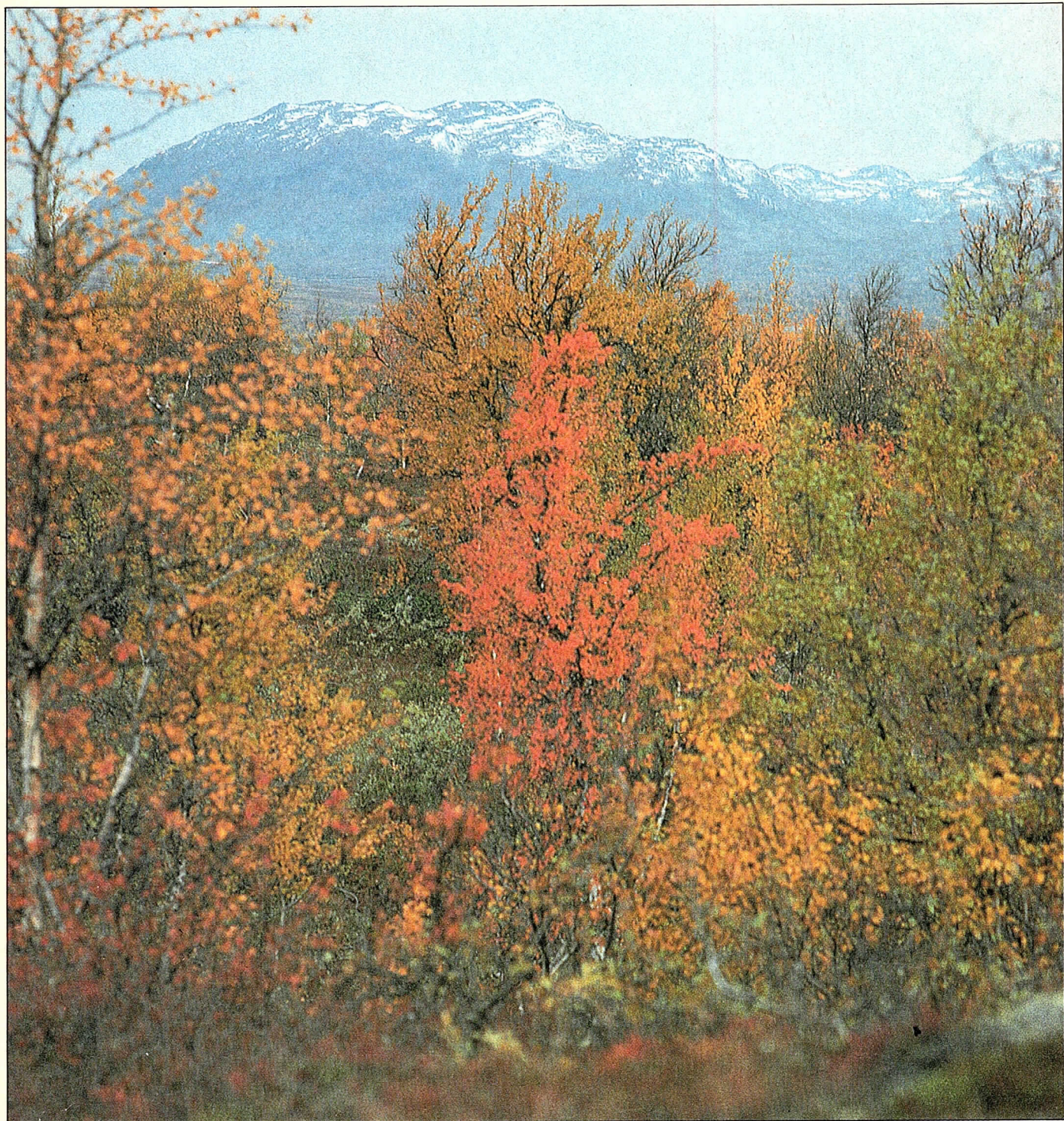


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



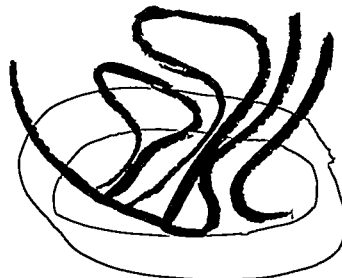
Basdata i
primärvård

4
1983

Supplement
medföljer

Urogenitala besvär

hos äldre kvinnor



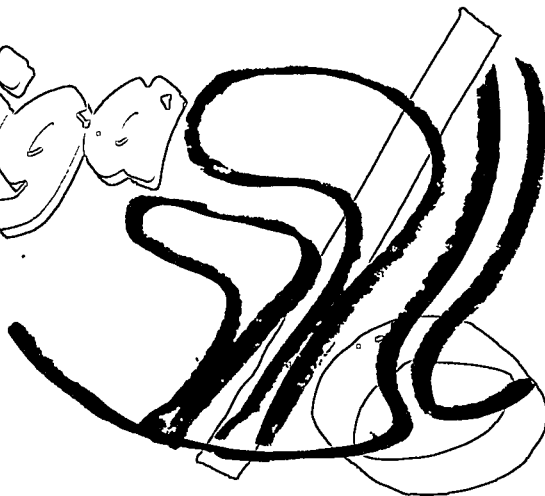
”UVI föregås oftast av en kolonisation av perineum och det periuretrala området. Lactobaciller utgör en viktig del av den fertila kvinnans vaginalflora. Glykogenet i vaginalsekretet anses utgöra ett viktigt substrat för dessa mjölksyreproducerande och pH-sänkande

bakterier som därigenom bidrager till en miljö som förhindrar kolonisation med urinvägs patogena bakterier. Hos äldre är slemhinne-sekretionen starkt reducerad.”

Ref. Å. Brandberg, D. Mellström, G. Samsöe,

”Terapeutisk och profylaktisk östrogenbehandling av äldre kvinnor med urogenitala besvär.”
Abstract från föredrag presenterat vid Riksstämman 1982. Sektionen för åldersforskning.

Den naturliga spärren.



Under kvinnans fruktsamma år har slidan en skyddsmekanism som gör att infektioner utifrån har svårt att få fäste. Med sänkt östrogenproduktion försämras det skyddet, slemhinnan blir tunn och skör.

Samma sak händer i urinblåsa och urinrör. Kvinnan känner urin-trängningar ofta och det kan bli svårt att hålla urinen. Den naturliga spärren för infektioner fungerar inte längre när slemhinnorna atrofierar på grund av östrogenbrist.

Ovesterin[®]

östriol

För långtidsbehandling av atrofiska
