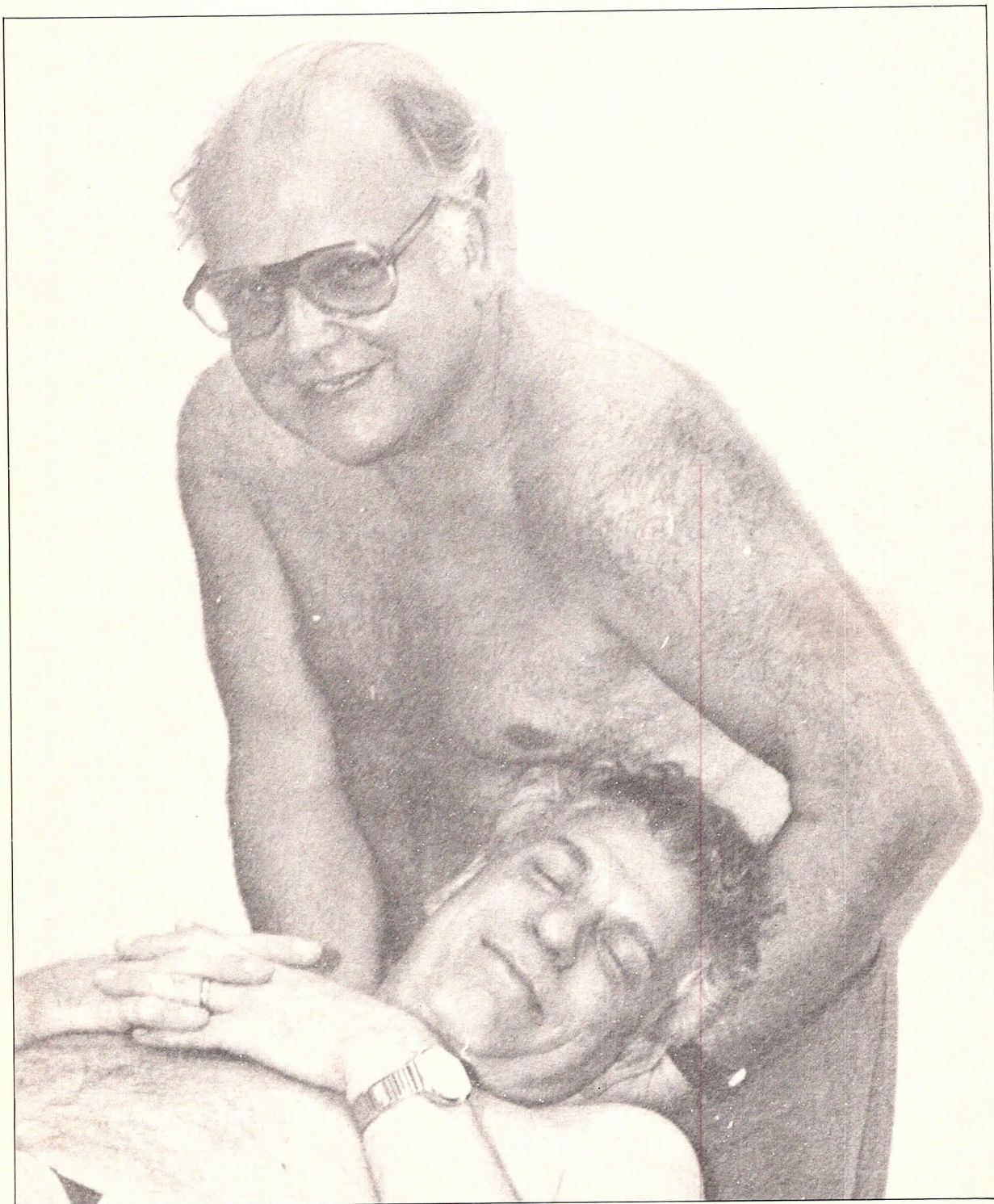


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Ortopedisk
medicin

2
1983

Behov i
primärvården

SUPPOSITORIER HAR EN SPETSIG OCH EN PLATT ÄNDE

Naprosyn® (naproxen) suppositorier förs in med den spetsiga änden först, vilket underlättar införandet.

Den andra änden är platt, vilket gör den lättare att handskas med.



Astra-Syntex Scandinavia AB
Box 9078, 151 09 Södertälje

Ledare:	
Ortopedisk medicin i primärvården	52
Föreningsnytt:	
Rapport från SFAM:s årsmöte den 3 december 1982.	
SFAM:s styrelse 1983	53
Kurser och konferenser:	
SFAM:s höstmöte 1983.	
Workshop kring Balint-gruppens arbetsformer	53
Kongressrapport – psykosomatsik forskning. <i>Ylva och Göran Tomson.</i>	54
Ortopedisk medicin i primärvården:	
Den ortopediska medicinens historia. <i>Harald Brodin.</i>	56
Degenerativa axelledssjukdomar i primärvården. <i>Lars Erik Adolfsson</i>	59
Distriktssjukgymnasternas arbete i vårdlaget. <i>Renée Berglund.</i>	60
Nyttan av ortopedisk medicin inom företagshälsovården. <i>Bertil Hemborg</i>	62
Buktryck vid lyft. <i>Bertil Hemborg.</i>	63
Svensk förening för ortopedisk medicin – en presentation.	64
Kan töjning av ileopsoasmuskeln med en ny metod påverka lumbala smärttillstånd? <i>Jern Hamberg.</i>	65
Ortopedisk medicin i läkarnas grundutbildning. <i>Bengt Nordgren</i>	71
Erfarenheter från fortbildningskurser i ortopedisk medicin för allmänläkare. <i>Tommy Jäverfalk</i>	72
NLV-kursen i Alfta <i>Leif Måwe</i>	73
Utbildning i ortopedisk medicin för allmänläkare. <i>Jern Hamberg</i>	74
Något om SFOM:s kursverksamhet. <i>Björn Insulander.</i>	77
Alfta kurhem – ett föredöme för efterutbildning i ortopedisk medicin. <i>Bo Haglund.</i>	78
Problem och strategi inför 1990-talet. <i>Ulf Måwe.</i>	80
Prevention:	
Prevention av hjärt-kärlsjukdomar svårbedömt – motsägelsefullt. <i>Anders Överby.</i>	81
Joursystem i primärvård:	
Läkare dygnet runt i Habo. <i>Annika Johansson.</i>	84
Recensioner:	
<i>Harald Brodin:</i> Rörelseorganens funktionsstörningar (Kjell Hultsten)	
<i>Elsa Bolin, Christina Skogsberg:</i> Patient (Kjell Hultsten)	85

Ortopedisk medicin i primärvården

450584

Förenings
nytt

Prenumeranter 1983

Prishöjning!

1983 får ni betala 200 kronor för 4-6 nummer. Vi måste ta ut moms på prenumerationsavgifter, vilket medfört att vi höjer priset för prenumeranter. Du som redan betalat in 100 kronor för 1983 ombedes göra fyllnadsinbetalning på 100 kronor till postgiro 37 54 40-5. Ange *fyllnadsinbetalning* på talongen.

För medlemmar i SFAM ingår som tidigare tidskriften i medlemsavgiften.

ADRESSÄNDRING

Medlemmar i SFAM adressändring till:
SFAM, Box 5610, 114 86 Stockholm.
Prenumeranter adressändring till redaktionen: AllmänMedicin, Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, 172 83 Sundbyberg.

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 manusstoppdagar.

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

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

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 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. Mervärdesskatt tillkommer.

Vi vet att led- och muskelsjukdomar är ett kvantitativt stort problem inom primärvården. Det krävs dock mycket forskning och utvecklingsarbete för att få kunskap om vilka patientgrupper som har störst nytta av de kunskaper som tillförs från ortopedisk medicin.

En systematisk utbildning krävs för att snabbt höja kompetensen i ortopedisk medicin bland allmänläkare och sjukgymnaster. Den sk primärvårdsgruppen inom Socialstyrelsens sektorsprogram för rörelseorganens sjukdomar har arbetat sedan Hook-mötet 1979. Denna föreslår att en arbetsgrupp bildas i varje landstingsområde med uppgift att ansvara för utbildning och utvecklingsarbete i primärvården avseende rörelseorganens sjukdomar. Vidare föreslår primärvårdsgruppen att en av sex NLV-kurser för allmänläkare blir obligatorisk i ortopedisk medicin.

Om förslagen inte bara skall bli fromma önskningar krävs att utbildningscentra som t ex Alfta kurhem, utnyttjas i första hand för efterutbildning av ansvariga distriktsläkare och sjukgymnaster inom de olika landstingen, vilka i sin tur kan ansvara för NLV-kurser.

Inom primärvården finns redan erfarenheter hur kompetens snabbt byggs upp genom en effektivt organiserad utbildning. Modellen från handledarkurserna i allmän medicin som genomförts de sista åren är direkt tillämpbar.

Bo Haglund

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för Svensk Förening för Allmän Medicin (SFAM)

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:
AllmänMedicin, Karolinska institutet,
Institutionen för socialmedicin,
172 83 Sundbyberg, tel: 08/98 91 00
(Jane Östman).
ISSN 0349-4772

Annonser:
MJ Annonsförmedling
Ahlströmergatan 18, n b 11247 Stockholm,
tel. 08/51 21 13, 51 67 60

Prenumerationsavgift:
200 kr per år, för studerande 75 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmän Medicin).

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

Tryck: Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1983.

Rapport från SFAM:s årsmöte den 3 dec 1982

Följande styrelsemedlemmar omvaldes: Magnus Eriksson, Bo Haglund, Carl Edvard Rudebeck och Bengt Scherstén. Som ny ledamot av styrelsen valdes Gunilla Hegardt efter Per Tiselius.

Till fullmäktige i Svenska läkarsällskapet valdes Bengt Linder och Matts Beling, med Christer Gunnarsson och Göran Sjönell som suppleanter.

Valberedning för kommande år: Christer Gunnarsson, Bengt Johansson, Ingvar Krakau och Mats Finnson.

Mötet beslutade om ändrad lydelse av § 2 i föreningens stadgar:

Såsom Sveriges läkarförbunds specialistförening i allmänmedicin avger föreningen utlåtande i allmänmedicinska och fackliga frågor samt eljest i frågor som av läkarförbundet hänskjutes till föreningen.

Årsavgiften för 1983 fastställdes oförändrad till 150 kronor.

Avslutningsvis diskuterades medlemsantalet i SFAM. Man uppdrog åt styrelsen att ta i beaktande möjligheten att adjungera medlemmar av SFAM till styrelsesammanträde, varvid särskilt omnämnes Ulf Gästrin som representant för företagsläkare i föreningen.

Birgitta Hovelius
Sekreterare

SFAM:s styrelse 1983

Ordförande: Bengt Linder, Vårdcentralen, Bassjukhuset, 541 01 Skövde, 0500/105 00.

Vice ordförande: Matts Beling, Betaniasstiftelsens sjukhus, Grev Turegatan 59-61, 114 38 Stockholm, 08/24 09 00

Facklig och internationell sekreterare: Göran Sjönell, Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm, 08/34 02 40.

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

Vetenskaplig sekreterare: Birgitta Hovelius, Vårdcentralen, 240 10 Dalby, 046/2092 00.

Bo Haglund, Karolinska institutet, Institutionen för Socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg, 08/98 91 00.

Gunilla Hegardt, Haga vårdcentral, Box 14056, 700 14 Örebro, 019/105 220.

Carl Edvard Rudebeck, Marieholms vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 37 Umeå, 0920/888 10.

Bengt Scherstén, Vårdcentralen, 240 10 Dalby, 046/2092 00.

SFAM:s höstmöte 1983

SFAM:s vetenskapliga höstmöte förläggs den 29-30 september 1983 till Ystad saltsjöbad och arrangeras av Institutionen för Klinisk samhällsmedicin i Dalby.

Preliminärt program

Torsdagen den 29/9 kl 13.00-18.00

Gruppdiskussioner angående forskning och utbildning i allmänmedicin och samhällsmedicin med utgångspunkt från verksamhet i Malmöhus läns landsting.

Fredagen den 30/9 kl 8.30-16.30

Symposier och fria föredrag.

Symposier:

Primärvårdens hälsoansvar (Moderator: Bengt Scherstén)

Primärvårdens reumatologi (Moderator: Leopold Recht)

Kvalité i primärvården (Moderator: Mogens Hey)

Antibiotika - bruk och missbruk (Moderator: Birgitta Hovelius)

Deltagarna inbjuds att delta med fria föredrag (10 min jämte 10 min diskussion).

Abstrakt av symposier och fria föredrag publiceras vid mötet i offset.

Texten till abstrakt skrivs på maskin med enkelt radavstånd på högst 1 A4-sida och bör innehålla följande uppgifter:

1. Föredragets titel med stora bokstäver.
2. Författare med föredragshållarens namn först.
3. Föredragshållarens arbetsplats.
4. Inledning; material-metoder; resultat; diskussion-konklusion.

Ytterligare information angående program, resor, kostnader mm sänds till SFAM:s medlemmar under april 1983.

Anmälan till SFAM:s höstmöte samt abstrakt insänds senast den 1 juli 1983 till Birgitta Hovelius, Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

Organisationskommitté för SFAM:s höstmöte:

Mogens Hey, Stadshuset, Eslöv, Dalby, 0413/624 04

Birgitta Hovelius, Vårdcentralen, Dalby, 046/2092 00;

Lars Lindholm, Vårdcentralen, Dalby, 046/2092 00;

Anders Niklasson, Vårdcentralen, Bjärred, 046/29 21 30;

Bengt Scherstén, Vårdcentralen, Dalby, 046/2092 00;

Karin Svenninger, Vårdcentralen, Dalby 046/2092 00.

Workshop kring Balint-gruppens arbetsformer

Psykiatriska kliniken i Malmö anordnar tillsammans med Svenska föreningen för medicinsk psykologi en workshop kring Balint-gruppen i Malmö, 6-7 maj 1983.

Inbjudan vänder sig till de som aktivt deltar i Balint-grupper samt till dem som planerar att strata en Balint-grupp - som gruppdeltagare eller som gruppleadare.

Sista anmälningdag: 1983-03-08.

Närmare upplysningar: Dr H Charpentier, Malmö sjukvårdsförvaltning, 214 01 Malmö, 040/33 26 01; dr J Dock, Malmö sjukvårdsförvaltning, 214 01 Malmö, 040/33 26 01; distriktsläkare E Jaenson, Granen, Malmö sjukvårdsförvaltning, 214 01 Malmö, 040/33 54 20.

NÄSTA NUMMER AV ALLMÄN MEDICIN

Inför
kongressen
i Tammerfors
ges
bland annat
en översikt av

Primärvård och
Folkhälsoarbete
i Finland

Kongressrapport – psykosomatisk forskning

YLVA och GÖRAN TOMSON

Psykosomatiska besvär utgör en stor andel av det dagliga arbetet inom både primär och sekundär vård, vilket är väl bekant för alla. Mindre bekant kanske är att det vartannat år redovisas forskningsresultat inom området via "European Conference on Psychosomatic Research". Dessa möten initierades i England – det första hölls under mitten av femtiotalet och England tillsammans med Holland har varit de aktiva länderna, särskilt i inledningsskedet. Den senaste sammankomsten ägde rum i början av september 1982 i Leeuwenhorst utanför Amsterdam och var nummer fjorton i ordningen. Gången dessförinnan träffades man i Istanbul (referat i Psykolognytt 12/81).

Samtliga kontinenter utom Afrika var representerade. Sverige bidrog med fem personer mot Norges tjugofem.

Nyckelord: Forskning, psykosomatiska besvär.

Konferensens centrala tema var psykosomatisk medicin integrerat i livet, utbildningen och patient-läkarrelationen. Programmet var innehållsrikt och upplagt så att förmiddagarna ägnades åt gemensamma föredrag och symposier, som på eftermiddagarna följdes upp med mer detaljerade föredrag och diskussioner i mindre grupper. Då medicinska konferenser hittills karakteriserats av frånvaron av en av huvudintressenterna, nämligen patienten och patient-läkarrelation var ett huvudtema denna gång, avslutades tre av de sex konferensdagarna med "interac-

tional workshop". Här möttes läkare, psykologer, socialarbetare, sköterskor och 4–5 patienter i varje grupp om tio personer för att diskutera medicinska och emotionella aspekter på sjukdom samt patient-läkarrelationen. Tematan som togs upp var frågor som Vad bör läkare lära av sina patienter, vad bör läkare lära ut till sina patienter, vad förväntar sig patienten av sin läkare, vad gör patienten när läkaren ej svarar upp mot dessa förväntningar? Varje grupp hade en diskussionsledare och var fri att välja diskussionsämne förutom ovanstående. Av informella samtal framkom att man i flera grupper snabbt kom bort från uppdelningen hälsoarbetare-patient.

Andra grupper konstaterade omöjligheten av att man som hälsoarbetare kan möta samma behandling i sjukrollen som gemene man. En läkare vet/eller förväntas veta och blir därmed behandlad som om han visste mer om sin sjukdom än den icke medicinskt skolade patienten. De olika patientrepresentanterna framförde vitt skilda önskemål på hur en läkare bör vara mot sin patient. Önskemålen varierade från patient till patient. En del efterlyste säkra, auktoritära och kunniga läkare, medan andra snarare underströk vikten av att läkaren uppträdde så att de själva (patienten) blev delaktiga i utredning och behandling.

Teori

I sin bok "Clinical Research in Psychosomatic Medicine" har Groen, professor emeritus i medicin och psykiologisk forskning i Holland och en av initiativtagarna till dessa konferenser, poängterat allmänmedicinarens potentiella möjligheter när det gäller den stora gruppen patienter med psykosomatiska sjukdomar. Han understryker vikten av att låta patienten tala ut, det aktiva lyssnandets konst, kommunikationsproblemet, vikten av empati, den påtagliga svårighet många doktorer har när det gäller att visa vänlighet och värme samt vikten av att ingripa patientens nyckelperson/er i utredning och behandling av t ex ulcus, astma och enures. Vikten av teamarbete med sköterskor, socialarbetare, sjukgymnaster etc betonas.

Ett intressant avsnitt behandlade prevention av psykosomatiska åkom-

mor. Här konstaterades att orsaken är multifaktoriell; biologisk, psykologisk och social. Definitionen på en psykosomatisk åkomma enligt Groen är en sjukdom med huvudsakligen somatisk symtomatologi där psykogena faktorer spelar den viktigaste rollen för etiologi och patogenes. Psykosomatiska sjukdomar anses vara "man-made", en eller flera nyckelpersoner i den omedelbara närheten interagerar med individen på ett sådant sätt att frustering uppstår. Västvärldens kulturella mönster karakteriseras av allt mindre kroppskontakt i form av smekningar och beröring, när kommunikation sker sker den verbalt. Spädbarnen får allt mindre tid av de strängt upptagna föräldrarna, amningstiden är kortare än i andra kulturer. Risken med dessa brister påvisades i en djupt mänsklig och varm film av doktor Musaph, professor i psykiatri i Holland, där vikten av tidig kroppskontakt för spädbarn i all synnerhet men även för vuxna demonstrerades i kliniska situationer, normala mänskliga relationer, djurförsök, och intervjuer bla med en tidigare barnmisshandlare. Filmen verkade faktiskt i det närmaste skräddarsydd för den svenska föräldrautbildningen.

Filosofi och psykosomatisk medicin

Under en hel förmiddag diskuterades den filosofiska basen för psykosomatisk medicin av representanter från olika länder. Ett av de intressantaste föredragen gavs av en japansk grupp som talade om psykosomatisk medicin som en mötesplats för orientalisk och västerländsk filosofi. Den buddistiska religionens non-dualistiska betraktelsesätt av kropp-själ leder till att människan blir en varelse där kroppen existerar i harmoni med naturen. Naturen blir synonymt med själen då hela naturen anses besjälad. Den västerländska nota bene kristendomens dualistiska synsätt på kropp-själ kanske bottenar i en önskan att separera den odödliga själen från den dödliga kroppen.

Man diskuterade också vänster-högerhemisfär och hjärnfunktion med västerhemisfären handhavande analytiska, kalkylerande, logiska funktioner och högerhalvan mer intuitiva emotionella funktioner. Man utvidgade diskussionen genom att hävda att vänster hemisfär relaterar till egot:s funktioner

och till samhället som kräver logiskt analytiskt tänkande. Högerhemisfären däremot relaterar till kroppen och emotioner. Kroppen enligt orientaliskt synsätt är underförstått i kontakt med naturen, följaktligen relaterar högerhemisfären till både kropp och natur.

Av människan i det industrialiserade moderna samhället krävs logiskt och kalkylerande resonemang, ofta på bekostnad av kropp och natur. Detta kan exemplifieras med på ett plan ekologiska kriser, på ett annat det alexitymiska tillståndet – ett för psykosomatiska patienter karakteristiskt förhållningssätt som innebär svårigheter att uttryckas känslor. Ett orientaliskt sätt att närma sig en problemlösning blir att öka medvetenheten om betydelsen av närvaro i upplevelser snarare än att man mekaniskt söker justera individer till någon slags normalisering.

I ett annat mycket uppskattat föredrag diskuterade Weiner, professor i psykiatri, USA, begreppen health, illness, disease. Han började med att poängtera den förhärskande negativa uppdelningen av medicinen i dels en cellulär-molekylär och dels en psykologisk del. Flera negativa konsekvenser av detta redovisades, bl a redogjorde han för en studie som han menade visat att 36–50 procent av alla patienter i USA nu lider av iatrogena sjukdomar. Hälsobegreppet innebär, menade han vidare, att man kan ha en sjukdom men förblir vid hälsa ("healthy"). Sjukdomar uppstår i personer och icke i celler och har alltid en multifaktoriell etiologi. Exempel på lyckad egenvård gavs också liksom en betoning av vikten av helhetssyn för en god omvårdnad.

Undervisning

En annan stor del av programmet ägnades åt undervisning i psykosomatisk medicin och psykoterapi. D Paulley, psykiater, England, redogjorde för sina erfarenheter av ett mångårigt projekt med utbildning av allmänmedicinare i psykodynamiska principer. Här redovisades ett inlägg, tidigare publicerat i B.M.J. av en av medlemmarna i den första gruppen: "Jag utbildades på sjukhus av sjukhusdoktorer med deras refrensam, som allmänmedicinare konfronterades jag med mänskliga problem och i ett 'hemskt' sanningens ögonblick insåg jag att jag var totalt oförberedd och outrustad".

I sin diskussion poängterade Paulley att allmänmedicinaren måste vara självmotiverad med emotionell och intellektuell autonomi. Erfarenheter från grupparbetet med överföringar, motöverföringar mellan medlemmarna gav insikt och större möjligheter att använda sig av sig själv i arbetet samt att stimulera till vidare studier och undervisning.

Under samma rubrik redogjordes för flera olika erfarenheter av gruppundervisning av studenter och mediciner kandidater, där man betonade den stora nyttan med bl a videoutrustning i

undervisningen. J Paulley, invärtesmedicinare, England, berättade om sina utmärkta resultat av psykoterapi på patienter med svår ulcerös colit och morbus Chron, exemplifierat med patientsamtal både på videotape och i tryck. En gemensam nämnare för många av de sk autoimmuna sjukdomarna menade Paulley vara obearbetat förlängt sorgearbete.

Inom parentes deltog J.P. också i sommarens världskongress i gastroenterologi i Stockholm, inbjuden för att redogöra för sina terapeutiska samtal med patienter lidande av colon irritable.

Psykoterapi

Psykoterapi – definierat som systematiskt planerat mänskligt närmande till patienten baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet – är en viktig del av all terapi när nu den västerländska medicinen befinner sig i en förändringsprocess där patientens besvär alltmer relateras till psykologiska problem. Under konferensen återkom många föredragshållare till vikten av den egna personligheten i de mellanmänskliga kommunikationerna och att insikten och undervisningen inom detta område är dåligt tillgodosett. Intelligens och teknisk färdighet enbart är aldrig tillfyllest. Tid, takt, empati, emotionell stabilitet och intresse i medmänniskan är minst lika viktiga förutsättningar för en god behandling.

