeten – orsak till interkollegiala
konflikter?

Läkarförbundets etiska råd. 216

Recensioner.

Offensivt hälsoarbete. Kommundiagnostik
– erfarenheter från Hälsoprofil i
Skaraborg 1977.

(Carl-Edvard Rudebeck) 217

Från SFAM-nytt till AllmänMedicin

SFAM-nytt avslutar med detta nummer sin tredje årgång. När den fjärde börjar 1983 ändras namnet till AllmänMedicin. Vi tror att detta namn bättre beskriver innehållet. Det är alldeles för många som frågar vad SFAM är för något.

Sedan de första två stencilerade numren i slutet av 1979 har mycket hänt med SFAM-nytt. Men tidningen speglar utvecklingen inom svensk allmänmedicin och primärvård. Utvecklingen inom dessa områden har de senaste fyra åren varit dramatisk. Det är framför allt inom utbildningen som stora förändringar ägt rum. En ny grundutbildning för läkare har arbetats fram. Allmänmedicin har fått en betydelsefull plats i denna.

Allmänmedicin har under samma tidsperiod blivit en egen specialitet med en vidareutbildning huvudsakligen förlagd till primärvården, och med ett tjänstgöringsprogram som blivit ett föredöme även för andra specialiteter.

För att möta utbildningsbehovet har en rad handledarkurser avhållits för distriktsläkare.

Under ledning av Gustaf Haglund har också flera allmänmedicinska efterutbildningskurser hållits. Dessa har haft karaktären av ideologikurser i allmänmedicin.

Under 1983 hoppas jag att vi kan fortsätta debatten i AllmänMedicin om utbildningen. Framför allt behöver vi utförligt referera och utbyta erfarenheter från olika landstingsområden vad gäller vidare- och efterutbildning.

I inlägget "intellektualisera allmänläkarutbildningen" tar Ulf Måwe upp en viktig aspekt av utbildningen i allmänmedicin. Läkarutbildningen är den enda akademiska utbildning som inte har ett krav att genomföra självständiga forskningsuppgifter. Måwe föreslår därför; "för att erhålla specialistkompetens i allmänmedicin krävs att Du skriftligen redovisar en undersökning/studie som Du genomför under Dina två år inom primärvården". Detta förekommer redan i flera landstingsområden. Som en effekt kommer vi inom de närmaste åren att få se en dramatisk ökning även av forskning och utvecklingsarbete inom primärvården. Vi hoppas kunna följa utvecklingen och beskriva så mycket som möjligt i AllmänMedicin.

I samarbete med SPRI redovisas i det andra supplementet till SFAM-nytt, dokument avseende forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård/hälsovård. Supplementet avgränsas framför allt till forskning i Norden under de sista åren. Om alla forsknings- och utvecklingsprojekt inte kan avspelas i artiklar i AllmänMedicin under de kommande åren hoppas vi i vilket fall att de kan redovisas i supplement av den typ som följer med numret.

I SFAM-nytt nummer 4/5 1982 gav Boström o.a. ett annat exempel på forskningsöversikter från Stockholm. Översikten byggde på en inventering av alla avslutade och pågående forsknings- och utvecklingsprojekt på vårdcentraler i området. I nummer 1 1983 kommer en likadan översikt från Gävleborgs län.

I det projekt om "Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvård i Sverige" som Svensk förening för allmänmedicin genomför tillsammans med Institutionen för socialmedicin, Karolinska institutet, vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, kommer vi att göra liknande projektöversikter från andra landstingsområden under 1983. Översikterna bygger på de enkäter som sändes ut under oktober till samtliga vårdcentraler i Sverige.

BO HAGLUND

SFAM nytt

Periodisk tidskrift för allmänmedicin.

Ansvarig utgivare:

Ingvar Krakau

Huvudredaktör:

Bo Haglund, Karolinska institutet
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg. Tel: 08/98 91 00.

Redaktör:

Magnus Eriksson, Centralvägen 7,
151 57 Södertälje. Tel: 0755/860 01.

Redaktionsadress:

SFAM-nytt, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00
(Jane Östman).

ISSN 0349-4772

Annonser:

MJ Annonserförmedling
Ahlströmergatan 18, nb 11247 Stockholm,
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:

100 kr per år, för studerande 50 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän
Medicin).

Tidningen utkommer med 4-6 nummer
per år. Prenumerationsavgiften inbetalas
till postgiro 37 54 40-5 till
SFAM-nytt. Ange att avgiften avser
prenumeration.

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde,
1982.

Förenings
nytt

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Primärvård
i Gävleborg

1
1983

Dödsorsaks-
register

SFAM-nytt kommer att få ett nytt ansikte från och med nummer 1 1983. Olika förslag har kommit in till redaktionen. Efter diskussion i styrelsen har vi beslutat oss för att ändra namnet till AllmänMedicin, tidskrift för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM).

Det nya omslaget är närmast det förslag som insänts av distriktsläkare L. Stadling från Sala.

AllmänMedicin

Manusstopp

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1983. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om den här proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1983.

Nummer	Manusstopp	Planerad utgivningsvecka
1	20/11-82	vecka 1
2	20/12-82	" 8
3	28/ 2-83	" 15
4	8/ 6-83	" 36
5	1/ 9-83	" 42
6	14/10-83	" 48

I AllmänMedicin nummer 1 1983 kom mer ett utförligt referat av SFAM:s höstmöte i Hudiksvall. I nummer 2 planeras ett temanummer om ortopedisk medicin. Avsikten är att belysa diagnostik och behandling av led och muskelsjukdomar i primärvården. För övrigt räknar vi också med att under våren kunna följa upp Dalbydagarna i oktober och dessutom Svensk Socialmedicinsk förenings höstmöte i september.

Forskning och utvecklingsarbete i primärvård i Sverige

En enkät har gått ut till samtliga vårdcentraler under oktober månad angående avslutade och pågående projekt på vårdcentralerna.

I första omgången gick 531 enkäter ut. 228 svar har inkommit efter en vecka. Till 32 av svaren har också en rad projektsammanfattningar bifogats. Ytterligare 11 har utlovat att komma inom en snar framtid.

Vid en preliminär genomgång av de inkomna projekten framkommer att andelen arbeten ute i landet med klinisk anknytning är betydligt större än vid motsvarande inventering i Stockholms län.

Vi återkommer med utförligare beskrivning i nummer 1-83 där bland annat en översikt över pågående forskning och utvecklingsarbeten i Gävleborgs län redovisas.

Rökstopp via TV!

Socialstyrelsens byrå för hälsoupplýsning har i en skrivelse till samtliga landsting informerat om att TV i höst återkommer med programserien *Träna med TV*. Serien kommer att pågå till slutet av april och innehåller inslag om motion, kost, dåliga ryggar, alkohol och rökning.

På temat "Vad gör tobaksröken i kropp och själ?" vill man med korta återkommande inslag motivera tittarna att sluta röka. Författare till detta programinslag är psykolog Karl Olov Fagerström, Uppsala, som har stor erfarenhet av rökavvänjning. Bland rubrikerna till de tolv programpunkterna om rökning kan nämnas följande:

- olika reportage, tex från en rök-slutargrupp
- tester med termometer, puls och blodgrupp
- passiv rökning: vad är det? Vilka effekter har det?
- diskussion om nikotinsvaga cigaretter
- goda råd kring rökslut
- frågelåda

I samband med inledningsprogrammet som gick den 5 november, uppmanades de TV-tittare som önskade sluta röka att söka kontakt med primärvården för hjälp och stöd.

I anslutning till programserien *Träna med TV* kommer en progråmbok med tillhörande kassetband att försåljás. I boken finns också artiklar om rökning och rökavvänjning.

Praktiska rutiner som är användbara i primärvården presenterades av Rune Lindqvist med flera i "Rökavvänjning i praktiken" i SFAM-nytt nummer 4-5 1982. Även i detta nummer diskuteras ämnet av Ingvar Ovhed under rubriken Rökavvänjningsbehandling. "En mäsåa för troende eller ett vardagsjobb för alla?"

Medlemmar i Svensk förening för allmänmedicin 1982:

Vid utgången av oktober 1982 fanns i Svensk förening för allmänmedicin 1 150 medlemmar, 146 fler än 1 augusti 1981. Ökningen av antalet distriktsläkare har under året varit totalt 182. Det är sannolikt så att medlemsökningen framför allt kommer från nyblivna distriktsläkare. Samtidigt har medlemmarna från Sveriges privatpraktiserande läkares förening (SPLF) minskat med 63 medlemmar. Övriga

medlemmar i SFAM är huvudsakligen FV-läkare i allmänmedicin samt företagsläkare. Även denna grupp har ökat under året.

Det finns således fortfarande mer än 1 000 distriktsläkare i Sverige som inte är medlemmar i Svensk förening för allmänmedicin.

En översikt av medlemsförändringen mellan åren 1981 och 1982 ges i tabellen nedan.

Tabell. Medlemsförändringar i Svensk förening för allmänmedicin augusti 1981-oktober 1982.

	Medlemmar i SFAM		Ej medlemmar i SFAM		Totalt	
	1982	1981	1982	1981	1982	1981
DLF	631	(469)	1004	(984)	1635	(1453)
SPLF	273	(336)	1010	(945)	1283	(1281)
Övriga	246	(199)				
Totalt SFAM	1 150	(1004)	-	-	-	-

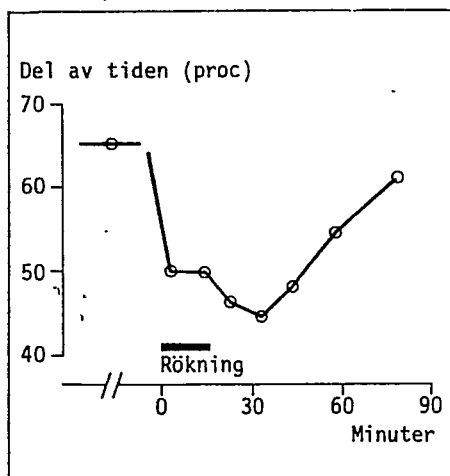
Lever du som du lär?

Allmämläkarna är de doktorer som ofta i skrift, tal och kanske också i handling mest pläderar för förebyggande arbete för att hålla befolkningen frisk.

Historien har ju lärt oss att det inte är de stora sjukhusen som bidragit till människors hälsa, utan andra faktorer såsom tillgång på näringriktig mat, god hygien, bra bostäder, bra arbetsmiljö, liten tobak- och alkoholkonsumtion osv.

Jag hade "nöjet" att få äta middag tillsammans med 125 allmämläkare under årsmötet i Hudiksvall. Vad händer då när dessa hälsovårdens riddare äter middag tillsammans? Jo, dessa företrädare och förebilder för landets hälsovård, plockar raskt fram sina cigaretter och cigarrer. Efter en stund känner jag inte smaken av den fräscha salladen eller den förmodligen läckra murelsåsen.

Figur 1
Genomsnittet som fetala andningsrörelser noterade hos gravida kvinnor i fostervecka 32-38 efter två cigaretters rökning (Manning o a 1975).



Eftersom jag dessutom är gravid i åttonde månaden så finns det ju ytterligare en aspekt på behovet av att få andas en rökfri luft. Efter ett par timmars "samvaro", så har obehaget av att andas andras cigarr- och cigaretluft tagit överhanden över trevningen att få umgås med människor och äta god mat. Med ett cigarrdoftande hår, inpyrda kläder och förmodligen med ett foster med förhöjd andningsfrekvens, finner jag för gott att lämna lokalen och gå in på mitt hotellrum för att läsa en artikel om allmämläkarnas viktiga roll i det of-fensiva hälsoarbetet.

Elisabeth Olszon

Hälsoupplýsningsledare,
Gävleborgs läns landsting, 801 18 Gävle

Litteratur

- h-fakta 7 Last eller ovana. 16 artiklar om rökningen människan och samhället.
- h-fakta 8. Tobaksrökning eller hälsa. Tobakens medicinska skadeverkningar.
- The New England Journal of Medicine, March 1980.
- Passiv rökning av Arne Stråby och Carl Gustaf Eriksson, Socialstyrelsen.
- Med en cigarett i munnen kan du inte skrika. Kvinnobulletinen 4/79.
- Rökfri graviditet ett led i ett helhetsprogram mot tobaksskador av Gisela Gästrin.
- Sjukvårdspersonalens rökvanor och inställning till rökning. Socialstyrelsen.
- Rökfrågan inom MVC, BB och BVC. Socialstyrelsen.
- Rökfrågan inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen.
- Rökning i sjukvården. Riksförbundet mot cancer.

3:e Nordiska kongressen i Allmänmedicin

Den 3:e Nordiska kongressen i allmänmedicin hålls i Tammerfors den 15-18 juni 1983.

Preliminärt program

Onsdag den 15/6

Kl 14.00

Öppningsföreläsning. Anmälda tal.

Kl 17.00

Mottagning, Tammerfors rådhus.

Torsdag den 16/6

Kl 09.00-10.30

Plenumföredrag (Finland)

Ett program för kontroll av hjärt-kärlsjukdomar hos befolkningen.

Plenumföredrag (Island)

Ett program för dataregistrering av primärvården.

Kl 10.30-11.00

Kaffepaus.

Kl 11.00-12.30

Fortsatt behandling i tre grupper med 15 min inlägg från varje land samt diskussion.

1. Hälsoupplýsning
2. Evaluering av primärvården
3. Automatisk databehandling i primärvården

Kl 12.30-14.00

Lunch.

Kl 14.00-15.30

Fria föredrag i tre sektioner.

Kl 15.30-16.00

Kaffepaus.

Kl 16.00-17.00

Fria föredrag.

Kl 19.00-

Båtutflykt till Viikinsaari holme.

Freitag 17/6

Kl 09.00-10.30

Plenumföredrag (Danmark)

Miljömedicin.

Plenumföredrag (Sverige)

Geriatrici.

Kl 10.30-11.00

Kaffepaus.

Kl 11.00-12.30

Fortsatt behandling i tre grupper med 15 min inlägg från varje land samt diskussion.

1. Barnens sociala miljö
2. Arbetsmiljön
3. De äldres livsmiljö.

Kl 12.30-14.00

Lunch.

Kl 14.00-15.30

fria föredrag i tre sektioner.

Kl 15.30-16.00

Kaffepaus.

Kl 16.00-17.00

Fria föredrag.

Kl 19.30-

Bankett på Hotell Rosendahl.

Kongressen är anmäld till Landstingets Externa Kursgivare. Tidigare nordiska kongresser har godkänts av landstingets externa kursgivare. Beslut avseende den tredje kongressen har ej ännu meddelats.

Fria föredrag ska anmälas senast den 30/1 1983 (se SFAM-nytt 4-5, 1982).

Kongressekariat: 3:e Nordiska kongressen i Allmänmedicin, PB 105, SF-00181 Helsingfors 18, Finland.

Allmänna frågor och övrig information lämnas gärna av

Göran Sjönell,

Facklig internationell sekreterare, Svensk Förening för Allmänmedicin, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 16, 11327 Stockholm. tel 08/34 0240.

10:e internationella kongressen i preventiv- och socialmedicin

The X International Congress of Preventive and Social Medicine, organized by this Federation in collaboration with the German Society for Social Medicine, will take place at Heidelberg - New University - from the 21.st to the 24.th September 1983.

Main theme of the Conference: "Preventive and social aspects in primary health care", with particular regard to medical training, to the contribution of epidemiology, to the interdisciplinary collaboration, to the environmental-, physical and social-, factors, to mental health. A symposium on "Chemoprophylaxis in preventive medicine" is envisaged.

Congress Secretariat: Priv; Doz. Dr. U. LASER - DIBHB - Bergheimerstrasse 147 - D-6900 HEIDELBERG I - Fed. Rep. of Germany.

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Vår nordiska primärvårdstidskrift kommer ut under våren 1983!

För de av Er som redan nu vill prenumerera själv eller ombesörja prenumeration för Er vårdcentral kan anmälan göras till

Almqvist & Wiksell International

Box 45150

104 30 STOCKHOLM

Priset för föreningsmedlemmar är kr 175:- + moms.

För institutioner och bibliotek är priset kr 275:- + moms.

Primärvården behöver information

II

MARGARETA BOWALLIUS

Bakgrund

I SFAM-nytt nummer 3 redogjorde jag för hur Spris informerar om och till primärvården i dag och vilka insatser som planeras. Ett önskvärt ökat engagemang från Spris sida, särskilt beträffande kunskapspridningen, diskuterades också på Landstingsförbundets kongress i våras med utgångspunkt från kongressrapporten Forskning och utvecklingsarbete i primärvården. Rapporten och diskussionen omkring den har gett underlag till en rekommendation från Landstingsförbundet till sjukvårdshuvudmännen om utformningen av dessas stöd till primärvårdens FoU-arbete, där Spris roll både som initiativtagare och informationsförmedlare i fråga om utvecklingsprojekt aktualiseras.

Primärvårdsdokumentationen

Som områden aktuella för forsknings- och utvecklingsverksamhet med utgångspunkt i primärvården har i olika sammanhang listats tex förebyggande vård, epidemiologi, vårdkonsumtionsstudier, omvårdnadsforskning, samverkan med socialtjänst, hälsoupplysning och effekter av den. I det *specialnummer av Spris litteraturtjänst* som nu skickas som supplement till SFAM-nyttnumret om primärvårdsforskning har därför referenserna valts ut under ett 50-tal nyckelord med anknytning till bla dessa intresseområden.

Eftersom en bibliografi av det här slaget tyvärr måste ha en begränsad omfattning är det främst *svenska* (men också ett antal *nordiska*) projekt och försöksverksamheter som redovisas.

Onlinesökningar i bibliografiska databaser

Spris bibliotek har anslutits till MEDLARS-systemet (Medical Literature Analysis and Retrieval System) vid Medicinska informationscentralen på Karolinska institutet. Biblioteket kan via Wang-terminaler söka i de bibliografiska databaserna MEDLINE, HEALTH mfl. Detta är mycket glädjande när man betänker att vi är betydligt bättre tillgodosedda när det gäller *internationell* primärvårdslitteratur

än skandinavisk. (I MEDLINE text fanns hösten 1981 2258 referenser under Primary health care/ambulatory/district/rural care).

Spriline

Genom *Spriline*, Spris egen databas, kommer så småningom uppgifter om hela den svenska primärvårdsforskningen, både den avrapporterade och den pågående, att vara sökbara on line. Alla de referenser som lagras i *Spriline* finns också som originaldokument i Spris bibliotek och utredningsbank och kan lånas gratis.

Tesaurus med svenska indexeringsstermer

Något *klassifikationssystem* eller någon välutvecklad *tesaurus* (ämnesordlista) på svenska för primärvården, eller för sjukvården över huvud taget, existerar inte. Spris bibliotek har därför startat ett projekt för att ta fram en *tesaurus* att användas för indexering av utredningsdokument, böcker och tidskriftsartiklar. Förutom för sökningar i *Spriline* ska *tesauren* användas för Spris litteraturtjänst och utredningsbankens årliga förteckning och för att indexera de arkiverade frågorna/svaren i Spris upplysningstjänst. Projektarbetet beräknas ta cirka ett år. En *tesaurus* måste ju underhållas och vidareutvecklas så länge den används. Detta arbete kommer Spris bibliotek att ta på sig.

Förhoppningsvis kommer Spris *tesaurus* – som ju är användbar för hela vårdsektorn – att kunna vara till hjälp för strukturering och indexering av den fortlöpande inrapporteringen av primärvårdsforsknings- och -utvecklingsarbete. Till dess den föreligger får vi klara oss med de nyckelord som används i dag på Spris bibliotek.