slemhinneförändringar För vidare inf. se FASS

ORGANON AB Box 5076, 421 05 V. Frölunda



Ledare:

Allmän medicinens framtid.
Bengt Linder

133

Föreningsnytt:

SIMG-Janssen Price 1983.

134

Förslag till handlingsprogram för
svensk förening för allmän medicin.

135

Styrelsens förslag till SFAM:s tolkning
av överenskommelsen pediatrik i
primärvården

136

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Lennart Råstam:

Vårdprogram för högt blodtryck.

Ett försök med strukturerad hypertoni-
vård i Skaraborgs län.

137

Kurser och konferenser:

EGPRW-möte i Stockholm, april 1983.

Bo Haglund

138

1984 symposium of the SIMG

140

Basdata i primärvård:

Basdataberapporten äntligen i tryck.

Christer Gunnarsson

140

Lokal tillämpning i Örebro län.

Inger Almér, Göran Falck,

Lennart Holmquist, Ingvar Lidén,

Margus Mägi.

142

Är det metoderna eller behoven som
skall definiera basdata?

Finn Diderichsen

144

ADB-rutiner:

Ett förebyggande medicinskt ADB-
system i Malmö.

Erik Trelle, Nils Dahlberg,

Jan-Olof Krantz, Claes Larsson,

Alexander Lazer, Bo-Göran Pettersson,

Pierre Åxholt

146

Konferens om alkoholism:

Attityder till vård av alkohol-
missbrukare.

Åke Isacson

150

Vårdbehovets omfattning vid
alkoholism.

Anders Romelsjö

153

Alkoholmissbruk och infektioner.

Birgitta Hovelius.

157

Varför super alkoholisten?

Stefan Borg

158

Infektioner i primärvård:

Otitbehandling utan antibiotika.