Även om tidigare relaterade föredrag och diskussioner intresserade undertecknad mest, redogjordes för mycket annat under rubriker som psykosomatiska aspekter på maligna, kirurgiska, lung- och kardiovaskulära sjukdomar samt sexuella dysfunktioner. Byrne, psykolog från Australien, hade studerat relationen mellan stressorsakande "life-events" och hjärtinfarkt. Han underströk att man hittills gjort föga för att studera huruvida personer omedvetet betar sig på ett sätt som ökar respektive minskar risken för dessa livshändelser. Han menade att typiskt för människor med typ A-beteende var att försätta sig i situationer ledande till att risken för dessa livshändelser ökar. I en omfattande enkät- och intervjuundersökning jämfördes patienter med hjärtinfarkt med en matchad kontrollgrupp, dock utan att man kunde påvisa någon skillnad i antal "life-events".

Däremot förelåg skillnader i nästa del av undersökningen där personerna fick värdera graden av obehag orsakat av upplevda "life-events" ett år före sjukhusvård. Under respektive intervju hade patienterna med hjärtinfarkt signifikant högre poäng än kontrollgruppen. Konklusionen blev att det tycks som om vissa individer är känsligare så att man tolkar "life-events" på ett mer smärtsamt sätt än andra och det är dessa personer som sedan utvecklar hjärtinfarkt.

Bland de övriga fria föredragen kan nämnas ett av en norsk sjukgymnast, Sundsvold, som har utvecklat en metod där man på ett enkelt sätt, bl a genom palpation kan få fram muskelspänningar avslöjande inre spänningar och psykologiska problem. Hon arbetar för närvarande på en handbok som säkert kan bli ett värdefullt hjälpmedel i primärvården. Man kan här erinra om en av föregångarna inom psykosomatisk medicin, Talma, professor i invärtesmedicin i Holland, vilken för 100 år sedan formulerade den neurogena ulceroseurin, och som under patientsamtal brukade lägga handen på patientens mage och härigenom kunna känna en plötslig kontraktion av antrum, då samtalet rörde känsliga delar av personens livssituation.

Halva fredagen och lördagen ägnades åt det störda ätandets sjukdomar; anorexia nervosa och bulimia nervosa (var god se kommande rapport i Läkartidningen).

Avslutning

Sammanfattningsvis blir intrycken en givande konferensvecka. Psykosomatisk medicin har sin givna plats inom hälso- och sjukvård, i all synnerhet inom allmänmedicinen. Detta, även om ämnet är svårdefinierat, inte minst för folk i främsta ledet. Antagligen är det ett hälsotecken att man numera talar om psykologiska aspekter på alla former av sjukdom och ohälsa, i stället för att som tidigare tala om ett tiotal välavgränsade psykosomatiska sjukdomar. Det fanns förstås också brister, bl a den så ofta förekommande avsaknaden av planlagd koppling mellan uppnådda forskningsresultat och aktiv handling. Även här borde primärvårdens folk ha unika möjligheter. Vikten av fortsatt och intensifierad forskning underströks.

Här borde allmänmedicinen ha en given roll. För detta krävs handledning i ett psykoterapeutiskt förhållningssätt av kvalificerade terapeuter och inte minst forskarutbildning.

Av Sveriges fem deltagare arbetade fyra inom primärvården.

Nästa konferens äger rum i London september 1984 och det finns plats för ännu fler då. Närmare upplysningar om London-konferensen kan erhållas från Göran Tomson, Flemingsbergs V.C., Diagnosvägen 8, 141 53 Huddinge.

Författarpresentation

Ylva och Göran Tomson arbetar som distriktsläkare i Vårby respektive Flemingsberg, sydvästra förvaltningsområdet, Stockholm.

Den ortopediska medicinens historia

HARALD BRODIN

Ortopedisk medicin sysslar med sådana funktionsproblem från rörelseorganen där varken ortopedisk-kirurgiska eller reumatologiska behandlingar är indicerade. Huvudsakligen används manuella undersöknings- och behandlingsmetoder. Manuella tekniker har använts sedan årtusenden. De har blivit allt intressantare för läkare de sista 25 åren. Diagnostiken handhas av läkare, och väsentlig behandling utförs av sjukgymnaster. Den svenska föreningen för ortopedisk medicin har 430 medlemmar, bedriver en stor kursverksamhet, är medlem av den Internationella Federationen för Manuell Medicin samt uppehåller även i övrigt internationella vetenskapliga kontakter.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, historik, översikt.

Medicinsk verksamhet har med åren blivit alltmer mångfacetterad och antalet medicinska specialiteter med subspecialiteter är stort. Varje specialitet är motiverad av vetenskaplig aktivitet och forskningsresultat. Många väsentliga framsteg har dylik specialisering som en förutsättning.

För åtskillig klinisk verksamhet saknas betryggande vetenskapligt underlag. Sjukskrivning är ett exempel härpå, behandling av smärttillstånd och rörelseinskränkningar är andra. Dessa medicinska aktiviteter berör till mycket stor del funktionsproblem från rörelseorganen. Många specialiteter, tex medicinsk rehabilitering, ortopedisk kirurgi, allmän kirurgi, reumatologi och invärtes medicin och dessutom framför allt allmänmedicin måste

handlägga dessa enormt många patienters problem. Ingen kan hävda att just en viss specialitet behärskar funktionsproblemen från rörelseorganen.

Många av dessa problem kan sammanfattas under rubriken ortopedisk medicin.

Benämningen *ortopedisk medicin* präglades 1929 (Cyriax 1978).

Definition

Ortopedisk medicin är ingen specialitet utan ett för många specialiteter gemensamt verksamhetsområde, som ägnar sig åt att diagnostisera och behandla funktionsnedsättningar i rörelseorganen, när dessa tillstånd inte kräver kirurgiska eller specifikt reumatologiska behandlingsmetoder.

Ortopedisk-medicinsk diagnostik

Förutom gängse diagnostiska undersökningsmetoder arbetar man med en specifik manuell undersökningsteknik. Undersökaren använder sin ytliga och djupa sensibilitet samt utnyttjar kunskaper i funktionell anatomi, i neurofysiologi samt biomekanik för att analysera funktionsnedsättningar och deras orsak.

Ortopedisk-medicinsk terapi

Här ingår behandling med värme, kyla, ultraljud, transkutan nervstimulering, steroidinjektioner i leder och bursor, andra typer av injektioner samt olika slags traktionsbehandling. Dessutom utnyttjar man den specifika manuella tekniken vid behandlingen av rörelsehinder såsom kontrakturer och muskelspänning. Information till patienten är av fundamental betydelse och omfattar bla ergonomisk rådgivning och inträning av smärfria rörelsemönster. Behandlingen sker till stor del i samarbete med arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Ortopediska medicinens förhistoria

Uppgifterna är väsentligen hämtade från Schiötz och Cyriax 1975.

Fysisk påverkan på människokroppen finns beskriven redan på 400-talet före Kristus (Hippokrates). Säkert har dylika behandlingar förekommit även långt tidigare. Genom århundradena finns läkares manuella behandlingar beskrivna. Exempel härpå är skrifter av Apollonius från tiden 60–80 efter Kristus, Galenus (131–202),

Avicenna (980–1037), Paré (1510–1590), Schultes (1595–1645). Sir James Paget (1814–1899) föreläste om hur "bonesetters" botade lumbago.

I folkmedicinen både inom Skandinavien och många andra länder, tex Japan, finns likartade behandlingar beskrivna.

Det förefaller som om framför allt den kraftkrävande manipulationstekniken med dess emellanåt dramatiska resultat har fångat historieskrivarnas intresse i särskilt hög grad.

Osteopatin uppfanns 1874 av Andrew T Still (1828–1917) i USA. Han hade viss men obetydlig medicinsk utbildning. All sjukdom angavs ha sin orsak i dislocerade ben, abnorma ligament eller kontrakta muskler med åtföljande tryck på blodkärl och nerver med tilltäppning av livskraften som går ut i nerverna. Med åren har initialskekets många vanföreställningar försvunnit, tex att diabetes beror på höftluxationer. Nu uteaxamineras osteopater, doctors of osteopathy (D.O.) från särskilda fakulteter. D.O.s har "full medical license" i de flesta av USA:s stater. Kirksville är den första osteopatskolan.

Chiropraktik har rötter bla i osteopatin. D.D. Palmer (1845–1913), som inte hade någon känd medicinsk utbildning, öppnade den första chiropraktorskolan i Oklahoma City 1897. Kotor kan sublusera och komprimera nerver och kärl, varvid nervimpulser hämmas. De färdigutbildade chiropraktorerna, Doctors of Chiropractic, (D.C.) är erkända i de flesta av USA:s stater.

Naprapati anses vara en gren av chiropraktiken.

Genom århundradena har således både läkare och lekmän bedrivit verksamheter för att minska rörelseorganens funktionsstörningar. Utövarnas kunskaper i anatomi, fysiologi, patologi och klinisk medicin torde ha varierat avsevärt. Oberoende av faktiska kunskaper lyder dessa utövare under kvacksalverilagen i Sverige, i fall de inte hör till medicinalpersonalen.

Av läkarpionjärerna inom ortopedisk medicin redovisade Derbolowski (1981) två viktiga namn. Den schweiziske läkaren O. Naegeli författade i slutet av 1800-talet en bok om "Handgriff". Den engelske läkaren med specialiteten fysikalisk medicin James

Mennell (1877–1957) utgav en lärobok med titeln "The science and art of joint manipulation" i två band. Utgivningsåren för de sista upplagorna var 1949 respektive 1952 från förlaget Churchill, London. Dessa två band har länge varit standardverk och spelar fortfarande viss roll i den mån böckerna står att uppbära.

Med tiden har vissa *nomenklaturproblem* uppstått. Sålunda har namnen osteopati och chiropraktik en helt annan innebörd i våra dagar än de hade i slutet av 1800-talet. Utvecklingen inom dessa båda områden har gått i riktning mot den sk skolmedicinen. Ordet manipulation har varierande betydelse. Sålunda anser Cyriax att varje fysisk beröring med en patient bör kallas manipulation. Andra åter menar med manipulation en plötslig, kort och exakt riktad kraft mot en led med inskränkt mobilitet i ett ytterläge. Denna belastning kallas manipulationsgrepp, "thrust". Ytterligare andra menar med manipulation alla passiva rörelser i en led. I tysk litteratur påträffas uttrycket Chirotherapie, som ordagrant betyder behandling med händerna. Uttrycket är likvärdigt med manuell medicin.

Ortopedisk medicin i nutiden

De senaste 30 åren har inneburit ett starkt ökat intresse för ortopedisk medicin. Ett märkesår är 1953, då professor Bruno Schuler grundade "Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chiropraktik", vanligen förkortat FAC. Föreningen har sitt centrum i Hamm, Westfalen. Här har arrangerats ett otal kurser, i regel av en veckas längd. Man har studerat extremitetsleder och ryggar samt härvid utvecklat en organisation som blivit ett mönster för åtskilliga andra föreningar, bl a den svenska. I Hamm har åtskilliga utlåningar, bl a skandinaver, för första gången blivit medvetna om den mänskliga handens betydelse i diagnostik och terapi. Dr Gottfried Gutmann har under många år varit FAC:s centralfigur.

1955 grundades "Gesellschaft der Ärzte für Manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie" (MWE) i Neutrauburg. Till denna organisation är dr Karl Sells namn nära knutet. Likartad kursverksamhet som hos FAC har organiserats i Neutrauburg.

De två nämnda tyska organisationerna beslöt 1966 att bilda "Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin" (DGMM), vilken organisation anslutits till den internationella organisationen Fédération Internationale de Médecine Manuelle, förkortat FIMM.

I det ena landet efter det andra bildas läkarföreningar för manuell medicin eller manuell terapi.

I Nizza organiserades 1962 en internationell läkarkongress för manuell terapi. Härvid förbereddes grundandet av FIMM. En interimstyrelse utsågs med dr J.C. Terrier från Schweiz som president. Vid den följande kongressen

i London i september 1965 konstituerades den internationella federationen definitivt. Representanter från följande föreningar deltog: Belgien, Frankrike, Skandinavien (Danmark, Norge och Sverige hade en gemensam förening), Schweiz och Västtyskland. Dessutom fanns observatörer från Tjeckoslovakien, Italien och Spanien. Dr Terrier valdes till president, dr Michael Carson, Storbritannien, generalsekreterare, dr Vilhelm Koefoed, Skandinavien, skattnästare. Det beslöts att kongresser skulle hållas vart tredje år.

FIMM:s följande kongresser ägde rum i Salzburg, Monaco, Prag, Köpenhamn och Baden-Baden, och den nästa skall äga rum i Zürich 1983. Vid kongresserna demonstreras de vetenskapliga aktiviteter, som har intresse för manuell medicin–ortopedisk medicin.

Inom FIMM har organiserats en "Scientific Committee" med uppgift att samordna viss vetenskaplig aktivitet inom medlemsföreningarna.

FIMM har fn 18 nationsföreningar som medlemmar, bl a den svenska.

Ortopedisk medicin i Sverige

Åtskilliga svenska läkare, bl a Lennart Hult och Björn Rosendahl, skaffade sig redan under 1950-talet erfarenheter av ortopedisk medicin i Hamm. Att intresset för ortopedisk medicin stimulerades i Skandinavien berodde till väsentlig del på legitimerade fysioterapeuter Freddy Maximilian Kaltenborn. Han gjorde vidsträckta resor i Europa och Amerika. Han skaffade sig osteopatutbildning i London och höll nära kontakt med utvecklingen på kontinenten. Runt honom samlade sig en grupp norska manliga gymnastikdirektörer-fysioterapeuter som under hans ledning blev inte endast goda terapeuter utan även bra lärare vid en lång rad kurser för läkare och sjukgymnaster. Ett väsentligt stöd erhöll Kaltenborn av läkarna Eiler H. Schiötz och Vilhelm F. Koefoed i Oslo. Även professorn i ortopedi Ivar Alvik underlättade arbetet.

Kaltenborn introducerade de manuell tekniker i Lund i början av 1960-talet. Under de följande åren organiserades åtskilliga kurser med de norska fysioterapeuterna som arrangörer och lärare. Under tiden 11–15 oktober 1965 organiserade Harald Brodin en kurs i fysikalisk medicin i Gävle med norska fysioterapeuter som lärare. Bland de 33 deltagarna fanns läkare även från Finland och Danmark. Vid kursens slut organiserades den svenska sektionen av Nordisk Förening för Manuell Medicin med Brodin som ordförande och Gunnar Järnerot som sekreterare. Under många år sköttes det viktiga sekretärskapet av Hans Schmid.

Nordiska Föreningen upplöstes omkring 1971. De danska, norska och svenska föreningarna blev därmed fristående och självständiga medlemmar

i den internationella federationen. Den svenska föreningen heter Svensk Förening för Ortopedisk Medicin och har 430 medlemmar.

I och med att föreningen vuxit har behovet av ett medlemsblad blivit allt starkare. Sedan 1981 erhåller föreningens medlemmar ett referatblad, "Manualen". Redaktör är dr Kjell Sjövall, Industrihälsan, Gärdesvägen 4, 281 00 Hässleholm.

Alltifrån förberedelserna för bildandet av den svenska sektionen inom den nordiska föreningen förekommer ett intimt samarbete med sjukgymnasternas motsvarande organisation, som fn kallas LSR:s Sektion för Ortopedisk Medicin. I Sverige har man funnit att praktiskt taget all manuell terapi bör utföras av sjukgymnaster. Den svenska sjukgymnastiska traditionen och utbildningen har visat sig vara en bra bakgrund för förkovran inom den manuella terapin. Bland deltagarna i föreningens kurser dominerar sjukgymnasterna i antal.

Endast ett fåtal andra landsföreningar än den svenska har ett likartat samarbete med sjukgymnaster. Motståndet mot samarbete med sjukgymnaster har åtskilliga orsaker. Bl a brukar anföras att sjukgymnaster inte bör tillåtas manipulera, och man har härvid avsett utförandet av manipulationsgrepp. I Sverige har man endast arrangerat kurser utan undervisning av manipulationsgrepp.

I Sverige har de manuella undersöknings- och behandlingsteknikerna bedömts med stor skepsis både från läkare och från sjukvårdshuvudmän. Kravet på vetenskapligt underlag för de manuella teknikerna liksom kravet på vetenskapligt presenterade resultat har varit orimligt stort. Värdet av manuella tekniker har demonstrerats och diskuterats vid möten i Kungälv 1977 och Hooks herrgård 1979, arrangerade av socialstyrelsen.

Uppslutningen av sjukgymnaster och läkare omkring den svenska föreningens omfattande kursverksamhet i samarbete med sjukgymnasternas förening har varit och är fortfarande mycket stor. Under vidareutbildningen av allmänläkare och rehabiliteringsläkare förekommer nu dessutom vecokurser i ortopedisk medicin. Viss vidareutbildning av sjukgymnaster organiseras likaledes, ledande fram till en icke officiell mobiliseringsexamen, fn kallad examen i ortopedisk medicin. Bl a dessa utbildningsverksamheter torde ha bidragit till att föreningens grundkurser numera rekommenderas av Landstingsförbundet.

Föreningen har i samarbete med sjukgymnasternas förening givit flera kurser i muskelfunktionsdiagnostik enligt tjeckiske läkaren V. Janda.

Föreningen har även introducerat en för Sverige ny mobiliseringsteknik, kallad muskelenergiteknik, vid en kurs i april 1981. Tekniken bygger på patienternas egna muskelkrafter men

kräver omsorgsfull manuell diagnostik.

Ifråga om utbildning i ortopedisk medicin intar Alfia kurhem med överläkare Jern Hamberg som chef en särställning. Under många år har Hamberg successivt byggt upp en sjukvårdsenhet med både sluten och öppen vård och med allt större diagnostiska och terapeutiska resurser. De manuella teknikerna har här mycket stor betydelse. Vidareutbildning av sjukgymnaster kan ske under relativt lång tid och med mycket gott resultat. Även blivande allmänläkare kan under sin allmän-tjänstgöring bibringas goda kunskaper. Hamberg har genom många resor utomlands fått möjlighet att värdera många sätt, på vilka ortopedisk medicin kan bedrivas. Från Alfia kurhem kommer ett par värdefulla böcker om muskeltöjning.

Föreningens årsmöten innehåller alltid ett vetenskapligt program, som med åren har blivit allt intressantare ur vetenskaplig synpunkt. Senaste årsmötet besöktes av drygt 400 deltagare.

Under den internationella kongressen i fysikalisk medicin och rehabilitering i Stockholm 1980 knöt svenska föreningen kontakter med representanter för föreningarna i DDR, Holland, Norge, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Tjeckoslovakien, USA och Västtyskland.

Korta kurser har givits av professor Robert Maigne från Paris 1981 och av dr Myron Beal från Michigan State University 1982.

Föreningens internationella kontakter innebär goda möjligheter för föreningens medlemmar att ta del av ett stort utbud av kliniska erfarenheter och av vetenskaplig aktivitet. Sålunda organiserades en studieresa till Prag (dr Karel Lewit och Vladimir Janda) 1982. Och vid FIMM:s kongress i Zürich 1983 erbjuds rikliga möjligheter till kontakter med såväl europeiska som nordamerikanska kolleger. Föreningen har en särskild internationell sekreterare, dr Franz Mildenberger.

Den tyska föreningen ger ut tidningen *Manuelle Medizin*, som även kan anses som ett organ för FIMM. Tidningen har tidigare varit praktiskt taget endast tyskspråkig. Springer Verlag, Heidelberg, har beslutat att under "patronage" av FIMM från någon gång under 1983 starta den engelskspråkiga *Journal of Manual Medicine*.

En uppfattning om ortopediska medicinens utveckling och nuvarande status kan man få via följande böcker:

Litteraturlista:

1. Brodin H (ed), Bang J, Bechgaard P, Kaltenborn F, Schiötz EH: *Manipulation av ryggraden*. Scandinavian University Books, Stockholm, 1966.
2. Cyriax J: *Textbook of Orthopedic Medicine*, uppl. 7. Bailliere & Tindal, London, 1978.
3. Derbolowski U: *Leitfaden für Chirotherapie und Manuelle Medizin*. Ed. 2, Verlag für Medizin Ewald Fischer, Heidelberg, 1981.

4. Evjenth O, Hamberg J: *Töjning av muskler del I och II*. Alfia kurhem, Box 93, 82200 Alfia, 1980.

5. Kaltenborn FM: *Mobilization of the extremity joints*. Olaf Norlis bokhandel, Oslo, 1980.

6. Lewit K: *Manuelle Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, 1977.

7. Maigne R: *Douleur d'origine vertébrale et traitements par manipulation*. L'expansion scientifique, Paris, 1968.

8. Schiötz EH and Cyriax J: *Manipulation Past and Present*. William Heinemann, Medical Books, London, 1975.

9. Stoddard A: *Manual of osteopathic technique*. Hutchinson Medical Publications, London, 1959.

10. Zohn DA and Mennell J McM: *Musculoskeletal pain: Diagnosis and physical treatment*. Little Brown and Company, Boston, 1976.

Författarpresentation

Harald Brodin är professor i sjukgymnastik vid Karolinska institutet, fd ordförande i Svensk Förening för Ortopedisk Medicin samt fd president i Fédération Internationale de Médecine Manuelle.*

*Postadress: Institutionen för fysikalisk medicin, Karolinska sjukhuset, Box 60500, 104 01 Stockholm.

NÄSTA NUMMER AV ALLMÄN MEDICIN

Handläggning
av
Infektioner i
primärvård.
Referat från
Dalbydagarna
hösten 1982.

STUDIEDAGAR OM KOST OCH RÖKAVVÄNJNING

Socialstyrelsen

i samarbete med

Svenska Distriktsläkarföreningen
inbjuder

distriktsläkare och allmänläkare
i sydöstra Sverige

till studiedagar i Kostrådgivning och
Rökavvänjningsteknik den 27 och 28 april
1983 i Malmö.

Heldagar. Kostnad 300 kr/dag.

Information erhålles genom Socialstyrelsen,
Byrån för hälsouppllysning:

Britta Calminder, Margareta Haglund
eller Gunn Östberg, tel: 08/14 06 00 vx.

Degenerativa axelledssjukdomar i primärvården

LARS ERIK ADOLFSSON

Bakom begreppet degenerativ axelledssjukdom döljer sig ett flertal olika tillstånd. Diagnosmönster, behandlingsrutiner samt den kortsiktiga prognosen har studerats vid en allmänläkarmottagning i Jönköping. Erfarenheterna jämförs med likartade studier på specialistmottagningar.

Nyckelord: Led- och muskelsjukdomar, primärvård, axlar, diagnostik, behandling.

Skuldersmärtor är vanligt i befolkningen, något som visats i såväl riktade som mer omfattande undersökningar (1, 2). Bakom symptomet döljer sig ett flertal olika sjukdomstillstånd. Skuldrans nosologi har tidigare analyserats från specialistmottagningar, en sådan undersökning har nyligen publicerats i Läkartidningen av Sahlstrand (3).

För att kunna studera diagnosmönstret vad beträffar axelledssjukdomar på en allmänläkarmottagning analyserades under 1981 44 konsekutiva fall av degenerativ axelledssjukdom vid en distriktsläkarmottagning i Jönköping. Den kliniska undersökningen innefattade rörlighetsanalys, förekomsten av smärtsektorer noterades ("painful archs"), rotatorcuffmuskulaturen testades med tendinittester, samtliga strukturer palperades på sedvanligt sätt. Röntgen användes för att påvisa acromioclavicularledsartros, diagnostisk lokalbedövning användes i tveksamma fall. Diagnoserna ställdes sedan enligt de riktlinjer Cyriax ger i sitt standardverk i ortopedisk medicin (4).

Förutom diagnos studerades även behandlingsrutiner samt den kortsiktiga prognosen.

I tabell I redovisas diagnosmönstret. Primär och sekundär frozen shoulder har förts till samma grupp. Peritendinitis calcarea särredovisas inte från rotatorcufftendiniterna. Resultatet stämmer väl med vad som anges från specialistmottagningar. Frozen shoulder

synes vanligare hos oss, detta avspeglar sannolikt den höga medelåldern på vårt upptagningsområde.