Välkommen till Spris

Det är vår förhoppning att det här specialnumret av Spris litteraturtjänst, nummer två i sitt slag, kommer att kunna vara till nytta för de olika personalgrupper som bedriver FoU-verksamhet med utgångspunkt i problem inom primärvården liksom för förtroendemän och andra, som engagerar sig i

denna verksamhet. Allt refererat informationsmaterial finns att få som lån eller kopior från Spris bibliotek och utredningsbank. Och alla är välkomna dit att studera eller bara ta sig en titt på nyheter.

Författarpresentation

*Margareta Bowallius**, utredningssekreterare, Spris upplysningstjänst.

*Postadress: Box 27310, 10254 Stockholm.
Tel 08-63 05 60 (kl 9-15).

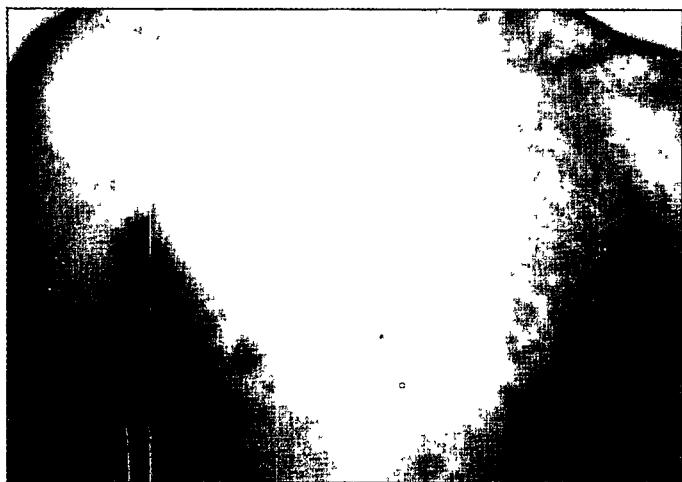
Fungiplex

För behandling av hudsvamp

Påstrykes tunt morgon och kväll efter tvättning.

För att undvika återfall bör behandlingen fortsätta några veckor efter det att symtomen har försvunnit.

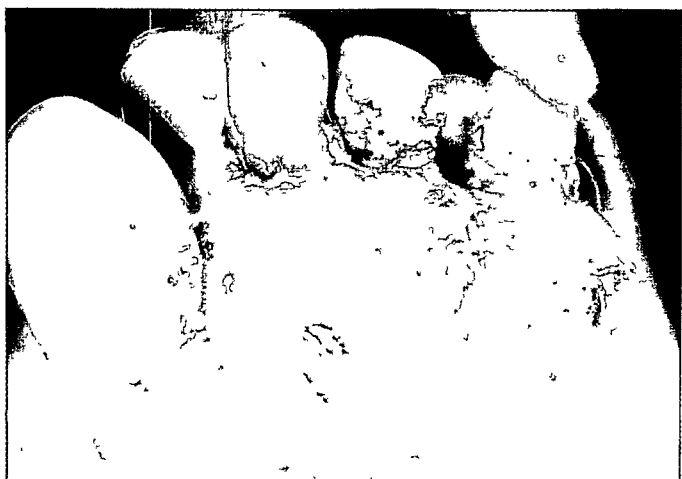
FUNGIPLEX innehåller som verksamt beståndsdel sulbentin i en mängd av 30 mg per gram. Se i övrigt deklARATIONEN som är tryckt på tuben.



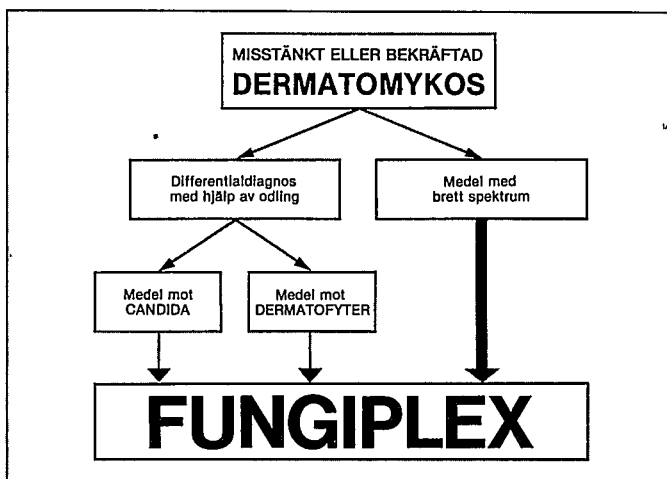
Microsporon canis från katt



Ringorm orsakad av marsvin



Fotmykos



FUNGIPLEX är kosmetiskt tilltalande, luktar inte, färgar varken hud eller kläder.

FUNGIPLEX är ett **komplett** antimykotikum

FUNGIPLEX salva — för torra och fjällande svampinfektioner

Receptfritt!

FUNGIPLEX kräm — för vätskande och fuktiga svampinfektioner

Receptfritt!

FUNGIPLEX MED PREDNISOLON — för inflammerade och kliande svampinfektioner

E. MERCK AKTIEBOLAG

Stureg 8, 114 35 STOCKHOLM, Telefon 08-20 21 22

Medicin -82
ORION DIAGNOSTICA AB
Diagnosgatan 1
Hall D

ORION DIAGNOSTICA i PRIMÄRVÅRDEN

URICULT®

– vid urinvägsinfektioner

SENSICULT®

– för terapival vid urinvägsinfektioner

ORICULT® – DTM

– vid svampinfektioner

ORICULT® – N

– vid candidainfektioner

STREPTOCULT®

– vid svalginfektioner

KVADRICULT®

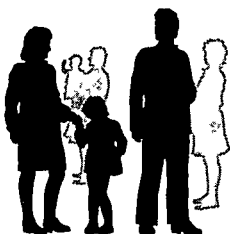
– vid gonorréinfektioner

AUTOLET® och GLUCOCHEK®

– vid blodsockerbestämning

Genom rationell, tillförlitlig och ekonomisk diagnostik, satsar Orion Diagnostica på primärvården.

Vi satsar för dig och din patient.



ORION DIAGNOSTICA AB

Rådhuset, 150 13 Trosa Telefon 0156-132 60

Tillförlitlig och billig snabbdiagnostik av svampsjukdomar lämplig för öppenvård.

BRITT-MARIE EK · AGNETA VIGBORG

Våren 1981 började vi på Hallunda vårdcentral med ORICULT mikrokultur, för snabbt påvisande av svamp.

Metod. Odlingar har tagits dels på kliniskt misstänkta svampfall, dels från förändringar där man velat utesluta mykos. Positiva oricultsvar har kontrollerats vid mykologiskt speciallaboratorium.

Resultat. Redogörelse av ett stort antal odlingssvar visar bl a att patienter, där man isolerat dermatofyt, påfallande ofta har sällskapsdjur. Dermatofyt har påvisats även vid hudförändringar där man initialt ej misstänkt svamp. Intressant epidemiologiskt är en trångbodd invandrarfamilj med likartade hårbottenförändringar, där metoden har använts för att mycket snabbt få svampdiagnostiken verifierad i avsikt att förhindra fortsatt spridning av svampen.

Nyckelord: Svampsjukdomar, diagnostik, primärvård, Stockholm.

Tillförlitlig och billig snabbdiagnostik av svampsjukdomar lämplig för öppenvård

Våren 1981 startade vi en studie på Hallunda vårdcentral med oricult mikrokultur (Orion Diagnostica). Vi har tagit odlingar dels på kliniskt misstänkta svampar, dels från förändringar där vi velat utesluta svamp.

Avsikten med denna studie var att utvärdera mikrokulturmetodens lämplighet som snabbdiagnosticum av svampsjukdomar.

Mikrokulturmetoden påvisar/utesluter dermatofyt och candida.

Fördelar

● **Snabbt:** I de flesta fall kunde positiv mikrokultur avläsas redan inom tre dygn (28–30° i värmeskåp). Slutavläsning gjordes efter cirka sju dygn (jämför traditionell odling som tar cirka sex veckor). I början av studien kunde positivt utslag dröja någon dag längre beroende på dels otränad personal, dels att inkubering gjordes i rumstemperatur.

● **Enkelt:** Efter kort inskolning av befintlig laboratoriepersonal i provtagningsteknik och mikroskopisk avläsning fungerade metoden bra.

● **Billigt:** Cirka 10 kronor per prov (jämför kostnad för traditionell svampodling över 150 kronor).

Etiologi (tabell I)

Totalantalet mikrokulturodlingar var 143. Av dessa var 63 positiva vid avläsning på Hallunda vårdcentral. Samtliga positiva och misstänkt positiva prover sändes för traditionell kontrollodling. Fullständig överensstämmelse förelåg mellan mikrokultur och kontrollodling med undantag av två dermatofyter som vid kontrollodling visade sig vara scopolariopsis.

I vår studie har vi erhållit för många negativa resultat eftersom 17 av 80 patienter med negativt prov redan hade erhållit svampbehandling före provtagningstillfället. (Inget prov från svampbehandlad patient utföll positivt i mikrokultur.)

Behandlingen har insatts då man utgått från att patienten led av svamp

Tab 1.
Etiologi – totalmaterial

Antal prov maj–september 1981, med resultat (kontrollodling inom parentes)			
dermatofyt	candida	negativt	övrigt
32 (30)	31 (31)	80	0 (2)*
			totalt
			143

* 2 st prov med växt av Scopolariopsis sp.

(vid provtagningen får antimykotisk behandling inte ha skett inom närmarste treveckorsperiod).

Påvisa svamp (tabell II)

I de fall vi misstänkte svamp kliniskt visade sig nästan hälften (47 procent) vara negativa, dvs ej ha svamp. (OBS Dock felkällan enligt ovan.)

Utesluta svamp (tabell III)

I de flesta fall vi tog svampodling för att gardera oss mot svampförekomst (exempelvis bensår, eksem) visade sig 25 procent vara positiva, dvs ha svamp.

Beträffande överensstämmelse mellan klinisk bedömning och mikrokultur, var god se tabell IV.

Kontrollodling

visade följande svampspecies (tabell V). På BVC fann vi en trångbodd invandrarfamilj (analfabeter) med sex

Tab II.
Påvisa svamp/Mikrokulturmetoden.

	antal prov %	
dermatofyt	29	30
candida	23	23
ej svamp	46	47
	98	100

Tab III.
Utesluta svamp/Mikrokulturmetoden

	antal prov %	
dermatofyt	3	7
candida	8	18
ej svamp	34	75
	45	100

Tab IV.
Klin. bedömning/Mikrokulturmetoden

	antal	antal	totalt
	Pos	Neg	
påvisa	52	46	98
utesluta	11	34	45
totalt	63	80	143

Tab V.
Vid kontrollodling isolerade svampspecies

species	antal prov
Epidermofyton floccosum	14
Trichophyton rubrum	8
Trichophyton mentagrophytes	5
Trichophyton violaceum	2
Microsporum canis	1
Scopulariopsis species	2
Candida albicans	16
Candida species	15
	63

Tab VI.
Dermatofyt

Besvärens längd	antal pat
< 1 mån	15
2-11 mån	11
> 12 mån	6

småbarn (äldsta barnet fött 1975). Av dessa hade fyra barn stora förändringar i hårbotten av klinisk svampkaraktär. Smittkällan visade sig vara fadern, som sedan 13 år hade haft svampliknande förändringar på fingrarna. Alla infekterade ordinerades mikrokulturodling på vårdcentralen. Emellertid infann sig endast fadern och äldsta barnet. Dessa visade sig ha trichophyton violaceum. Odling från resterande familjemedlemmar utfördes först efter insatt behandling. Provet utföll negativt, men samtliga familjemedlemmar med likartade hudförändringar blev bra efter traditionell antimykotisk behandling. Man kan alltså förutsätta att de tre barnen som uteblev från första provtagningen hade samma svampspecies.

Övriga variabler

På Hallunda vårdcentral använder vi ett specialutformat fråge/remiss-formulär. En tredjedel av patienterna remitterades till provtagning av annan person än läkare (exempelvis distriktssköterska). Ingen korrelation förelåg mellan remitterande personalkategori och svarsutfall.

Besvärens duration vid positiv dermatofyt (tabell VI)

● Hälften hade haft symptom cirka en månad. Av övriga patienter hade tre

personer haft besvären mer än tre år!

- Patienter som tidigare diagnostiserats och behandlats som eksemfall visade sig i vart femte fall lida av svamp.
- Patienter med positiv dermatofyt visade sig ha sällskapsdjur dubbelt så ofta (30 procent) som de som var negativa (15 procent).

Konklusion

Mikrokulturmetoden är en snabb, säker och enkel metod för att påvisa/utesluta dermatofyt och candida. Den är väl lämplad för öppenvård.

Litteratur

Gip, L. (1981): A Rapid Screening Method for the detection of pathogenic Fungi on the Skin. Mykosen, 24:1.

Författarpresentation

*Britt-Marie Ek**, laboratorieassistent, Hallunda vårdcentral.

Agneta Vigborg, distriktsöverläkare, vårdcentralchef, Hallunda vårdcentral.

*Postadress: Hallunda vårdcentral, Box 104, 145 01 Norsborg

Information-kost-motion

MINDIAB[®]
glipizid

25 och 5 mg

inga dödsfall i hypoglykemi

MONTECHON GROUP
FARMITALLIA CARLO ERBA AB
Box 2511 163 03 TABY

RT-82

Diabetesundervisning – Kisamodellen

MELCHER FALKENBERG, ULLA RIIS

Att informera diabetespatienter kan vara svårt, då vi i sjukvården som kunskapsförmedlare ofta saknar pedagogisk kompetens, tid och bra undervisningsmateriel. Vid läkarstationen i Kisa har ett planschsystem och ett tredimensionellt läromedel utvecklats. Detta underlättar för oss att i undervisningssituationen konkretisera abstrakta fenomen såsom kostfördelning, postalimentär B-glukosstegring och insulinverkan med samtidig möjlighet till individualisering.

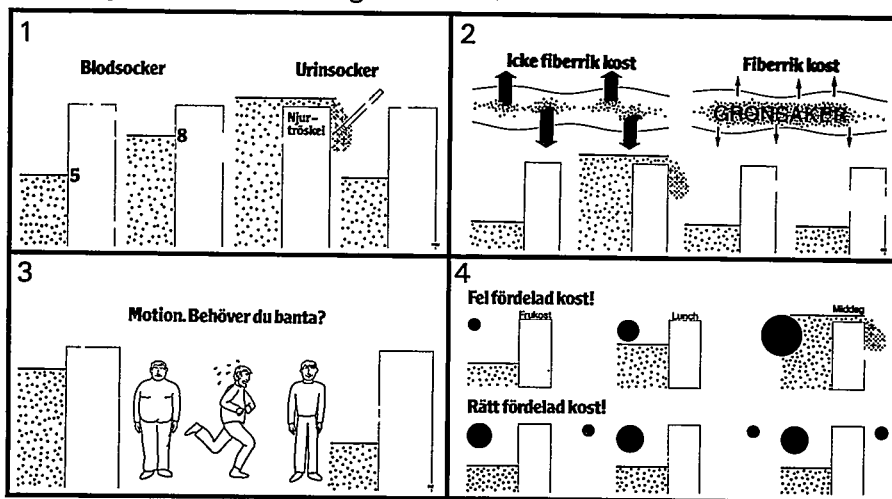
Nyckelord: Diabetes. Information. Primärvård.

Ständigt nya framsteg görs inom diabetesforskningen. Vi ligger emellertid långt bakom frontlinjen när det gäller att praktiskt, didaktiskt informera diabetikerna. En alltför stor diskrepans råder mellan vårt medicinska kunnande och vår pedagogiska färdighet. I avsaknad av bra undervisningsmateriel och formaliserad diabetesundervisning förlitar vi oss alltför ofta på marknads traditionella informationsbroschyrer. Denna ofta finstilt information är svårtillgänglig för äldre, som kanske även vid tillfället för insjuknandet besväras av dimsyn sekundärt till hyperglukemin.

Vid läkarstationen i Kisa, 6 mil söder om Linköping, finns sedan två år tillbaka en diabetesmottagning. Upptagningsområdet är 10 600 invånare, varav 1 552 (14,6 procent) är över 70 år. Diabetesprevalensen är 3,47 procent. Av läkarstationens fyra läkartjänster är två ordinariebesatta. Diabetessköterskan arbetar halvtid. Dietisten tjänstgör fem dagar/månad. Fotvårdsterapeuten har 1/4 tjänst. Ett bra samarbete finns etablerat med diabeteslaget på Regionsjukhuset i Linköping. De flesta omställningar från tabletter till insulin sker inom ramen för dagsjukvården vid läkarstationen i Kisa.

Vi har vid diabetesmottagningen utarbetat ett planschsystem som grund för diabetesundervisningen. I informationen utgår vi från njurtröskeln för glukos, vilken skall uppskattas för var-

Figur 1
Planschsystem för undervisning av diabetiker.



Plansch 1. Visar sambandet blod—uringlukos. Vid stegring av blodglukos överstiges njurtröskeln och detta upptäcks genom användandet av tex Clinistix, Diabur-Test 5000.

Plansch 2. Avser att fästa uppmärksamheten på kostens betydelse och vikten av en modifierad normalkost rik på fibrer. Punkterna i tarmen illustrerar kolhydrater och hur dess resorption påverkas av fiberrik kost. Långsammare och jämnare glukosabsorption ger stabil blodglukosnivå.

Plansch 3. Illustrerar värdet av en viktreduktion samt motion.

Plansch 4. Illustrerar vikten av rätt fördelad kost, där stora gröna cirklar symboliserar huvudmål och små gröna cirklar illustrerar mellanmålen.

je enskild individ. I alltför liten grad, speciellt hos äldre, har detta tidigare beaktats vid förskrivning av självtesteravseende förekomst av uringlukos. Eftersom vi i behandlingen eftersträvar normoglykemi är det naturligt för oss att också i undervisningen diskutera hur en hög njurtröskel kan invagga patienten i en falsk trygghet vid frånvaro av uringlukos i testsituationen. Det är naturligtvis önskvärt att patienten presenterar sin blodglukosprofil, vilket emellertid inte alltid är möjligt hos äldre.

Vi har konstaterat att patienterna har funnit systemet lättillgängligt och att förståelse för sjukdomen har ökat liksom förmågan att uttolka självtesternas relevans. Fördelen med systemet är att man inte överlåter till patienten att ur traditionella diabetesinformationskrifter extrahera sådana fakta som är avgörande för sjukdomsinsikten. Vidare innebär det repetition för patienten att vi återkommer till samma informationsmateriel. Inte minst viktigt är det att patienten möter samma illustrationsmateriel hos läkare, diabetessköterska och dietist. Patienterna erhåller en kopia av samtliga planscher i A4-format att ta med sig hem.

Ovanstående modell har utvecklats vidare till ett läromedel i form av ett tredimensionellt åskådningsmateriel,

där samspel, kost, kostfördelning blodglukos och insulinverkan illustreras.

Utifrån ett samtal om patientens måltidsfördelning konkretiserar patient och läkare denna tillsammans med hjälp av symboler. Dessa symboler känner patienten igen från planschsystemet. Därefter fylls modellen på med röda symboler avseende den postalimentära blodglukosstegringen. Nästa steg i samtalet rör insulinverkan och illustreras med gul symbol, vilken avspeglar insulinets anslagstid, duration samt samspelet mellan basinsulin och måltidsinsuliner. I systemet kan även motionens roll belysas. Som framgår av figur 2 och 3 består läromedlet av två vinkelställda skivor symboliserande en tidsaxel motsvarande ett dygn. Utmed tidsaxeln löper fem spår, i vilka symbolerna inplaceras. Detta möjliggör visualisering av de parallella förloppen.