Ulf Börjesson, Tore Hegle,

Olle Hellström

163

Sluten vård - primärvård:

Avlastar en utbyggd primärvård
sjukhusens akutmottagningar?

Bengt Järhult, Stig Carlsson,

Anders Romelsjö.

164

Omsorg i primärvården:

Hur mår våra äldsta?

Monica Gustavsson, Inger Henriksson,

Ulla Johansson, Lisbeth Kyhlberg,

Marita Larsson, Kjell Lindström,

Gerd Martinsson, Kristina Strandsäter,

Monica Simfors, Kerstin Sundling.

168

"Den gamle patienten och gyn-stolen".

Sven Ternow

170

Läkemedelsutnyttjande i primärvård:

Läkemedelsförbrukning i öppenvård

1977-1980 i Skellefteå sjukvårdsdistrikt.

Kurt Boman, Carl Gunnar Hallgren,

Jan-Erik Ögren.

171

SPRI-projekt:

Primärvård i utveckling. *Staffan Ågren*

174

Allmän medicinsk forskning:

European General Practice Research

Workshop - EGPRW. En bakgrunds-

teckning. *Bo Haglund*

175

Debatt:

Allmän medicin, samhällsmedicin,
socialmedicin, primärvård.

Sigmund Löfstedt

176

Rätt men ändå fel. *Kenneth Widäng*

176

Några funderingar kring SFAM:s
utveckling.

Moa Vlastós, Christina Fabian.

177

Om ansvar och hälsa.

Gustav Haglund

177

Allmän medicin i AllmänMedicin.

Bo Haglund

178

Recensioner:

Primärvårdens informationssystem,
Olofström.

180

Vård på lika villkor...?

Socialstyrelsen

180

Beroendeframkallande medel.

Materialkatalog. *Socialstyrelsen*

182

Genomgång av statistik inom området
beroendeframkallande medel.