I tabell II redovisas given behandling. Denna motsvarar tämligen väl svensk praxis.

Tabell III presenterar prognosen i förenklad form. Till kategorin "dålig

prognos" har hänförs alla patienter med sjukskrivningstid överstigande fyra veckor eller där omplacering på arbetsmarknaden blev nödvändig. För pensionärer har vi hit räknat de fall där patienten upplevde kvarstående värk eller besvärande funktionsinskränkning.

Sammanfattning

Diagnosmönstret vid degenerativ axelledssjukdom synes likartat inom primär- och specialistsjukvård. Behandlingsrutinerna är också sannolikt likartade. Prognosen för primärvårdsbehandlade axelledspatienter verkar på kort sikt och vad beträffar funktionen vara god. Enligt vår undersökning torde sålunda 85 procent av patienterna med degenerativ axelledssjukdom som söker primärvården kunna slutbehandlas inom samma instans. Resultaten bör stimulera till utveckling av primärvårdsrutiner inom området samt till samarbetsprogram med specialistenheter.

Litteratur:

1. Johansson S: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Låginkomstutredningen. Stockholm. Allmänna förlaget 1970
2. Herberts P, Kadefors R, Andersson G, Petersén I: Shoulder pain in industry: An epidemiological study on welders. Acta orthop scand 1981; 52:299-306
3. Sahlstrand T: Patienter med skulderledsbesvär - en sjukvårdsanalys. Läkartidningen 1981; 78:2549-2551
4. Cyriax J: Textbook of orthopaedic medicine. 7th ed. London Baillière Tindall 1980.

Författarpresentation

Lars Erik Adolfsson*, distriktsläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, Västra klinikerna, 551 85 Jönköping. Tel: 036/10 36 97.

Tabell I

Degenerativa axelledssjukdomar i primärvården

Diagnosnummer Diagnos	Antal	Medel- ålder
Supraspinatus-tendinit	22 (50 proc)	51,4 år
Frozen shoulder	10 (23 proc)	66,1 år
Subscapularis-tendinit	6 (14 proc)	41,5 år
Acromioclavicularledsartros	3 (6 proc)	63 år
Bicepstendinit	1 (2 proc)	53 år
Infraspinatus-tendinit	1 (2 proc)	24 år
Artrit	1 (2 proc)	78 år

Tabell II

Degenerativa axelledssjukdomar i primärvården

Nedan redovisas frekvensen given behandling för de olika diagnoserna

	Fysio- terapi	Lokal cortison- injektion
Supraspinatus-tendinit	44 proc	73 proc
Frozen shoulder	80 proc	60 proc
Acromioclavicularledsartros	33 proc	33 proc
Övriga rotatorcufftendinit	50 proc	63 proc

Tabell III

Degenerativa axelledssjukdomar i primärvården

Antal och frekvens med dålig prognos inom respektive diagnosgrupp

	"Dålig prognos"
Supraspinatus-tendinit	4 (18 proc)
Frozen shoulder	2 (20 proc)
Acromioclavicularledsartros	0
Övriga tendinit	1 (11 proc)
Totalt	7 (16 proc)

Distriktssjukgymnastens arbete i vårdlaget

RENÉE BERGLUND

Vårdlaget ger bra möjligheter för personalen att lära av varandras yrkeskunskaper. Läkaren och sjukgymnasten kan till exempel göra gemensamma undersökningar av patienter med svårdiagnostiserade ryggbesvär. Det faller alltmär på primärvårdens lott att sköta nack- och ryggpatienterna. Ortopedisk medicin är ett spännande men kunskapskrävande område. Primärvården måste ägna tid och resurser åt att bygga upp kompetensen för att ge nack- och ryggpatienterna adekvat behandling. Ett nära samarbete mellan sjukgymnast och läkare, kursverksamhet (R 1, R 2), internutbildning och samordnade vårdprogram är Renée Berglunds förslag till en förbättring av primärvårdens kompetens inom ortopedisk medicin.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, primärvård, vårdlag, nack- ryggpatienter, sjukgymnaster, Sollentuna.

Distriktssjukgymnastmottagningen på Sollentuna vårdcentral är inrymd i fysioterapiavdelningen på Sollentuna sjukhus. Som distriktssjukgymnaster har jag och mina kolleger god hjälp av ett sjukgymnastbiträde, en receptionist och ett badbiträde. De sistnämnda tillhörande slutenvårdspersonalen. Bassäng, hjälpmedelsförråd och rymlig gymnastiksal ingår i behandlingsresurserna.

Lokalmässigt befinner vi oss en bra bit från distriktsläkare och distrikts-

sköterskor, som arbetar tillsammans i en annan del av huset. Mycket springande och telefonerande får kompensera detta avstånd.

Befolkningsstrukturen

Vårdcentralens tre vårdlag har i medeltal 6.000 invånare i respektive upptagningsområde. Befolkningsstrukturen är sådan att det finns förhållandevis många i yrkesföra ålder och färre åldringar än "normalt". Inom vårdcentralens betjäningsområde finns även ett stort antal invandrarkulturer, som tillsammans representerar ett 50-tal nationaliteter.

Remisser och väntelistor

Genom uppdelningen i vårdlag har varje distriktssjukgymnast sin egen väntelista med patienter boende inom sitt vårdlags upptagningsområde.

För sjukgymnastisk behandling krävs alltid läkarremiss. Dessa kommer huvudsakligen från våra distriktsläkare men även från sjukhusläkare, företagsläkare, privatpraktiserande och skolläkare. De utifrån kommande patienter som vi inte själva kan ta emot hänvisas till privatpraktiserande sjukgymnaster, som finns på flera håll i kommunen. Prioriteringsgrunderna är alltid medicinska och i viss mån sociala. Självklart är dock att distriktsläkarnas patienter inte ska behöva söka sig utanför vårdcentralen för att få sjukgymnastik.

Behandlingsformer

De flesta behandlingar ges individuellt eller i grupp på distriktssjukgymnastmottagningen. Hembehandlingarna är betydligt färre till antalet, vilket förmodligen beror på befolkningens unga åldersstruktur. I hemmen ger vi också instruktioner till anhöriga eller hemvårdare och gör hjälpmedelsutprovning ofta i samarbete med distriktsarbetsterapeuten.

I all behandling är de förebyggande och instruerande momenten självklara. Att ge patienten kunskap om rörelse och belastning samt att ge patienten delansvar för behandlingsresultatet är en väsentlig del av vårt arbete. Arbetsplatsbesök är också en vanlig åtgärd.

Gruppaktiviteter

Våra rymliga lokaler har hjälpt oss att satsa mycket på gruppbehandlingar. Bassängen utnyttjas intensivt för detta och även övriga vårdcentraler inom kommunen skickar patienter till oss för bassängträning.

I näckskolan och ryggskolan undervisas patienterna gruppvis i enkel funktionell anatomi och ergonomi med betoning på att avlasta och hitta ett mer "ekonomiskt" rörelsemönster och därmed få smärtlindring.

För reumatiker har vi haft ledskyddsundervisning i samarbete med distriktsläkare och distriktsarbetsterapeuten. Det finns också en gymnastikgrupp för RA-patienter och en pelvospondylitgrupp.

Avspänningsgrupp, motionsgymnastik för patienter och personal från Sollentuna psykiatriska mottagning samt mödragymnastik är andra gruppverksamheter.

Samarbetsrutiner

Vart och ett av de tre vårdlagen har skapat sin egen profil och har sina egna samarbetsrutiner. I ett av teamen träffas alla varje morgon, och i de två andra har man bestämda träffar ett par gånger i veckan och därutöver spontana kontakter.

Lära av varandra

Inom vårdlaget finns goda möjligheter att lära känna, och lära av, varandras yrkeskunskaper. Sjukgymnasten kan till exempel hjälpa mottagningssköterskan att ge de rätta telefonråden till patienter med akut lumbago. Ett utvecklande sätt att samarbeta är också att läkaren och sjukgymnasten gör en gemensam undersökning av en patient till exempel med svårdiagnostiserade rygg- eller bäckenledsbesvär. Denna situation är också för patienten ett konkret bevis på att vi på vårdcentralen samarbetar med patienten i centrum.

Diagnosfloran

Som distriktssjukgymnast har jag att behandla patienter med en mångfald olika diagnoser inom de mest skiftande specialiteter. Spänningshuvudvärk, MS, coxarthros, reumatoid artrit, pel-

vospondylit, scolios, symfyseolys är några exempel ur diagnosfloran.

Handledningsgrupper med psykolog

En kategori patienter, som kräver mycket av vårt engagemang, är psykosomatikerna. De finns som bekant ofta bland patienter med nack- och ryggbesvär, diffusa led- och muskelsmärter och huvudvärk.

På Sollentuna vårdcentral har vi fått hjälp med att klara av dessa patienter på ett bättre sätt än tidigare. I vårt samarbete med den psykiatriska öppenvårdsmottagningen ingår handledningsgrupper ledda av psykolog både för distriktsläkarna och oss distriktssjukgymnaster. Vi har även möjlighet att remittera våra patienter, eller motivera patienterna att söka själva, till psykiatriska mottagningen.

Ortopedisk medicin

En mycket stor grupp patienter är den som finns inom det ortoped-medicinska fältet. Nack- och ryggbesvär upptar det mesta av våra behandlingsresurser. Ortopedisk medicin är ett spännande men kunskapskrävande område, och det är tydligt att nack- och ryggpatienterna alltmer faller inom primärvårdens ansvarsområde.

Diagnosbördan

Har primärvården kompetens för att klara dessa patienter? Hur fördelar sig ansvaret mellan till exempel distriktsläkaren och distriktssjukgymnasten? Enligt min egen erfarenhet vilar ansvaret för ryggpatienterna mycket tungt på distriktssjukgymnasten. Att ställa diagnos är primärt inte sjukgymnastens uppgift, utan diagnosbördan bör falla på läkaren alternativt på läkaren och sjukgymnasten i nära samarbete.

Hur bygga upp kompetensen?

Hur bygger vi då upp den nödvändiga kompetensen för att klara av ryggpatienterna i primärvården? Många möjligheter finns. De välkända R1- och R2-kurserna är oundgängliga både för distriktsläkare och distriktssjukgymnaster. Många sådana eller liknande kurser bör anordnas för att täcka behovet. Väl tilltagen undersökningstid för ryggpatienten vid första besöket hos läkare och sjukgymnast är viktigt. Som sjukgymnast ägnar jag mycket tid åt undersökningen, något som jag tycker är både lärorikt och väl använd tid. Kanske behövs någon typ av vårdprogram, eventuellt lokalt anpassat, där läkarens och sjukgymnastens insatser kan samordnas och där primärvårdens och akutsjukvårdens åtgärder och samarbetsrutiner struktureras.

Ortopedkonsult – internutbildning

På vår vårdcentral har vi numera internutbildning i form av ortopedkonsultverksamhet. Det är dr Rolf Nordemar från Karolinska sjukhuset som en eftermiddag var tredje vecka undersöker våra svårdiagnostiserade eller svårbehandlade patienter i närvaro av

patientens läkare och sjukgymnast. I samband med konsultationerna får vi praktisk och teoretisk undervisning. Det är en uppskattad form av internutbildning.

Vårdcentralen – en trygg punkt

Som nämnts är ju det psykosomatiska inslaget starkt bland nack- och ryggpatienter. Det finns uppenbarligen en tendens att omforma livsproblem till somatiska symptom. För många människor har vårdcentralen blivit en trygg punkt i en trasslig tillvaro. Vi ser många patienter med mer eller mindre kroniska psykosomatiska besvär. Just när det gäller dessa "kroniker" har det fina samarbetet inom vårdlaget varit en stor tillgång för mig som sjukgymnast.

Invandrarkunskap – forskning

En annan viktig faktor för behandlingsresultatet är kulturbarriären mel-

lan vår svenska kultur och den mångfald av kulturer, som våra invandrare representerar.

Invandrapatienternas förväntningar på svensk sjukvård, deras egen kunskap, språkproblem och smärteaktionsmönster är sådant som jag ofta funderar över. Invandrarkunskap för oss inom primärvården är nödvändigt för att kunna tolka invandrarnas symptom och kroppsspråk och kunna erbjuda en jämlik sjukvård.

Avslutningsvis hoppas jag att vi får en aktiv forskning inom primärvården och effektiva mätinstrument för utvärdering av det förebyggande hälsoarbetet, som borde vara en naturlig del av vårt befolkningsansvar.

Författarpresentation

Renée Berglund är distriktssjukgymnast vid Sollentuna vårdcentral norr om Stockholm.*

*Postadress: Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna. Tel.08/96 81 00/246, 248.

NÄSTA NUMMER AV ALLMÄNNMEDICIN

Prevention i primärvård

Referat från höstmötet i Svensk
Socialmedicinsk förening på

Vårdcentralen Kronan
i Sundbyberg.

Referatet ger fortsatt näring
åt debatten om prevention
som inleds i detta nummer.

Nyttan av ortopedisk medicin inom företagshälsovården

BERTIL HEMBORG

K205P46

En mycket stor del av företagshälsovårdens arbete utgörs av utredningar kring besvär från rörelseorganen med mer eller mindre relation till belastningar i arbetet.

I detta arbete har man stor nytta av ortopedisk medicin och dess undersökningsteknik. Funktionsdiagnos av patienten ger, tillsammans med motsvarande analys av arbetsplatsen, möjlighet till adekvat behandling men även till sekundär prevention och ev. rehabiliterande åtgärder. Ortopedisk medicin och ergonomi är halvsyskon.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, företagshälsovård, behandling, prevention.

Besvär från rörelseorganen utgör en mycket stor grupp inom företagshälsovården. Medan 10–15 procent av patienterna på en vårdcentral söker för besvär från rörelseapparaten (2) kan motsvarande siffra på en företagsläkares mottagning vara 30–35 procent, åtminstone inom tung industri såsom tex byggbranschen. Fysiska belastningar är tveklöst det kvantitativt största problemet inom företagshälsovården, antingen man räknar frekvensen upplevda besvär, sjukskrivning, orsak till rehabilitering eller huvuddiagnos vid förtidspensionering. Det är dessa fall som kräver mest resurser ifråga om utredningar, rehabiliterande och andra arbetsvårdande åtgärder. Besvärens lokalisering varierar med arbetsställningar och belastningar.

När man som läkare kommer till företagshälsovården, upplever man därför ett starkt behov av ökade kunskaper inom området belastningar – rörelseorganens sjukdomar. Det är endast en bråkdel av ryggpatienterna, som går vidare till ortopedkirurgiska operationer eller specifik reumatologisk behandling (enligt en färsk Göteborgsundersökning mindre än 1 procent av ryggpatienterna [4]). Resten av ryggpatienterna och de flesta patienter med symptom från nacke, axlar, armbågar, höfter och knän måste vi själva försöka ta hand om och dessutom hela preven-

tionen. Den ortopediska medicinen visar sig då vara det perfekta komplementet till den tidigare utbildningen. Ortopedisk medicin bygger på funktionell anatomi och biomekanik med tillägg av muskelfysiologi, smärtfysiologi och perifer neurologi. Man lär sig betona funktionsdiagnosen framför den patologisk anatomiska diagnosen, analysera en arbetsställning eller rörelse, vilket är nödvändigt vid analyser av samband mellan arbete och besvär.

Grunden för vårt handlande är en så exakt diagnostik som möjligt. Det räcker inte med geografiska samlingsbegrepp av typ lumbago, nuchalgi eller periartthritis humeroscapularis, som endast anger ungefär i vilken kroppsdel värken sitter. Med ortoped-medicinska metoder kan man oftast lokalisera symptomen till ett segment eller en viss struktur, vilket ger helt andra möjligheter till riktad terapi, men även till realistiska analyser av eventuellt samband mellan ett visst arbetsmoment och patientens sjukdomsbild. Detta gäller givetvis inte bara försäkringsärenden utan i ännu högre grad rådgivning rörande förebyggande åtgärder. Det är naturligtvis en stor fördel om man inför tex förändring av en arbetsplats kan bena upp problemen och föreslå adekvata åtgärder.

När det gäller ergonomisk rådgivning, instruktion och träning har man också glädje av sin undersökningsteknik. Det finns en del råd som är allmängiltiga och kan ges till alla människor, framför allt vid primär prevention, men det är för mig ingen tvekan om att man får bättre effekt av den sekundära preventionen om denna är individuellt utformad med hänsyn till patientens funktionsstatus. En patient med en smärtande sacroiliacaled upplever ingen större hjälp av att genomgå ryggskola. Å andra sidan kan en patient med hypermobilitet LV-S1-segment bli helt besvärsfri av en riklig ergonomisk rådgivning kombinerad med speciellt utformat träningsprogram. En patient med attacker av nedsatt rörlighet mellan C2–C3 behöver råd hur han skall hantera sina akuta episoder (egenvård), en annan patient med nedsatt rörlighet inom övre delen av bröstryggraden kombinerat med hypermobilitet inom nedersta delen av halsryggraden behöver både specifik mobilisering av sjukgymnast, träningsprogram, ergonomisk rådgivning och kanske en del förändringar av sin arbetsplats. En tredje patient med enbart symptom från levator scapulae behöver töjning av dessa muskler och hem-

program, eventuellt ändring av sitt arbetsbord etc.

Det kan också vara en fördel om man kan klara ut om en patients smärta i bröstet beror på nedsatt smärtande rörlighet i ett brösttryggssegment (1, 3) eller på de sk hjärtnerverna. Det finns patienter som har åkt ut och in på olika akutmottagningar i flera år och fått besked på att hon eller han är hjärtnerotiker, medan det i själva verket visar sig att besvären kommer från ett eller två brösttryggssegment. Smärtorna kan lätt provoceras, diagnostiseras och behandlas. För att sedan undvika recidiv skall man kanske inte flytta patienten till en annan avdelning med mindre "stress" utan i stället flytta telefonen som stod felpacerad på skrivbordet!

I själva verket är ortopedisk medicin och ergonomi halvsyskon. Den gemensamme fadern är biomekaniken och ämnena har ett typiskt släktdrag, nämligen funktionsanalys. Den ortopediska medicinen stammar dessutom från medicinens olika discipliner, medan ergonomin har sina rötter i teknikens värld. Vi analyserar patientens problem, behandlar och informerar och instruerar honom, samtidigt som våra vänner skyddsingenjörerna kommer med långsiktiga tekniska lösningar på problemen.

I detta samarbete kring ergonomiska problem med belastningar och arbetsställningar, återkommande monotona rörelser och vibrationer deltar förutom läkare och skyddsingenjör även sjukgymnast och sjuksköterska. Företagssköterskan deltar i den uppspårande och informativa verksamheten. Företagsgymnasten får genom sin utbildning i ortopedisk medicin ett utmärkt komplement till sin tidigare utbildning, som är mera inriktad på funktion och funktionsanalys än många läkares. Man har därför stor nytta av att skicka sin sjukgymnast på kurserna i ortopedisk medicin. Om man sedan dessutom själv går några kurser, får man en utmärkt inblick i sjukgymnastiska behandlingsmetoder och helt andra möjligheter att samarbeta, till gagn för de anställda på företagen.

Referenser

1. Brodin, H., Bang, J., Bechgaard, P., Kaltenborn, F., och Schiötz, E.H.: Manipulation av ryggraden. P.A. Norstedt & Söner, 1972.
2. Socialstyrelsens sektorsprogram för rörelseorganens sjukdomar: Primärvårdsgruppens rapport (under tryckning).
3. Stoddard, A.: Manual of osteopathic

Buktryck vid lyft

BERTIL HEMBORG

Isometrisk bukmuskelträning har länge ansetts vara den viktigaste förebyggande åtgärden mot ländryggsbesvär, men denna träning har inte utvärderats vad avser effekten på bukmuskelaktivitet eller buktryck och ej heller recidivfrekvens. 20 ryggpatienter och 20 friska kontroller har undersökts före och efter fem veckors intensiv isometrisk bukmuskelträning. Man finner att bukmuskelstyrkan ökar, men däremot inte bukmuskelaktiviteten vid lyft och inte buktryck vid lyft. De två grupperna hade samma buktryck vid lyft, trots att bukmuskelstyrkan var olika. Undersökningar pågår för att försöka utröna de faktorer som påverkar buktrycket vid lyft för att senare söka finna träningsmetoder som ger oss möjligheter att optimalt utnyttja bålmskulaturens och buktryckets stabiliserande och avlastande effekter.

Resultaten kommer att presenteras i ett avhandlingsarbete senare i år.

Nyckelord: Buktryck, bukmuskler, ryggpatienter, prevention.

Ländryggsbesvär är den vanligaste anledningen till sjukskrivning och förtidspensionering i vårt land. Det är därför utomordentligt angeläget att ut-

arbeta lämpliga preventiva åtgärder. Man har hävdat att ryggpatienter ofta har försvagade bukmuskler och isometrisk bukmuskelträning har därför länge ansetts vara den viktigaste förebyggande åtgärden (3 + 4). Denna träning ingår i de flesta ryggräningsprogram och är tex den enda hemövning som ordinerar för patienterna i Marianne Zachrisson-Forsells ryggskola (6). Hypotesen bakom denna träning är att upptränade bukmuskler skulle åstadkomma ett förhöjt buktryck vid belastningar såsom tex lyft och det förhöjda buktrycket skulle sedan avlasta ländryggen (1, 5). Det visar sig emellertid att det inte finns några belägg för att ökad bukmuskelstyrka ger ökad bukmuskelaktivitet vid belastningar, ej heller att bukmuskelträning skulle ge ökat buktryck vid lyft och slutligen inte heller några kliniska studier som visar minskad recidivfrekvens av ländryggsbesvär efter bukmuskelträning.

Avsikten var därför att undersöka hur isometrisk bukmuskelträning påverkar bukmuskelstyrkan samt bukmuskelaktivitet och buktryck vid lyft.

Först undersöktes 20 ryggfriska elektriker (medelålder 28 år, medellängd 180 cm, medelvikt 75 kg). I en andra försöksserie undersöktes 20 ryggpatienter med 2-18 års anamnes på kroniska ländryggsbesvär (medianvärde 5,5 år). Grupperna var jämförbara beträffande ålder, längd, vikt och såvitt kan bedömas även beträffande belastning i arbete och på fritid.

Varje försöksperson fick utföra styrketester rörande bukmuskelstyrka och ryggmuskelstyrka samt en serie standardiserade lyft med 10, 25 och 40 kg med olika lyftekniker. Vi mätte EMG-aktivitet från sneda bålmskulaturen och ryggsträckarna samt buktrycket via kateter i magsäcken. På ryggpatienterna mättes dessutom det intrathoracala trycket via en kateter i matstrupen. Alla försökspersonerna genomförde detta försökspaket före och efter fem veckors intensiv isometrisk bukmuskelträning. Varje försöksperson var således sin egen kontroll.

Den isometriska bukmuskelträningen genomfördes på följande sätt:

Från rygliggande med böjda höfter och knän rullade försökspersonen överkroppen framåt-uppåt. Genom att variera armarnas ställning och genom att förlänga hålltiden ökades belastningen successivt för att uppnå största möjliga träningseffekt.

Inom båda grupperna ökade bukmuskelstyrkan kraftigt som effekt av träningen. Bukmuskelaktiviteten vid

lyft visade sig emellertid vara lägre efter träning än före. Buktrycket vid lyft var helt oförändrat vid de två mätillfällena och således opåverkat av träningen.

Vid jämförelse av ryggpatienter och kontroller före träning visade ryggpatienterna 25 procent lägre bukmuskelstyrka än kontrollerna. Däremot fanns ingen skillnad vad gällde buktryck vid lyft.

En analys av förändringarna mellan mätningarna före och efter träning visade dessutom att det inte fanns något samband mellan bukmuskelaktivitet å ena sidan och buktryck vid lyft å andra sidan.

Förklaring till den uteblivna träningseffekten torde vara dels att bukmuskeln inte har någon avgörande betydelse för buktrycket vid lyft, dels att träningen är en styrketräning som inte har något gemensamt med lyft-rörelsen. Vi vet från andra sammanhang att effekten av muskelträning är mycket specifik. Det är mot den bakgrunden inte överraskande att styrketräning i liggande ställning inte ger någon effekt i en dynamisk rörelse i stående framåtböjd ställning.