För att utpröva effekterna av en patientundervisning, som har sin utgångspunkt i planschsystemet och dess vidareutvecklade form genomfördes en mindre studie:

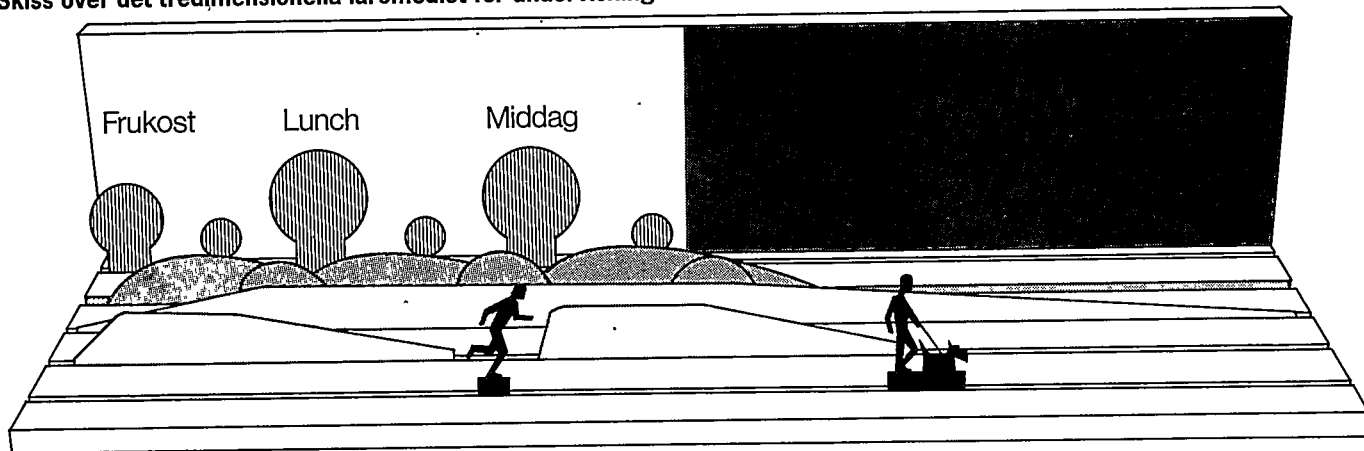
Patienter:

Fall 1

29 år gammal kvinna med insulinbehandlad diabetes sedan nio års ålder.

Figur 2

Skiss över det tredimensionella läromedlet för undervisning av diabetiker.



En-dosinsulin fram till september 1981, därefter 2-dosregim.

Aktuell insulinbehandling: Kl 07.30 medellångverkande insulin 28IE, snabbinsulin 4IE. Kl 16.30 medellångverkande insulin 16IE.

Fall II

27 år gammal man med diabetes sedan juli 1981, insulinbehandlad.

Aktuell insulinbehandling: kl 08.00 medellångverkande insulin 10IE, kl 16.00 medellångverkande insulin 4IE.

Fall III

27 år gammal man med diabetes sedan 1978, tablettbehandlad fränsett en kortare tids insulinbehandling i samband med sjukhusvistelse våren 1981. Sedan januari 1982 insulinbehandlad.

Aktuell insulinbehandling: kl 07.00 medellångverkande insulin 12IE, snabbinsulin 2IE. Kl 16.30 medellångverkande insulin 4IE, snabbinsulin 4IE.

Fall IV

37 år gammal man med diabetes sedan mars 1981, initialt enbart kostbehandlad. Insulinbehandlad sedan oktober 1981.

Aktuell insulinbehandling: kl 06.30 medellångverkande insulin 12IE, kl 16.30 medellångverkande insulin 4IE, snabbinsulin 4IE.

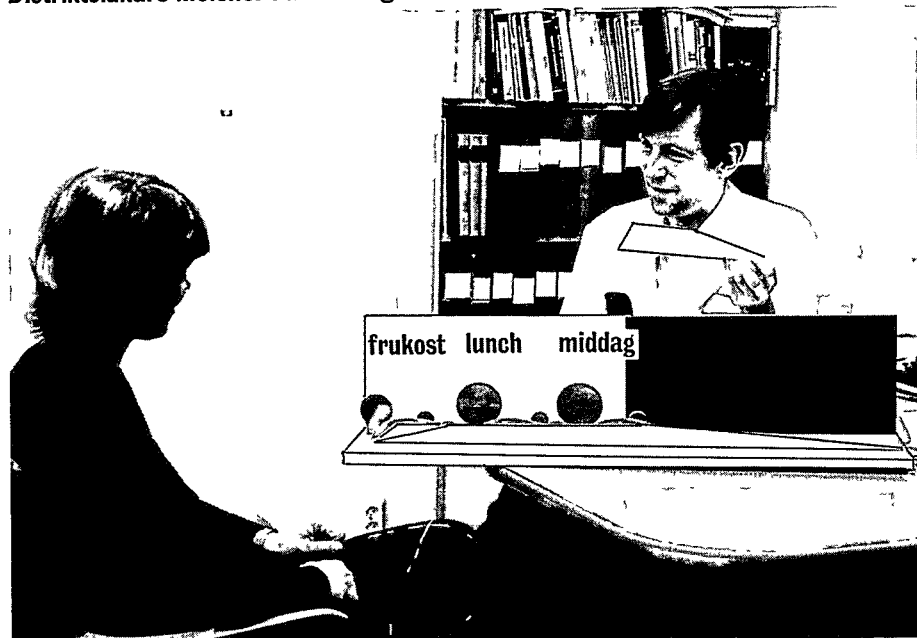
Metod:

Patient och läkare samtalade under en halvtimme på läkarexpeditionen. Samtliga fyra patienter hade tidigare undervisats utifrån planscherna. Vad som skilde situationen från ett vanligt besök var att planschsystemet kompletterades med det tredimensionella läromedlet. Vidare fanns en pedagog som observatör. Efter avslutat samtal intervjuades patienten av en annan pedagog.

Observationerna syftade till att kartlägga hur samspelet mellan patient och läkare gestaltade sig. Särskilt intresse ägnades graden av aktivitet hos respektive part, eftersom aktivitet är en förutsättning för ömsesidig inläring. Intervjuerna inriktades mot patientens upplevelse dels av detta samtal, dels av den patientinformation som erhålles

Figur 3

Distriktsläkare Melcher Falkenberg i samtal med diabetessköterskan.



vid diabetesmottagningen. Vidare skulle intervjun fånga upplevd inläring hos patienten.

Resultat:

Observationerna gav vid handen att samtalen varade c:a 30 minuter, både patient och läkare hade då ömsesidigt informerat varandra. Av tabell 1 framgår att det varit en hög aktivitet i samtalen. Tabellen visar vidare att aktiviteten mätt som antalet inlägg totalt var ganska jämnt fördelat mellan patient och läkare.

Det är naturligtvis uppenbart att antalet inlägg inte är ett fullgott mått på aktivitet hos en person. Dels kan ett "inlägg" variera i längd och innehåll, dels förekommer det alltid någon form av inre mental aktivitet.

Om man däremot studerar de olika typerna av inlägg finner man en variation mellan patienter och läkare. Den största skillnaden ligger i vem som ställer frågor, hur dessa frågor är formulerade (allmänna eller specificerade) och vem som besvarar dem. Läkaren ställer totalt 283 frågor och han får 240 relevanta svar i retur. Skillnaden, dvs de uteblivna svaren, återspeglar det faktum att en stor del av läkarens frå-

gor (185) är allmänt hållna, ibland tom retoriska, och att läkaren inte väntar på svar.

Särskilt tydligt blir detta mönster i fall III, där patienten ger föga spontan information. Här går läkarens allmänna frågor upp till det dubbla antalet jämfört med övriga samtal och hans specificerade frågor sjunker i antal. Samtidigt ökar patientens svar och når den högsta av de fyra frekvenserna. Detta innebär inte att denne patient inte förstår eller inte är mentalt aktiv. Han ställer inte mindre än åtta specificerade frågor till läkaren under samtals gång. Men får å andra sidan bara svar på sex av dessa.

Av de sammanlagt 21 specificerade frågor som patienterna ställer ger läkaren ett relevant svar på 19 av dem. Detta kan betraktas som ett positivt resultat i en situation, där läkaren är den som förberett samtalet och som känner den logiska struktur han tänkt att samtalet skall ha. Det är annars lätt att uppleva patientens frågor som störande inslag och ett hot mot denna struktur och att därför inte ta upp innehållet i frågan. I detta sammanhang kan man också konstatera hur väl båda parter kunnat koncentrera sig kring ämnet.

Tabell 1.

Antal inlägg i fyra patient-läkarssamtal kring ett pedagogiskt åskådningsmaterial fördelat på aktör och typ av inlägg

	Fall	Ger information		Ställer frågor		Svarar på frågor		Ger återkoppling		Övrigt icke diabetes-relaterat	Totalt
		Allmän	Med anknytning till läromedlet	Allmänna	Specifiserade	Relevanta svar	Irrelevanta svar	Uppmuntrar	Dämpar		
Läkare	I	36	7	31	37			2	1		114
	II	30	10	31	38	3		2			114
	III	42	9	80	19	6		3			160
	IV	23	5	43	4	10	1	7	1	2	95
			131	31	185	98	19	1	14	2	2
Patient	I	26	2	1	3	55		2			89
	II	39	17	1	2	60		1			120
	III	20			8	77					105
	IV	32		3	8	48				2	93
			117	19	5	21	240		3		2
Totalt		248	50	190	119	259	1	17	2	4	890

Endast fyra inlägg av totalt 890 är av den karaktären att de indikerar avvikelser från ämnet.

Intervjun med patienterna rörde tre områden, nämligen aktivitet (yttre och inre), inläring och patientinformation.

Frågan om yttre aktivitet gällde om patienten tyckte att han/hon hade haft lätt att komma till tals, att få ställa frågor och att få ge egna synpunkter. Samtliga patienter svarade ett tveklöst ja på denna fråga.

Nästa fråga var avsedd att mäta värdet av läromedlet i termer av den inre aktivitet det skapade, och formuleras så:

"Blev det lättare att tänka kring detta med diabetes och hur sjukdomen fungerar i kroppen?"

Här svarade en patient att han knappast tyckte att läromedlet spelade någon roll, tack vare att han tidigare sett planchsystemet. De tre övriga hävdade däremot att det tredimensionella läromedlet ("lådan") tillförde situationen något nytt utöver det planscher gett. Alla tre framhöll vikten av att man använde ett åskådligt material i diabetesundervisningen, och de tyckte vidare att lådan hade ett högt värde i detta avseende: "Man förstår bättre med lådan, det är tydligare än planscher", "Det är överskådligare med lådan. Den beskriver bättre hur det fungerar med måltider, blodsocker och insulin. Den är bättre än planscher bland annat tack vare sin flexibilitet" och "Det är lättare att förstå när läkaren visar det han säger med hjälp av lådan. Enbart samtal räcker inte! Därför är det viktigt med överskådligt material".

Intressant att notera här är att två av patienterna spontant uttalade sig om lådans användbarhet för andra patientgrupper. En av dem uttryckte att hon trodde den passade yngre diabetiker speciellt bra, en annan menade att speciellt äldre personer kan ha svårighet att förstå vad de olika symbolerna representerade.

Nästa frågesvit handlade om hurvida patienterna tyckte att de lärt något eller inte och om så var fallet, hur de

ville karakterisera det de lärt sig. Svaren blev då att ingen lärt sig något som var helt nytt för honom/henne. Däremot svarade tre patienter ja på frågan om de fått en ökad förståelse för sin sjukdom och dess behandling: "Ja, särskilt det här med blodsockertoppar och insulinfördelning, det blev tydligare med lådan än det varit förut". "Jag såg klarare hur insulinet verkar i kombination med måltider och under dygnets lopp" och "Jag förstår bättre hur det fungerar när jag ser lådan".

På en fråga om patienterna ansåg att de kan det de behöver veta om sin diabetes svarade en patient ja, två svarade nej och den fjärde svarade insiktsfullt: "Det kan jag egentligen inte svara på, eftersom det hela tiden kommer nya rön".

Den första frågan om patientinformationen gällde om patienten någon gång funderat över informationens roll i behandlingsarbetet.

En av patienterna framhöll vikten av information om de sk "sockerfria" produkterna på livsmedelsbutikernas hyllor. Det är alltför vanligt, menade hon, att dessa kakor och chokladprodukter är dåliga eller direkt farliga för diabetiker utan att det framgår av informationen på produkten. Två patienter påpekade nödvändigheten och värdet av information till icke-diabetiker. Två av patienterna nämnde att de uppskattar när informatören tar sig tid för samtalet. Det gäller såväl läkare, diabetesköterska, dietist som övriga medlemmar i diabetesteamet. Tiden är en förutsättning, sade en av dem, för att patienternas egna frågeställningar skall komma fram.

Den sista frågan rörde hurvida patienterna kände till någon reglering eller annan föreskrift om personalens eventuella skyldighet att ge god patientinformation. Ingen av de fyra patienterna kände till någon sådan anvisning.

Diskussion

Med föreliggande pilotstudie vill vi fästa uppmärksamheten på innehåll och uppläggning av ett viktigt behandlings-

moment i diabetesvården. Det saknas i dag tre viktiga komponenter för att vi i sjukvården skall kunna fullgöra våra skyldigheter som informatörer: tid, pedagogisk kompetens och bra undervisningsmateriel. Redan nu har vi skyldighet att informera och denna skyldighet kommer att öka på ett betydande sätt i och med den nya hälso- och sjukvårdslagens ikraftträdande.

När det gäller tid behöver vi den till dels undervisningssituation ihop med patienten, dels till vår egen efterutbildning, vilken bör inrymma formaliserad undervisning med pedagogiskt innehåll.

Ovan presenterade undervisningsmodell är framtagna vid läkarstationen i Kisa. Som vi har visat fyller den relativt höga krav på konkretisering av abstrakta fenomen med utrymme för individualisering. Detta innebär att såväl patientens intellektuella förståelse som känslomässiga motivation kan påverkas i positiv riktning.

Författarpresentation

Melcher Falkenberg*, distriktsläkare och vårdcentralchef vid läkarstationen i Kisa.

Ulla Riis, docent vid pedagogiska institutionen, universitetet i Linköping.

Postadress: Läkarstationen, Kisa, Fack, 590 40 Kisa. Tel 0494-110 00.

Smärtlåst ländrygg




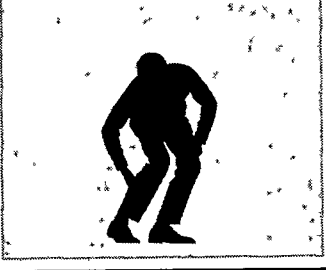
Smärtlåst ländrygg... lumbago? Huvudnyckeln till problemet kan vara mindre ensidigt belastade och bättre muskeltränade ryggar – inget läkemedel kan ge detta. Lobac kan emellertid ge symtomatisk lindring genom sin smärtstillande och muskelavslappande effekt. Dessutom – med Lobac vinner man inte denna verkan på bekostnad av försämrad intellektuell prestationsförmåga, reaktionstid eller koordination (1,2). Detta är viktigt om patienten samtidigt är aktiv.

1. Forney, R.B. & Hughes, F.W. *Curr. Ther. Res.* 6:638, 1964.
2. Linnoila, M. *Europ. J. Clin. Pharmacol.* 5:247, 1973.

LOBAC


klormezanon, paracetamol



			
Lobac vid lumbago	Lobac vid torticollis	Lobac vid spänningshuvudvärk	Lobac vid muskelsträckning

Deklaration. 1 tablett innehåller: Paracetamol 450 mg, klormezanon 100 mg, constill. q.s.

Indikationer. Symtomatisk behandling av smärta och muskelspasm vid lumbago, torticollis, myit, frakturer och muskelsträckningar, postoperativa muskelkramp, disksyndrom, bursit, fibrosit, epicondylit, pelvospondylit, reumatiska muskel-smärtor, spänningshuvudvärk.

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt i FASS-märkt .

Paracetamol passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser. Uppgift saknas om huruvida klormezanon passerar över i modersmjölk.


Biverkningar. LOBAC tolereras mycket väl, biverkningar är sällsynta och behandlingen har endast sällan behövt avbrytas.


Paracetamol. Vid terapeutisk dosering är biverkningar sällsynta. Vid långvarigt bruk kan risken för njurskada ej helt uteslutas. Enstaka fall av leverskada har rapporterats.

Klormezanon. Lindriga biverkningar, såsom lätt dåsighet, yrsel, nausea, rodnad eller svaghet kan

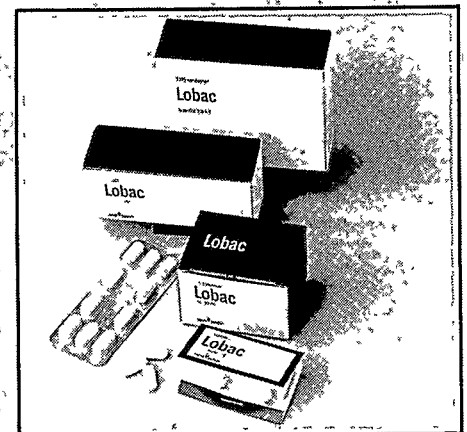
förekomma. Dessa försvinner i regel genom minskning av doseringen. Någon enstaka gång kan hudutslag uppträda, och i så fall bör preparatet utsättas.

Dosering. 1–2 tabletter 3 gånger dagligen. Doseringen bör avpassas till det individuella terapeutiska svaret.

Interaktion. Se speciellt avsnitt i FASS märkt , grupp 12B1510. Paracetamol, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

Observera. Vid överdosering av paracetamol kan konjugationsförmågan i levern mätas varefter en större andel av dosen metaboliseras oxidativt. Om glutationdepåerna töms vidtar irreversibel bindning av den reaktiva intermediärmetabolliten till levermakromolekyler. Kliniska symtom på leverskada manifesterar sig i regel först efter ett par dygn. Det är därför av största betydelse att antidotbehandling sätts in så tidigt som möjligt (dock senast efter 10–12 timmar) om leverskada efter toxiska doser skall kunna förhindras respektive begränsas (se vidare speciellt avsnitt i FASS märkt  under 12B1510).

Förpackningar. Tabletter (vita, avlånga, skårade och märkta L-); 6x4 st (journförpackning) 50 st; 100 st.



WINTHROP

Sterling-Winthrop AB • Box 31 • 127 21 Skärholmen • Tfn 08-710 09 20

Först av allt fyra steg som kan göra Din patient rökfri:

1. Välj patienter som är motiverade att sluta röka – patienter med en rökingsrelaterad sjukdom, riskpatienter eller de som spontant ber om hjälp.

2. Ge patienten Ditt personliga råd, samtidigt som Du överlämnar broschyren "Att börja ett rökfritt liv".

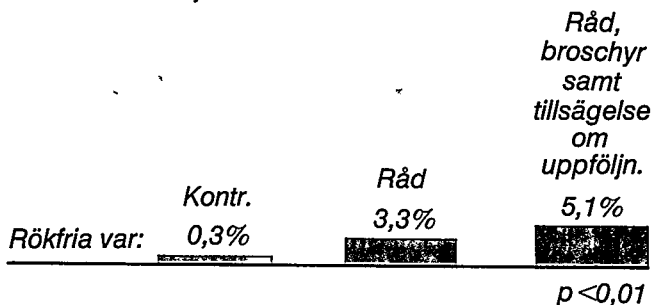
3. Skriv ut Nicorette mot eventuella abstinensbesvär. Om Du bara skriver ut ett paket Nicorette, bör patienten kontaktas efter en vecka, eftersom Nicorette annars kan ta slut.