Socialstyrelsen

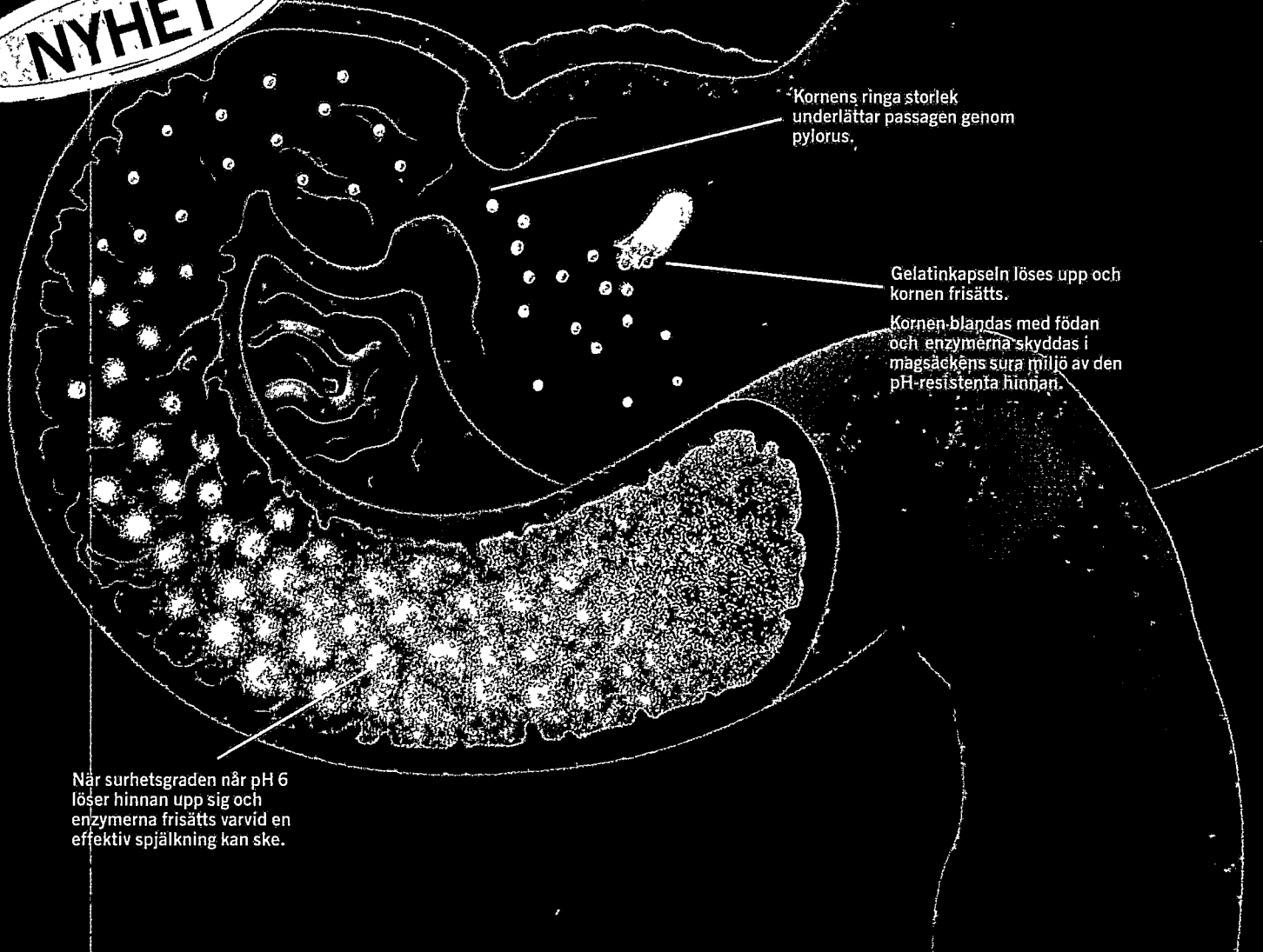
182

Omslagsfoto -

"Höst i Härjedalen" - *Bo Haglund*

AVGÖRANDE FRAMSTEG INOM PANKREAS-TERAPIN

NYHET



Kornens ringa storlek underlättar passagen genom pylorus.

Gelatinkapseln löses upp och kornen frisätts.

Kornen blandas med födan och enzymerna skyddas i magsäckens sura miljö av den pH-resistenta hinnan.

När surhetsgraden når pH 6 löser hinnan upp sig och enzymerna frisätts varvid en effektiv spjälkning kan ske.

PANCREASE

GER FÖLJANDE FÖRDELAR:

- Liten mängd läkemedel per måltid
- Saknar bismak

- Förbättrad fettabsorption
- Mindre antal tarmtömningar per dag
- Patienten tolererar en fettrikare kost

PANCREASE

Enterokapslar

Pankreasenzympreparat

Grupp 5D 1010

Deklaration. 1 kapsel innehåller: Pancrelipase respond lipas 6200 FIP-enheter, amylas 3600 FIP-enheter, protease 330 FIP-enheter et constit. q. s.

Upplýsingar. Cilag AB, telefon 08-754 02 75.

Egenskaper. PANCREASE innehåller som aktiv substans pancrelipase, ett pankreasenzymkoncentrat utvunnet från svin.

Den galeniska utformningen av PANCREASE medför att en hög halt av biologiskt aktiva pankreasenzymer frigörs i duodenum genom att den aktiva substansen föreligger som magsaftresistent dragerade korn i en gelatinkapsel. Tack vare kornens ringa storlek (<3 mm i diameter) erhålls en snabb dispergering i maginnehållet och passage via pylorus.

Indikationer. Sekretorisk pankreasinsufficiens med malabsorption. Cystisk pancreasfibros (F).

Kontraindikationer. Överkänslighet mot svinprotein.

Dosering. PANCREASE doseras individuellt. *Normaldosering:* 1-2 kapslar 3 gånger dagligen i samband med måltid samt 1 kapsel vid ev mellanmål. I extremt svåra fall kan dosen ytterligare höjas. Vid sväljningssvårigheter hos vuxna eller barn kan kapseln öppnas och kornen blandas i vätska eller föda som inte behöver tuggas, då kornen måste sväljas hela.

Förpackningar och priser. Kapslar: 100 st 199:-, 250 st 480:30. PANCREASE, 100 och 250 st kapslar.