Dessa resultat har stimulerat till ytterligare undersökningar för att försöka utröna de faktorer som påverkar buktrycket vid lyft. Vi har samtidigt studerat tyngdlyftarnas lyfteknik och olika försök att påverka lyftet med hjälp av andningen. Det förefaller klart att diafragma spelar större roll än vi tidigare har trott. Koordinationen mellan diafragma, bukväggsmuskler och bäckenbottenmuskler har betydelse liksom ryggmuskelstyrkan, medan däremot bukmuskelstyrkan har en underordnad roll. Resultatet av dessa undersökningar som har utförts på Bygghälsan i Malmö i samarbete med professor Moritz vid institutionen för sjukgymnastik, Lunds universitet, och överläkare Jern Hamberg, Alfta, kommer att publiceras under 1983 (2).

Den övergripande målsättningen med våra undersökningar är sålunda att finna förebyggande åtgärder mot ländryggsbesvär. Det är uppenbart att vi länge har ordinerat isometrisk bukmuskelträning utan att egentligen veta vad vi har fått för resultat. Vi har lång väg kvar till målet, men egentligen borde det vara lika självklart att kunna ordinera fysikaliska behandlingsmetoder och förebyggande åtgärder med samma precision och krav på resultat som vi har vant oss vid att kräva av kemiska behandlingsmetoder, dvs farmaka.

practice. Hutchinson Medical Publications, London, 1969.

4. Svensson, H.O., och Andersson, G.B.J.: Sick-listing for diagnoses related to the locomotor system: A study of men 40-47 year old. Läkartidningen 1981; 78-2761.

Författarpresentation

Bertil Hemborg*, företagsöverläkare, Bygghälsan, Malmö.

*Postadress: Östra Promenaden 7B, 21128 Malmö, tel. 040-10 1250.

Svensk Förening för Ortopedisk Medicin – en presentation

Svensk Förening för Ortopedisk Medicin (SFOM) är en vetenskaplig läkarförening för att främja forskning och utbildning inom det ortopediskt medicinska området. Föreningen har för närvarande 430 medlemmar.

Med ortopedisk medicin avses funktionsrubbningar i rörelseorganen där kirurgisk terapi eller specifik reumatologisk behandling inte är tillämplig. Det är därvid naturligt att intresset särskilt ägnas åt smärttillstånd och funktionsrubbningar i ryggen.

Förutom det vetenskapliga programmet vid årsmötet driver föreningen en betydande kursverksamhet med ca 500

deltagare per år. Kurserna, som vänder sig till läkare och sjukgymnaster, förmedlar såväl grund- som vidareutbildning inom ortopedisk medicin.

Föreningen har livliga kontakter med motsvarande föreningar i andra länder. Bli erhåller medlem förlöpande information om kurser och kongresser utomlands.

Föreningen har en egen tidning, *Manualen*, som sammanställer sammandrag av vetenskapliga artiklar.

Ansökan om medlemskap sändes till föreningssekreteraren.

Årsavgiften för 1983 är 50 kr.

Ansökan om medlemskap i Svensk Förening för Ortopedisk Medicin

Härmed anhåller undertecknad, som är behörig att utöva läkaryrket i Sverige, om medlemskap i Svensk Förening för Ortopedisk Medicin.

Namn och adress (textat eller maskinskrivet)

Medlemsavgiften kr 50:– insättes på postgiro 67 34 64-4 ☐

önskas aviserad ☐

SVENSK FÖRENING FÖR ORTOPEDISK MEDICIN

Sekreterare Bengt Johansson

SAAB-SCANIA, Läkarmottagningen

15187 Södertälje · Tel: 0755-82250

Referenser

1. Broberg, K.B.: The mechanical behavior of the spinal system. report from Division of solid mechanics, Lund Institute of technology, Lund, 1981.

2. Hemborg, B.: Intraabdominal pressure and trunk muscle activity during lifting. Thesis. Lund University, Lund, 1983.

3. Morris, J.M.: Biomechanics of the spine. Arch Surg 107: 418-423, 1973.

4. Nachemson, A.: Towards a better understanding on low-back pain: A review of the mechanics of the lumbar disc. Rheumatol Rehabil 14: 129-143, 1975.

5. Schultz, A., Anndersson, G., Örtengren R., Haderspeck, K., Nachemson, A.: Loads on the lumbar spine. J Bone Jt Surg 64-A: 713-720, 1982.

6. Zachrisson-Forsell, M.: The back school. Spine 6: 104-106, 1981.

Författarpresentation

*Bertil Hemborg**, företagsöverläkare, Bygghälsan, Malmö.

*Postadress: Östra Promenaden 7 B, 211 28 Malmö, tel. 040-10 12 50.

Kan töjning av iliopsoasmuskeln med en ny metod påverka lumbala smärttillstånd?

JERN HAMBERG

Genomgång av gängse läroböcker i anatomi och kinesiologi visar att det råder delade meningar om iliopsoasmuskeln (ip) funktion.

Janda har visat att ip kan bli förkortad och han har lanserat ett test som allmänt accepterats. Testet har använts på ett stort antal toppidrottsmän, "hurtbullar" och "soffliggare".

Resultatet visar att aktiviteten styr ip:s muskelmönster. Felaktig träning ger förkortning av ip.

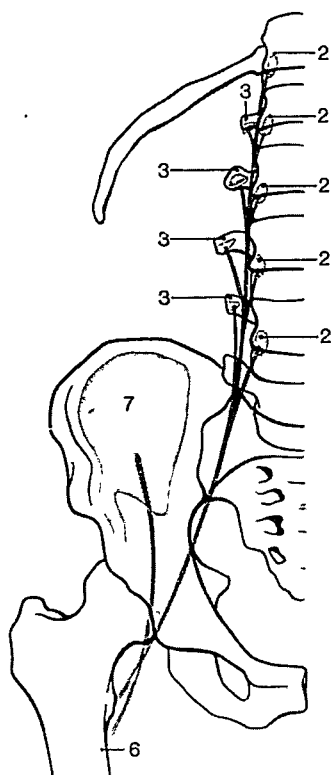
En jämförelse görs mellan Jandas test och en ny metod att testa ip. Resultaten redovisas.

En pilotstudie har också påbörjats för att utröna om töjning av ip enligt en ny metod kan påverka lumbala smärttillstånd.

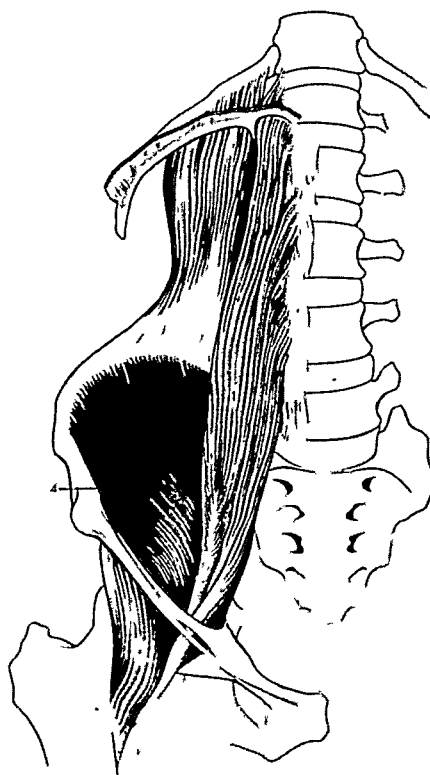
De preliminära resultaten av pilotstudien visar en klar skillnad i ip:s muskelmönster hos ryggsfriska och hos patienter med diagnosen Lumbago chron.

Några typfall redovisas.

Allmänläkaren bör kunna testa och behandla en förkortad ip enligt de nya metoderna.



Figur 1.
Ursprung och fästern för psoas major och iliacus.



Figur 2.
Schematisk bild av iliopsoas (ip).



Figur 3.
Röntgenbild av kotpelaren i ventralflexion och sidoböjning till höger. Detta ger även en rotation till höger.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, forskning, ländryggsbesvär, diagnostik, behandling, töjning.

Iliopsoas (ip)-muskeln anatomi och funktion

Psoas majors ytliga del utspringer från sidoytorna av 12:e bröstkotan och 2:a–4:e ländkotorna (och enligt en del författare även från mellankotskivorna). Den djupa delen av psoas major utspringer från de transversella utskotten på 1:a–5:e ländkotorna. Psoas major förenar sig med iliacusmuskeln som kommer från insidan av bäckenskovalen och går ner som ip över bäckenkanten genom en muskelslits till trochanter minor på lårbenet strax under lårbenshalsen. Psoas major kan även komma från 12:e revbenet och iliacus från höftledskapseln och från sacrum. Det finns även i cirka 50 procent en psoas minor som blandar sig med psoas major (figur 1 och 2).

Ip böjer, utåtroterar och abducerar eller adducerar benet beroende på maximalt ytterläge i höftleden. Med fixerat bäcken böjer höger ip kotpelaren framåt och sidoböjer den till höger. Detta ger även – på grund av kotpelarens byggnad och rörelsemönster (2) – en rotation till höger av ländkotorna (figur 3).

Genomgång av 35 läroböcker i anatomi och kinesiologi visar liten överensstämmelse när det gäller ip:s funktion. Det råder faktiskt oenighet både om ip framåt- eller bakåtböjer ryggraden, om den ab- eller adducerar och om den inåt- eller utåtroterar i höftleden. Denna diskrepans fordrar nya studier av ip:s funktion, särskilt i extrema ytterlägen.

Iliopsoasmuskeln klinik

Janda (8) har visat att ip kan bli förkortad och han har lanserat ett test, som allmänt accepterats (1) (figur 4).

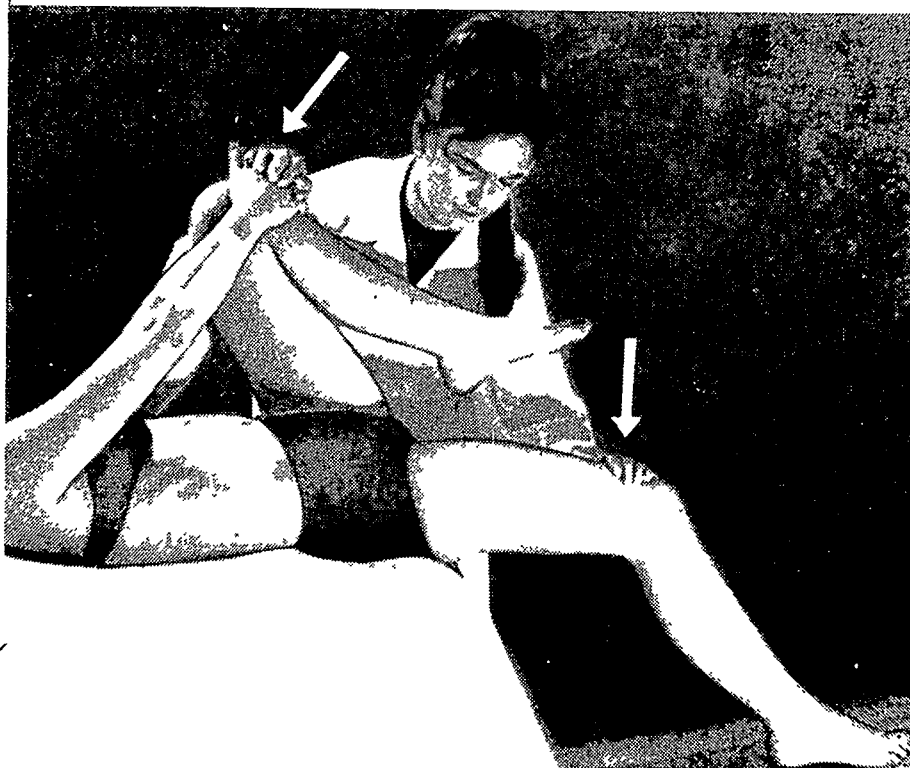
Testet har använts på 1249 toppidrottsmän, "hurtbullar" och "soffliggare" (5). Resultatet visar att aktiviteten tycks styra ip:s muskelmönster. Felaktig träning ger förkortning av ip. Ju mindre träning, desto mindre förkortning av ip, men då blir andra muskelgrupper för svaga i stället (tabell 1).

Tabell I

Förkortad iliopsoasmuskel i procent

Hos elitidrottsmän, "hurtbullar" och otränade med gymnastikdirektörer som "kontrollgrupp".

Ishockey	100
Fotboll	79
Bandy	79
Utförsåkning	78
Gymnastikdirektörer	55
Långdistans	42
Sprinter	41
Otränade kvinnor	20
Otränade män	19
Antal undersökta	1249



Figur 4. Jandas test av ip i rygliggande.



Figur 5a. Utgångsställning.



Figur 5b. Slutställning.

Alternativt utförande: Terapeuten håller kvar den fixerade handen och stödjer patientens ben med sin högra axel. Höger hand höjer gradvis fotändan på bänken.

Maximal avspänning – töjning av iliopsoasmuskeln

För att töja ip maximalt läggs patienten på mage med sidoböjning till motsatt sida i thoracolumbalövergången och lumbalcolumna. Dessutom placeras det ben som ska töjas i adduktion och maximal inåtrotation.

Utgångsställning: Patienten framliggande med sidoböjning till vänster i thoracolumbalövergången och lumbalcolumna. Höger ben hålles maximalt inåtrotterat i höftleden och flekterat i knäleden. Vänster ben placeras utanför bänken med foten på golvet. Terapeuten kan med sin vänstra fot låsa patientens vänstra fot i denna ställning (för att hindra patienten att "fly undan" töjningen). För att fixera bäckenet används bälte. För att undvika lordossmärta i ländryggen flyttas vänster fot fram på golvet, så att höftleden flekteras och ländlordosen rätas ut. Terapeuten står med front mot patientens vänstra sida.

Fattning: Terapeuten fattar med höger hand något proximalt om fotleden med underarmen längs efter medialsidan av patientens underben. Vänster hand placeras över patientens högra tuber ossis ischii.

Utförande: Med bibehållande av höger hands fattning ökar terapeuten gradvis inåtrotationen i höftleden, samtidigt som han med vänster hand gradvis höjer fotändan av bänken (= ökar extensionen). Om bältet ej fixerar tillräckligt under sluttöjningen, stöder terapeutens vänstra hand patientens tuber ossis ischii på höger sida och pressar bäckenet ned mot bänken.

Alternativt utförande: Terapeuten håller kvar den fixerande handen och stöder patientens ben med sin högra axel. Höger hand höjer gradvis fotändan på bänken.

En pilotstudie har påbörjats (7) för att utröna om töjning av ip enligt en ny metod (3) kan påverka lumbala smärttillstånd (figur 5).

40 patienter med diagnosen lumbago chron har testats enligt Janda och enligt den nya metoden. Resultaten framgår av figur 6.

En kontrollgrupp av 60 slumpvis utvalda rygghfriska människor i fullt arbete har också testats på samma sätt. Skillnaden i ip:s muskelmönster i de båda grupperna är betydande (figur 7).

Är den nya testmetoden av iliopsoas i framliggande säkrare än den i ryggliggande och ger den nya töjningsmetoden av iliopsoas i samma utgångsställning bättre resultat?

1. Ursprung och fäste hos ip – vid test i framliggande – avlägsnas maximalt på grund av

1.1. att ventralflexion undviks. Eventuellt kan man åstadkomma en viss dorsalflexion om det är önskvärt.

1.2. sidoböjning till motsatt sida.

1.3. inåtrotation i höftleden.

Med patienten i detta läge blir avståndet mellan framkanten av corpus på Th:XII och trochanter minor störst.

2. Andra fördelar med metoden i framliggande.

2.1. Sidoböjning av ryggraden – med åtföljande lätt rotation – har en stabiliserande effekt på ländkotorna så att dessa ligger fixerade under själva test- eller töjningsproceduren (4).

2.2. Hela patienten ligger mer stabilt i framliggande.

2.3. Genom att fixera bäckenet med bälte och genom att låta patientens vänstra fot stå på golvet – där även hamstrings hjälper till att fixera – blir:

2.3.1. belastningen på lednära strukturer mindre på motsatt sida. (Vänster höftled behöver ej flekteras maximalt.)

2.3.2. de nedersta ländkotorna bättre stabiliserade och därför skonade från att delta i rörelsen. Detta är viktigt vid instabilitet eller vid andra anledningar till smärtor i ländryggen.

2.3.3. terapeutens båda händer fria och han eller hon kan med den ena handen kontrollera inåtrotationen i höftleden och med den andra handen höja fotändan på bänken. Detta underlättar arbetet för terapeuten och möjliggör en effektiv töjning.

2.3.4. bäckenet fixerat så att det ej kan tippa bakåt och därvid orsaka flexion i ländryggen som i sin tur ger en extension i höftleden redan i utgångsläget.

Fallbeskrivningar (6)

Patient 1: 50-årig hemmafru med smärtor sedan 20 år i höger höft och ljumske med utstrålning i S:I-segmetet.

Tre operationer: 1. Höger höft opererades för 16 år sedan med nervavskärning. 2. För åtta år sedan explorativ laparotomi med inspektion av urinblåsa, ovarier, uterus med mera utan fynd. 3.

För två år sedan ny operation av höger höft, men inga fynd och ingen smärtlindring.

Behandling: Töjning av patientens högra iliopsoasmuskel gjorde henne symptomfri efter någon månad. Kontroll två år senare: Helt smärtfri.

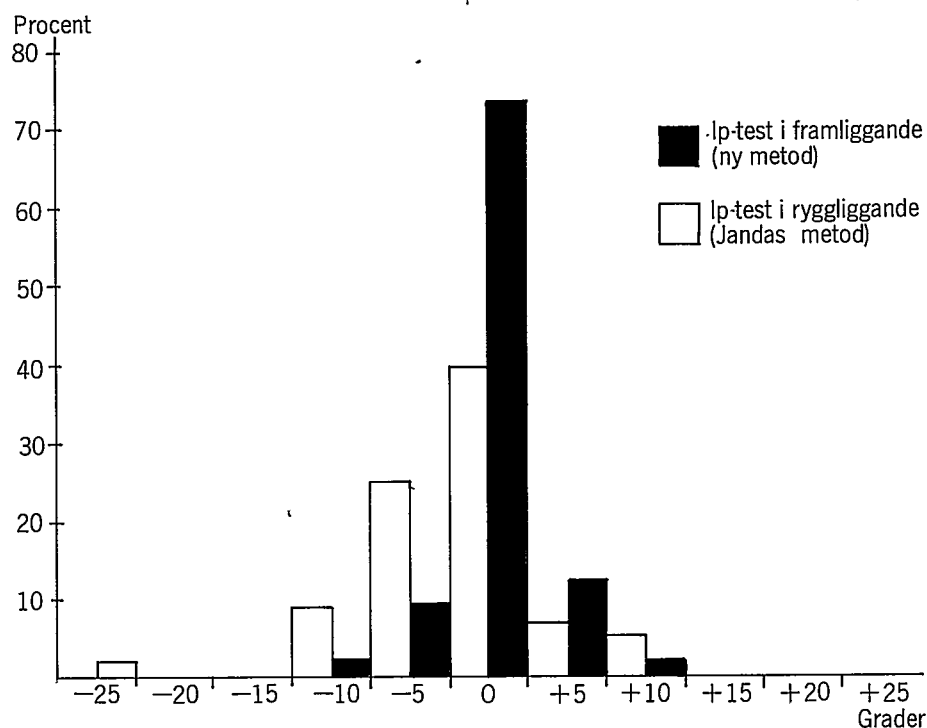
Patient 2: 45-årig operationssköterska med oklara smärtor i ryggen på höger sida och i höger ljumske sedan tio år.

Två operationer: 1. För sju år sedan explorativ laparotomi utan fynd. 2. För

två år sedan ny operation där njurar, urinblåsa, ovarier med mera undersöktes utan fynd. All tidigare behandling utan effekt på smärtorna.

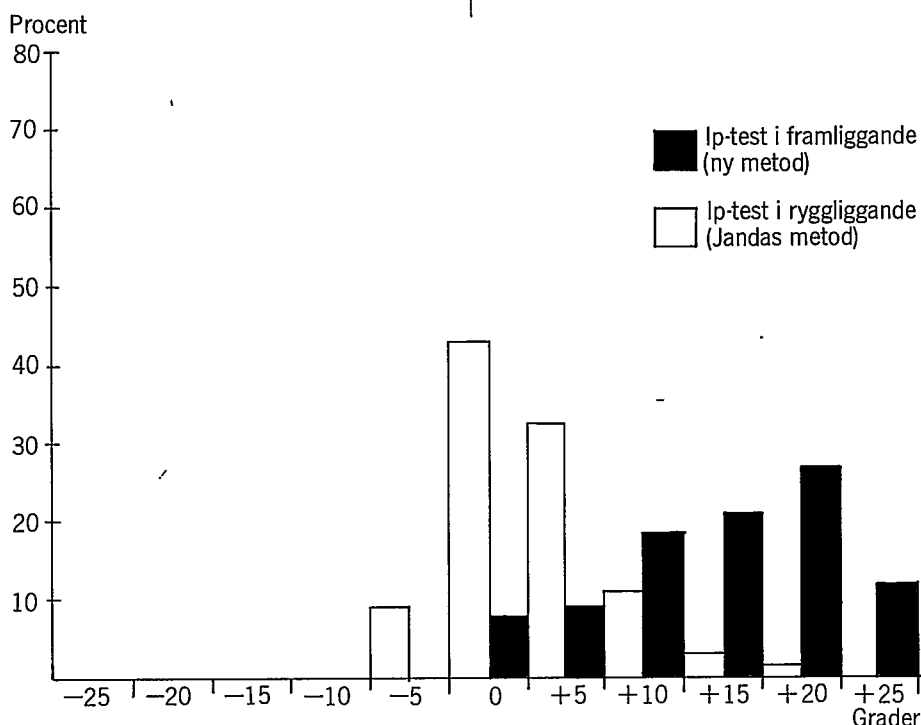
Behandling: En tids specifik töjning av patientens högra och förkortade iliopsoasmuskel gjorde henne besvärsfri. Kontroll tre år senare: Helt smärtfri.

Patient 3: 22-årig sköterskelev med oklar värk i magen strålade nedåt höger sedan fem år. Behandlades under



Figur 6.
Patienter med diagnosen lumbago chron.

ip-muskelns längd tänkes uttryckt i grad av extension i berörd sidas höftled (minus anger inskränkt extension).



Figur 7
Ryggfrisk kontrollgrupp

ip-muskelns längd tänkes uttryckt i grad av extension i berörd sidas höftled (minus anger inskränkt extension)

För att komma rätt.

Att starta behandlingen av reumatoid artrit med Confortid 75 mg supp ger flera fördelar.

75 mg suppen ger en naturlig ingång när det gäller att bestämma styrkan på dosen. Den ger möjlighet att efter behov justera både uppåt (100 mg) och nedåt (50 mg).

En patient som ställts in på rätt dos Confortid anser i två fall av tre terapin vara effektiv efter ett år. Vilket ska jämföras med patienter som ställts på ett av de nyare NSAID-preparaten. Där byter två av tre preparat inom ett år – pga liten eller utebliven effekt.

En start med Confortid 75 mg ger således de bästa förutsättningar för en långvarigt effektiv terapi vid reumatoid artrit.

Fass-fakta Confortid

Kapslar 25 mg och 50 mg, mixtur 5 mg/ml, suppositorier 50 mg, 75 mg och 100 mg.

Antiflogistikum med analgetisk, antipyretisk verkan.

Deklaration.

1 kapsel innehåller: Indometacin. 25 mg aut 50 mg, constit. et color (titandioxid) q.s. 1 ml mixtur innehåller: Indometacin. 5 mg, color (kinolingult), aroma et solvens q.s. 1 suppositorium innehåller: Indometacin. 50 mg, aut 75 mg, aut 100 mg, constit. q.s.

Egenskaper.

Indometacin är ett väl fördragbart antiinflammatoriskt medel av icke-steroid typ med antipyretisk och analgetisk effekt.