4. Följ upp patienten och kontrollera att användningen av Nicorette trappas ned.

Resultat vid rökavvänjning.

Nedanstående studier visar var för sig betydelsen av olika komponenter i terapin, framför allt den betydelse behandlingsuppföljning har när man som läkare initierat ett rökstopp.

I England studerade 28 allmänpraktiserande läkare effekten av att ge ett råd om att sluta röka jämfört med effekten av att ge ett råd, en broschyr samt tillsägelse om att patientens rökvanor skulle följas upp. 1137 patienter ingick i studien och efter ett år fann läkarna följande:

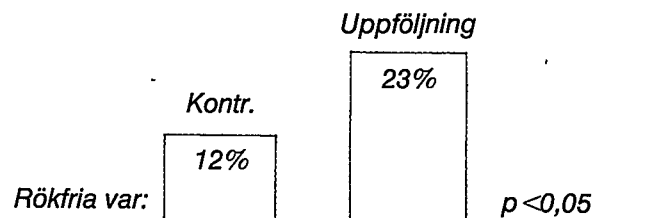


Ref: Russel et al: *BMJ*, 1979, 2, 231–235.

I Kanada studerade 4 allmänpraktiserande läkare effekten av tre uppföljningsbesök hos läkaren jämfört med en grupp som enbart gavs rådet att sluta röka. 211 patienter ingick i studien och efter sex månader fann läkarna följande:

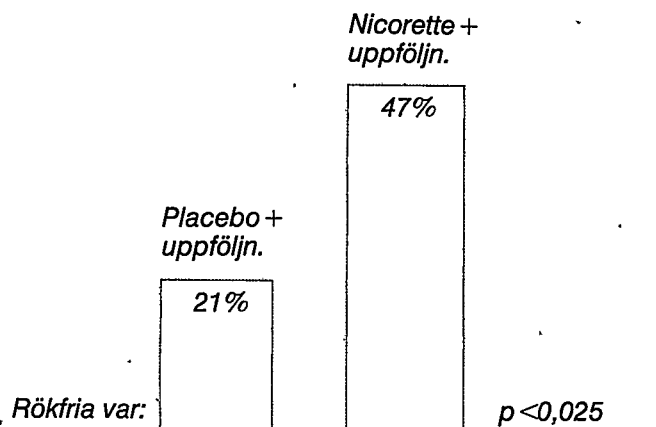


FÖLJ UPP NICORETTE®



Ref: Wilson et al: *CMA Journal*, 1982, 126, 127–129.

Vid en rökavvänjningsklinik i England genomfördes en placebokontrollerad studie av Nicorette som komplement till gruppterapi. 116 patienter ingick i studien och efter ett år fann läkarna följande:



Ref: Jarvis et al: *BMJ*, 1982, 285, 537–540.



Med uppföljning av terapin kan man förvänta sig tiotals procent bättre resultat än om man bara skickar iväg patienterna utan återbesök. Uppföljningen behöver inte bli tidskrävande, utan de sista kontakterna kan bestå av telefonsamtal eller ett för-tryckt brev från Dig, där patienten får fylla i hur det går. Uppföljningen kan också delegeras till Din sjuksköterska eller annan kunnig sjukvårdspersonal. Vill Du ha praktiska råd beträffande rökavvänjning med Nicorette, ring Leo, 042-10 40 00.

DINA PATIENTER.

Nicorette®

Tuggummin 2 mg och 4 mg
Medel vid rökavvänjning

Deklaration. 1 tuggummi 2 mg innehåller: Nicotin, resin, respond, nicotin, 2 mg, sorbitol, 189,8 mg, constit. et aroma q.s.

1 tuggummi 4 mg innehåller: Nicotin, resin, respond, nicotin, 4 mg, sorbitol, 179,3 mg, color (kinolingult), constit. et aroma q.s.

Egenskaper: NICORETTE är ett medel vid rökavvänjning vars aktiva substans, nikotin, administreras i form av ett tuggummi. Vid tuggning sker en långsam frisättning av nikotin, som absorberas i munhålan. Tuggummit fungerar som en slow-release beredning varför man inte får de höga och snabba blodkoncentrationstoppar av nikotin som erhålles vid rökning. Maximal blodkoncentration uppnås först efter 30 minuters tuggning och är då jämförbar med koncentrationen 20–30 minuter efter rökning av en medelstark cigarett.

Nikotintillförsel med NICORETTE sker på ett mindre riskfyllt sätt än vid rökning, eftersom tobaksrökens innehåll av bla tjära, kolmonoxid och irriterande gaser eliminerar.

Försök till rökavvänjning försvåras ofta av olika slags abstinensbesvär, vilka huvudsakligen beror på bortfall av nikotin i tobaksröken. Med NICORETTE lindras dessa besvär. Rökaren kan därigenom under inledningsfasen koncentrera sina krafter på att bryta de psykologiska och sociala faktorerna i rökvanan.

Indikationer. Profylax mot abstinensbesvär i samband med rökavvänjning.

Kontraindikationer. Försiktighet skall iakttagas vid grava hjärt-kärlsjukdomar.

Graviditet och amning. Kategori C i Fass. Se speciellt avsnitt märkt . Nikotin passerar över till fostret. Den sänkning av födelsevikten som observerats hos barn till rökande mödrar kan med stöd av djurexperimentella data förklaras av

den tillförda kolmonoxiden. Det kan dock inte uteslutas att nikotin bidrar till effekten, varför all nikotintillförsel bör undvikas under graviditet. Nikotin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.

Biverkningar. Irritation i munhåla och matstrup, ömhet i käkled, hicka, flatulens och epigastralgi kan förekomma. Epigastralgi kan ofta motverkas genom samtidig tillförsel av antacida. Dessa biverkningar kan i viss utsträckning reduceras genom att patienten instrueras hur NICORETTE skall tuggas. (Se Övrigt i Fass.) Ökad frekvens av munsår kan förekomma. Sådana munsår kan uppkomma även om man enbart slutar röka, varför deras samband med nikotinbehandlingen är oklar.

Dosering.

Individuell dosering rekommenderas. Behandlingen bör dock alltid inledas med NICORETTE 2 mg. Denna styrka är tillräcklig för de flesta rökare, men vid behov kan dosen ökas till 4 mg. Dosen upprepas vid rökbegär. I de flesta fall är en begynnelsesdos på högst 8–12 tuggummin per dag tillräcklig. Somliga behöver dock endast några enstaka tuggummin. Några veckors behandling är oftast tillräcklig, men i vissa fall kan upp till 3 månaders intag erfordras. Längre behandlingstid än 3 månader anses för närvarande inte indicerat.

Vid utsättandet av behandlingen bör dosen reduceras successivt.

Observera. Medlet är endast indicerat vid rökavvänjning, dvs i samband med totalt rökstopp. Det är därför angeläget att patienten har stark motivation att sluta röka och att andra åtgärder för att underlätta rökavvänjningen som tex samtalsterapi sätts in samtidigt. Då medlet innebär risk för tillvänjning, bör förskrivning följas upp med regelbundna kontroller.

NICORETTE bör förvaras utom räckhåll för barn.

Vid nedsväljning av NICORETTE utlöses nikotinet långsamt och ofullständigt, varför förgiftningsfaran är liten. Preparatet är inte rabattberättigat.

Övrigt. Bipacksedel med råd och anvisningar till patienten medföljer förpackningen. Följande bör dock särskilt påpekas: På grund av sitt nikotin-innehåll har NICORETTE en ovanlig smak. NICORETTE skall tuggas långsamt 10–15 gånger varefter tuggummit får vila innan man fortsätter tugga. Tuggar man för snabbt kan man i början bli irriterad i halsen, få hicka eller känna illamående. Efter några dagar lär man sig anpassa tuggastigheten. NICORETTE skall tuggas i 30 minuter för att avge allt nikotin. Nikotineffekterna inträder först efter några minuter, varför samma snabba tillfredsställelse som vid rökning ej skall förväntas.

Förpackningar. Tuggummin 2 mg (ofärgade): 105 st (tryckförpackning). Tuggummin 4 mg (gulsfärgade): 105 st (tryckförpackning).



AB Leo, Helsingborg

Att utreda och förebygga sjukdomar och skador – erfarenheter från Kopparberg

HÅKAN BOLIN · MATS GRANVIK

Den kommande hälso- och sjukvårdslagen (regeringens proposition 1981/82:97) ställer landstingsorganisationen inför nya uppgifter. Ambitionen höjs när det gäller att uppsåra och förebygga sjukdomar och skador. Lagens hälsopolitiska profil, att främja hälsa, är starkt framträdande. Men några garanterat säkra vägar att främja hälsan i en befolkning anvisas inte. Kunskapen om vilka hälsoinriktade insatser som är effektiva torde i själva verket vara mycket bristfällig och det lär i hög grad bli varje landstings uppgift att ta ett grepp om denna problematik. Vi vill genom att summariskt redovisa arbetet med en fallstudie av självmord bland män i Älvdalens kommun (1) peka på några av de möjligheter och begränsningar vi ser från Kopparbergs horisont.

Antagligen har den nya hälso- och sjukvårdslagens "offensiva" framtoning väckt förväntningar hos många politiker och planerare om snabba förbättringar i folkhälsan. Sådana förväntningar torde vara orealistiska. På kort sikt lär hälso- och sjukvården i stort få nöja sig med att bättre registrera och identifiera (hotande) ohälsa och

söka samla bättre kunskaper om ohälsans upphovsmekanismer och om möjligheterna till påverkan. Hälso- och sjukvårdens uppgift måste bli att registrera miljöförhållanden som leder fram till olika hälsorisker och påtala detta till ansvariga instanser, eftersom andra samhällsorgan har det primära ansvaret för människors miljö eller levnadsförhållanden.

Nyckelord: Kommundiagnos, Samhällsdiagnos, Epidemiologi, Dödlighet, Självmord, Kopparberg.

Hälsopolitiskt utvecklingsarbete

Hälsopolitiskt, liktydigt med samhällsmedicinskt, utvecklingsarbete inrymmer flera moment eller faser. Ett moment är hälsoarbetet. Detta är det praktiska arbetet med enskilda individer, grupper och omgivningsmiljöer som syftar till att främja hälsa.

Den teoretiska basen för hälsoarbetet finns huvudsakligen inom epidemiologin, vetenskapen om sjukdomars förekomst. Hälsoarbetet måste grundas på en kartläggning och analys av hälsosituationen i en befolkning, ett epidemiologiskt arbete. Med hjälp av epidemiologisk teori och metod måste en bedömning av befolkningens (kommunens, lokalsamhällets etc) hälsosituation göras. En diagnos på hälsotillståndet i befolkningen måste ställas. Så kallade "kommundiagnoser" blir utgångspunkter för hälsoarbetet. En kommundiagnos växer fram genom en granskning av – i första hand – registerdata och erfarenheter från vardagligt arbete med hälsofrågor och genom en penetrering av kunskapsläget, den vetenskapliga dokumentationen (9).

Det hälsopolitiska utvecklingsarbetets olika moment eller faser och deras inbördes relationer kan sammanfattas som i figur 1 (5).

Under hösten 1981 beslutade förvaltningsutskottet vid Kopparbergs

läns landsting att starta ett utvecklingsprojekt kring hälsoarbetet utifrån en epidemiologisk strategi. Projektet – "Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi" – väntas löpa fram till hösten 1982. Syftet är att pröva möjligheter till ett sådant arbete inom primärvården (9).

Vårdcentralerna i Särna och Älvdalens tätorter i Älvdalens kommun (figur 2) är två av fyra vårdcentraler där det konkreta utvecklingsarbetet bedrivs. Ludvika kommun berörs genom medverkan av lokala projektgrupper i Grangärde och Ludvika tätort.

Det viktigaste med utvecklingsprojektet kan sammanfattas i följande tre punkter:

1. Utveckla en medvetenhet bland anställda i primärvården om:
 - målen för landstingsorganisationens arbete (HSL),
 - (speciellt) de icke-medicinska faktorernas, de sociala förhållandenas och processernas, betydelse för de hälsoproblem som landstinget försöker bearbeta.
2. Utröna förutsättningarna för att inom primärvården kunna arbeta efter en epidemiologisk strategi.
 - Hur fånga in erfarenheter från det dagliga hälso- och sjukvårdsarbetet?
 - Hur kan lokalsamhällets hälsoförhållanden låta sig beskrivas? ("hårddata" + "mjukdata")
3. Aktivera anställda i primärvården för ett förebyggande arbete ("främja hela befolkningens hälsa")

En första uppgift i utvecklingsprojektet har varit att formulera (potentiella) hälsoproblem i Ludvika och Älvdalens kommuner. Utgångspunkten för detta har varit en statistisk beskrivning av dödlighets- och sjuklighetsförhållanden och samhällsstrukturella förhållanden i kommunerna och länet, så kallade "kommunprofiler". En bedömning – en "kommundiagnos" – har gjorts av situationen i de två aktuella kommunerna.

Statistiska observationers riktning, signifikans och regionala mönster, datakvaliteten, vad vi vet från vetenskaplig verksamhet och dokumentation

och erfarenheter från kliniskt arbete samt de ideologiska perspektiv som vi alla bär på och som kan klarläggas är de viktigaste bitarna i arbetet med att formulera (lokala) hälsoproblem (4).

Att formulera hälsoproblem utifrån – i första hand – dödlighetssituationen i två kommuner med så små folkmängder som Ludvika och Älvdalen har är ingen lätt uppgift. Tvärtom. Uppgiften är ohögligt svår, skulle man kunna säga, mot bakgrund av de erfarenheter som kunnat göras.

Allvarlig sjuklighet och för tidig död (den objektiva-negativa dimensionen på hälsan) som kan tyda på speciella hälsoproblem blir med nödvändighet sällsynta i ett så pass välmående samhälle som det svenska, där hälsoarbetet förmodligen huvudsakligen handlar om att göra redan goda förhållanden ännu bättre. Och i synnerhet i lokal-samhället.

Det är mycket som talar för att glesbygder som Grangårde, Älvdalen och Särna nästan alltid *upplevs* som "problemfria", eftersom folkmängden där är liten och därmed också förekomsten av allvarliga sjukdomstillstånd. Det torde vara svårt att utifrån patientkontakter avgöra om exempelvis fem dödsfall i diagnosen hjärtinfarkt per år är en "normal" frekvens eller om tio fall representerar en hundra procentig överdödlighet. Men det är frekvenser i den storleksordningen det handlar om. Och det är trots allt här vinsterna (i ytterligare levnadsår) i befolkningen finns att hämta.

De rätt låga frekvenserna i de olika dödsorsakerna har gjort det svårt att få de statistiska observationerna verifierade eller falsifierade från kliniskt arbete. Så har skett enbart i något enskilda undantagsfall, som beträffande självmord bland män i Älvdalens kommun och lungcancer bland män i Ludvika kommun. Men detta är väl precis vad vi har att vänta?

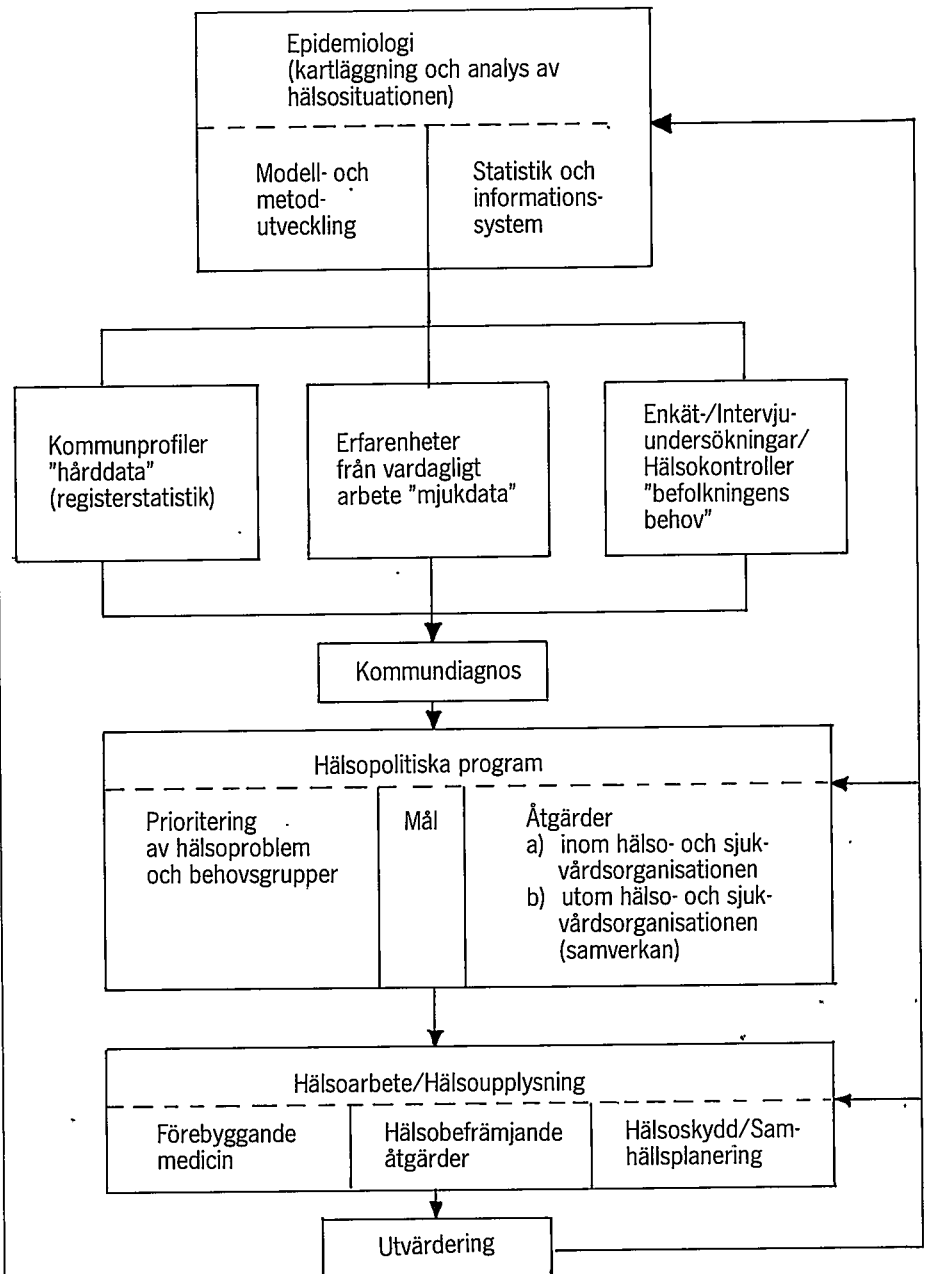
Fallstudie: Självmord bland män i Älvdalens kommun

Rapporten "Dödligheten i Kopparbergs län under perioden 1969–1978" (3) beskriver dödsorsakernas utbredning och omfattning på läns- och kommunnivå. Materialet utgörs av en bearbetning av de dödsorsaker som angivits i dödsbevis. I denna rapport framkommer bl.a. att Älvdalens kommun har en särställning med avvikande dödlighetsmönster både i relation till övriga kommuner i länet och i relation till de flesta kommuner i riket. Särskilt anmärkningsvärt är den höga dödligheten i självmord hos män. Att suicidfrekvensen är högt stämmer väl överens med inom området verksamma distriktsläkares och distriktsköterskors kliniska erfarenheter (4).