Box 7073, 191 07 Sollentuna, Tel. 08-754 02 75

Allmänmedicinens framtid

Svensk allmänmedicin kännetecknas idag av en stark kvantitativ-expansion när det gäller utbyggnad av verksamheten, nyanställning av personal inom olika kategorier samt ökande mängd specialister i allmänmedicin som snabbt fyller upp de vakanser som fortfarande finns. Det står allt mera klart att dagens allmänmedicinska vardag inte bara är det traditionellt kliniska arbetet utan även kännetecknas av ett ökande innehåll av mer samhällsmedicinsk karaktär. Denna bredare syn på modern allmänmedicin är också nödvändig med hänsyn till vår nya hälso- och sjukvårdslag.

En kritisk fråga är om en samtidig kvalitativ förbättring av allmänmedicinen/primärvården kan noteras. Detta ger upphov till en viktig följdfråga som först måste besvaras: Hur mäter vi en kvalitetsförbättring i vår verksamhet?

Bästa sättet borde vara att fråga avnämarna, alltså befolkningen i våra primärvårdsområden. Detta har vi börjat göra i form av enkätundersökningar (exempelvis Dalby, Habo, Skövde, Stockholm). Resultaten visar att en utbyggd, optimalt fungerande primärvård är ett gott vårdalternativ, som befolkningen är nöjd med.

Ett annat sätt är att vi själva granskar vår verksamhet. Detta är svårt eftersom instrument saknas. Ett intensivt arbete pågår för närvarande för att få fram basdata från primärvårdsarbetet, som då ger en möjlighet att analysera primärvårdsverksamheten utgående från olika premisser. Flera sådana undersökningar har påbörjats och även presenterats. Förhoppningsvis medför dessa arbeten en kvalitetsförbättring. I detta nummer presenteras basdatarapporten och kommenteras dessutom i tre separata artiklar.

Distriktsläkare utför idag själva utvecklingsarbeten och presenterar dessa. Vid WONCA-mötet 1980 i New Orleans hade ca 125 deltagande svenska läkare inte något presenterat arbete medan däremot vid den nyligen avslutade WONCA-kongressen i Singapore svenska distriktsläkare stod för mer än 10 procent av alla presenterade fria föredrag, en insats som är värd beröm. De svenska prestationerna på våra internationella kongresser i allmänmedicin har ökat både i kvantitet och kvalitet, både 1981 i Bergen och nu senast juni 1983 i Tammerfors.

Ett exempel på att den akademiska världen också har insett vår nuvarande dynamiska utveckling är att svensk allmänmedicins "grand old man", Gustav Haglund den 27 maj promoverades till hedersdoktor vid Lunds Universitet pga sina insatser för att föra vårt ämne framåt.

Vi har de sista åren sett ett fåtal distriktsläkare framgångsrikt försvara rent primärvårdsinriktade avhandlingsarbeten. Vi har också ett tiotal forskningsregistrerade distriktsläkare. En av dessa, Lennart Råstam, försvarade den 11 juni sin avhandling:

Vårdprogram för högt blodtryck. Denna presenteras på annan plats i numret, och är vår första genuina allmänmedicinska avhandling. Detta är en glädjande och för vårt ämnes trovärdighet nödvändig utveckling. De två allmänmedicinska institutionerna, socialmedicinska institutionen i Stockholm (vid vårdcentralen Kronan) samt Skaraborgs läns landsting har varit motorerna i denna utveckling.

I annat sammanhang i detta nummer av vår tidning visas statistik av hittills publicerat material. Ett viktigt faktum är att praktiskt taget allt som sänts in till tidningens redaktion publicerats. Den kritik som riktats mot tidningens tidigare innehåll kan alltså falla tillbaka på oss allmänläkare. Vi har inte använt vår tidning på riktigt sätt. Vi har inte publicerat oss. En stor och glädjande förändring har skett det sista halvåret. Idag kan redaktionen välja mellan en mängd artiklar. Den del som ökat är artiklar bla med kliniskt innehåll. Den tidigare eventuella slagsidan mot samhällsmedicinskt innehåll kommer att förändras, vår tidning kommer att stå på de två ben som är nödvändiga för ett primärvårdsinnehåll i tidningen, nämligen dels kliniska och dels det samhällsmedicinska. Vår tro är att tidningen kommer att få en ökad slagkraft i framtiden.