Indikationer.

Reumatoid artrit, artroser (speciellt höftledsartros), pelvospondylit, gikt, tendovaginit och bursit.

Kontraindikationer.

Indometacin är kontraindicerat till patienter med aktivt ulcus ventriculi eller duodeni, epigastralgi, inflammatoriska gastrointestinala sjukdomar samt tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Försiktighet tillrådes även till patienter med epilepsi, parkinsonism eller psykiska sjukdomar då medlet kan förvärra dessa tillstånd. Känd eller misstänkt överkänslighet mot acetylsalicylsyra eller andra icke steroidal antiflogistika. Suppositorierna är kontraindicerade vid nyligen inträffad proktit.

Graviditet och amning.

Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt □. Antiflogistika med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen, givna under senare del av graviditet, ger djurexperimentellt upphov till intrauterin slutning av ductus arteriosus. Givna i fullgången tid kan de förlänga värkärlbetet och fördröja förlösningen. Då data finns för att detta äger relevans också hos människa, bör kontinuerlig behandling med antiflogistika under sista månaden av graviditet endast ske på strikt indikation. Under dagarna närmast före beräknad förlösning skall medel med prostaglandinsynteshämmande effekt undvikas.

Indometacin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även vid terapeutiska doser.

Biverkningar.

Indometacin fördrages i allmänhet väl.

Centralnervösa: Vanligaste biverkningar är huvudvärk, yrsel och dåsigheit. Besvären uppträder särskilt i början av behandlingen och försvinner i allmänhet vid fortsatt tillförsel.

Psykiska förändringar kan uppträda såsom förvirring och nervositet. I sällsynta fall psykos och depressioner.

Gastrointestinala: Dyspepsi kan uppträda liksom i sällsynta fall diarré. I likhet med andra antiinflammatoriska medel kan symtomfria ulcera uppträda. I en del fall har blödningar förekommit och vid sällsynta tillfällen har perforering inträffat. Patienter som får dyspeptiska besvär vid peroral behandling kan ofta med fördel behandlas med suppositorier. Suppositorierna kan någon gång orsaka lokal irritation av rektalslemhinnan med sveda eller blödning.

Allergiska: Urtikaria, rinit och astma, risken ökar hos patienter med känd allergi eller astma.

Övrigt: Sällan rapporterade biverkningar är dimsyn, stomatit, ödem, ökat restkväve, hyperglykemi, glukosuri samt trombocytopeni och leukopeni, lever- och njurskada.

Dosering.

Doseringen bör individualiseras, vid underhållsbehandling kan dosen ofta sänkas under rekommenderade värden.

Suppositorier: 1 suppositorium à 75 mg eller 100 mg 1–2 gånger dagligen, alternativt 1 suppositorium à 50 mg 1–4 gånger dagligen.

Kombinationsbehandling kapslar eller mixtur/suppositorier: Vid kombinationsbehandling ges 25 mg som kapsel eller mixtur 2–3 gånger dagligen samt ett suppositorium à 75 mg eller 100 mg till natten. (Beräknad total dygnsdos 150–200 mg.)

Kapslar och mixtur: Initialt ges vanligen 25 mg 2–3 gånger dagligen – en dos som ofta är tillräcklig vid artrosbehandling. Vid behov ökas dosen gradvis till maximalt 150–200 mg/dygn.

Akut gikt: 50 mg 3–4 gånger dagligen i 2 dagar.

Vid dyspeptiska besvär intas CONFORTID kapslar i samband med måltid.

Interaktion.

Se speciellt avsnitt märkt □, grupp 12B 2005 Indometacin, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

Observera.

Vid behandling med CONFORTID kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning.

Indometacin kan maskera en infektion eller aktivera en latent sådan. Indometacin bör på grund av risk för biverkningar ej ges till barn.

Förpackningar.

Suppositorier 50 mg: 10 st, 50 st (med införare).

Suppositorier 75 mg: 10 st, 50 st (med införare).

Suppositorier 100 mg: 10 st, 50 st (med införare).

Kapslar 25 mg: 30 st, 100 st, 250 st.

Kapslar 50 mg: 30 st, 100 st, 250 st. **Mixtur 5 mg/ml (gul):** 500 ml.

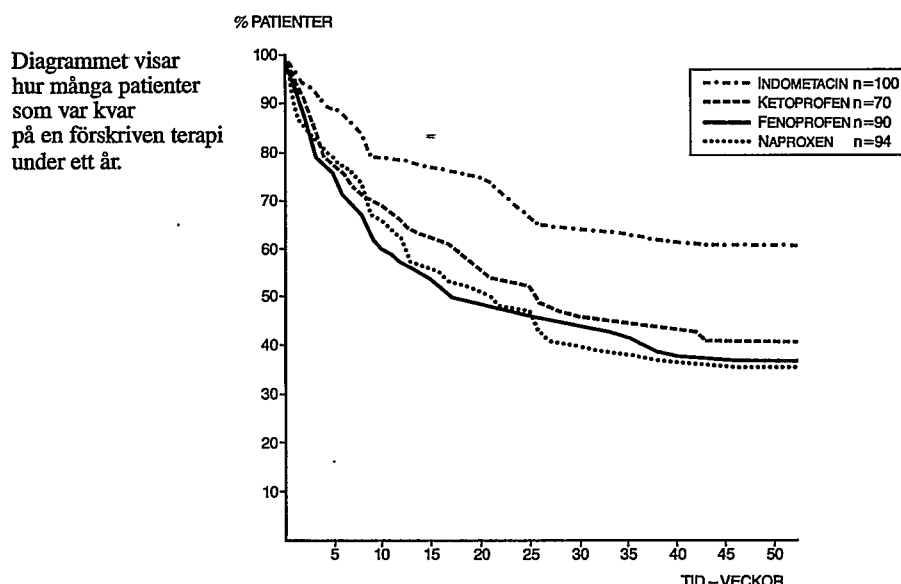
Patienter med reumatoid artrit (RA) har många år av behandling framför sig. Undersökningar över några veckor ger därför inte tillräcklig information om ett läkemedels terapeutiska värde under längre tid.

Detta säger en grupp brittiska oberoende reumatologer i en rapport om en sammanlagt fyra år lång sk patient compliance-undersökning.

Ca 900 RA-fall har gått igenom i jämförande studier. Resultatet av studierna exemplifieras av nedanstående tabell och diagram.

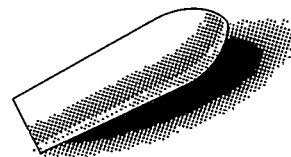
I studien fick patienterna själva justera dosen av respektive läkemedel:
 Indometacin – upp till 200 mg/dygn Fenoprofen – upp till 2.400 mg/dygn
 Ketoprofen – upp till 400 mg/dygn Naproxen – upp till 750 mg/dygn

	Antal patienter	Kvar efter 1 år	Antal patienter som hoppade av Totalt	Pga intolerans	Pga utebliven effekt
Indometacin	100	61 (61%)	39 (39%)	27 (27%)	12 (12%)
Ketoprofen	70	29 (41%)	41 (59%)	5 (7%)	36 (52%)
Fenoprofen	90	33 (37%)	57 (63%)	13 (14%)	44 (49%)
Naproxen	94	34 (36%)	60 (64%)	18 (19%)	42 (45%)



Fotnot: NSAID står för non-steroidal antiinflammatory drugs.
 Referensen är *Patient Compliance: A Novel Method of Testing Non-steroidal Antiinflammatory Analgetics in Rheumatoid Arthritis*.
 H. A. Capell, J.A.N. Rennie et al.
 Publicerades i *Journal of Rheumatology*, Vol 6, No 5, 1979.
 Patient Compliance kan ungefär översättas med:
 Patientens benägenhet att fullfölja en förskrivna terapi.

Confortid 75 mg (indometacin) från Dumex.



Dumex Läkemedel AB, Box 3501, 250 03 Helsingborg. Telefon 042-12 77 25.

tre år med medicin för kronisk äggstocksinflammation, dock utan effekt. Laparaskopi visade inflammatorisk retning, men av vänster ovarium.

Behandling: Töjning av patientens förkortade iliopsoasmuskler gjorde henne symptomfri efter en kort tid. Kontroll fyra år senare: Helt frisk.

Patient 4: 48-årig hemmafru som, i samband med tunga lyft vid en flyttning, fick akuta svåra smärtor i ländryggen med stark rörelseinskränkning. Vård på medicinklinik, ortopedklinik och konsult hos neurolog utan effekt. Smärtstillande injektioner gav endast temporär lindring av smärtorna.

Behandling: Töjning av hennes förkortade iliopsoasmuskler gav momentan smärtlindring och rörelsefrihet. Behandlingen finns upptagen på videofilm. Kontroll efter en månad och efter sex månader: Besvärsfri.

Patient 5: 13-årig flicka, elitgymnast, som periodvis under fem år besvärats av ibland mycket svåra smärtor på höger sida i buken.

Två operationer: 1. Opererad vid nio års ålder varvid en frisk appendix avlägsnades. 2. Vid elva års ålder ny explorativ laparotomi varvid en frisk gallblåsa avlägsnades. Trots detta kvarstående besvär med stor frånvaro från skolan och psyko-social kris som följd.

Behandling: Töjning av höger iliopsoas, som var starkt ömmande vid palpation, gav momentan besvärsfrihet. Kontroll fyra år senare: Frisk ung dam med normala sociala relationer.

Till detta kan nämnas många fall bland idrottsmän – representerande fotboll, ishockey, handboll, orientering, skidåkning, löpning med flera idrottsgrenar – som klagat över oklara smärtor i rygg, lumske, mage etc. De har behandlats med steroidinjektioner, muskelavslappnande och inflammationshämmande medel, men endast med tillfällig förbättring som följd. De har ej kunnat träna eller tävla. Regelbunden töjning av deras förkortade iliopsoasmuskler har återfört dem till träning och tävling.

Sammanfattning

Test av ip enligt den beskrivning som presenterats är enkel och tillförlitlig och kan och bör utföras av allmänläkaren, som ofta möter patienter med besvär som beskrivits.

Behandling av förkortade ip enligt samma metod kan utföras av både den intresserade allmänläkaren och sjukgymnasten, som dessutom lär patienten hur han eller hon själv ska töja sin förkortade iliopsoasmuskel, både i behandlande och senare även i förebyggande syfte (figur 8).

Litteraturlista

1. Ekstrand J o a: Lower Extremity Goniometric Measurements: A Study to Determine Their Reliability. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 63, april 1982.

Figur 8a och 8b

Hemövning för töjning av iliopsoasmuskeln



Figur 8a. Utgångsställning.



Figur 8b. Slutställning.

2. Evjenth O, Hamberg J: The Normal Movement Patterns of the Spine. To be publ.

3. -- Töjning av muskler varför och hur? Del I. Alfta Rehab Förlag 1980.

4. -- The Stretching of Muscles Why and How? Part II. To be publ.

5. Hamberg J: Muskelfunktionstest enligt Janda på olika grupper av barn och vuxna, otränade och tränade, män och kvinnor samt elitidrottsmän. Idrottens Forskningsråd, forskningskonferens Bosön, 18 jan 1979, 18-27.

6. -, Evjenth O: Non-Specific Chronic Pain – in Reality Caused by Shortened Iliopsoas Muscle. International Symposium, "Spine and Muscle", Prag, ay 5-7, 1982.

7. -, Jonsson E, Lundborg L: Kan töjning av iliopsoas påverka lumbala smärttillstånd? Under publ.

8. Janda V: Muskelfunktionsdiagnostik. Studentlitteratur, Lund 1975.

Författarpresentation

Jern Hamberg*, överläkare, Alfta kurhem.

*Postadress: Alfta kurhem, Box 94, 822 00 Alfta. Tel. 0271/114 45.

Ortopedisk medicin i läkarnas grundutbildning

BENGT NORDGREN

I artikeln redovisas behovet av ortopedisk medicin i grundutbildningen och ett önskvärt innehåll på denna nivå.

Nyckelord: Grundutbildning, ortopedisk medicin.

I grundutbildningen för läkare ingår att undersöka och värdera människokroppen, de olika organsystemen och deras funktion, tex hjärta-cirkulation, lungor, muskler, leder och skelett, dvs man skall bli lära sig att på patient ta upp ett status presens. Detta sker under det propedeutiska året, dvs innan medicinen börjar tjänstgöringen på olika kliniker och avdelningar. Innan det propedeutiska året har medicinen genomgått utbildningen vid de prekliniska medicinska institutionerna. Den kliniska tjänstgöringen förutsätter att baskunskap inom olika prekliniska ämnen inhämtats. Denna kunskap skall ligga som grund för utbildningen inom olika kliniska områden och den praktisk kliniska tillämpningen vid diagnostik och behandling av patienter.

För förståelse av rörelse-stödjeapparaten (ben, leder, muskler och stödjevävnad mm) och dess funktion krävs kunskaper i *anatom*, särskilt den funktionella anatomin, och i *fysiologi*. Den funktionella anatomin innefattar att man vid undersökning på patienten kan identifiera de olika strukturerna och testa funktionsförändringen (såsom rörlighet, stelhet, belastningstålighet, muskelstyrka). Adekvat smärtanalys är väsentlig för att få fram den struktur som är smärtursprung.

Viss *basal biomekanik* inkluderande kännedom om momentlagen med statisk och dynamisk jämvikt är nödvändig. Detta är väsentligt med hänsyn till de stora krafter som muskulaturen utvecklar och de stora belastningar som lederna (särskilt ledbrösket) och stödjevävnaden utsätts för vid olika kroppslägen, särskilt vid rörelse. För förståelsen av skador och uppkomsten av dessa i rörelse-stödjeapparaten, erfordras kännedom om hållfastheten för drag (= traktion), tryck (= kompression) och rotation (= torsion).

Fysiologi omfattar muskulaturen, faktorer som bestämmer och påverkar musklernas kraft och uthållighet såväl statistiskt som vid olika rörelsehastighet. Ledbröskets egenskaper (även inkluderande den biokemiska bakgrunden med den molekylära uppbyggnaden, som förklarar bröskets viscoelasticitet och anpassning vid belastning, nutrition mm) är grundläggande för förståelsen såväl fysiologiskt som patofysiologiskt vid olika ledsjukdomar såsom artros, reumatoid artrit. Styrningen av rörelser, koordination, balans genom djupsensibiliteten (olika typer av känselkroppar i muskler, senor, ledkapslar, ligament mm) måste beaktas och förstås.

Den kliniska undersökningsmetodiken och behandlingen skall således grunda sig på basala kunskaper i prekliniska ämnen. I fysiologi inkluderas här även patofysiologi vid sjukdom/skada.

Det kliniska handlandet grundar sig även på beprövad erfarenhet, dvs empiri. Det är givetvis väsentligt att utnyttja den empiriska erfarenheten, men också att analysera och kritiskt värdera det empiriska handlandet. Ortopediska medicinen liknar här många andra kliniska ämnen, genom att delvis grunda sig på basal fysiologi, anatomi mm, delvis grunda sig på empiri. Det är därför naturligt och väsentligt att ha detta tänkesätt och denna bakgrund med preklinisk kunskap och klinisk empiri vid undervisningen av medicine studerande.

Under det propedeutiska året är tidutrymmet tyvärr mycket begränsat för undervisningen i ortopedisk medicin. Detta utrymme varierar även lokalt mellan utbildningsorterna. Eftersom sjukdom/skada i rörelse-stödjeapparaten är mycket vanlig kommer de studerande ofta att möta patienter med sådana sjukdomar/skador under läkarutbildningen, varför det är viktigt att under propedeutiska året meddela de elementära grunderna. Tyngdpunkten måste härvid koncentreras på det principiella sättet att standardisera och utföra undersökningen, innefattande även definitioner av rörelser (rörelseplan/axlar), hävarmar, muskelkraft mm. Avseende mätning av rörelseomfånget i leder rekommenderas

Russe-Gerhardt-Russe: Neutral-Null-Methode und SFTR-Notierung (Huber Verlag, Bern, 1982). Muskelkraften mäts kvantitativt med definierad hävarm och standardiserat (och stabiliserat) kroppsläge. Den sedvanliga undersökningsgången (efter anamnesupptagande, omfattande såväl arbete som fritid) innefattar inspektion (i vila och rörelse) och palpation. Det är väsentligt att varje kursdeltagare själv får praktiskt träna palpation, lämpligen i smågrupper med varandra som undersökningsobjekt, så att deltagarna själva får en praktisk, konkret erfarenhet av utförandet av undersökningsmomenten. De får exempelvis känna på konsistensen av muskulatur, motståndet och variationen av motståndet när rörelseomfånget i en led tas ut, stabilitetstest.

Undersökningen av den enskilda leden utgör förutsättning för förståelsen av koordinationen av rörelse och rörelsemönster i olika kroppsdelar, tex vid gånganalys. Detta är särskilt väsentligt hos patienter som har svårighet att utföra vissa rörelser och moment i det dagliga livet, tex under arbetet.

Grundutbildningen till läkare omfattar många olika moment av såväl mera allmän och gemensam karaktär som specifika avsnitt för visst ämne. Det är därför väsentligt att de olika utbildningsmomenten samordnas och integreras, vilket inte minst gäller undersökning och behandling av sjukdomar/skador i rörelse/stödjeapparaten som kommer igen under flera olika avsnitt av den grundläggande läkarutbildningen – samarbete är här således viktigt.

Författarpresentation

Bengt Nordgren, docent, Rehabiliteringskliniken, Uppsala.*

*Postadress: Akademiska sjukhuset, Rehabiliteringskliniken, 751 85 Uppsala. Tel 018/1671 80.

130 5849

Erfarenheter från fortbildningskurser i ortopedisk medicin för allmänläkare

TOMMY JÄVERFALK

Författaren redovisar personliga erfarenheter av två kurser i ortopedisk medicin för allmänläkare som han genomgick vid Borlänge sjukhus under hösten 1981.

Nyckelord: Efterutbildning, ortopedisk medicin.

Jag har haft nöjet att gå två kurser i ortopedisk medicin hos dr Franz Mildenberger vid Borlänge sjukhus. Extremitetsdelen i NLV:s regi, ryggdelen i provinsialläkarfondens regi. Båda kurserna finns nu inom ramen av såväl NLV:s som provinsialläkarfondens kursutbud. Kurserna lär vara mycket eftertraktade med mer än 100 sökande till 20 platser vid varje kurstillfälle. Det stora antalet sökande torde spegla såväl intresse för ämnet ortopedisk medicin som kursernas höga anseende.

Kursuppläggning

Före kursstart får varje kursdeltagare sig tillsänt ett kompendium, som introducerar ämnet, samt litteraturhänvisningar för uppfrysande av kunskaper i anatomi. Denna repetition av anatomin är nödvändig för att man skall kunna tillgodogöra sig kursen, trots att varje avsnitt föregås av ytterligare anatomisk genomgång, dock med tyngdpunkten på funktionell anatomi och demonstration. Till sin hjälp vid dessa demonstrationer (och för övrigt under hela kursen) har doktor Mildenberger två erfarna sjukgymnaster.

Efter genomgång av ett anatomiskt-funktionellt område, följer praktiska övningar. Dessa inleds med att Franz demonstrerar allå de ingående diagnostiska momenten (inspektion med patienten i vila, inspektion med patienten i rörelse, manuell undersökning etc) på någon av sjukgymnasterna. Därefter får kursdeltagarna, under handledning av sjukgymnasterna och Franz, själva öva dessa olika moment på varandra. I tillämpliga delar visas och övas även terapeutiska tekniker, även om huvuddelen av kursen ägnas åt diagnostik.

Visst kvällsarbete med grupparbe-

ten kring fallbeskrivningar ingår även i kursen.

Kursmaterialet

Kursdeltagarna erhåller en kurspärm för respektive kurs med ett material som är mycket imponerande. Det är rikt illustrerat och innehåller bla undersökningsschema, checklistor etc för att främja en systematisk undersökning av rörelseapparaten. En hel del av de manuella tekniker som lärs ut under kursen, kräver mycket övning och exakthet vid applikationen. Flertalet finns noggrant beskrivna i kurspärmen, både i ord och bild, och utgör i sin stora omfattning och grundlighet, i det närmaste en lärobok i ortopedisk medicin. För den som genomgått kursen är pärmen ett ovärderligt referensmaterial för repetition och fortsatta studier.

Extremitetskurs och ryggkurs

Jag gick extremitetskursen först, vilket jag tror är en fördel. Extremitetsdiagnostiken är enligt min mening något lättare, dels genom att de undersökta lederna i allmänhet har ett större rörelseomfång, dels på grund av att lederna är mer lättåtkomliga för undersökaren. Ryggkursen omfattar bla undersökning av den segmentella rörligheten i ryggraden, rörligheten i sacroiliacalederna mm och kräver mycket övning för att man skall behärska tekniken.

Vid kursstarten ansåg sig sannolikt flertalet kursdeltagare friska i rörelseapparaten. Efter fem dagars intensivt undersökande hade många en hel del muskelömheter! Flera mer eller mindre betydelsefulla defekter i rörelseorganen kunde vi under kursens lopp diagnostisera på varandra. För flertalet "krämpor" gavs under kursen anvisningar om behandling, tex töjning av förkortade muskler, tvära friktioner mm.

Speciella områden

Under kurserna berörs många olika kliniska tillämpningar av kunskaper. Bla idrottsskadornas förebyggande och behandling, tex stretching och tejpning, demonstreras och övas. Vissa vanliga åkommor tex torticollis, skul-

dermyalgier, vissa vanliga muskelförkortningar, kan man efter genomgången kurs själv behandla manuellt med relativt enkla och ej särskilt tidskrävande metoder.

Under kursen demonstreras även tekniken för intraartikulära injektioner i olika leder. Dessutom berörs infiltrationstekniker, "dry needling" m.m.

Klinisk användbarhet

Kurser motsvarande dessa erbjuds även sjukgymnasterna. Det är sannolikt fler sjukgymnaster än läkare som har kunskaper och erfarenhet av dessa undersöknings- och behandlingsmetoder. Sjukgymnasterna har även störst möjlighet att hålla kunskaperna aktuella och finslipa tekniken. Maximal behållning av dessa kurser har man om man efter kurserna kan samarbeta med en sjukgymnast som genomgått motsvarande utbildning. Vinsten torde vara att en ökad kunskap/färdighet hos undersökande läkare leder till bättre diagnostik, bättre remisser till sjukgymnasterna och bättre behandlingsresultat. Sannolikt kan även antalet röntgenundersökningar och antalet "onödiga" remisser till ortopedklinikerna minskas.

De flesta undersökningsrum på en vårdcentral är försedda med en undersökningsbänk med fast underrede, på vilken endast huvudändan kan höjas/sänkas. Britsen är i allmänhet placerad i ett hörn och kan ej flyttas med patienten liggande på den. För att kunna undersöka patienterna ordentligt enligt de principer som lärs ut under kurserna, måste undersökaren kunna komma åt patienten från alla håll. Vissa diagnostiska tekniker förutsätter att hela britsen kan höjas och sänkas. Britsar med dessa finesser finns av flera olika fabrikat och modeller, och är naturligtvis värdefulla även vid undersökning av andra patienter, eftersom de skonar undersökarens rygg och kan underlätta på- och avstigning för rörelsehindrade patienter.

Lär dig ta i dina patienter!

Jag kan varmt rekommendera dessa båda kurser till både blivande och färdigutbildade (när blir man egentligen det?) allmänläkare. Kurserna är "job-

NLV-kursen i Alfta

LEIF MÅWE

biga", framför allt i fysisk bemärkelse, men präglas av en mycket god stämning som doktor Mildenbergers stora entusiasm och personliga engagemang bidrar till.

Har du möjlighet att välja, tror jag att du skall gå E-kursen först. Efter genomgången kurs har du möjlighet att praktisera dina kunskaper hemma på vårdcentralen med kurspärmen som referensverk. Patienter med ortopedisk-medicinska åkommor finns det gott om, det märker man om inte förr så när man har genomgått kurserna.