Älvdalens kommun är en glesbygdskommun som omfattar hela nordvästra Dalarna (figur 2). Invånarantalet ligger kring 8 000. Strukturomvandlingen inom näringslivet, framför allt inom

Figur 1

Moment i ett hälsopolitiskt/samhällsmedicinskt utvecklingsarbete



skogsbruket, har varit kraftig, med arbetslöshet och förtidspensioneringar som följd. Under 70-talet har kommunen kännetecknats av en åldrad befolkning, påtagliga sysselsättningssvårigheter för befolkningen i de förvärvsarbetande åldrarna, lägre boendestandard och ett större inslag av ekonomiska transfereringar än de flesta andra kommuner. Den strukturomvandling och de problem som följt i spåren är likartad med de förhållanden som Sorsele och Åsele kommuner i Västerbotten uppvisar. Också där har höga suicidfrekvenser påvisats (6).

Det finns all anledning att antaga att självmord verkligen är vanligare i Älvdalens kommun än på andra håll. Emellertid är riskgruppens karaktär och orsaksfaktorerna bakom problemet föga kända. Detaljkännedom saknas bland dem som arbetar med frågan inom hälso- och sjukvården.

Det är inte känt hur problematiken mer i detalj – på individnivå – kan beskrivas och förklaras. Hur kan de enskilda suicidfallen karakteriseras? Vil-

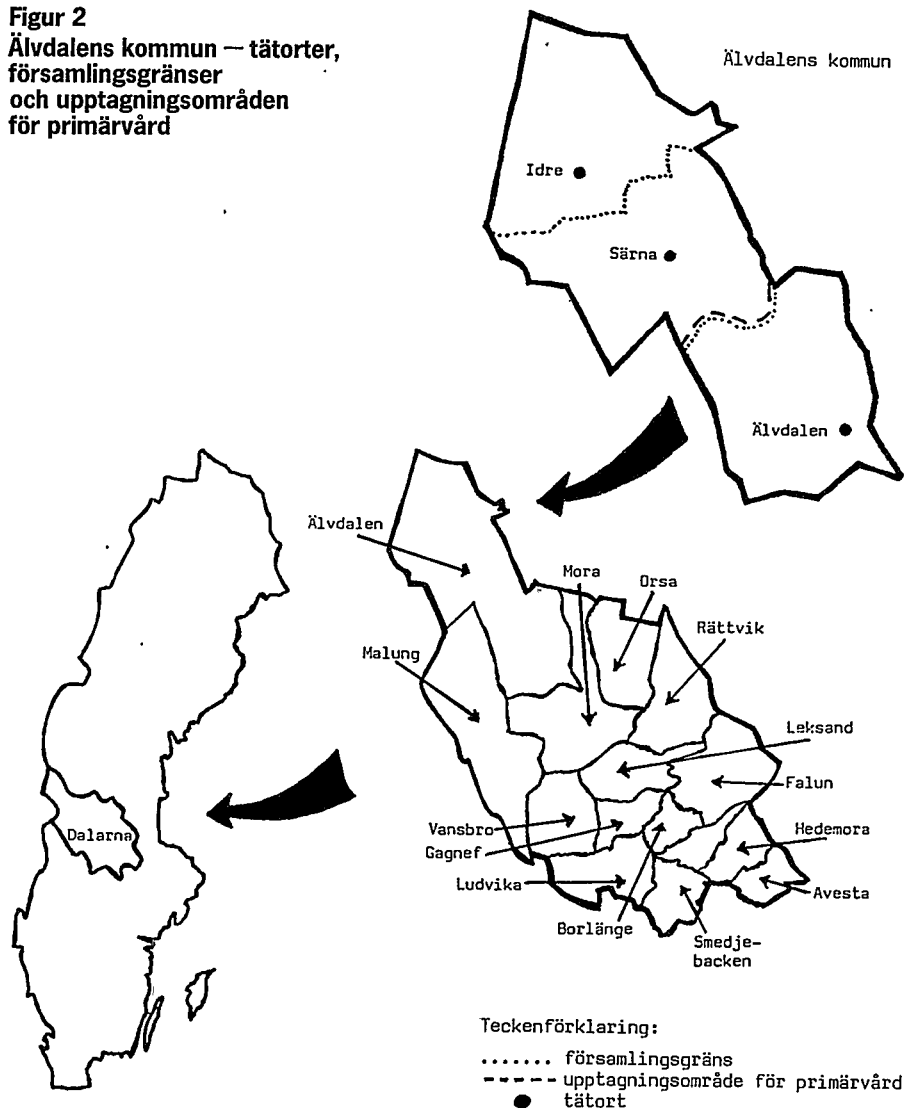
ka faktorer kännetecknar hela gruppen? Vilka data kan göras tillgängliga och hur kan de sammanställas och redovisas mot bakgrund av gällande sekretessbestämmelser och annat?

Den föreliggande studien är en studie – en fallstudie – av de självmord bland män i Älvdalens kommun som inträffat under perioden 1969–78. Cirka 30 självmord har begåtts i kommunen under denna tidsperiod.

Syftet är att:

- utvärdera vilka data (uppgifter) på de personer som avlidit genom självmord som är möjliga att få ta del av från Folk- och bostadsräkningar, socialvårdens och arbetsförmedlingens register, polisrapporter, journalhandlingar inom hälso- och sjukvården och dödsbevis.
- sammanställa data från de register och handlingar som kunnat göras tillgängliga och preliminärt bedöma – ställa hypoteser om – hur dessa kan tänkas beskriva riskgruppen och orsaksfaktorerna

Figur 2
Älvdalens kommun — tätorter,
församlingsgränser
och upptagningsområden
för primärvård



Teckenförklaring:

- församlingsgräns
- upptagningsområde för primärvård
- tätort

och i denna deluppgift särskilt beakta kraven på erforderlig sekretess.

Studien är i första hand en metodstudie att utvärdera hur problemet kan beskrivas och avgränsas på en så detaljerad nivå som möjligt. Först i andra hand en empirisk studie, att visa på empiriska fakta kring själva självmordsproblemet. Studien kan närmast betraktas som en förstudie, att hitta uppslag och frågeställningar för fortsatta fördjupade studier.

Självmord bland män i Älvdalen - Slutsatser och diskussion

Suicidforskningen har med hjälp av bla sociologiska, epidemiologiska och statistiska angreppssätt och metoder givit ökade kunskaper inom ett område som är särskilt mångfacetterat och svärgrepat. Men kunskaperna om problematikens ursprung och bemötande är ännu bristfälliga, vilket nu senast påpekats av Socialstyrelsens vårdprogramnämnd (13). Vi har valt att närma oss problemet från periferin både bildligt och bokstavligt genom att i en fallstudie granska den population om 29 män som avlidit till följd av suicid i Älvdalens kommun under en tioårsperiod. En kommun som visat sig ha en påtaglig överdödlighet i suicid hos män. Genom en individinriktad studie har vi försökt sammanställa alla de data, både "mjukdata" och "hård-

ta", vi kommit över för varje avliden för att få fram en bild av hela gruppens utseende och riskfaktormönster.

Själva insamlandet av rådata var mera tidsödande än väntat. Myndigheter och tjänstemän har dock överlag visat ett mycket positivt tillmötesgående. Vi har fått alla de data vi begärt, även om det i något fall tog fyra månader.

Emile Durkheim var professor i sociologi, den första av detta slag i Europa. År 1897 skrev Durkheim boken "Självmordet" (2), ett pionjärarbete inom den statistiska sociologiska analysen. I boken analyseras olika typer av självmord, de betingelser som får en individ att i en självmordshandling definitivt bryta med sin omgivning.

I november 1981 presenterade socialstyrelsens vårdprogramnämnd en remisshandling med rubriken "Underlag till vårdprogram för problemet självmord" (13). Liksom i Durkheims bok "Självmordet" behandlas självmordets epidemiologi och etiologi och möjligheterna till prevention.

Durkheim såg att samhällen som går mot desintegration uppvisar förhöjda suicidfrekvenser. Han såg också att ogifta i större utsträckning än andra avlider genom självmord. Socialstyrelsen räknar idag, nästan ett helt sekel efter Durkheim, upp faktorer som ensamboende, arbetslöshet, kroppslig sjukdom, tidigare suicidförsök och hög

ålder som viktiga i självmordsbilderna.

Durkheims "Självmordet" och socialstyrelsens "Underlag till vårdprogram för problemet självmord" är på många sätt olika. De ser på problemet på litet olika sätt, Durkheim ur ett samhälleligt synsätt, socialstyrelsen ur ett mer individinriktat. Förklaringar och slutsatser kommer därför att skilja sig åt, men också likheter går att känna igen, fast då i första hand på den sida som beskriver problematiken.

Socialstyrelsens penetrering av självmordsproblematiken sker från psykiatrins plattform, Durkheims från sociologins. Det förra ser med nödvändighet problemet väsentligt kopplat till den enskilda individen. Frågan är väl om detta är en fruktbar väg, och en fruktbar väg att förbättra folkhälsan - att sänka samhällets självmordstal. Durkheim avvisar denna väg. Socialstyrelsen menar väl närmast att man inte vet tillräckligt mycket om detta ännu.

De faktorer som Durkheim och socialstyrelsens vårdprogramnämnd lyfter fram för risken att dö i självmord känner vi i hög utsträckning igen hos de män som avlidit genom självmord i Älvdalen. Alkoholmissbruk, psykisk störning, tidigare självmordsförsök, ensamboende, civilstånd som ogift, arbetslöshet eller svag förankring på arbetsmarknaden har vi funnit inta en plats i självmordsbilderna. Alkoholmissbruk förefaller vara en dominerande faktor. Vi har funnit missbruk i åtminstone 1/3 av fallen. Ofta uppträder alkoholmissbruk, eller misstanke därom, tillsammans med psykiska störningar. Psykisk störning är en faktor som vi också ofta kunnat spåra. En åtminstone tidvis problematisk koppling till arbetsmarknaden har vi kunnat notera för de allra flesta i de förvärsarbetande åldrarna. Cirka 70 procent av dem som varit i arbete har arbetat inom jord- och skogsbruk, en näring på stark tillbakagång i kommunen. För 20 procent av de avlidna har vi funnit anteckningar om tidigare suicidförsök. Andelen ogifta (ej sammanboende) bland samtliga avlidna uppgår till hela 67 procent. De flesta av de avlidna i hög ålder har varit ensamboende. 23 av 29 avlidna, 79 procent, har uppvisat någon eller några predisponerande faktorer av de slag som Durkheim och socialstyrelsens vårdprogramnämnd framhållit. Så man kan påstå att kända riskfaktorer nu (åter) verifierats.

Självmord bland män i Älvdalens kommun är vanligast i kommundelen Särna/Idre, den norra kommundelen. Här tenderar självmordsfrekvensen att öka, liksom att gå nedåt i åldrarna. Vi fann en betydligt allvarigare riskfaktorbild bland avlidna i kommundelen Älvdalen. Detta behöver inte betyda att dessa i realiteten varit tyngre "belastade" ifråga om riskfaktorer. Riskfaktorerna kan ha varit av annan art i Särna-/Idreområdet eller desamma, men uppmärksammats och registre-

rats i lägre utsträckning av berörda myndigheter. Hur det förhåller sig med detta har vi inte kunnat belysa.

Aggregerade, befolkningsbaserade data pekar på att en hög frekvens av självmord bland män har en positiv korrelation med bland annat ett högt sjuktal och varaktighetstal (sjukfrånvaro), en låg boendestandard, en hög andel förtidspensionerade, en hög socialhjälp, en hög andel arbetslösa och en hög andel sysselsatta i jord- och skogsbruksarbete (4). Ett av syftena med fallstudien har varit att söka belysa sambandens giltighet också på en individnivå. Vår fallstudie visar att åtminstone låg boendestandard, hög socialhjälp, arbetslöshet (sysselsättnings- och arbetsmarknadssvårigheter) och jordbruks- och skogsarbete torde hänga samman med den höga självmordsfrekvensen.

En av förutsättningarna för att kunna förhindra suicid i ett *individinriktat* arbete är möjligheten att få kontakt. Majoriteten av patienterna var registrerade inom sjukvården, genom kontakter både med närmaste lasarett och med berörd vårdcentral/distriktsläkarmottagning. Bäst täckning hade den mest avlägsna distriktsläkarmottagningen, den i Särna, med 94 procent journalförda.

Vid jämförelse mellan sjukvård och socialvård kan noteras att 14 avlidna haft *kontakt med sjukvården* under de sista tre levnadsmånaderna medan endast två haft *kontakt med socialvården* under motsvarande tid. Nio av de avlidna har haft kontakt med sjukvården under sista levnadsmånaden. Det är således inom sjukvården som eventuella sena varningssignaler måste uppmärksammas även om problemen på individnivå skulle vara av huvudsakligen strukturell (social) karaktär.

Arbetslöshet har funnits med i orsaksbilden bakom självmorden i Älvdalen, men av arbetsförmedlingens register att döma kan arbetslöshet i samband med *aktivt* sökande efter arbete via arbetsförmedlingen inte anses vara annat än sällsynt förekommande i nära tidsanslutning till självmordstillfällena. Kontakter med arbetsförmedling ligger oftast något år bakåt i tiden och de flesta, åtminstone 60 procent, i de förvärvsarbetande åldrarna har haft sådana kontakter.

Från sjukvården vet man inte alls i vilken utsträckning arbetslöshet förekommit. Socialvårdens register antyder arbetslöshet i enbart några få fall. Försörjningssvårigheter förekommer emellertid i flera fall.

Arbetslöshet, i betydelsen vid arbetsförmedlingen registrerad aktivt arbetsökande utan arbete, har vi således inte kunnat fastställa som *enskilt problem* vid själva självmordstillfället. Dock utgör arbetslösheten och strukturomvandlingen inom näringslivet, särskilt inom jord- och skogsbruket, ett *allmänt problem* i kommunen, vilket kan bidra till känslan av lokalsamhällets

desintegration. Arbetslöshet och försörjningssvårigheter berör många i kommunen åtminstone indirekt. Bland de avlidna har flera haft försörjningssvårigheter under senaste åren före självmordstillfället. Behov av socialhjälp, sjukbidrag och förtidspension visar detta.

Man vet att männens sociala roll är viktig för suicidfrekvensen. Denna roll är först och främst kopplad till yrkeslivet, försörjningssituationen. Självmordsfrekvensen tenderar att öka i perioden då yrkesrollen är särskilt stressfylld. Män som kan förväntas bli starkt indragna i en sysselsättningsnedskärning under lågkonjunkturer (arbetslöshet, hot om arbetslöshet osv) har ökad benägenhet till självmord (11). Ekonomiska förhållanden i det sociala livet, som integrationen i produktionsfären, är således av stor vikt för förekomsten av självmord bland män. Från Folk- och Bostadsräkningarna och arbetsförmedlingens register vet vi att uppåt 75 procent av dem som avlidit genom självmord i Älvdalens kommun temporärt eller mer långvarigt stått utan fast förankring i produktionslivet. Merparten har arbetat inom en näring under stark strukturomvandling, jord- och skogsbruket, och yrkesrollen kan ha varit problematisk för många.

Från sjukvårdens och socialvårdens handlingar kunde enbart knapphändig information utläsas beträffande skilsmässa, familjesituation och liknande och då bara för några få fall. Dock anas allvarliga *relationsproblem* på något enstaka håll. Som föga kända riskfaktorer kan vi ana relationsproblem utgående från kvinnans emancipation från en starkt mansdominerad familjestruktur. Den sociala situationen innefattande bl a familjeförhållanden och sysselsättning har endast fragmentariskt kunnat belysas utifrån tillgängliga, ostrukturerade journaler och akter. Folk- och Bostadsräkningarna har på dessa punkter givit bäst information, dock ibland något inaktuell vid själva självmordstillfället.

Överförskrivning av *psykofarmaka* har ej i något fall bedömts ha bidragit till dödsfall. Stor tillgång till *vapen* har medfört att fler suiciderat genom skjutning (45 procent) än genom hängning jämfört med vad som gäller för riket (15 procent [13]). Kulturvanor måste här ha spelat in.

Vår undersökning, som varit av retrospektiv karaktär, har beskrivit 29 suicidfäll beträffande kända riskfaktorer och tidigare kontakt med sjukvård och socialvård. Frågan är om inte *åtminstone* 3-5 suicid hade kunnat förhindras eller uppskjutas om läkaren vid sista besöket hade handlat annorlunda. Inte för någon enda av de 29 avlidna finns dock noterat att suicidrisk skulle ha förelegat vid senaste läkarkontakt. Mera tid för ingående samtal kunde ha avslöjat suicidtankar och därtill bakomliggande problem, psy-

kiska eller sociala. Men detta låter sig lätt sägas så här i efterhand. Att uppmärksamma och sedan på ett framgångsrikt sätt reagera på 3-5 hotande självmord, ja även 30-50!, under en tioårsperiod bland upp emot 120 000 läkarbesök kräver en alldeles enorm uppmärksamhet och "hyperreaktivitet". Kanske orimligt? Att i patientkontakterna ta rätt på och vara uppmärksam på de riskfaktorer vi känner till gör uppgiften lättare. Men vi måste, enligt vad vår undersökning visar, räkna med att vi med ett "riskgruppstänkande" kanske missar cirka 25 procent av dem som begår självmord, vilket påkallar ständig uppmärksamhet och "hyperaktivitet".

Alkoholmissbruk leder till medicinska skador, men alkoholmissbruk är för den skull inte *primärt* ett medicinskt problem. Det är snarare först och främst ett socialt problem som ger medicinska effekter. Arbetslöshet kan leda till ohälsa i medicinsk mening (8). Men inte heller arbetslöshet är ett medicinskt problem. Också det är primärt ett socialt problem liksom ensamboende, låg boendestandard, ekonomiska svårigheter och strukturomvandlingar inom näringslivet, faktorer som vi alla funnit ofta uppträda i självmordsbilden bland män i Älvdalen. Vår fallstudie har bringat oss uppfattningen att självmordsproblematiken bland den grupp män vi studerat torde vara av *mer* social karaktär än medicinsk, av *mer* strukturellt slag än individuellt, i hög grad "Durkheimsk" till sin förklaring (betydelsen av integration och yrkesroll).

Den stora svårighet vi, liksom även Hartelius (7), sett i att under ett vardagligt sjukvårdsarbete (inom såväl primärvård som slutenvård) *över huvudtaget kunna upptäcka* och, framför allt, sedan *adekvat* kunna reagera på ett hotande suicid menar vi måste beaktas som ett viktigt faktum i diskussionerna om hur självmordsproblemet (bäst) skall angripas, liksom självmordets sociala ursprung. Det är mot denna bakgrund svårt att se att andra *förebyggande* åtgärder än samhällsinriktade åtgärder (lagstiftning på alkoholorrådet, näringspolitik osv) skulle kunna sänka *ett samhälles självmordstal*. Att koncentrera ansträngningarna på individens psykologiska sfär i sig torde av allt att döma ge endast försumbara effekter eller rentav förvärpa situationen ifall samhällsinriktade åtgärder samtidigt uteblir eller minskas. Här är vi alltså beredda att hålla fast vid Durkheims nästan hundra år gamla slutsats (eller "rekommendation"). För arbetet på en *psykiatrisk klinik* eller liknande är Durkheims tankegångar mindre relevanta. Där är arbetet med nödvändighet *mer individinriktat* och mer hjälp i ett sådant arbete torde finnas att hämta i socialstyrelsens vårdprogramnämnds remisshandling än i Durkheims sociologiska arbete.