Ofta har en systematisk och grundlig manuell undersökning av tex en smärtsam led en förvånansvärt stor terapeutisk effekt. Detta beror kanske på att vi läkare under de senaste decennierna har blivit allt mera apparatberoende. Vi har kontakt med våra patienter framför allt via stetoskop och andra instrument. Vid undersökning enligt de metoder som presenteras i kurserna krävs, i bokstavig bemärkelse, en påtagligt stor kontaktyta gentemot patienten, i princip helt fri från instrument. Flertalet patienter upplever detta mycket positivt.

Våga ta i dina patienter!

Författarpresentation

Tommy Jäverfalk*, distriktsläkare, vårdcentralen, Vansbro.

*Postadress: Vårdcentralen, 780 50 Vansbro

Författaren redovisar erfarenheter från en NLV-kurs i ortopedisk medicin i Alfta.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, vidareutbildning.

Med inte en liten bit av förväntan infann jag mig till NLV-kursen i ortopedisk medicin, extremitetsdelen, i Alfta.

Mycket har berättats om verksamheten där och om Jern Hamberg. Som blivande distriktsläkare var intresset främst fokuserat till vad som dolde sig bakom hälsohemmets fasad av faste-kurer, kaninmat och ett kurhems psykologiska effekter.

Med min egen relativa oförmåga att tackla onda "ofarliga" kroppsdelar och endast med tafatta händer undersöka anatomiska strukturer, och en ännu större oförmåga att hjälpa patienter med annat än sjukskrivning, värk-tabletter och illa formulerade sjukgymnastremisser – var utgångsläget så nära botten man kan tänka sig.

Att möta den entusiasm som hela verksamheten utstrålade och speciellt Jern Hamberg blev en ordentlig "kick". Teoretiska och praktiska moment varvades med varandra. Kursdeltagarna varvades också för att ge de dolda anatomiska kunskaperna ny verklighetsanknytning. Inte så få bland deltagarna visade sig vara "avvikare" och flera fick uppleva momentan och förvånande förbättring av kroniska smärtor och rörelseinskränkningar. Den till en början återhållsamma, skeptiska attityden förbyttes till nästan total entusiasm och inte helt utan gruppträck anmälades samtliga deltagare till Svensk förening för ortopedisk medicin.

Jag förvånas efter kursen hur man har kunnat studera anatomi på annat sätt. Teoretiskt inlärande av ursprung, fäste och funktion blir näst intill o användbart när man inför en patient mumlande och fumlande bara kan identifiera och testa några enstaka strukturer och funktioner.

Som distriktsläkare med kunskaper i ortopedisk medicin kan man framför allt ställa en mer korrekt diagnos än tex "ont i axeln". Vidare kan man even-

tuellet genom "töjning", "djupa tvärgående friktioner" och kortison på rätt ställe få patienten momentant smärtfri eller åtminstone förbättrad. Sjukgymnasten får en remiss som innehåller den bättre diagnosen och dessutom specifikt behandlingsförslag. Smärtpatienterna blir då plötsligt roliga och utmanande, men får framför allt ett bättre omhändertagande.

Huruvida ortopedkirurgerna blir avlastade även för dem en problemgrupp patienter är väl en tidigt väckt entusiastisk förhoppning.

Första arbetsdagen efter kursen var jag jour på medicinska kliniken. Följande patient mötte mig då:

Cirka 55-årig man med stillasittande, stressigt arbete, nu sedan 14 dagar på semester i Jämtland. Lungsäcksinflammation på 40-talet, men i övrigt utan allvarligare sjukdomar. Sökte distriktsläkaren på grund av sedan cirka 14 dagar nattliga svettningar, hjärtklappningsattacker, allmän trötthet och värk i vänster ben. Distriktsläkaren fann dämpning basalt över vänster lungfält och palpationsömheter proximalt vänster vad. Inkom till akutmotagningen under frågeställning vänster underbenstrombos och lungemboli?? Patienten var cirkulatoriskt opåverkad, ingen feber, vadmängd vänster = höger och ingen värmeökning.

Röntgen pulm visade förändringar överensstämmande med gammal pleurasvål – vilket anamnesen styrkte.

Patienten var palpationsöm medialt över patella och proximale tibia och fibula. Med nyvunna och något osäkra kunskaper gjorde jag då en "provttöjning" av mm. quadriceps femoris, biceps femoris, semitendinosus och semimembranosus. Samtliga smärtpunkter kunde därefter ej återfinnas, till både min och patientens förvåning.

Trombos- och emboli-misstanken kunde avskrivas och patienten gick nöjd hem med en remiss till sjukgymnast med ordination om töjning i nämnda muskler och förstås en förklaring av allmänsymptomens relation till stress.

Författarpresentation

Leif Måwe*, FV-läkare i allmänmedicin.

*Postadress: Harrvägen 10, 832 00 Frösön

430.5850

Utbildning i ortopedisk medicin för allmänläkare

Handledare – "elever"

JERN HAMBERG

*Rörelseapparaters åkom-
mor kostar över 11 miljard-
er kronor per år för vårt
land.*

*Cirka 30 procent av patien-
terna som söker distrikts-
läkare har besvär från
rörelseapparaten.*

*Allmänläkaren har ingen
utbildning i ortopedisk
medicin. Kompetenta
handledare finns endast i
några landstingsområden
och saknas därför vid
nästan alla vårdcentraler,
som den 1 januari 1983
skall ta emot allmänläka-
ren för specialistutbildning.*

*En "katastrofplan" för
"akututbildning" av hand-
ledare inom ämnesområdet
ortopedisk medicin presen-
teras. Undervisningens
innehåll och utvärderingen
av tidigare kurser redo-
visas.*

Nyckelord: Ortopedisk medicin, hand-
ledare, utbildning.

Ortopedisk medicin – i dag!

Rörelseapparaters åkommor kostar över 11 miljarder kronor per år för vårt land. De flesta patienter med besvär från rörelseapparaten hamnar först hos distriktsläkaren. Av alla som söker allmänläkaren har cirka 30 procent besvär från rörelseapparaten. Resten söker för något annat, men många bland dessa har också ont någonstans. De har dock kanske tröttnat på att söka för detta, då de tidigare inte fått någon hjälp! Cirka 75 procent av ortoped-kirurgens patienter opereras inte. De har dessutom ofta väntat över ett år på ortopedkonsulten. Det finns 1560 allmänläkare men endast 65 reumato-



Demonstration av muskelfantomen
"Benjamin".

loger i Sverige. Antalet ortopedier upp-
gick till 420 i december 1982.

Den ortoped-medicinska patienten
skulle alltså i dag kunna definieras som
den som har besvär från rörelse-
apparaten, men som inte skall skötas
av reumatolog och ej opereras av orto-
ped-kirurg.

Nuvarande utbildning

1. "Grundutbildning"

Fram till och med specialistkompetens
– oavsett om det gäller reumatologi,
ortopedisk kirurgi eller annan speciali-
tet – är utbildningen i ortopedisk me-
dicin mycket bristfällig. Från en kurs-
utvärdering omfattande 340 deltagare
hämtas också orden "sparsam", "dålig"
och "obefintlig" som beskrivning på
nämnda utbildning.

"En exakt diagnos är ofta svår att
ställa; man får nöja sig med beteck-
ningen periartthritis art. humeroscapu-
laris, sedan man utesluter andra anled-
ningar till smärtor i skulderregionen."

(1). Nöjer sig patienten med detta?

"The therapists in this study had li-
mited experience of the method, how-
ever" (2). Nöjer sig doktorn med detta?

Nej, ty "det står klart för allmänläka-
ren att patienter med olika symptom
från rörelseapparaten är en försum-
mad grupp. Även om vår förståelse för
de bakomliggande orsakerna är dålig,
så får vi inte överge den här patient-
gruppen." (3)

2. "Vidareutbildning"

"Det kan aldrig vara fel att lära sig rö-
relseapparaters anatomi och funktion
och att palpera olika strukturer". (3).

Detta har de över 400 svenska läkare
fått erfara, som gått introduktionskur-
serna i ortopedisk medicin. Fem dagar
omfattar diagnostik av extremiteter
(DE) och lika lång tid ägnas åt diagnos-
tik av ryggradens åkommor (DR). Des-
sa kurser har nu blivit NLV-kurser och
lockar varje gång över 100 sökande!

Som påbyggnad kan intresserade lä-
kare gå vidare på E- och R-kurser samt
muskeltöjningskurser tillsammans
med sjukgymnaster. På dessa kurser får
de lära sig specifik diagnostik och be-
handling av extremiteter och ryggrad
under maximalt fyra veckor. Ett fåtal
svenska läkare har dessutom bevistat
några mer avancerade kurser i Ma-
nuelle Medizin i Väst-Tyskland.

Ingen vidare utbildning!

Kommande utbildning

1. "Akututbildning" av handledare

Allmänläkaren har ingen eller sparsam
utbildning i ortopedisk medicin. Kom-
petenta handledare inom ämnesområ-

det finns endast inom några landstings-områden och saknas därför vid nästan alla vårdcentraler. Den 1 januari 1983 skall allmänläkaren specialistutbildas inom primärvården och möter då de cirka 30 procent av patienterna som har besvär från rörelseapparaten. Vem handleder då?

"Läkarens medverkan i fortbildning ställer krav på att den som förmedlar kunskaperna först tillägnar sig des sa" (4).

Intresserade och därför lämpade läkare kan nu "akututbildas" till handledare i ortopedisk medicin. Vid Alfta kurhem har den undervisningen påbörjats och omfattar 10 stycken femdagars intensivkurser. I tabell I redovisas kursplanen.

"Eleverna får repetera nödvändig anatomi för att sedan på ett logiskt och meningsfullt sätt tillämpa den på sig själva och på patienterna. Varje led och muskel studeras på skelett – med hjälp av muskelfantomen "Benjamin" (bild 1) – på deltagarna själva och till slut även på lämpliga patienter – allt under handledning.

För varje avsnitt ges praktiska tips hur man kan diagnosticera och behandla de vanligaste kliniska tillstånden (5). Alla åtgärder – test såväl som behandling – finns inspelade på videokassetter och kan repeteras vid behov.

Varje dag förs en studiedagbok, som redovisas i tabell II med tillhörande kodnyckel (tabell III). Studiedagboken är avsedd för databehandling. På detta sätt kan varje "elev" följas mycket noggrant och tilldelas samma antal patienter med besvär från till exempel axlar, nacke, knän, ländrygg med flera aktuella områden.

Undervisningen kompletteras med omfattande stenciler, kompendier och läroböcker (6, 7). Kunskapsprov förekommer regelbundet både skriftligt, muntligt och framför allt praktiskt.

Olika typfall av patienter demonstreras och får under handledning diagnosticeras och provbehandlas av "eleverna". En behandlingsplan diskuteras och fastställs. Patienterna behandlas enligt denna av specialutbildade sjukgymnaster och behandlingen utvärderas gemensamt efter en månad.

Ovanstående kurser kan sökas av intresserade läkare. Annonsering sker i Landstingsförbundets externa kursgivar, i NLV:s kurskatalog och i Läkartidningen. Förhandlingar pågår även med Provinsialläkarfonden som frågat efter kurser i ortopedisk medicin.

2. AT- och FV-tjänstgöring

Ett flertal blivande läkare har redan tjänstgjort vid Alfta kurhem för att lära sig undersöka och behandla ryggar och leder. Socialstyrelsen har uttalat sin positiva inställning och Gävleborgs läns landsting har godkänt tjänstgöring vid Alfta kurhem. Tjänster söks i vanlig ordning inom ramen för respektive block där landstinget nu kan erbjuda tjänstgöring vid Alfta kurhem.

Tabell I Kursplan

Kursplan för "akututbildning" av handledare i ortopedisk medicin vid Alfta kurhem

Kurs 1: Nacke och käkled	5 dagar Repetitionskurs 5 dagar efter ca 1 månad
Kurs 2: Skuldra och arm	5 dagar Repetitionskurs 5 dagar efter ca 1 månad
Kurs 3: Bröstrygg	5 dagar Repetitionskurs 5 dagar efter ca 1 månad
Kurs 4: Ländrygg och bäcken	5 dagar Repetitionskurs 5 dagar efter ca 1 månad
Kurs 5: Höft och ben	5 dagar Repetitionskurs 5 dagar efter ca 1 månad

Specifikation av kurs 1

Occiput-atlas, atlas-axis, axis-C: VII: Nedsatt rörelse eller instabilitet, alla rörelser i alla plan i varje enskilt segment: Test, specifik behandling, hemövningar. Patientdemonstrationer. Videofilm.

Käkleden: Öppning + slutning: Nedsatt rörelse eller instabilitet: Test, specifik behandling, hemövningar. Patientdemonstrationer. Videofilm.

Kurs 2–5 har liknande specifikationer.

Kurs 1–5 efterföljs av repetitionskurs 5 dagar där allt repeteras, patienterna demonstreras på nytt och behandlingseffekten utvärderas för varje patient.

Tabell II Studiedagbok

ALFTA KURHEM
Rehab Center

STUDIEDAGBOK FÖR VIDAREUTBILDNING I ORTOPEDISK MEDICIN

Elevers namn: _____

Datum: _____

Efter varje rubrik ifylles det ämne, som ev. behandlats under dagen.

Lektion

Föreläsning: _____

Kassett: _____

Praktiska övn.: _____

Självstudier

Litteratur: _____

Kassett: _____

Kompendium: _____

Enskilt arbete: _____

Kunskapskontroll

Skriftlig: _____

Muntlig: _____

Prakt. färdighet: _____

Dagens patienter

Egenska patienter																
Personnummer	Initialer	Kon	Lokalisation	Typ av funktionsreduktion	Undersökning	Apparatbehandling	Manuella tekniker	Träning	Aktiva rörelser	AF	Avspänning	Stöd	Arbets teknik	Kond. test	Hemövn.	Handledn.
Typ av behandling																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
		N														
		B														
		L														
		ÖE														
		NE														
		N														
		B														
		L														
		ÖE														
		NE														

Gruppbehandling eller -information:

Tabell III

KODNYCKEL TILL STUDIEDAGBOK FÖR VIDAREUTBILDNING I ORTOPEDISK MEDICIN

Bokstäverna a-r är ett identifikationssystem för totala antalet kolumner.

Kolumn d innebär lokalisering av åkomman, och är, som synes, indelad i:

N = nacke (inkl. huvud och käkled)

B = bröstrygg

L = ländrygg + SI-leder

ÖE = övre extremitet

NE = nedre extremitet

Till denna kolumn hör också kolumn e "Typ av funktionsnedsättning", som ifylles med siffrorna 1-4 enligt följande system:

1 = hypomobilitet

2 = hypermobilitet

3 = neurologi

4 = muskelengagemang

Kolumnerna f-q innebär typ av behandling och motsvarar sifferindelningen 1-12, som vidare spaltas upp enligt följande system:

1 = **Undersökning:**

2 = **Apparatbehandling:**

a: UL

b: Dyn

c: High voltage

d: Cryo

e: TNS

f: Pavaex

g: TT

h: LV

i: MV

3 = **Manuella tekniker**

a: Mjukdelsbeh.

b: Töjning

c: Mobilisering

d: Tvåa friktioner

e: Proprioceptiv neuromuskulär
facilitering

f: Manuell traktion

4 = **Träning:**

a: Styrka

b: Stabilisering

c: Cirkulation

d: Kondition

e: Uthållighet

5 = **Aktiva rörelser**

6 = **Autoraktion**

7 = **Avspänning**

8 = **Stöd:**

a: Tejpning

b: Bandagering

9 = **Arbets teknik:**

a: Regim

b: Hållningskorrektur

c: Ergonomi

10 = **Konditionstest**

11 = **Hemövning**

12 =

Där bokstavsindelning förekommer, skall rutan ifyllas med en sådan, annars med ett X. Längst ner på studiedagboken ifylles i klartext den typ av grupp du ev. lett under dagen.

Gruppbeh. eller -information:

RA

Hypermobila

Bechterew

Medicinsk tränings terapi (MTT)

Bassäng

3. Utbildning av "specialister i ortopedisk medicin"

Erfarenheten har visat att det tar lång tid att lära sig rörelse- och stödjeorganens sjukdomar. Eftersom det för varje specialitet krävs två års utbildning inom själva specialiteten bör man rimligen fordra två års grundutbildning inom ämnesområdet ortopedisk medicin. Vid Alfta kurhem finns schemalagd utbildning timme för timme, dag för dag under mer än två års tid för intresserade och därför lämpade läkare som önskar specialisera sig just på diagnostik och behandling av rörelse- och stödjeorganens sjukdomar. De kan även få utföra vetenskapligt arbete, ty Alfta kurhem har vetenskapligt samarbete med klin fysiolog centrallaboratoriet och rehabiliteringskliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Denna form av utbildning skulle passa för de läkare som skall ingå i den rörelseorgan-hälsovårdsgrupp som på förslag av Socialstyrelsens primärvårdsgrupp borde inrättas i varje landstingsområde.

Utvärdering av tidigare kurser i ortopedisk medicin

Till dags dato har 340 kursdeltagare – med författaren som lärare – avlämnat kurskritik:

1. Antal kurs- dagar		Antal kurs- timmar/dag
För få	39	4
För många	5	31
Lagom	296	305
2. Föreläsningar contra praktiska övningar		
För många föreläsningar		15
För många praktiska övningar		2
Lagom		323
3. Föreläsningarna		
Alltför teoretiska		0
Alltför praktiska		2
Vet ej		1
Lagom		337
4. Praktiska övningar	Nej	Ja
Var de begripliga?	1	339
Kommer du att ha nytta av dem i ditt dagliga arbete?	0	340
5. Har kursen motsvarat dina förväntningar?	0	340

Det fanns tydligen en som ej begrep de praktiska övningarna men som trots allt har nytta av dem!

Citat ur en kursdeltagares kritik:
"Unikt värdefull! Unik i sin anknytning och "korsbefruktning" mellan teori/praktik och tillämpning/klinik. Unik på så sätt att den identifierar, avgränsar och belyser ett för allmänmedicinens utövare nödvändigt kunskaps-, insikts- och färdighetsområde. Lyckligtvis används det bästa av in-

struktiv pedagogik: triaden visa – instruera – öva. Genom att uppleva elevrollen i all dess osäkerhet får den blivande allmänläkaren gott perspektiv på sin yrkesspecifika uppgift – som patientens pedagog".

Ortopedisk medicin – i morgon?

Är det kanske dags för en ny specialitet – ortopedisk medicin?

Fichtelius (3) skriver att mycket talar för att allmänläkaren skulle kunna muta in den ortopediska medicinen åt sig.

Uppdelningen thoraxkirurgi-lungmedicin och neurokirurgi-neurologi är ju accepterad, så varför inte ortopedisk kirurgi-ortopedisk medicin?

Patienter lär ingen bli utan!

Litteratur:

1. Bauer G: Ortopedisk kirurgi, Studentlitteratur, Lund 1970.
2. Larsson U o a: Autotraktion för the treatment of lumbago-sciatica. A multicentric controlled investigation. Göteborg 1978.
3. Fichtelius KE: Allmänläkaren. Studentlitteratur. Lund 1979.
4. SACO/SR-K: Medbestämmandeavtal för kommuner och landsting. Avtal med kommentarer. 1980.
5. Hamberg J: Allmänläkaren. Studentlitteratur. Lund 1979.
6. Evjenth O, Hamberg J: Töjning av muskler, varför och hur? Del I och II. Alfta Rehab förlag. Alfta 1980.
7. Brodin H: Rörelseorganens funktionsstörningar. Studentlitteratur. Lund 1981.

Författarpresentation

Jern Hamberg, överläkare, Alfta kurhem, Rehab Center, Alfta.*

*Postadress: Alfta kurhem, Box 24, 822 00 Alfta.
Tel. 0271/114 45

14301535

Något om SFOM:s kursverksamhet

BJÖRN INSULANDER

SFOM arrangerar ett flertal kurser i ortopedisk medicin och närliggande ämnesområden. För närvarande har vi sex regelbundet återkommande kurser: 2 st diagnostikkurser, sk D-kurser, 2 st kurser för vardera funktionsrubbnings- i extremitetsleder och ryggar, sk E- och R-kurser. Utöver dessa permanenta kurser förekommer tillfälliga eller mer sällan återkommande kurser. Tex kurs i muskelfunktionsdiagnostik, kurs i behandling enligt Muscle Energy Technic etc.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, efterutbildning.

Redan från början blev kursverksamheten något av det viktigaste för föreningen. De första åren litade vi nästan helt på norska lärare med Freddy Kaltenborn i spetsen, men allt eftersom åren gått har vi lyckats stå på egna ben. Vi har ett väl fungerande samarbete med sjukgymnasterna och kurserna arrangeras alltid tillsammans med dessa. En stor del av våra lärare är också välutbildade sjukgymnaster.

I princip arrangerar vi för närvarande sex olika kurser, men dessutom förekommer extra kurser och seminarier i intressanta ämnen – mer därom nedan. De sex permanenta kurserna har bokstavsbezeichnungar för att förenkla för den intierade. Bokstaven D står för diagnostik, bokstaven E står för extremitet och bokstaven R slutligen står för rygg. Vi arrangerar två diagnostikkurser (extremitets- och ryggdiagnostik). Dessa D-kurser vänder sig enbart till läkare. Huvudlärare är en erfaren läkare och praktiska handledare är sjukgymnaster eller läkare med lång erfarenhet inom ortopedisk medicin. Dessa D-kurser har samma kursinnehåll som de kurser i ortopedisk medicin, som arrangeras av NLV och provinsialläkarfonden. Detta gör att man kan gå en kurs arrangerad av NLV och en annan i SFOM:s regi tex. Dessa två D-kurser ger en introduktion inom den ortopediska medicinen. Kurserna be-

står av två ungefär lika stora delar: en teoretisk och en praktisk. I den teoretiska delen ingår föreläsningar i funktionell anatomi, i teorier om rörelseinskränkningar i rörelseapparaten, i muskelfunktionsdiagnostik, i klinik etc. Den praktiska delen innehåller instruktion och övningar i specifik undersökningsteknik av grundläggande natur och instruktion om en del provbehandlingar. Kontakten med den eller de sjukgymnast/er man samarbetar med brukar bli mycket bättre efter dessa kurser.

En del läkare nöjer sig med dessa grundläggande kurser, då de inte har tid eller intresse att själva behandla det aktuella patientklientelet. Andra blir stimulerade att fortsätta dels under kursen, dels kanske av just sjukgymnasterna, med vilka de samarbetar. De övriga extremitets- och ryggkurserna går man tillsammans med sjukgymnaster. Den första kurs man då skulle gå vore "kurs i analys av funktionshinder i extremitetsleder" (E1-kurs). E1-kursen är dock så elementär att den som gått de båda D-kurserna inte behöver offra tid på denna. Detsamma gäller sjukgymnaster som har sin grundutbildning de senaste tio åren. För övriga (och för en del *mycket* intresserade läkare) håller vi då och då E1-kurser. Den därpå följande kursen: analys och behandling av funktionsproblem i extremitetsleder" (E2-kurs) är mycket matnyttig. I den ingår som framgår av namnet även behandling. På denna kurs har man regelrätta katedrala föreläsningar i kliniska ämnen av en kvalificerad huvudlärare. För de praktiska övningarna i smågrupper svarar rutinerade sjukgymnaster eller läkare.

Ryggsidan har samma kursuppläggning som extremitetssidan, men här är båda R-kurserna att rekommendera. "Analys av ryggens funktionsproblem" (R1-kurs) innehåller mycket träning i undersökningsteknik specifikt, något som läkare i allmänhet inte hinner med i sitt ordinarie arbete. Även vid denna kurs ventileras kliniska problem, men kursen är huvudsakligen en kurs i manuell undersökningsteknik under överinseende av sjukgymnaster med mångårig erfarenhet inom ortopedisk medicin. R2-kursen slutligen (kurs i analys och behandling av ryggens funktionsproblem) tar upp behandlingsproblematiken huvudsakligen och för att få gå denna kurs måste man ha gått både E2- och R1-kurserna. Lärarkrafterna på R2-kursen hämtas

även ur den kader av välutbildade sjukgymnaster som finns. Denna kader fortbildas såväl praktiskt som teoretiskt genom SFOM och sjukgymnasternas motsvarande organisation. De flesta lärarna har även examen i ortopedisk medicin (tidigare kallad mobiliseringsexamen).

Efter R2-kursen har man alltså gått igenom de grundkurser som för närvarande finns. En del söker sig till Tyskland för att ytterligare fortbilda sig, andra tar kontakt med några erfarna kolleger för att auskultera och några går om R2-kursen efter några år. SFOM arrangerar även sporadiska kurser i enstaka ämnen som muskelfunktionsdiagnostik enligt Janda, behandling enligt Muscle Energy Technic och andra. Vi har även samarbete internationellt: hösten 1982 var ett 20-tal skandinavier i Prag på en kongress "Spine and Muscles" och hösten 1983 arrangeras en internationell kongress i Zürich, till vilken SFOM:s medlemmar är välkomna.

Som framgått av ovanstående är samarbetet mellan sjukgymnastorganisationen och SFOM mycket gott. Utöver samarbete med kursverksamheten har vi årligen ett vetenskapligt möte i samband med våra respektive årsmöten. 1983 står Borås som värd 4–5 februari. Dessa möten brukar vara välbesökta och innehållet brukar hålla hög standard.

För övrigt hälsar jag läsarna välkomna till SFOM:s kurser!

Författarpresentation

Björn Insulander, överläkare, utbildningssekreterare i SFOM).*

*Postadress: Långvårdskliniken, Lasarettet, 792 00 Mora.

Alfta kurhem – ett föredöme för efterutbildning i ortopedisk medicin

BO HAGLUND

Artikeln innehåller en redovisning av verksamheten vid Alfta kurhem. Dess tjugåriga historia och aktuella läge som efterutbildningscentrum för ortopedisk medicin beskrivs.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, historik, efterutbildning.

Bakgrund

Alfta kurhem firar i år 20-årsjubileum. Våren 1963 startade gästhemmet i ett nerlagt ålderdomshem. De första gästerna var pensionärer, som samlades till landets första folkhögskolekurs. Gästhemmet drevs fram till 1974 i privat regi av Jern och Ruth Hamberg. Detta år ombildades kurhemmet till en stiftelse med Gävleborgs läns landsting som huvudintressent. Samtidigt genomfördes en ombyggnad. Ytterligare en tillbyggnad utfördes 1981/82 för 5–6 miljoner kronor. Gästhemsdelen utökades då till 35 platser, men framför allt har den sista nybyggnaden medfört en kraftig satsning på undervisningslokaler.

Verksamheten

Fyra läkare, 12 sjukgymnaster och tre sjuksköterskor utgör den medicinska staben. Sammanlagt arbetar 60-talet personer på kurhemmet. Omsättningen för verksamheten 1963 var 26.000 kronor och 1982 mer än 5 miljoner.

Behandlingsaktiviteten

På kurhemmet är det två traditioner som utvecklats på behandlingssidan. Den ena är manuell eller ortopedisk medicin tillsammans med betydande resurser för fysikalisk terapi. Den andra är biologiska behandlingsmetoder med fastekurer och vegetarisk kostterapi. Antalet sjukgymnaster och mängden av redskap i träningslokalerna imponerar. Gertrud Linds autotraktionsbänkar sköts av sjukgymnaster. Något som också kan rekommenderas för vårdcentraler.



Utbildning i ortopedisk medicin vid Alfta kurhem.

Foto Bo Haglund



Ulrik Moritz i aktion.

Foto Bo Haglund

Undervisning

Läkare och sjukgymnaster är ständigt under utbildning som auskultanter på kurhemmet. Hittills har mer än 300 läkare och sjukgymnaster gått vidare- eller efterutbildningskurser i ortopedisk medicin i Alfta.

Videoteknik är ett ovärderligt hjälpmedel i undervisningen i ortopedisk medicin och under de sista åren har Jern Hamberg och hans medarbetare utarbetat ett omfattande utbildningsprogram. För närvarande finns ett hundratal avsnitt inspelade.

Principen för programmen är:

- 1) Hur går diagnostiken till?
- 2) Hur utförs behandlingen?
- 3) Hur skall patienten öva hemma?

I programmen demonstreras först hur diagnostiken går till på en frisk försöksperson. Därefter visas motsvarande från autentiska patientfall. Även behandling, som skall utföras av läkare eller sjukgymnast, demonstreras på samma sätt. Ur patientens synpunkt är grundprincipen "hjälp till självhjälp". Dessutom har Jern Hamberg i samarbete med Olav Evjenth skrivit läroböcker, som är komplement till videoprogrammen.

Förutom vidare- och efterutbildningskurser har även forskningssymposier anordnats i Alfta. Den 10 och 11 september 1982 hölls ett muskelsymposium. Ämnen som avhandlades var den förkortade muskeln och dess

klirik, smärta och smärtemekanismer, dokumentation och behandlingsresultat. Bidragen från symposiet kommer att sammanställas i en bok.

Författarpresentation

Bo Haglund, distriktsläkare vid Hälsovårdsenheten, Stockholms läns landsting.*

*Postadress: Institutionen för Socialmedicin, Karolinska institutet, 172 83 Sundbyberg.



Behandling i gymnastiksalen.

Foto Bo Haglund



Harald Brodin övar diagnostik på Bengt Nordgren.

Foto Bo Haglund



Jern Hamberg och Olav Evjenth som undervisare.

Foto Bo Haglund

Problem och strategi inför 1990-talet

ULF MÅWE

I artikeln redovisas en del av primärvårdsgruppens ståndpunkter inom Socialstyrelsens sektorsprogram för rörelseorganens sjukdomar. Ett huvudförslag är att varje landstingsområde inrättar en rörelseorganshälsovårdsgrupp med uppgift att ha ansvar för utbildning och utvecklingsarbete i primärvården avseende rörelseorganens sjukdomar.

Vidare föreslås att en av de sex NLV-kurserna obligatoriskt skall omfatta ortopedisk medicin.

Nyckelord: Utredning, Socialstyrelsen, ortopedisk medicin, rörelseorganens sjukdomar.

Kort presentation av utredningen

Med rubriken "Rörelseorganens sjukdomar – problem och strategi inför 1990-talet", kommer Socialstyrelsen inom kort att presentera en remission, som är ett sektorsprogram. Socialstyrelsen har alltså uppdraget att bryta ut en sektor ur sitt tillsyningsområde utifrån begreppet rörelseorganens sjukdomar.

Ett sektorsprogram syftar till att ge vårdansvariga planeringsunderlag för att förbättra vård och behandling mm av patienter med vissa sjukdomar. Framför allt studeras samverkan mellan och inom vårdnivåer och samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Huvudskriften planeras bli ett 50-tal sidor med 14 bilagor. I en sådan bilaga ingår en rapport från en primärvårdsgrupp. Totalantalet sidor beräknas bli 700.

Primärvårdsbilagan – några delar

Utredningars vanliga öde är att bli dammsamlare i bokhyllor. Genom att här presentera några bitar ur primärvårdsbilagan hoppas jag minska denna risk. Förhoppningen är, att beskrivningen här skall väcka intresse för remissbehandlingen så att – i slutändan – denna kan bli ett handfast underlag för vårdansvarigas planering av primärvården.

Vårdkonsumtion – vårdtyngd avseende rörelseorganens sjukdomar i primärvården

Primärvårdsgruppens utgångspunkt i utredningsarbetet har varit att patienter med besvär från rörelseapparaten utgör en stor del av besöken i primärvården. I de många studier som gjorts under 1970-talet, rör det sig om 10–15 procent av besöken. En analys av dessa patienters vårdtyngd genom registrering av undersökningstid, andra diagnoser vid besöket, sjukskrivningstid, rehabiliteringsinsatser, sjukgymnastisk/arbetsterapeutisk behandling, arbetsvårdande åtgärder, utredningsremisser, behandlingsremisser, farmakoföreskrivning etc, har visat, att denna patientgrupp kräver mycket stora resurser.

Smärtpatienters "Golgata"-vandring genom sjukvården – ett speciellt problem

Gruppen har konstaterat, att vården av patienter med besvär i rörelseapparaten, genomgående är bristfällig. Det finns en bristande rutin att systematiskt analysera orsakssammanhangen, om problemen beror på förändringar i rörelseorganen själva och/eller utanför liggande faktorer. Exempel på sådana är neurogena, neurologiska, psykiska och psykosociala orsaker. Erfarna allmänläkare kan konstatera, att olika former av stress kan ge reaktioner i rörelseapparaten av muskelspänningskaraktär. Sådana symptom, samt ett icke-adekvat bemötande, kan sedan fixera patienten vid besvären från rörelseapparaten.

Utredningsgruppens uppfattning är, att psykosomatiskt sjuka patienter i förvånansvärt hög grad har besvär, som är relaterade till rörelseorganen. Psykosociala komponenter måste alltid beaktas som en integrerad del av problemområdet.

Gruppen konstaterar vidare, att dessa patienter får utstå en "Golgata-vandring". Inom primärvården engageras läkare, sjukgymnast mfl, på läns-sjukvårdsnivå ortoped, rehabiliteringsklinik mfl, dessutom primärkommunens sociala service, arbetsvård och försäkringskassa i en lång kedja av vårdinsatser. Patienten upplever sällan bot eller ens tröst, utan ofta oförsvärligt långa väntetider. Om inte besvären accepteras, förstärks mången gång symptombeskrivningen. Den vårdgivare, som kommer in i ett sådant skede, ser lätt denna överdramatisering av

symptombilden och pressar patienten på de "egentliga" besvären. Patienten upplever sig inte bli trodd. Detta leder till en djup otillfredsställelse och förstärker ytterligare somatiseringen och leder inte sällan till inverterade psykosomatiska tillstånd.

Ortopedisk medicin, tidig rehabilitering och samverkan A och O i primärvårdens arbetssätt

Det är självklart, att rådgivaren redan vid första kontakten med patienter med smärta i rörelseorganen måste vara medveten om ovan beskriven process och initialt kunna utföra en adekvat undersökning av leder, muskler och nervsystem etc. Detta med en god ortopedmedicinsk teknik.

Det finns i dag uppenbara svårigheter att utveckla den ortopedmedicinska kunskapen och tekniken inom primärvården. Även andra sjukvårdsnivåer har ojämna kunskaper inom området. Flertalet patienter med besvär av karaktär, som här beskrivs, behandlas inom primärvården. Ett utvecklingsarbete måste därför ske där.

Initialt, vid ett akut första besök, behöver en ortopedmedicinsk undersökning inte vara så omfattande. Senare, om besvären inte ger sig, krävs en grundligare genomgång. Sjukgymnast inkopplas snabbt, för att bryta den onda cirkeln. Ger inte sjukgymnastiken effekt, bör sjukgymnasten, utan dröjsmål, samråda med remitterande läkare. Det krävs då att en ny penetration görs med patienten. Kontakt med arbetsvård, försäkringskassa, socialbyrå och företagshälsovård får inte försummas. Behandlande läkare måste i dessa fall ha en hög beredskap för tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser, som om möjligt samordnas i etablerade samverkanformer ex rehabiliteringsteam.

Rörelseorgans-/hälsovårdsgrupp – en utbildnings- och utvecklingsenhet på landstingsnivå

Ett av utredningsgruppens förslag är, att inom ett landstingsområde vid en vårdcentral, utveckla ett särskilt arbetslag, som skall ansvara för utbildning och utveckling inom primärvården avseende området (ortopedmedicinskt kompetensområde). Denna grupp leds av en distriktsläkare med allmänmedicinsk kompetens och består i övrigt av distriktssjukgymnast, distriktsarbetsterapeut och distrikts-sköterska samt från primärkommunen socialarbetare. Från länssjukvården

ortopedkirurg och reumatolog, eventuellt flera. Gruppen ska ha sin bas-tjänstgöring inom vanlig klinisk verksamhet vid vårdcentral och kommun samt vid länssjukhusklinik. En viss del av arbetstiden avdelas för arbetet i teamet. Detta i form av tidsbegränsat uppdrag.

Gruppens vårdcentral skall ha tillgång till utbildningslokaler och lämplig utrustning. En viktig uppgift för gruppen skall vara att ha god kännedom om kunskapsläget inom primärvården. Den kunskapen skall användas för att betjäna vårdcentraler i området med fortbildning samt medverka och stimulera till forskning och utvecklingsarbete inom sjukdomsområdet.

Läkarutbildningen – förslag till förändringar

Inom läkarnas grundutbildning föreslås, under det första kliniska året, en samlad kurs avseende rörelseorganens sjukdomar. Större hänsyn skall där tas till bland annat yrkesmedicinska, ergonomiska och allmänmedicinska aspekter.

Det föreslås också, att en av de sex NLV-kurserna bör vara obligatoriskt ortopedmedicinsk.

Läkare, som utbildar sig i allmänmedicin, bör ha tillgång till handledning inom ortopedisk medicin. Om detta ej kan erbjudas under de 24 månadernas tjänstgöring inom allmänmedicin, rekommenderas ett utbyte av tre-sex av tjänstgöringsmånaderna till klinik/vårdcentral där sådan kompetens finns.

Resursförutsättningar

Det skall fastslås, att primärvård inte går att bedriva om inte en viss nivå av utbyggnad finns. Beträffande resursnivån hänvisas till beskrivning i SPRI-rapport 46/80 "Primärvård – länssjukvård", sid 17–22, författad av distriktsöverläkare Gösta Brydolf.

Primärvården kan inte utvecklas utan kunniga och erfarna distriktsläkare på alla tjänster. Vakanssituationen på distriktsläkargymnastsidan är tillika ett hinder.

Kan inte dessa förutsättningar uppfyllas, bedöms en positiv utveckling för patientgrupper med ortopedisk/medicinska besvär att utebli. Denna patientgrupp har i enkätund.-svar angivit sig få bristfällig hjälp inom hälso- och sjukvården, detta framkommer bland annat i Statistiska Centralbyråns levnadsnivåundersökningar (ULF).

Författarpresentation

Ulf Måwe*, distriktsläkare och representant i Socialstyrelsens primärvårdsgrupp för sektorsprogram för rörelseorganens sjukdomar.

*Postadress: Mjölkudden vårdcentral, 951 57 Luleå. Tel: 0920-692 00.

Prevention av hjärt-kärlsjukdomar – svårbedömt – motsägelsefullt!

ANDERS ÖVERBY

I artikeln redogörs för olika svenaska och utländska studier avseende hjärt-kärlsjukdomar. En del terapiformer ökar riskfaktorerna. Några studier visar motsägelsefulla resultat.

Påverkan av terapin vid hjärt-kärlsjukdom av behandling av andra samtidiga sjukdomar berörs. Författaren anger vilka krav allmänläkaren bör ställa på specialisten när man beslutar om olika terapiformer.

Nyckelord: Prevention, hjärt-kärlsjukdomar, debatt.

Inledning

Prevention av hjärt-kärlsjukdomar är en angelägen uppgift för allmänläkaren. Ytligt betraktat kan det synas enkelt: behandla högt blodtryck, sockersjuka, blodfettrubbningar, övervikt, rökning mm. Men när man närmare tar del av undersökningar avseende dessa riskfaktorer blir det betydligt mer komplicerat, vilket följande artikel vill belysa. Problemområdena utgör bara ett axplock och skulle kunna göras avsevärt fler.

Internationella studier

Det finns många både svenska och utländska studier som visar nyttan av att behandla tex högt blodtryck. Det finns dock också påkostade och nyligen avslutade studier som är mer svårbedömda. Anledningen till att de här tas upp är att det förekommer att läkemedelsindustrin använder dessa studier i sin marknadsföring. Det finns också medicinska experter som hänvisar till dessa undersökningar.

Ett exempel på en sådan svårbedömd studie är den amerikanska MRFIT (1). Man undersökte hur inten-

siv påverkan av rökvanor, högt blodtryck och förhöjt kolesterol skulle förändra förekomsten av koronarsjukdom hos högriskpatienter. Kostnad: över 600 miljoner kronor! Trots den enorma kostnaden lyckades man inte påvisa någon signifikant skillnad mot en kontrollgrupp som bara besökte läkare en gång per år. Troligen ligger metodfel bakom, men som enskild läkare blir man betänksam om man med så enorma resurser inte kan göra mer än vad ett läkarbesök per år kan åstadkomma. Fast man skulle ju kunna vända på resonemanget och peka på att även med små resurser kan man uppnå god effekt! Samtidigt finns det experter som anser att den sjunkande kardiovaskulära mortaliteten i USA i stort är oförklarad. (1).

En australiensisk studie avseende nyttan av behandlingen av mild hypertoni citeras ofta när prevention diskuteras (2). Men när man läser undersökningen så visar det sig att bortfallet var 35 procent, att behandlade patienter hade fler läkarbesök än obehandlade. Ischemisk hjärtsjukdom förekom lika ofta i den behandlade som i den obehandlade gruppen. I den behandlade gruppen fanns färre dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom än i den obehandlade, men antalet är litet och skillnaden visar inte ens enstjärnig signifikans, p var 0,051. Resultatet motsvarar en vinst i hjärtdödlighet på 1–2 patienter per år på ett ursprungligt material på 3427 personer. Biverkningar är dåligt redovisade. Många andra invändningar finns också. I den behandlade gruppen fanns emellertid minskad cerebrovaskulär sjuklighet.

Cerebrovaskulär ischemi

Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation har under 1982 gett ut en rapport från en Workshop om cerebrovaskulär ischemi (3). Rapporten har föranlett flera inlägg i Läkartidningen under året där man har diskuterat för- och nackdelar med vanlig acetylsalicylsyra, slow-release acetylsalicylsyra samt dipyridamol. Ord före-

faller att stå mot ord. Som allmänläkare har man svårt att ta ställning, något som inte blir lättare när man läser en kirurgs synpunkter på behandling av carotis-TIA (4): eftersom aspirin tycks förhindra symptom i form av TIA så kan fortskridandet av carotisstenosen döljas och därigenom uppkommer förnyade symptom först när stenosen är mycket tät. Han pläderar för kirurgi.

Betablockare efter hjärtinfarkt

I en artikel i British Medical Journal anges att betablockare efter hjärtinfarkt ökar överlevnaden med cirka 25 procent (5). Samme författare anser att prognosen för en ung patient efter en liten infarkt är god, sekundär prevention kan vara onödig. Författaren påpekar att en förbättring i mortaliteten på 25 procent kan låta mycket men i själva verket innebär den siffran en ändring i dödlighet från 8 patienter av 100 till 6 av 100. De flesta allmänläkare ser färre än tio patienter per år med hjärtinfarkt. Statistiken blir då inte lika imponerande, särskilt om man tar hänsyn till biverkningarna. Även kostnadsaspekter och prioriteringar måste kunna diskuteras. På annat ställe i samma nummer av BMJ anser man att prognosen på längre sikt för de som är behandlade med betablockare är oviss, i stället för räddade liv bör man tala om förlängda liv.

I Läkartidningen framfördes nyligen åsikten att bara en liten del av de som haft hjärtinfarkt har nytta av behandling med betablockare (6). Majoriteten av såväl betablockad- som placebo-grupperna överlever behandlingen.

Metabola rubbningar

En brittisk undersökning har visat ett statistiskt samband mellan låg halt av den omättade fettsyran linolsyra (18:2) i röda blodkroppsmembranen och förekomst av hjärtinfarkt (7). Halten av fettsyror i röd blodkropp påverkas av den diet som hållits under veckorna före provtagningsstillfället och ändras inte på samma sätt som plasmalipider av att patienten drabbas av hjärtinfarkt. De brittiska forskarna anser att en diet med relativt rikligt innehåll av linolsyra skulle kunna skydda mot hjärtinfarkt. En finsk undersökning har nyligen visat att låg halt av omättade fettsyror i fosfolipiderna är kopplat med ischemisk hjärtsjukdom (8). I den engelska studien påpekar man dock att en fettfattig kost gör att kroppen själv börjar bilda både mättade och omättade fetter (dock ej linolsyra)!

I Göteborg har man under sex år jämfört metabola effekter av bendroflumethiazid-kalium och propranolol (9). Förutom samma effekt på blodtrycket sågs ingen oförmånlig långtidseffekt av preparaten vad avser påverkan på lipider och glukos. Bägge preparaten var kopplade till en stegring av urinsyra. Min egen kommentar till denna studie är att den är utförd på män 47–54 år, mina hypertoni-patienter är i allmänhet äldre kvinnor. Kvin-

norna har ju inte samma riskfaktorer som männen. Separation av lipider i VLDL, HDL osv är ej gjord.

En annan undersökning har visat att klortalidon givet till postmenopausala kvinnor signifikant ökade totala serumkolesterol (10). Glukos och triglycerider påverkades ej.

Marknadsförarna av prazosin refererar till svensken Stephan Rössner när de uppger att vissa betablockare ökar det ogynnsamma lipoproteinet VLDL och minskar det gynnsamma HDL-kolesterol (11). Tillverkarna av prazosin anser också att tiaziddiuretika oförmånligt påverkar triglycerider och kolesterol när man har separerat dessa i olika lipoproteinfraktioner. Tillverkarna av bendroflumethiazid refererar till ovannämnda göteborgsstudie när man uppger att ingen påverkan på blodlipider förekommer.

Sven-Erik Fagerberg och Bengt Schersén har sedan lång tid påtalat sambandet mellan tiaziddiuretika och försämrad glukostolerans. Från kliniska farmakologer hör man att tiaziddiuretika hämmar insulinproduktionen och höjer blodglukosnivån efter flera års behandling. Var göteborgsstudien för kort för att påvisa detta? Farmakologerna hävdar också att vissa antiflogistika, tex indometazin, försämrar den trycksänkande effekten av tiazider genom prostaglandinpåverkan. Det är ju vanligt att man behandlar en hypertoni-patient även med antiflogistika för tex knä- eller höftartros.

Att olika experters råd kan vara förvillande och motsägande kan illustreras med de "handfasta råd om kost som kan minska cancerrisken" som nyligen publicerats i Läkartidningen (12). Högt fettintag kan vara kopplat till vissa cancerformer. Djurstudier antyder att fleromättade fetter är mer cancerpromoverande än mättade när det totala fettintaget är lågt. Jämför detta med de engelska och finska undersökningarna om omättade fetter och sjuklighet i hjärtsjukdom!

I Västtyskland används lipidsänkande farmaka på diabetiker med hyperlipämi (13). Med bezafibrat har man lyckats sänka kolesterol, triglycerider och även glukos. I Sverige däremot intar man en restriktiv hållning till användning av klofibrat med anledning av en stor europeisk studie för några år sedan som kunde tala för ökad dödlighet vid användning av klofibrat.

Magnesiumbrist är väl den senaste biverkan som man tror är tiazidtolöst (14). Hjärtarytmier hos tiazidbehandlade patienter kan bero på kombinerad brist på kalium och magnesium trots normal kaliumnivå i serum. Om inte magnesiumbristen hävs kan inte kaliumrubbningen ersättas.

Blodtrycksmätning

I vila kan blodtrycket variera avsevärt beroende på emotionellt läge mm. I en tysk studie visar man att man får god reproducerbarhet av blodtrycket om det mäts under belastning på cykel-

ergometer (15). Man skulle på så sätt kunna avgöra vilka som är verkliga hypertoniker. På hög belastning får man hos hypertoniker en patologisk blodtrycksreaktion. Samtidigt visar en brittisk undersökning att måttlig fysisk aktivitet hos hypertoniker gör att blodtrycket stegras mindre under arbete och sjunker mer efter arbete jämfört med kontroller (16).

I ett annat brittiskt projekt har man jämfört den blodtryckssänkande effekten av fyra olika betablockare i endos (17). Intraarteriell 28 timmars blodtrycksmätning utfördes. Studien visade att metoprolol och pindolol ej sänkte blodtrycket under sömn vilket däremot atenolol och slow-release propranolol gjorde. Sympatikuseffekt?

Några andra engelsmän har visat att blodtrycket är högre på vintern än på sommaren (18). I samma studie anser forskarna att den större dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar på vintern än på sommaren kan bero på att man röker mer på vintern och att vintertid ökar kroppens kaloriförbrukning och därmed intaget av natrium, som många anser vara en riskfaktor.