Vi vågar emellertid gissa att en uppsökande och förebyggande *socialtjänst* inom primärkommunens ram (14) har större utsikter till framgång i det *förebyggande arbetet* med självmordsproblemet (i samhället) än vad en ännu nästan enbart "*sjukdomsdiagnostställande*" *sjukvård* kan åstadkomma. Det betyder dock *inte* att sjukvården skall lämna över hela problemet till socialtjänsten. I en sektoriserad och specialiserad samhällsapparat torde *alltid* samarbete över gränserna behövas. Men samarbetet kring självmordsproblematiken måste, av skäl som anförts, *utgå* från socialtjänstens villkor. Sjukvårdens uppgift i detta (framtida) samarbete lär främst inskränka sig till informationssidan. På denna punkt tror vi sjukvården kan fungera bättre än tidigare. Det större samhällsmedicinska innehåll som den nya hälso- och sjukvårdslagen lägger på landstingsorganisationen måste innebära att sjukdomsdiagnoserna kompletteras med sociala diagnoser. Eftersom sjukvården, enligt de data vi fått fram, är den sektor inom samhällsapparaten som får kontakt med självmordsfallen rätt nära självmordstillfället har vi anledning att tro att värdefull information, om kraven på sekretess kan hanteras på ett tillfredsställande sätt, kan förmedlas till de ansvariga för socialsektorn.

Betoningen av socialsektorns roll får förmodligen många att resa invändningar. Hartelius (7), demonstrerar i sin debattartikel en bristande tilltro till socialvårdens möjligheter och "samhällets" över huvud taget. Relationen mellan "samhälle" och individ kan naturligtvis tacklas både utifrån ett ideologiskt och ett vetenskapligt perspektiv. Ibland är det emellertid svårt att urskilja vilket perspektiv som dominerar i de ställningstaganden som görs för eller emot "samhället". Men många är väl benägna att instämma i Hartelius åsikt att svensk socialvård *idag* har klara brister. Däremot delar väl långt ifrån alla Hartelius åsikt att problemet i första hand är ett *tillgänglighetsproblem*. Varken inom socialsektorn eller sjukvårdssektorn. Särskilda krav ställs på dem som ger telefonrådgivning och medverkar vid olika former av tidsbeställning. Möjligheter bör alltid finnas att i kritiska situationer få den kontakt man önskar utan att behöva hänvisas till telefontider eller utsättas för andra byråkratiska hinder. *Ökad tillgänglighet och bättre omhändertagande är viktigt, även om vi har anledning att förmoda att detta endast marginellt kommer att påverka lokalsamhällets suicidfrekvens*. Det blir en uppgift för primärvården och socialtjänsten gemensamt att underlätta smidiga kontakter.

Andra samhällssektorer än hälso- och sjukvården, tex primärkommunens socialsektor, har ansvaret för människors miljö eller levnadsförhållanden. Hälso- och sjukvårdens upp-

gift måste bli att registrera miljöförhållanden som leder fram till olika hälso-brister och påtala detta till ansvariga instanser. Hälso- och sjukvården måste fungera som en "alarmklocka" (10). Med Tibblins ord: "Läkaren slår larm när något är fel i patientens miljö. Sedan får andra ta vid" (15). Vi ser det som viktigt att utveckla denna sida av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Informationssidan. Det kan låta anspråkslöst, men vad kan hälso- och sjukvården, med eller utan lekmannamedverkan (7), rent praktiskt göra åt arbetslöshet, strukturomvandlingen inom näringslivet, ensamboendet, ekonomiska svårigheter osv? Då tillägger säkert någon med rätta: Vad kan socialsektorn eller ens "samhället" i övrigt rimligen uträtta på dessa punkter? Ja, det återstår att se!

Vi tror att hälso- och sjukvården, åtminstone inom primärvården, trots sin nya "offensiva" hälsopolitiska ambition, på kort sikt i stort måste nöja sig med att genom patientsamtalen bättre registrera och identifiera självmordsbetingelser och söka samla bättre kunskaper om självmordsproblematikens upphovsmekanismer och om möjligheterna till påverkan. *För all personal inom sjukvård och socialvård torde behövas ökade utbildningsinsatser. Vi måste bli mera lyhörda för varningssignaler och medvetna om olika riskfaktorer, såväl individuella som samhällseliga. Vi måste också ställa noggranna sociala diagnoser i hälso- och sjukvårdsarbetet.*

Självmoden lämnar ett betydande bidrag till den så kallade "för-tidiga-döden". Varje år tar upp emot 60 kopparbergare livet av sig. På tio år blir det 600! Alldeles uppenbart finns här vinst i folkhälsa att hämta om vi förbättrar oss på det förebyggande hälsoarbets område. Allra först gäller det att se självmoden som ett problem i samhället och sedan rikta särskild uppmärksamhet och största ansträngningar på det.

En prospektiv tioårsstudie kring självmord i Kopparbergs län föreslås för fortsättningen. Syftet skulle i första hand vara att ställa självmordsproblemet i fokus, att motivera till att noggranna och nyanserade sociala diagnoser alltid ställs i hälso- och sjukvårdsarbetet, att ta fram lämpligt innehåll i dessa och att finna ut smidiga och effektiva vägar att inom primärvård, slutenvård och socialtjänst möta hotande suicid. Ett samarbete med primärkommunernas socialtjänst är således nödvändigt. Olika gemensamma utbildningsinsatser torde bli aktuella.

Referenser:

1. Bolin, H, Granvik, M: Självmod bland män i Älvdalens kommun - En fallstudie, Kopparbergs läns landsting, maj 1982
2. Durkheim, E: Självmodet, Argos Förlags AB, Uppsala 1968
3. Granvik, M: Dödligheten i Kopparbergs län under perioden 1969-78, Kopparbergs läns landsting, maj 1981

-- 4. Kommundiagnoser i Kopparbergs län, Kopparbergs läns landsting, april 1982

-- 5. Hälsoarbete i kommunerna Luðvika och Älvdalen, Kopparbergs läns landsting, maj 1982

6. Granvik M; Tibblin, G: Cancer i Västerbotten, Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet, mars 1981

7. Hartelius, H: Problemet självmord - kritiska synpunkter på ett vårdprogram, Läkartidningen, 1982 79: s 1330-1336, 1982

8. Janlert, U: Arbetslöshet och ohälsa, i SOU 1981:1, Hälsorisker

9. Kopparbergs läns landsting: Ett lokalt hälsoarbete utifrån en epidemiologisk strategi, Promemoria, 1981-09-29

10. Landstingsförbundet: Hälsopolitik i praktiken, Debattskrift, 1979

11. MacMahon, B oa: Relation of Suicide Rates of Social Conditions, Public Health Reports, Vol 78, no 4, s 285-293, April 1963

12. Regeringens proposition 1981/82:97: Hälso- och sjukvårdslag, m m

13. Socialstyrelsens vårdprogramnämnd: Underlag till vårdprogram för problemet självmord, Remissbehandling, november 1981

14. SOU 1979/80:1: Om socialtjänsten

15. Tibblin, G: En bok om vård, Askild och Kärnekull, Stockholm 1980.

Författarpresentation:

*Håkan Bolin**, är distriktsläkare vid Särna vårdcentral

*Mats Granvik***, är sekreterare vid Kopparbergs läns landstings kansli

*Postadress: Särna vårdcentral, 790 90 Särna, tel 0253- 107 00.

**Postadress: Landstingets kansli, Box 712, 791 29 Falun

Distriktsläkaren som skolläkare – några sommarreflexioner

LARS CERNERUD

Nyckelord: Skolhälsovård.

Sedan några år har jag förmånen att få vara sommarvikarierande distriktsläkare i ett landsbygdskommun. Eftersom jag är skolläkare och specialist i pediatrik är det naturligt att bli skolbarn överrepresenteras på min mottagningslista. Visst kan det vara en fördel att jag som distriktsläkare är väl insatt i företeelser såsom särskild undervisning; anpassad studiegång, studieövergångar, fria aktiviteter och tillvalsämnen. Ändå vill jag hävda att medicinska frågor med direkt anknytning till skolan bör lösas på platsen, dvs i skolan på skolläkarmottagningen. Jag tror därför att en distriktsläkare kan tillföra skolan en hel del. Jag har försökt leva mig in i distriktsläkarens roll som skolläkare och funnit följande.

Den största vinsten finns troligen att hämta i distriktsläkarens helhetssyn på befolkningen i distriktet, något som den kontinuerliga kontakten med MVC, BVC, skola, vårdhem, jourfall och tidsbeställd mottagning inbjuder till. Ett aktuellt exempel om en ytligt sett välanpassad och i trakten aktad familj: Mamma sökte mottagningen för svamp i mun och vagina, strax därefter tricomonaskolpiti. Hon tillstod då att hon i smyg hade börjat "leva livet" med traktens donjuan. Pappa sökte vid samma tid upprepade gånger som jourfall med smärre blesyrer och oklara buksmärter. Leverproverna pekade mot alkoholmissbruk. Gossen hade sökt skolsyster för olika psykosomatiska symtom. Distriktsläkaren, som var skolläkare, såg genast mönstret helt klart och då kunde man med hjälp av bla familjerådgivningen börja lätta på trycket i familjen och pojken mätte mycket bättre. Man kan räkna upp många fördelar med att känna familjerna, även far- och morföräldrar, när man bedömer barnen inom skolhälsovården. Det kan alltså vara värdefullt att känna ursprung och växtplats för varje enskild planta i den vackra buketten av skolbarn som presenteras för skolläkaren.

Snabbt och smidigt kan distriktsläkaren vid mottagningen i skolan ordna med en tid hos sig på vårdcentralen föregående av eventuell provtagning för barn som behöver en närmare genomgång. Inget prassel med remissblanketter behövs. Om ett smärre naevus skall tas bort, "kom ner till mig på vårdcentralen i morgon kl 8 så tar vi bort det". På detta område finns stora rationali-

seringsvinster att hämta med skolhälsovårdande och sjukvårdande läkare i samma person.

Sjukvårdstrycket på vårdcentralen kan vara betydande, jourfallen strömmar till, tidsbeställda fall måste behandlas. Även med de bästa intentioner kan det då vara svårt att få med det preventiva inslaget i arbetet. Det gäller att hålla undan, det gäller sjukvårdsproduktion. Då kan det vara praktiskt med en speciell tid avsatt för skolan då man verkligen får och skall arbeta förebyggande. Exempelvis bör man delta i kunskapsförmedling och attitydbildning kring alkohol, narkotika, tobak, kost och motion och sex- och samlevnadsfrågor. Vidare bör man ge lärarna kunskaper om medicinska sjukdomstillstånd hos barn, tex allergi, epilepsi, diabetes mm. Att se till de integrerade eleverna med kroniska sjukdomar är en annan mycket angelägen preventiv uppgift, liksom den medicinska studie- och yrkesvägledningen. Skolhälsovården är dessutom ett viktigt instrument i bedömningen av barns och ungdomars hälsa och välbefinnande i såväl skolan som i samhället i stort. På skolläkarens lott faller också att handleda skolsköterskan i hennes sjukdomsuppspårande verksamhet och i hennes mottagningsarbete samt att vara konsult för de barn som verkligen behöver skolläkarens medicinska kunskaper i skolan.

Jag tror att skolhälsovården skulle kunna bli en av spjutspetsarna i distriktsläkarnas preventiva strävanden. Då måste vi givetvis se till att det skapas tid och möjlighet härför. Då duger det inte att låta doktorerna arbeta som man gjorde för 30–40 år sedan inom skolhälsovården med att tex screena efter sjukdomar som fanns förr. Det vilar ett tungt ansvar på oss som har skolhälsovård som heltidssyssla. Det är vi som skall vidareutveckla skolhälsovården. Det är orimligt att varje distriktsläkare skall behöva arbeta enligt trial and error i skolan. Vi måste ge dem service i att ange färdriktningen.

Jag tycker det är angeläget att det finns en förste skolläkare/skolöverläkare inom varje landstingsområde som kan leda och samordna skolhälsovården och handleda distriktsläkarna. För några månader sedan inbjöds jag hjälpa till att arrangera en hel studiedag för ett tjugotal distriktsläkare med skolhälsojourstjänstgöring i några norrlandskommuner. Då upplevde jag

verkligen att de hade behövt en förste skolläkare. Idéerna och entusiasmen fanns där men ingen som mer varaktigt höll i det hela. En regelbunden fortbildning med specifika skolfrågor och modeller för preventivt arbete och ett forum för gemensamt kunskapsutbyte tillönskar jag alla distriktsläkare med skolhälsovård på schemat.

Sist men inte minst, de flesta som arbetar med skolhälsovård har insett att skolsköterskan är grundpelaren inom skolhälsovården. Hon är "den kloka gumman" till vilken eleverna vågar gå med alla sina bekymmer, hon förenar medicinsk, social och psykologisk insikt på ett basalt och funktionellt plan. Trots bredden är det angeläget att slå vakt om skolhälsovårdens specifika medicinska inriktning i skolan. Medicinsk fortbildning, kurser mm i all ära, jag tror ändå att den regelbundna kontakten med en sjukvårdande läkare, tex distriktsläkare, ger skolsköterskan den bästa förutsättningen för en fortlöpande god medicinsk kunskapsnivå och den tillför där igenom skolhälsovården nödvändig medicinsk stabilitet och know-how.

Distriktsläkaren som skolläkare är redan en realitet i de flesta mellanstora och små kommuner (ca 220–240 st). Tyvärr är det just där som förste skolläkare inte finns. Skolöverläkarens vid SÖ möjligheter att ge service till dessa distriktsläkare är minimala i den nya ur elevvårdssynpunkt avlödade SÖ-organisationen. Det är i de största kommunerna där förste skolläkare/skolöverläkare finns som samverkan med distriktsvården är klen utnyttjad. Jag tror det är en rimlig situation. I stor-kommunerna är distriktsvården nämligen inte så allomfattande. Där är det totala sjukvårdsutbudet rikt varierat och fragmenterat och distriktsläkarnas möjlighet till helhetssyn rimligtvis inte så god som i en landsbygdskommun. De trettiotal gymnasieenheter som finns i Stockholms kommun har elever från hela länet, ja i vissa fall från hela landet. Det nuvarande förhållandet med skolläkartjänster i de största kommunerna kommer nog även under överskådlig framtid att ha ett klart berättigande.

Skolläkarens sommarreflexioner om distriktsläkaren som skolläkare kan kondenseras till följande:

- Det finns utmärkta förutsättningar för distriktsläkarna att bedriva god skolhälsovård. Deras arbete tillför

Rökavvänjningsbehandling

En mossa för troende eller ett vardagsjobb för alla?

INGVAR OVHED

I artikeln hävdar författaren att speciella rökavvänjningsmottagningar spelar en underordnad roll jämfört med en aktiv diskussion med varje rökande patient för att förändra rökvanemönstret.

Nyckelord: Rökavvänjning, primärvård, debatt.

Att arbeta med rökavvänjningsbehandling har under lång tid präglats av rökarens önskan om "hjälp", dvs att slippa göra jobbet själv och olika entusiasternas mer eller mindre fantasifulla metoder att erbjuda denna "hjälp". Denna inställning har trots att psykologisk expertis deltagit årtionde efter årtionde närmast blivit ändå hårdare bunden till en terapitradition, som trampar på i samma gamla fotspår med samma magra resultat. I USA, där utvecklingen ofta bestäms av pekuniära skäl, har resultatet blivit att av 10 000 000 (10 miljoner) amerikaner, som slutat har 9 900 000 (9,9 miljoner) gjort det på egen hand utan professionell rökavvänjningshjälp. Även i Sverige är utbytet av intensivt arbete vid rökavvänjningsmottagningar i enskild terapi eller grupp mycket magert jämfört med alla de rökare som spontant slutar. I Sverige finns inte samma profittbindning vilket gjort att man letat efter billigaste "effektiva" metod och helt naturligt fastnat för grupperterapi. Redan 1969 kunde Schwartz (1) visa, att alla av honom studerade rökavvänjningsmetoder (ett 30-tal) var lik-

skolhälsovården värdefulla erfarenheter och den moderna skolhälsovårdens förebyggande inriktning hjälper distriktsläkaren i utvecklingen av preventionen.

- Genom utvecklingsarbete och vidareföring av erfarenheter bör vi som har skolhälsovård som helhets-syssla stötta våra distriktsläkarkolleger i deras skolhälsoarbete.

Författarpresentation:

Lars Cernerud*, är skolöverläkare i Stockholms skolförvaltning.

*Postadress: Skolförvaltningen, Box 22007, 104 22 Stockholm, tel 08-54 10 00

värdiga och därmed sagt närmast låg på placebonivå. En resultathöjning bör ha inträtt genom introduktionen av nikotintuggummit.

Situationen är dock underlig.

Här har vi med tillgång till högstående medicinsk kunskap under två till tre decennier samlat vetande och kunnande kring den viktigaste enskilda faktorn för flera stora folksjukdomar. Trots detta kan vi fortfarande inte erbjuda våra patienter en rimlig hjälp, som når mer än ett litet fåtal, utan får nästan helt lita till egenvård. Naturligtvis är orsakerna många till denna egenomliga situation. Jag vill bara peka på några.

Det är ett känt faktum, att läkare är förhållandevis väl orienterade om rökningens betydelse för bla hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och beredda att diskutera tobaksrökning med sina patienter. Ändå anger rökande patienter, att så inte sker (2). En orsak till detta är troligen att läkarna i gemen anser sig ha allt för lite att erbjuda sina patienter, vilket naturligtvis är riktigt.

Det finns dessutom hela tiden en rädsla hos många läkare för att plötsligt "trampas ner" av alla Sveriges två miljoner rökare.

Den risken är obefintlig!

Rapporter från senast Tumba primärvårdsområde (3, 4) anger således att en rökavvänjningsgrupp med 10 patienter kan startas per termin i ett upptagningsområde med 28 000 invånare och 8-9 distriktsläkare, dvs ungefär en patient per läkare och halvår. Detta stämmer helt med egna erfarenheter (5, 6). Resultatet från gruppterapi i Tumba är helt i nivå med våra rökavvänjningskliniker och de 6-8 som slutar per år genom rökavvänjningsgruppen utgör troligen endast cirka 0,5 procent av alla som slutar spontant i upptagningsområdet (5, 7).

De siffror som Russel (8) fann, då generel practitioner (GP) fick ge besked till alla rökare "sluta röka!" med samtidigt överlämnande av en broschyr med rökslutarråd skulle på ett upptagningsområde motsvarande Tumba ge 250-300 som slutade röka på ett år. Men Russels metod har helt säkert en bumerangverkan, som mycket snart kan få uttalade negativa effekter.

I hans multicenterstudie hade 28 GP's utan hänsyn till patientens besvär gått ut och uppmanat alla rökare att sluta röka. Den patient, som kommer

med en vrickad tumme eller ett rejält ryggskott vill inte mötas av något hurtfriskt: "Rökare!? - Aha! - Nu skall du sluta!"

Trovärdigheten försvinner och effekten på några års sikt av ett sådant beteende är närmast övertydlig. "Gå inte dit - där skyller man allt på rökningen."

Jag vill påstå följande:

1. Läkare och sköterska måste vara relevanta och trovärdiga, då de diskuterar tobaksrökning med sina patienter. Patientens besvär måste ha förbindelse med hans eller hennes rökning. Att aktivt angripa patientens rökning i denna situation är grundläggande, vilket påpekats av bla Lindqvist (3, 4, 6).