Antikoagulantia

I Västtyskland används på flera håll perorala antikoagulantia ibland upp till tre år för att förhindra återinsjuknande i hjärtinfarkt, vilket diskuterades på en kongress i Münster i februari 1982 (19). Detta baserar man bla på den holländska studien "Sixty Plus Reinfarction Study". (Svensken Curt Furberg har dock i annat sammanhang påpekat att mortalitetsvinsten i den holländska studien försvann när man tog hänsyn till drop-outs.) I Münster kunde man inte ena sig om generell betablockerarprofylax efter hjärtinfarkt.

På brittiskt håll menar man att en av orsakerna till att perorala antikoagulantia misslyckats som profylax efter hjärtinfarkt är att behandlingen icke gav adekvat antikoagulantiprofylax (20). Ny laboratorieteknik hade introducerats som dolde den inadekvata kumarindoseringen. "Det var som om man infört en ny metod för glukosbestämning som plötsligt gav lägre värden".

Hormonsubstitution

I både svensk och utländsk medicinsk press har under 1982 funnits flera artiklar med scheman för behandling av osteoporos. I allmänhet har då östrogen ingått i terapin. Från gynekologhåll har framhållits att man dels rapporterat ökad frekvens av kardiovaskulära sjukdomar i samband med bortfall av östrogen, dels rapporterat att exogent tillfört östrogen snarast ökar frekvensen av kardiovaskulär sjukdom (21). Till detta kommer då diskussionen om östrogen som cancerpromotor.

Salt

Saltets, eller snarare natriumjonens, roll för utveckling av högt blodtryck poängteras på sina håll. Vissa områden i Japan brukar framhållas som exem-

pel. Från tyskt håll anger man att det kanske bara är 10 procent av befolkningen som är saltkänsliga (22). Andra är mer generella i sina rekommendationer, tex WHO (23). Skeptikerna ifråga om saltrestriktion hävdar att det är svårt att få människor att äta saltfattig kost, att få livsmedelsindustrin att sluta att använda natriumjoner (natriumbensoat, natriumklorid). En av de främsta experterna i Sverige på att få människor att bryta en dålig vana, rökavvänjaren och läkaren Ture Arvidsson, brukar dock säga att det tar 14 dagar att få en människa att bryta en ingrodd vana, oavsett vilken. Att döma av en stor artikel i den amerikanska tidskriften *Time* har man i USA dels fått en stor grupp mycket saltmedvetna människor, dels har livsmedelsindustrin märkt att man kan tjäna pengar på att sälja saltfattig kost, sälja särskilda kokböcker med natriumfattig kost osv (24).

Slutsatser

Är boten värre än soten?

Är tex tiaziddiuretika rävgift som ökar riskfaktorerna urinsyrestegring och hyperglykemi och därmed motverkar minskningen av riskfaktorn hypertoni? Eller beror de många kända biverkningarna av tiaziddiuretika enbart på att dessa farmaka dels har använts längst av alla blodtrycksmediciner, dels är bland de mest använda? Kommer en liknande situation att uppstå om 15 år för de blodtrycksmediciner som i dag är nya? Hur skall man behandla andra vanliga sjukdomar som förekommer samtidigt med hypertoni, tex artros, utan att förändra effekten av blodtrycksmedicinen?

Få läkemedelsstudier synes gjorda på en mycket vanlig patientgrupp: överviktig, äldre hemmafru i svensk glesbygd med andra riskfaktorer tex beträffande stress, rökning och diet, än medelålders män i Göteborg.

Hur skall vi göra med blodfetterna? Minska fettintaget och öka intaget av linolsyra för att minska riskerna för hjärtsjukdom men då kanske öka risken för cancer? Är det ur mänsklig och nationalekonomisk synpunkt viktigt att motverka osteoporos men då i stället oförmånligt påverka frekvensen av hjärt-kärlsjukdom? Ökar vissa blodtrycksmediciner riskfaktorn hyperlipämi? I så fall – vad överväger i vinst/förlust beträffande sjuklighet och dödlighet? Är verkligen dödligheten ökad vid användning av klofibrat?

Beror utebliven effekt av vissa preventiva åtgärder på bristande laboratorieteknik som i fallet antikoagulantia efter hjärtinfarkt?

Skall betablockare ges till en stor grupp hjärtinfarktpatienter som egentligen i många fall skulle ha klarat sig utan? Vilka skall selekteras ut för terapi? Vad innebär den enligt vissa forskare samtidiga ökningen av riskfaktorerna hyperurikemi och hyperglukemi vid behandling med betablockare på lång sikt?

Hur skall blodtrycket mätas? I vilande, vid hårt arbete på ergometercykel eller under sömnen? Hur gör vi med värden uppmätta på vintern jämfört med sommaren? En del vårdprogram för högt blodtryck är utformade så att om blodtrycket vid flera mätningar visar värden som ändrat sig några mm så passeras en gräns som gör att patienten skall handläggas på annat sätt. Vederbörande kanske får läkemedel som på lång sikt oförmånligt påverkar vissa riskfaktorer.

Visst behöver vi i många fall använda läkemedel men man blir betänksam över allt fler upptäckta negativa effekter av behandlingen. Den potentiella patientgruppen är ju stor. Andra mer generella åtgärder är viktigare där befolkningen själv får ta ansvar för sin hälsa och inte som nu överlämna svaret åt receptskrivaren.

Många av riskfaktorerna för koronarsjukdom finns redan i barnåren. Rimligt vore därför att man redan då startade med prevention. Tyska forskare har tagit fram ett ambitiöst förslag till program för prevention hos barn med blodtrycksmätning, blodfettanalys, personlighetsbedömning ("typ A-personer"), tobaksprofilax, idrott osv (25).

De motsägande och svåröverskådliga resultaten av vissa terapiformer gör att man undrar om vi verkligen adekvat åtgärder de verkliga riskfaktorerna. Går det över huvud taget att ändra på vissa riskfaktorer utan att kroppen genom olika kompensatoriska mekanismer anpassar sig till den nya situationen och sjukligheten i någon annan sjukdom ökar? Arftliga faktorer spelar en mycket stor roll för kardiovaskulär sjuklighet. Kausal profilax vore väl då genteknik.

Den viktigaste påverkbara faktorn i dagsläget tror jag är att stoppa tobaksmissbruket. Intensifierade insatser på natriumsidan borde också försökas. Fettkonsumtionen? Här behövs ett totalpreventivt grepp som både tar hänsyn till cancer och hjärt-kärlsjukdomar.

Krav från allmänläkarna

Allmänläkaren sköter en mycket stor patientstock. Vi har som synes av ovanstående ett bredare spektrum än specialister på olika delfunktioner. Vi är självklart mycket beroende av specialisterna men vi måste också våga ställa krav på svar på en del av de frågor som här listats. Det är inte alls säkert att någon annan ställer de kraven.

Litteratur

1. Oliver MF: Does control of risk factors prevent coronary heart disease? *Br Med J* 1982; 285: 1065–1066.
2. Report by the Management Committee: The australian therapeutic trial in mild hypertension. *Lancet* 1980; i: 1261–1267.
3. Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation: Cerebrovaskulär ischemi. Workshop 1982; 2.
4. Swedenborg J: Behandlingsalternativ vid carotisstenos med TIA. *Läkartidningen* 1982; 79: 3805–3808.

5. Breckenridge A: Should every survivor of a heart attack be given a beta-blocker? Evidence from a clinical pharmacological standpoint. *Br Med J* 1982; 285: 37–39.

6. Rydén L, Åberg H: Minskar betablockad dödligheten efter akut hjärtinfarkt? *Läkartidningen* 1982; 79: 1226–1229.

7. Simpson HCR, Barker K, Carter RD et al: Low dietary intake of linoleic acid predisposes to myocardial infarction. *Br Med J* 1982; 285: 683–684.

8. Miettinen TA, Naukkarinen V, Huttunen JK et al: Fatty-acid composition of serum lipids predicts myocardial infarction. *Br Med J* 1982; 285: 993–995.

9. Berglund G, Andersson O: Beta-blockers or diuretics in hypertension? A six year follow-up of blood pressure and metabolic side effects. *Lancet* 1981; i: 744–747.

10. Boehringer K, Weidmann P, Mordasini R et al: Menopause-dependent plasma lipoprotein alterations in diuretic-treated women. *Ann Intern Med* 1982; 97: 206–209.

11. Symposium, Dallas, Texas: CHD risk factors and antihypertensive drug selection. Pfizer International 1981; 11 19.

12. Gustafsson J-Å: Handfasta råd om kost som kan minska cancerisken. *Läkartidningen* 1982; 79: 3525–3526.

13. Rüh E, Vollmar J: Verbesserung der Diabeteseinstellung unter der Therapie mit Bezafibrat. *Deutsch Med Wochenschr* 1982; 107: 1470–1473.

14. Swales JD: Magnesium deficiency and diuretics. *Br Med J* 1982; 285: 1377–1378.

15. Franz I-W, Lohmann FWL: Reproduzierbarkeit des Blutdruckverhaltens während und nach Ergometrie bei Hochdruckkranken. *Deutsch Med Wochenschr* 1982; 107: 1379–1383.

16. Wilcox RG, Bennet T, Brown AM et al: Is exercise good for high blood pressure? *Br Med J* 1982; 285: 767–769.

17. Floras JS, Jones JV, Hassan MO et al: Ambulatory blood pressure during once-daily randomised double-blind administration of atenolol, metoprolol, pindolol and slow-release propranolol. *Br Med J* 1982; 285: 1387–1392.

18. Brennan PJ, Greenberg G, Miall WE et al: Seasonal variation in arterial blood pressure. *Br Med J* 1982; 285: 919–923.

19. Loogen F, van de Loo J: Antikoagulation, Plättchenhemmer und Fibrinolytika in der Kardiologie. *Deutsch Med Wochenschr* 1982; 107: 1366–1369.

20. Poller L: Oral anticoagulants reassessed. *Br Med J* 1982; 284: 1425.

21. Åstedt B: Fördelar och risker vid behandling av klimakteriella och postmenopausala besvär. *Läkartidningen* 1982; 79: 3666–3668.

22. Klaus D: Genetische Disposition – eine Ursache der essentiellen Hypertonie. *Deutsch Med Wochenschr* 1981; 106: 1523–1525.

23. Wilhelmsen L: WHO-råd om prevention av koronar hjärtsjukdom. *Läkartidningen* 1982; 79: 3653–3655.

24. Cover story: Salt – a new villain? *Time* 1982; 119: 54–61.

25. Keck EW: Koronare Herzerkrankung – Früherkennung von Risikofaktoren im Kindesalter. *Deutsch Med Wochenschr* 1981; 106: 1203–1205.

Författarpresentation

Anders Överby*, distriktsläkare.

*Postadress: Läkarmottagningen, 670 41 Koppom. Tel. 0571/100 06.

Läkare dygnet runt i Habo

ANNIKA JOHANSSON

Från första oktober har Habo-borna tillgång till läkare i sin egen kommun även på nätterna. Primärvården i Habo har nämligen startat ett försök med läkare i beredskap dygnet runt och alla dagar i veckan. Det innebär att vardagar efter kl 17.00, veckoslut och helgdagar, kommer någon av Habos fem distriktsläkare att ha beredskap i hemmet.

Nyckelord: Jourssystem, primärvård, Skaraborg.

Med det här systemet räknar primärvården i Habo med att man ska kunna utnyttja sjukhem och hemsjukvård bättre – man får ju bättre tillgång till läkare än om man måste resa till jourcentralen i Falköping – och därför räknar man med att kunna ta hem svårare sjukdomsfall till Habo än man gjort tidigare och låta fler sjuka patienter komma hem tidigare.

Fler hembesök

Möjligheten till hembesök ökar och det tror primärvårdschef Kjell Lindström är väldigt positivt. Som läkare har han alltid velat ha möjlighet att göra fler hembesök. Nu räknar han med att många, särskilt äldre och handikappade, ska utnyttja möjligheten att få doktorn hem till sängkanten i stället för att behöva ta sig till vårdcentralen.

– Ofta kan man få en helt annan bild av patienten och hans sjukdom när man ser patienten i hemmiljö, säger Kjell Lindström. Dessutom kopplar många av mer under ett hembesök än på vårdcentralen.

Färre Falköpingsresor

Genom beredskapen i Habo hoppas man att kunna bespara patienterna resor till jourcentralen i Falköping. Svåra sjukdomsfall och olycksfall ska visserligen söka i Falköping eller eventuellt i Jönköping även i fortsättningen, men man räknar med att flera patienter ska slippa Falköpingsresor mitt i natten eller under veckoslutet.

– I dag söker cirka tio patienter i veckan från Habo till jourcentralen i



Kjell Lindström och distriktssköterskan Kristina Strandsäter har här ställt upp sig vid akutentrén på Habo vårdcentrum – redo att "rycka ut".

(Foto: Annika Johansson)

Falköping, berättar Kjell Lindström, men vi räknar med att kanske få 20 patienter i veckan under vår beredskap.

Så här går det till

Under jourtid ska Habo-borna nu ringa 90 000 och be att få tala med distriktssköterskan i Habo. Distriktsköterskan, som alltså har beredskap i hemmet liksom läkaren, gör en första bedömning av sjukdomsfall.

En del patienter hänvisas till akutmottagningen, en del får vänta till nästa morgon eller nästa vardag innan de får träffa en läkare, en del kanske klarar sig med goda råd från distriktssköterskan, medan några tycks behöva läkarvård. Då kan de antingen få ett hembesök eller också får de komma till vårdcentralen och träffa doktorn.

På vårdcentralen finns också två undersköterskor under natten. De arbetar i hemsjukvården men ska också kunna hjälpa till vid patientbesök på natten.

Sex månaders försök

Försöket med läkare i beredskap ska vara i sex månader och sedan ska en utvärdering göras. Hälsoplanerare Kurt

Hoffgren har redan börjat intervjua personalen.

Under den här tiden kommer Habo-läkarna inte att tjänstgöra på jourcentralen i Falköping, men man räknar inte med att övriga läkare i jourcentralens upptagningsområde: Falköping, Habo, Mullsjö, Tidaholm, ska drabbas särskilt hårt.

Man räknar inte heller med att verksamheten ska kosta primärvården något extra.

– Det är först nu, när vi fått alla fem läkartjänsterna besatta, som vi kan genomföra det här försöket, säger Kjell Lindström. Vi räknar med att ha fyra dagars arbetsvecka och ta ut ersättning för beredskap i kompensationsledighet och då kostar det inget extra.

Och under ett halvårs tid får Habo-borna alltså förmånen att kunna träffa sina egna läkare dygnet runt.

Författarpresentation

Annika Johansson, journalist på Kontakt-R, Skaraborgs läns landstings personaltidning.*

*Postadress: Skaraborgs läns landstings kansli, Box 407, Drottninggatan 1, 542 01 Mariestad. Tel. 0501-620 00.

Brodin Harald: Rörelseorganens funktionsstörningar.

176 sidor. Lund: Studentlitteratur 1981.
Pris ca 104:-.

Författaren till denna bok är professor i sjukgymnastik vid Karolinska institutet. Han är dessutom specialist och docent i ortopedi. Han har tidigare skrivit läroböcker, framför allt för sjukgymnaster. Boken vänder sig både till allmänläkare och funktionsterapeuter = arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Dessa kategorier har ju ofta patienter aktuella tillsammans.

Boken är uppdelad i en allmän och en speciell del. Den allmänna delen tar bl a upp ledens funktion och störningar som kan inträffa i denna. Det beskrivs hur en led och dess omgivande strukturer undersöks. Vikten av att vid undersökningen göra allt efter en stabil rutin så man inte glömmer något poängteras.

Ett avsnitt handlar om smärta. Detta är ett vanligt symptom och den är ofta svårvärderad. Ett försök att beskriva smärtans intensitet är att låta patienten rita ett kryss på en dm lång linje med 0 i ena ändan och 100 i den andra. 0 = ingen smärta, 100 = mycket, mycket stark smärta. Man mäter sedan med linjal på vilket avstånd från 0 krysset är satt. Detta kan utföras vid olika tillfällen och ger ett begrepp om hur smärtan varierar.

Den speciella delen går in på möjligheter till behandling av sjukliga tillstånd i leder och dess omgivning. Övre, nedre extremiteter och ryggens olika delar behandlas i var sitt kapitel.

Vikten av att överblicka patientens totala situation poängteras. Man bör försöka ställa etappdiagnoser, dvs analysera olika problem var för sig och sedan inrikta behandlingen först mot det symptom som stör patienten mest – etappterapi.

Den speciella delen är rikt illustrerad med foton. Detta underlättar inläringen av olika undersökningsmoment. Några behandlande moment finns beskrivna, tex mobilisering av första revbenet och brösttryggen. Ofta söker patienter allmänläkaren för tendinit. Undersökning och försök till behandling av dessa är bra beskrivet. Ett behandlingsförsök kallas "needling" och innebär att man i lokalanestesi gör 5–10 stick med injektionsnål in i tendiniten mot benet. Smärtorna lindras härigenom efter något dygn. Författaren ställer sig tveksam till steroidinjektioner vid tendinit. Cortison har en katabol och kollagenolytisk effekt som är negativ i detta sammanhang.

Denna bok är inte, och gör inte anspråk på att vara, en fullständig beskrivning över sjukliga tillstånd i rörelseorganen. De inflammatoriska tillstånden berörs tex inte alls.

Det finns här många tips vid det praktiska omhändertagandet av patienter med vardagliga ortopediska besvär som tendinit och onda ryggar. Illustrationerna är till god hjälp, men när det gäller behandlingsförsök, tex vid låsningar i ryggen, tror jag man behöver undervisning genom direkt handledning för att inte göra fel och kanske skada i stället för att hjälpa.

Kjell Hultsten
Distriktsläkare, Tibro.

Postadress: Vårdcentralen, Box 275, 543 01 Tibro.

Elsa Bolin, Christina Skogsberg: Patient

175 sidor. Stockholm: Natur och Kultur 1981.
Pris: cirka 80 kr. ISBN 91-27-50066-7.

Boken har underrubriken En studie i patientrollen med utgångspunkt från bröstcancerpatienten. Redan på första sidan slår man fast en viktig sanning som sedan går som en röd tråd genom hela boken, nämligen att patienten är en självständigt tänkande och handlande person. Han/hon skall behandlas som subjekt, inte bara objekt för undersökningar, diagnos och behandling. Under den tid författarna själva har varit inne i vårdapparaten för behandling av bröstcancer har de ofta upplevt att förhållandet är det motsatta.

I boken får man en fyllig redogörelse för det svenska sjukvårdssystemet och dess resurser. Författarna berättar med djup inlevelse om sin egen sjukdom och de psykiska reaktioner man genomgått under olika faser av den. När en människa får besked om att hon har cancer leder detta ofta till en kris. Denna kris och följderna av den förvärras av dålig information om sjukdomen från sjukvårdens sida. En av de vanligaste försvarsmekanismerna blir då regression. Man blir som barn igen, beroende och utan egen förmåga att påverka sin situation. Detta beteende uppmuntras i sjukvården då patienten i denna situation blir "lättskött". Detta betyder också att man över patientens huvud beslutar om utredningsgång och vilken behandling som skall väljas.

Denna brist på information är stor inte minst till patienter med dödlig sjukdom eller i terminalt skede av en sjukdom. Döden är något man inte talar om fast den är livets självklara avslut-

ning. Vården av dödande måste förbättras inte minst på sjukhus, där den döende ofta isoleras från andra patienter och där han även lämnas ensam av personalen som inte orkar engagera sig i denna psykiskt pressande situation. Man har för lite utbildning och inget stöd från omgivningen.

Denna bok är väl värd att läsa, även avsnitten om den svenska sjukvården och hur en sjukhusavdelning fungerar, vilket bör vara välbekant för oss läkare. Det är mycket nyttigt att se dessa områden belysta från ett annat perspektiv.

Det är viktigt att patienten är "en i laget" när det gäller både utredningar, behandlingsalternativ och uppföljningen. Patienten måste betraktas som en jämlike, inte som ett barn, vilket ofta sker och accepteras på grund av regressionen.

Boken avslutas med en uppställning utmaningar till alla i sjukvården inblandade. Ett par av dessa tycker jag vi läkare behöver ta till oss speciellt:

- Sluta ljuga! Ge patienterna korrekt och förståelig information.
- Släpp aldrig ögonhöjden! Läkaren är ingen "halvgud" utan är jämställd med övrig sjukvårdspersonal – och med patienten. Vi måste agera utifrån dessa förutsättningar i vårt arbete.

Kjell Hultsten,
distriktsläkare, Tibro

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 vidtala 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.: _____

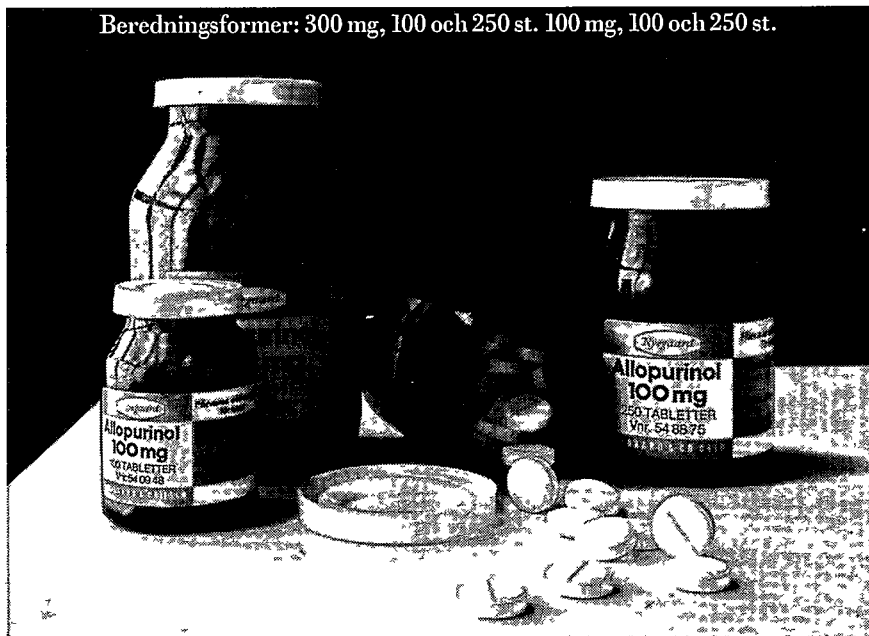
FRANKERAS

SFAM

Box 5610
11486 Stockholm

DET BILLIGASTE ALLOPURINOLPREPARATET MOT GIKT HETER NUMERA ALLOPURINOL/NYEGAARD.

Beredningsformer: 300 mg, 100 och 250 st. 100 mg, 100 och 250 st.



Läkemedel	Tabletter 100 mg	Pris (A.U.P.)	Pris/tablett	Tabletter 300 mg	Pris (A.U.P.)	Pris/tablett
Allopurinol	1×100	75:20	0.75 kr	1×100	194:90	1.94 kr
Allopurinol	1×250	158:30	0.63 kr	1×250	427:70	1.71 kr
Zyloric	1×100	95:10	0.95 kr	1×100	248:90	2.48 kr
Allopur	1×100	75:20	0.75 kr	1×100	194:90	1.94 kr

Allopurinol/Nyegaard, är ett nytt preparat för behandling av gikt och hyperurikemi. Efter att ha sålts i många år i Norge, har vi nu lanserat det även i Sverige.

På så sätt hjälper vi till att reducera sjukvårdskostnaderna, både jämfört med Zyloric och Allopur. Vilket framgår av tabellen här ovan. Lägg märke till att de tre läkemedlen har exakt samma beståndsdel, allopurinol.

Det enda som skiljer är priset.

NYEGAARD & CO.

Strandvägen 7 B, Entré II, 3 tr. 114 56 Stockholm. Tel. 08/67 90 50.

BERG LARS JOHAN

GÄSTGIVAREV 16
543 00 TIBRC

734004

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄNMEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

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

ALLMÄNMEDICIN

kostar 200 kronor för år 1983. Avgiften insättes på
postgiro 37 54 40-5

Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄNMEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).