2. Det finns mängder av patienter från tonåren och uppåt, som aktivt kan stödjas med enkla åtgärdsprogram (6). Dessa patienter utgör cirka 20-30 per månad och distriktsläkare. Arbetsinsatsen i tid för dessa patienter varierar men ligger vanligen i storleksordningen "kostråd till diabetiker" eller "biverkningsbeskrivning för betablokare". Denna grupp patienter och detta sätt att arbeta bör vara mycket intressant att studera och söka vidga.

3. Resultatet på dessa patientgrupper ligger i en egen undersökning på 25 procent med ett års rökfrihet (5), omvandlat på Tumbaförhållande skulle det innebära med 8 läkare 400 rökare per år som slutar. Slutsatsen bör vara att rökavvänjningsbehandling skall integreras i allas verksamhet och gälla både läkare och sjuksköterskor.

4. Antalet patienter, som kommer enbart för enskild rökavvänjningsbehandling är mycket litet (remiss bör inte förekomma), troligen mindre än tio per år och läkare, även om verksamheten "annonserats". Särskild rökavvänjningsmottagning fyller därför ingen funktion mer än möjligen som "know how" - (not to do it?) resurs.

Den stora faran med särskild rökavvänjningsmottagning är att övriga läkare och sköterskor inte tar ansvar för sina egna patienter utan remitterar dessa vidare. Finns inte ett sådant ansvarstagande, som skall gälla alla, oberoende av specialitet, kommer vi att fortsätta stampa på samma fläck och ge medicinsk hjälp åt endast 0,5-1 procent av alla de som verkligen slutar. Dessa rökare skulle säkert också kunna sluta lättare och tidigare om de fått vårt stöd. Rökavvänjningsbehandling är inte en exklusiv sysselsättning

Intellektualisera allmänläkarutbildningen!

ULF MÅWE

Nyckelord: Debatt, allmänmedicin, utbildning, vidareutbildning, F o U-arbete.

Den nya allmänmedicinska utbildningen innebär en väsentlig utökning av avsnittet allmänmedicin från ett halvår till två år.

Författningen ger ramar som anger kvantitet, men inte kvalitet på utbildningen.

Styrningen av kvaliteten kan i någon mån ske genom de direktiv som ges i tjänstgöringsprogram. Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin har gjort ett sådant program för alla delar av specialistutbildningen i allmänmedicin.

Den utökade tjänstgöringen i allmänmedicin skall ske under kompetent handledning. Om detta är vi absolut eniga.

Min bestämda uppfattning är, att varje FV-läkare under sin utbildning i

för några få utan måste bli ett jobb för alla!

Referenser:

- Schwartz J.L. A critical Review and Evaluation of Smoking Control Methods. Public Health Reports 1969;84: 483-506.
- Bratic E, Ellis B.H. An approach to utilizing the physician to help smokers quit. Abstracts of the Fourth World Conference on Smoking and Health, Stockholm 1979.
- Lindqvist R, Bergmark Y, Olars A. Rökavvänjning inom primärvården, Vigör 4/982; 12-15.
- Lindqvist R. Rökavvänjning i praktiken. SFAM-nytt 1982;3: 177-180.
- Ovhed I. Effekten av olika rökavvänjningsmetoder. Läkartidningen 1980;77: 3406-08.
- Ovhed I. Läkaren och den rökande patienten. Spri-rapport 85/1981; 131-142.
- Eisinger R.A. Psychosocial predictors of smoking behaviour change. Soc Sci Med 1972;6: 136-144.
- Russel M.A.H, Wilson C, Taylor C, Bacer C.D. Effect of general practitioners advice against smoking. BMJ 1979;2: 231-35.

Författarpresentation:

*Ingvor Ovhed**, distriktsläkare
Lyckeby.

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Box 60, 370 20 Lyckeby, tel 0455-209 88, 245 05

allmänmedicin skall genomföra ett eget "forskningsprojekt".

Målsättningen är, att underläkaren skall öva sig i att kritiskt granska sin egen verksamhet. För att han/hon skall kunna genomföra sådant arbete krävs en organisatorisk ram. Lokalt behöver läkaren en handledare. Dessutom behövs en anknytning till en vetenskaplig institution, lämpligen den allmänmedicinska institutionen vid närmaste universitet.

Intellektuell nödvändighet

Jag föreslår, att FV-läkare får nedanstående uppdrag:

"För att erhålla specialistkompetens i allmänmedicin krävs att du skriftligen redovisar en undersökning/studie som du genomför under dina två år inom primärvården. Din handledare skall vara en allmänmedicinare. Uppläggningen av undersökningen skall innehålla arbetshypotes, undersökningsmetodik och planerad resultatredovisning och skall godkännas av din handledare (som har samarbete med den allmänmedicinska institutionen).

Det du undersöker skall vara något som du stött på i din praktiska verksamhet och är intresserad av att få bättre kunskaper om. Redovisningen förutsätts ske i skriftlig form, som du sedan får redogöra för vid ett seminarium, eventuellt samtidigt med flera projektredovisningar. Ditt arbete kommer också att bedömas av representant för den allmänmedicinska institutionen."

Jag anser, att ett forsknings-/utvecklingsarbete av denna modell under utbildningstiden är en intellektuell nödvändighet. På det här sättet kan forskningsintresset väckas och svensk primärvård behöver forskning och forskare.

För att få till stånd denna typ av "forskningsprojekt" måste en del krav ställas och SFAM är den organisation, som kan och bör ställa sådana krav. Dessa krav utgör ett komplement till den av myndigheterna fastställda tjänstgöringsramen.

Sådana krav kan vara:

- att "bör" tolkas som "skall" i satsen: "Under perioden bör FV-läkaren utföra ett utvecklings- eller forsknings-

arbete om möjligt i samråd med närmaste allmänmedicinska institution" (Sid 6 i tjänstgöringsprogrammet.)

- att bevakning utformas så, att dessa projektarbeten verkligen genomförs
- att projekten tas fram ur primärvårdens/allmänmedicinens verklighet
- att handledare och FV-läkare alltid har tillgång till institution/person som kan hjälpa till, så att arbetena blir av någorlunda klass
- att projektarbetena blir tillgängliga för allmänmedicin i hela landet (bidrag till primärvårdsutvecklingen i hela landet), exempelvis genom obligatorisk publicering i SFAM-nytt. En expertgrupp skall granska projekten och avge en avslutande kommentar eller bedömning. Lokalt bör projektarbeten redovisas inom landstingsområden eller större förvaltningar.

Referenser:

Specialistutbildning i allmänmedicin, tjänstgöringsprogram, utgivet av Socialstyrelsen, PM 12/82.

Författarpresentation:

*Ulf Måwe**, Distriktsläkare, Luleå

*Postadress: Mjölkkuddens vårdcentral, 951 57 Luleå, tel 0920-692 00.

430520

Registrering bör innefatta alla diagnoser

Helhetsbilden och en strävan mot förebyggande åtgärder är och bör vara ett kännetecken för allmänmedicin. Detta till skillnad mot övriga – organinriktade specialiteter.

För att på bästa sätt kunna spegla bredden i distriktsläkarnas patientkontakter har vi i Dalby sedan 1977 ett diagnosregistreringssystem, som tillåter ett obegränsat antal diagnoser. I vår journalmanual finns angivet att alla diagnoser som vid besök kräver behandling eller ställningstagande skall dikteras (och därmed registreras). Det är mot denna bakgrund beskrivningen av högkonsumenterna i SFAM-nytt nr 3/1982 skall ses. Uppgiften om sättet att registrera diagnoser hade fallit bort i artiklen, vilket jag beklagar.

Tyvärr är det så att på de vårdcentraler diagnosregistrering förekommer långt ifrån alla utnyttjar möjligheten att registrera den totala sjukdomsbilden. Det uppges ibland bero på registreringstekniska eller analysmässiga svårigheter. De problem som finns måste man dock försöka övervinna. I Dalby kommer vi att hålla fast vid principen att alla aktuella diagnoser skall kunna registreras. Det vore önskvärt att vi fick enhetlighet i landet på den här punkten, så att olika studier blev jämförbara.

Sen måste vi komma ihåg att diagnosen som medel långt ifrån är perfekt för att beskriva innehållet i vården. Diagnosen ger intryck av att vara en objektiv sjukdomsbestämning, vilket den långt ifrån alltid är. Härigenom påverkas naturligtvis tillförlitligheten i studier, som grundar sig på diagnoser. Detta är ett problem, som ständigt är aktuellt för diskussion och som jag inte skall ta upp utrymme med här. Jag vill bara understryka att alla de svagheter, som finns i själva diagnossystemet, återfinns även i resultaten. Därför måste vi också tolka diagnosammanställningar försiktigt.

Då det gäller själva ansatsen i studien framgår det av artikelns inledning att avsikten inte var att ge en medicinsk utan en *metodologisk* beskrivning. Den använda metoden skiljer sig från metoder som tidigare utnyttjats bla vad avser sättet att definiera en högkonsument. Sen finns det naturligtvis en lång rad medicinskt intressanta frågeställningar, vilka får komma in i ett andra steg.

Slutligen vill jag nämna att alla detaljer om diagnosregistreringen och om studien av högkonsumenter ingår i boken "Ejlertsson, G. Produktion och

4305819

Högkonsumenter av sjukvård

I SFAM-nytt nr 3/1982 sid 104–106 redovisas från Dalby "studier av hög sjukvårdskonsumtion vid vårdcentral". Icke helt oväntat framkom att ett mindre antal patienter stod för en stor andel av besöken vid vårdcentralen. Närhet till vårdcentral höjer också besöksfrekvensen.

Författaren Göran Ejlertsson anger att journalskrivningen sker genom skrivmaskiner direkt anslutna till minidator och fortsätter: "Integreringen mellan journalskrivning och dataregistrering gör att kvaliteten på det registrerade materialet blir hög". Så enkelt är det väl inte? Datauppgifter är precis så bra och användbara som de programmeras att bli. Vad det gäller studien ifråga så efterlyser man, eftersom den ju kommer från en forskningspräglad vårdcentral, en mer exakt beskrivning av hur *diagnosredovisningen* tillgätt. Med andra ord: Har man satt en huvuddiagnos per patient och besök eller har samtliga relevanta diagnoser redovisats för tex en äldre kvinnlig diabetiker med övervikt, cardioscleros, hypertoni, kärlkramp, gonarthros och framfall? (Framför mig ligger i skrivande stund en journal, där jag med problemorienterat skrivsätt åsatt en patient vid ett besök dessa rubriker.)

En starkare och relativt intressantare ansats hade enligt min mening varit att redovisa hur väl man omhändertagit och ägnat sig åt samtliga delproblem i sammansatta arbetssätt baserat på helhetssynen. Det är oerhört lätt att tappa viktiga informationsbitar hos patienter med många problem som söker för skilda problem vid olika tillfällen.

En adekvat journalskrivning är allmänläkarens arbetsinstrument. I rubrikform bör och skall samtliga relevanta problem eller diagnoser redovisas regelmässigt, (utom möjligen vid öronspolningar och dylikt). I de följande anamnestiska upplysningarna bör inget av problemområdena lämnas onämnda.

Exempel ur verkligheten:

Journalanteckningar från en man född 1918 på kontrollbesök vid ett tillfälle 1981:

konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund: Studentlitteratur, 1981", vilken jag gärna vill översända till Sigmund Löfstedt.

Göran Ejlertsson
Vårdcentralen i Dalby
240 10 Dalby

"Årskontroll diabetes. Mår relativt hyggligt frånsett en del värk. Tar Doleron cirka 1 tabl dagligen. Klarar att arbeta. Sista tiden täta trängningar med nykturi x2 och ibland stora miktionssvårigheter dagtid.

Status Se årsprotokoll.

Bedömn Välreglerad dietbehandlad diabetes mellitus. Prostata hyperplasi.

Åtgärd Fortsätter med diabetesdiet. Recept Doleron No C, iter ter. Sockerkontroll hos diabetessköterska 6 mån och till mej om ett år. Remiss urologkliniken."

Vid den påföljande årskontrollen gjordes en genomgång av ett tiosidigt mottagningsmaterial. Med problemorienterat arbetssätt angavs följande problemområden i rubrikform:

Diabetes mellitus

Obesitas

Prostatahyperplasi

Hiluslymfom

Renal expansivitet

Cor-incomp

Suprascapularstendinit

Hypostatiska eksem

Varje problem enligt ovan bör bli föremål för en riktad anamnestagning, ställningstagande till fortsatta utredningar och terapiåtgärder samt uppföljning. Sjukhusklinikerna arbetar oftast med patienter med ett eller möjligt ett par problem. De dokumenterar sällan något intresse för patienten som helhet och svär sig fria från ansvar för problem utom den egna intressesfären. Man behöver ingen livlig fantasi för att föreställa sig vilken kunskapsbredd som en allmänmedicinare måste besitta för att fungera bra.

Att vid varje besök verkligen dokumentera att hela patienten tagits omhand och att inte något problemområde förbisets utgör den stora och helt avgörande skillnaden mellan allmänmedicin och övriga specialiteters arbetssätt. Redovisningen av primära kontakthanledningar har mot den bakgrunden ett tämligen begränsat värde. Kommentar från Dalby emotses med intresse.

Sigmund J Löfstedt

Distriktsläkare/

Diplomate American Board of Family Practice

FOTNOT: Titeln Diplomate of the American Board of Family Practice anger att vederbörande har genomgått specialistutbildning och godkänts i skriftliga slutprov för amerikanska motsvarigheten till allmän medicin.

1305821
Några frågor kring primärvårdens stamkunder – en önskan om debatt

Under rubriken "Studier av hög sjukvårdskonsumtion vid vårdcentral" skriver Göran Ejlertsson i SFAM-nytt 3/82:

"Flera av högkonsumenternas sjukdomar är sådana som med fördel tas om hand av sjuksköterskor vid specialmottagningar. Detta gör också att läkarnas ordinarie mottagningar avlastas en stor del av dessa tunga sjukdomsfall, som ofta är av kronisk natur" och på ett annat ställe:

"En sammanställning över de vanligaste diagnosgrupperna (tabell IV) visar, att de dominerande diagnoserna bland högkonsumenterna var sådana som det fanns specialmottagningar för."

Självklart skall primärvårdens stamkunder dvs de kroniskt sjuka ha maximal såväl kvalitativ som kvantitativ service. Speciella resurser till denna patientgrupp är ett måste framför allt och om möjligt i primärvården.

Vilka dessa speciella resurser skall vara tycker jag är en mycket viktig fråga att få diskutera. Är verkligen en separat speciell sköterskemottagning det som ger bäst resultat/service?

Leder inte en speciell sköterskemottagning till en ökad medicinsk service – ökad vårdkonsumtion? Leder en speciell sköterskemottagning till en ökad egenvårdskapacitet och därigenom minskad vårdefterfrågan? Ska svensk primärvård satsa på specialsköterskemottagning för kroniskt sjuka? Vårdlag utvecklas för närvarande över hela landet. Hur oförenligt är speciella sköterskemottagningar för kroniskt sjuka och vårdlag?

Eller på annat sätt – ska inriktningen vara sjukdomsorienterad eller befolkningsorienterad personalorganisation på våra vårdcentraler. Eller både och???

ULF MÅWE*
 Distriktsläkare
 Luleå

Postadress: Läkarmottagningen, Vårdcentralen, Mjölkuddsvägen 75, 951 57 Luleå.

1305822
Specialmottagningar bra i vissa fall

Som framgår av mitt svar på Sigmund Löfstedts inlägg var det primära syftet med artikeln om hög sjukvårdskonsumtion att ge en metodologisk beskrivning. Avsikten var däremot inte att ta ställning till olika organisatoriska lösningar, om det inte av studieresultaten gick att påvisa effekter i ena eller andra riktningen. Studien var emellertid inte upplagd med den målsättningen. Det hindrar dock inte att resultaten kan tas till utgångspunkt för en diskussion om olika organisatoriska lösningar.

Den form, i vilken specialister förekommit vid vårdcentralen i Dalby, är som konsulter. Härigenom har specialisterna behållit sin förankring vid sjukhuset och den ständiga kontakten med kollegerna inom specialiteten, medan allmänläkaren har fått en ständig vidareutbildning. För patienten har det inneburit en bättre möjlighet till hyfsad patient/läkarkontinuitet. Inom några områden har däremot specialmottagningar provats. Även om allmänläkaren i princip skall ta hand om alla typer av patienter och problem, finns det områden inom vilka vissa avsteg har ansetts vara motiverade.

Specialmottagningar för patienter med reumatiska sjukdomar, som från början drevs som ett försöksprojekt i forskningsavdelningens regi, består av sjukgymnast, arbetsterapeut samt reumatikonsult ett par timmar per vecka. Mottagningen "konkurrerar" knappast med allmänläkarens verksamhet, utan skall snarare ses som ett komplement på samma sätt som den vanliga sjukgymnastiken eller tex. distriktsköterskans mottagning. Genom dels sjukgymnastisk behandling och träning och dels hem- respektive arbetsplatsbesök har vården av reumatikerna kunnat bedrivas effektivt nära hemmiljön. Många patienter har därmed besparats resor för vård och träning vid lasarettet. Erfarenheterna av mottagningen var så positiva, att den övertog av landstinget som en integrerad del i den ordinarie sjukgymnastikverksamheten.

Specialmottagningen för patienter med högt blodtryck håller för närvarande på att utvärderas, varför jag inte vill kommentera den närmare nu.

Diabetesmottagningen förestås av en sjuksköterska. Endast ett kontrollbesök per år görs hos distriktsläkaren. Vi vet att den här vårdformen är mycket uppskattad bland patienterna.

Sjuksköterskan har med åren blivit den verkliga specialisten på diabetes. Detta är ett exempel på hur man har lyckats integrera specialkunskaper och omvårdnadsaspekter. Den bästa kontinuiteten finns för den här patientgruppen. Det är lättare att komma till hos "syster" än att få tid hos sin läkare – antingen det är på vårdcentralen eller medicinkliniken. Samtidigt är det troligt att "egenvårdsnivån" höjs genom den tid som kan ges för ökad utbildning av patienterna.

I en studie på Dalby-pöpopulationen (Spri rapport 12/76) bedömdes att tre fjärdedelar av diabetespatienterna vid Lunds lasarett skulle kunna ha tagits om hand i primärvården, varav de flesta av en diabetesjuksköterska. Det finns härigenom betydande överföringsmöjligheter mellan lasarett och primärvård, vilket är av betydelse inte minst ekonomiskt. Organisationsformen i primärvården med specialmottagning inom diabetes har för patienterna inneburit hög tillgänglighet och kontinuitet samt – skulle jag vilja påstå – även kvalitet.

I höst öppnade en ny vårdcentral i S Sandby (7 000 invånare), som tillhör Dalby primärvårdsdistrikt. Där arbetar man enligt vårdlagsprincipen. Så snart resurserna på distriktsköterskesidan är tillräckliga, är meningen att diabetespatienterna från S Sandbyområdet successivt skall föras över från specialmottagningen till vårdlaget med kontroller hos distriktsköterskan. Såsom en del i ett större forskningsprojekt har vi för avsikt att göra studier av vårdlagsprincipen, vilket skall möjliggöras av en betydande utveckling av vårt nuvarande dataregistreringssystem. Det kommer då förhoppningsvis att finnas utmärkt material att ha som bas för en bredare diskussion av Ulf Måves frågor.

Göran Ejlertsson
 Vårdcentralen i Dalby
 240 10 Dalby

Rätten till författarskap av vetenskapliga arbeten – orsak till interkolligiala konflikter?

Rätten till författarskap är praktiskt svårt att definiera. Läkarförbundets etiska råd, har givit ett förslag till riktlinjer för vilka insatser som bör kvalificera till författarskap, omnämnas i "acknowledgements" eller fotnot, eller inte omnämnas överhuvudtaget.

Förslaget presenteras i artikeln som, är den fjärde i serien att skriva och publicera vetenskapliga artiklar (1-3).

Nyckelord: Forskningspresentation.

Avsikten med att publicera medicinska vetenskapliga arbeten är att redovisa nya data, som kan ha direkt klinisk betydelse eller kan inspirera till diskussion och ge upphov till vidare undersökningar. En inte oväsentlig uppgift är dessutom att dokumentera vetenskaplig skicklighet hos författarna.

Stefan Rössner har tidigare i Läkartidningen (4, 5) diskuterat frågan om hur meritvärdet av vetenskapliga arbeten skall bedömas och vilka faktorer som kan påverka detta. I Gunvor Svartz-Malmbergs och Ragnar Goldemans bok (6) om instruktioner och riktlinjer för nordiska biomedicinska manuskript berörs frågan om författarskap enbart i en enda mening med ett konstaterande av att mycket få generella riktlinjer kan ges. Inte desto mindre ligger vetenskapliga arbeten från olika institutioner med olika regler om författarskap och nummerordning på författarlistan ofta till grund för bedömning av en läkares kompetens för en tjänst eller utnämning. O'Connor och Woodford (7) och Day (8) har skrivit böcker om riktlinjer för hur man skall skriva och publicera vetenskapliga arbeten i England respektive USA. De har närmat sig författarfrågan något mera distinkt och den generella konklusionen är att listan på författare skall inkludera dem, som ak-



Från Laerum (Den forunderlige vitenskapen)

tivt har bidragit med teoretiskt och/eller experimentellt arbete av vikt för ny vetenskaplig information. Det svåra är att definiera vad detta innebär rent praktiskt och det är sannolikt beroende på olika synsätt i dessa avseenden som konflikter uppstår. I Sverige finns inte några enhetliga riktlinjer om hur författarfrågor bör lösas.

Läkarförbundets etiska råd

Den fråga som diskuterats i läkarförbundets etiska råd är om den enskilda insatsen bör kvalificera till författarskap, omnämnas i "acknowledgements" eller fotnot, eller inte omnämnas överhuvudtaget.

1. *Idégivaren* engageras normalt ytterligare i undersökningen och bör således ges författarskap. Om han eller hon enbart kommer med idéer, ger sitt tillstånd att andra gör undersökningen och själv är helt bortkopplad, både när det rör planering, genomförande och utvärdering, kan initiativet omnämnas i introduktionen eller genom fotnot. (Det är naturligtvis omoraliskt att "knycka" idéer, men det är också viktigt att dessa blir förverkligade.)

2. *Anslag och laboratorieresurser* är nödvändiga för en undersökning men påverkar inte det vetenskapliga innehållet i arbetet och bör således endast omtalas under "acknowledgements".

3. *Val av metod* är viktigt för maximalt utbyte av undersökningen. Om metoden är ny eller modifierad för den aktuella undersökningen bör upphovsmannen ges författarskap.

4. *Uppläggningsen av undersökningen* och kontinuerlig uppföljning av forskningens gång är betydelsefullt och ger författarskap.

5. Ett *patientmaterial* kan vara nödvändigt för undersökningens genomförande. Befinner sig patienterna redan

på en avdelning eller kontrolleras på en mottagning och om undersökningen inte medför påtagligt merarbete eller kvalificerat ställningstagande av den ansvarige läkaren bör denne inte ingå som medförfattare men omtalas under "acknowledgements". Om ansvarig läkare däremot själv tar ställning i för undersökningen relevanta frågor kan han ingå som medförfattare.

6. Om *laboratorieundersökningar* används och dessa ingår i rutinverksamheten, kvalificerar de inte till författarskap. Om de däremot sättes upp separat och således kräver en extra insats av läkare eller laboratorietekniker/assistent bör förhållandet vara det motsatta. Om eventuella rutinprover medför en ansevärd merbelastning på laboratoriet kvalificerar detta till omnämnande under "acknowledgements".

7. *Sammanställning av data* som kräver eget "tankearbete" kvalificerar till författarskap.

8. *Statistisk utvärdering*: Om denna ingår i rutinverksamheten för statistikern kvalificerar detta för eventuell fotnot eller omtal under "acknowledgements". Om statistikern däremot är med från början, deltar i uppläggningsen och gör mera komplicerade analyser, kvalificerar detta till författarskap.

9. *Manuskriptförfattande*. Konklusioner och värdering av de nya resultaten i relation till tidigare fynd är av stor betydelse för det vetenskapliga utbytet och kvalificerar till författarskap. Genomläsning och goda råd som inte bidragit till nya synpunkter och konklusioner kvalificerar eventuellt till omnämnande under "acknowledgements".

10. *Litteraturundersökning, utskrift av manus och språkgranskning* kvalificerar inte till omnämnande om detta ingår i vederbörandes normala arbetsuppgifter. Om speciella insatser gjorts bör detta anges under "acknowledgements".

11. *Institution-, klinik- eller avdelningsledarskap* kvalificerar inte till författarskap eller omnämnande om ingen insats gjorts i det aktuella presenterade arbetet.

Vissa av diskussionspunkterna kan betraktas som självklara men har inte desto mindre förtecknats för en systematisk värdering.

För att undvika konflikter i samband med publicering bör författarskapet diskuteras under försöksuppläggningsen. Det är väsentligt att alla intresserade är närvarande. Om någon gör en mindre eller större insats än den som planerats bör författarlistan revideras med godkännande av alla inblandade. Ingen får uppföras som medförfattare utan eget samtycke. Personer berättigade till författarskap får inte glömmas bort, men författarskap får heller inte ges enbart "för husfridens skull".

Litteraturreferenser:

1. Haglund B: Vad är en vetenskaplig artikel? SFAM-nytt 1982;3:84.
2. Haglund B: Den vetenskapliga artikelens innehåll. Något om hur man skriver introduktionen samt material- och metodavsnitt. SFAM-nytt 1982;3:115.
3. Haglund B: Hur skall resultat och diskussion presenteras? SFAM-nytt 1982;4/5:184-185.
4. Rössner S: Varför blir just Aabel professor? Läkartidningen 1978;75:2198.
5. Rössner S: Vem är författaren? Läkartidningen 1979; 76:4467-4468.
6. Svartz-Malmberg G, Goldemann R (Ed): *Nordic Biomedical Manuscripts Instructions & Guidelines*. Universitetsforlaget, Oslo 1978.
7. O'Connor M, Woodfoord E.P. (Ed): *Writing Scientific Papers in English* Pitman Medical Publishing Co Ltd PO Box 7, Tunbridge Wells, Kent TN1 1XH England, 1979.
8. Day R.A. (Ed): *How to Write and Publish a Scientific Paper*. ISI Press TH 325 Chestnut St., Pennsylvania 19106, USA, 1979.

Offensivt hälsoarbete

Spri-rapport 84.

Redaktion: Bo Haglund, Sven-Olof Isaksson (pris 40 kr).

Nyckelord: Kommundiagnos, Epidemiologi, Skaraborg, recension.

I jordbrukssamhället dominerade infektionssjukdomarna sjukdomspanoramata och som dödsorsak. Det industrialiserade samhällets framväxt och utveckling har genomgripande ändrat denna bild. Idag utgörs ohälsan till största delen av de kroniska sjukdomarna. Sjukvårdens roll i den här förändringen skall ej överskattas, infektionernas utbredning hade redan kraftigt minskat innan effektiva botemedel fanns tillgängliga i sjukvården. Vidare har det blivit uppenbart, att dagens sjukvård, sin digra budget till trots, endast i mindre omfattning kan påverka befolkningens hälsotillstånd. Mot människornas livsmiljö och levnadsvanor fäktar sjukvården med trubbiga vapen. Det är därför följdriktigt att man på den politiska nivån försöker finna nya vägar att angripa de tunga hälsoproblemen. Stort hopp sätts till primärvården, att den skall omsätta ett hälsopolitiskt synsätt i sin verksamhet. Men det kan vara svårt för politiker att väcka entusiasm för ett sådant synsätt hos primärvårdens personal som för det mesta har fullt upp med att klara befolkningens mera kortsiktiga förväntningar. Det hälsopolitiska synsättet måste omformuleras till begripliga arbetsuppgifter och ledsagas av nödvändig förstärkning i kunskap och organisation, för att de skall få fäste i primärvården. Ett landsting som tidigt förstod detta var Skaraborg. 1973 inrättades en hälsovårdsenhet med uppgift att samordna och utveckla hälsoarbetet inom landstingsområdet. Enhetens tillkomst var en direkt följd av den hälsoplan som landstinget tagit två år tidigare. Hälsovårdsenhetens arbetsuppgifter är bla följande:

Att samla in och bearbeta statistik.

Att kartlägga befolkningens hälsotillstånd och analysera samband mellan miljö och hälsa.

Att utarbeta informationsmaterial.

Att utbilda olika målgrupper.

Att delta i lokalt vårdprogramarbete.

Att utvärdera det förebyggande arbetet.

Grunden för arbetet är den epidemiologiska inriktningen och att etablera en strategisk position mellan den praktiska sjukvården och befolkningens-politikerna för att både kunna in-

hämta och sprida kunskaper. På hälsovårdsenheten har utvecklats en intensiv och mångsidig aktivitet. De olika projekt som genomförts bildar tillsammans en pionjärinsats i den svenska hälso- och sjukvården, men när man nu i en skrift med titeln "Offensivt hälsoarbete" försöker ge en teoretisk och ideologisk grund för hälsovårdsenhetens arbete, blir resultatet mera tveksamt.

Tre ansatser

Boken rymmer tre ansatser. Den första är att göra primärvårdsideologiskt diskussionsinlägg utifrån ett historiskt och förebyggande perspektiv.

Den andra ansatsen är att presentera den "kommundiagnostiska processen".

Den tredje är att presentera hälsoundersökningen Hälsoprofil Skaraborg 1977 (HPS 77) och hur den kan användas i kommundiagnosen. Redaktörernas förhoppning, att ansatserna tillsammans skall utgöra en helhet, infrias ej. Olika textavsnitt verkar ha olika adresser, vilket ger ett splittrat intryck. De inledande kapitlen innehåller ideologiska resonemang och angivelser av teoretiska förutsättningar, men i stället för att utveckla tankegångarna i samband med redovisningen av materialet från HPS 77, hoppas författarna på vad "fördjupade analyser" kan komma att ge och talar om att "utvecklingsarbete pågår".

Därmed glider man snabbt förbi den mest intressanta frågan, nämligen hur det hälsopolitiska arbetet verkligen kan komma att förbättra befolkningens hälsotillstånd.

Materialet från HPS 77 är i sig ganska stumt. Undantag är hypertoni-studien, som visar att redan med gränsen för hypertoni satt vid 160/95 för individer under 40 år, en mycket stor del av befolkningen hamnar i ett hypertoni-program som behandlade eller som kontrollfall. Problemet är av den storleksordningen, att de inte kan ses som en begränsad medicinsk angelägenhet, i synnerhet om hypertoni-gränsen på grundval av statistiska samband skall sänkas ytterligare. Vad ställer vi egentligen till med, när upp emot halva vuxna befolkningen placeras i roll som hypertoni-patienter? Vad försummar vi, när vi med blodtrycksmanschetten i högsta hugg ropar "Var så god nästa!"?

I övrigt rör de analyser som görs i anslutning till HPS 77 endast validering- och signifikansproblem och inte hur ett sådant här statistikmaterial skall ge riktning och kraft åt ett förebyggande arbete i primärvården. De två exempel på kommundiagnos som ges i Bo Haglunds sammanfattning gör en snarare tveksam till, om detta är någonting man själv vill sätta igång. Bety-

delse kan kanske kommundiagnosen få i ett långtidsperspektiv med många kommuner jämförda, då påtagliga avvikelser från genomsnittet kan uppmärksammas och analyseras, men det verkar motiverat att skruva ned förväntningarna på statistikens möjligheter att revolutionera sjukvården. Detta innebär inte, att vi får åsidosätta den redan tillgängliga epidemiologiska kunskapen om hälsoproblemets utbredning och fördelning på åldrar och socioekonomiska grupper tillsammans med demografiska data och kunskaper om sociala förhållanden inom upptagningsområdet. Dessa kunskaper är den självklara grunden i varje vårdcentrals arbete och styr verksamhetens inriktning och fördelning på olika områden.

Kommundiagnosen

Kommundiagnosen innehåller en samhällsprofil och en hälsoprofil som ställs mot varandra som utgångspunkt för analys, som ger möjlighet att aktivt ingripa i miljön för att förbättra hälsoläget. Författarna anser, att allt i människans sociala liv som över huvud taget kan tänkas påverka hälsan skall ingå i samhällsprofilen. Detta kan emellertid bara sluta i den förvirrade sanning som säger, att allt påverkar allt. För att inte allmänläkarna skall tyna bort vid sina korstabuleringsdiagram, måste någon form av hierarki upprättas; vissa sociala förhållanden väger tyngre än andra och här måste beprövade antaganden, om vilka dessa förhållanden är, ligga till grund. En finfördelad samhällsprofil av de slag som föreslås av författarna kräver också orsaksbestämningar inom sig själv. Många sociala förhållanden är mer en följd av andra sociala förhållanden än självständiga faktorer i förhållande till hälsan.

Hälsa

Hälsoprofilen säller genast frågan om, vad hälsa egentligen är. Gösta Tibblin föreslår i nr 5 av publikationen "Nytt från Sollentuna" att upplevelsen – att inte må bra – skall skiljas från sjukdom i biologiskt-medicinska mening. man kan må bra, men ha högt blodtryck, men må dåligt fastän alla doktorer hävdar att man är frisk. Detta är ett fruktbart angreppssätt. Orsaken till att man mår dåligt, när man är frisk, sökes lämpligen utanför den medicinska referensramen, även om det är mycket viktigt att sjukvårdens personal skaffar sig kunskaper om den "friska ohälsans" framträdelseformer och orsaker för att kunna ta problemen på allvar utan att medikalisera. Författarna till "Offensivt hälsoarbete" är inne på en annan väg. Man säger bl.a: "Hälsoproblemen liknar alltmer den sociala problematiken ju längre bort från obduktionssalarna vi kommer". I stället för att studera samband mellan sociala förhållanden och hälsa och ohälsa är man nu snubblande nära att lägga allt i samma pott. Arbetslöshet blir ohälsa.

Detta kan förstås sägas, men ohälsa i denna mycket allmänna mening riskerar att bli ett oanvändbart begrepp.

Vidare: Vi vet att många människor i varje vårdcentrals upptagningsområde röker, överkonsumerar alkohol och att hälsoproblem kopplade till kraftig övervikt finns. Utifrån åldersfördelningen vet vi ungefär hur många som har diabetes och som har hypertoni. Vi vet att människor som är socialt utsatta ofta uttrycker detta i efterfrågan på sjukvård och att många barn i dag far illa och inte får den känslomässiga näring de behöver. Vi träffar dessa människor dagligen och behöver inte gå omvägen över statistiken för att handla. Däremot behöver vi utveckla vår kunskap och göra vår organisation känsligare och bättre socialt förankrad så att vi ser det vi behöver se. Detta ger oss i nästa steg möjlighet att också säga det som behöver sägas både till de människor som besöker oss som patienter och till dem vi samarbetar med inom socialtjänsten, på försäkringskassan och på arbetsförmedlingen samt till politikerna. Den kommundiagnostiska processen slutar i en åtgärdsfas som mycket handlar om att påverka enskilda människors levnads-sätt. Kampanjer av detta slag har begränsad genomslagskraft, bla därför att de i tiden konkurrerar med de levnadsvanor de försöker bryta. Till vårdcentralen kommer inom loppet av några år de allra flesta av upptagningsområdets invånare, dessutom ofta i situationer när sambandet mellan hur de mår och deras livssituation-mönster är uppenbara eller inom räckhåll. Här finns ett stort spelrum och en stor träffyta för det offensiva hälsoarbetet. Detta har inte författarna till "Offensivt hälsoarbete" fått med i sin redogörelse.

Samhällsmedicin

Stor vikt läggs i boken vid definitionen av begreppet samhällsmedicin, som enligt författarna är "det kunskapsområde som hanterar sambandet mellan

den totala miljön och populationens hälsotillstånd". Vidare: "Här finner man den rationella medicinska grunden för åtgärder i miljön i hälsobevarende och hälsobefrämjande syfte". Samhällsmedicinen spänner över vida kunskapsfält vilket också framhålls: "Samhällsmedicin omfattar kunskap från vetenskapliga kunskapsområden som allmänmedicin, arbets- eller yrkesmedicin, omgivningshygien och socialmedicin. Här inryms också samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga discipliner". Men vad den omtalade rationella medicinska grunden egentligen är ger boken aldrig svaret på. Mer begripligt blir det inte för att antalet ingående kunskapsområden är stort. Om samhällsmedicinen är mer än summan av alla sina beståndsdelar, var finner vi dess enhetliga teori, som avgränsar den mot andra vetenskapliga områden? Definitionen underförstått, att samhällsmedicinen är en metateori, som är generellt tillämplig på de uppräknade kunskapsområdena, men förhållandet mellan samhällsmedicinen och underdisciplinerna blir aldrig föremål för analys. När är ett bullerplank samhällsmedicinskt och när är det omgivningshygieniskt? När är ventilationen i en gruva samhällsmedicinsk och när är den arbetsmedicinsk? Det måste också påpekas, att ämnesområden som allmänmedicin och socialmedicin inte heller har självklara teoretiska definitioner, vilket gör att påståendet, att man inom samhällsmedicinen finner den rationella grunden för preventiva insatser, saknar egentlig grund. Använd gärna begreppet samhällsmedicin i organisatorisk och praktisk mening, som när på hälsovårdsheten de olika kunskapsområdena sätts i en fruktbar samverkan, men introducera inte nya vetenskaper rubrikvägen!

Carl-Edvard Rudebeck

Distriktsläkare, Mariehems vårdcentral
Morkullevägen 9, 90237 UMEÅ

Prislista för särtryck ur SFAM-nytt 1982-1983

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	1.490:-	100:-
8 sidor	850:-	80:-
4 sidor	575:-	55:-
2 sidor	410:-	50:-

Tillkommer för särskilt omslag med tryck på fram- och baksida 590:- 80:-

Priserna är exkl. nysättning och originalarbete.

Mervärdeskatt tillkommer.

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.
Svensk Förening för Allmän Medicin.*

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1.000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger ALLMÄNMEDICIN – en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor, aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr.läk.föreningens informationsblad efter höstmötet 1980 i Malmö:

”Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM.” – *B. Gran, styrelseledamot DLF.*

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att viddala sina kolleger. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten, t.ex. lokala ”fackmöten” för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller automatiskt tidskriften ALLMÄNMEDICIN.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

vill spegla forskning, utvecklingsarbete och utbildningserfarenheter inom primärvård runt om i Sverige men även internationellt

ALLMÄN MEDICIN

borde därför finnas på varje vårdcentral, läkarmottagning och distrikts-sköterskemottagning.

ALLMÄN MEDICIN

kostar 100 kronor för år 1983. Avgiften insättes på postgiro 37 54 40-5
Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).