Scandinavian Journal of Primary Health Care har nyligen kommit ut med sitt första nummer. De nationella allmänmedicinska tidningarna skall ansvara för våra lokala behov. Vetenskapliga artiklar från primärvårdsområdet behöver ofta ett annat medium än dessa. Ett sådant skulle då vara vår gemensamma vetenskapliga internordiska tidskrift vars huvudsakliga mål alltså är att publicera vetenskapliga artiklar från primärvården. Tidningen är öppen för vetenskapligt arbete från olika fält där dock det viktigaste är den vardagliga allmänläkarverksamheten. Tidningen nämner själv andra intresseområden såsom arbeten från beteendevetenskaperna och sociologi. SFAMs styrelse tror att denna tidning kommer att fylla ett stort behov och vi vill rekommendera att primärvårdsintresserade i Sverige tar del av innehållet.

Det viktigaste för närvarande är dock den nyfödda entusiasmen som vi upplever på många håll i Sverige. Unga välutbildade kollegor, intresserade hälsoplanerare har gjort att erfarna distriktsläkare och distriktssköterskor genom förbättrade arbetsförhållanden tagit fram sin stora erfarenhet och gemensamt upplever man nu ett nytt dynamiskt och intressant innehåll i primärvårdsarbetet. Inte minst vår nya sjukvårdslag har inneburit en stimulans i vardagen.

Åter då till frågan ställd i början av ledaren. Upplever vi en kvalitetsförbättring i primärvården idag? Jag är beredd att svara ja på den frågan. Jag tror att svensk allmänmedicin kan se framtiden an med tillförsikt såvida nuvarande utvecklingstendenser ej radikalt förändras.

Bengt Linder
ordförande i SFAM

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	
5	1/ 9-83	"	42
6	14/10-83	"	48
1 1984	25/11-83	"	2

ADRESSÄNDRING

Medlemmar i SFAM adressändring till: SFAM, Box 5610, 114 86 Stockholm.
Prenumeranter adressändring till redaktionen: AllmänMedicin, Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin, 17283 Sundbyberg.

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,
17283 Sundbyberg, tel: 08/989100
(Jane Östman).

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.

ISSN 0349-4772

SIMG - Janssen Price 1983



The SIMG Janssen Price has the aim to promote research in General Practice, by giving financial support to one research project.

This project will be selected out of a number of applications, by an international Jury.

Every general practitioner, or a group of primary medical care team in Europe can apply.

He should send a protocol of no more than 1 000 words to the secretary of the Jury, stating the significance, the aims and the methods of his project.

It should be typewritten either in english, german or french. The Jury will pay attention to the importance and to the feasibility, also at an international level.

The winner gets 30 000 Bfr at the awarding of the Price and another 20 000 Bfr at the termination of his work. He should do this within two years and present his results at an SIMG Meeting.

Applications can be send in up to November 30th 1983 to:

Prof. Dr. R De Smet, Secretary of the Jury, Centrum voor Huisartsopleiding, Rijksuniversiteit Gent, Academisch Ziekenhuis, De Pintelaan 185, B-9000 Gent (Belgium)

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. Mervärdeskatt tillkommer.

Medarbetare i primärvården!

ALLMÄN MEDICIN

vill vara er tidskrift.

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

ALLMÄN MEDICIN

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

Ange prenumeration för 1983 på talongen.

ALLMÄN MEDICIN

utges av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Förslag till handlingsprogram för Svensk förening för AllmänMedicin

Svensk förening för AllmänMedicin antog ett handlingsprogram 1978. Inom styrelsen har detta handlingsprogram överarbetats. Förslaget till nytt handlingsprogram presenteras. Vår förhoppning är att programmet kan diskuteras under hösten och därefter antas vid årsmötet i december 1983.

Bakgrund

Sjukvården har under några decennier genomgått en mycket snabb utveckling mot större komplexitet. Den har nu ett kunskaps- och erfarenhetsområde som det länge varit omöjligt för den enskilde läkaren att behärska. Specialiteter har efter hand utvecklats för att tillvarata och vidareutveckla kunskap och teknik inom mera begränsade områden. Denna process leder emellertid ofta till minskad överblick och innebär risk för isolering och sektorisering till skada för helhetsbedömningen och syntesen.

Samtidigt pågår en annan utveckling där samhället ställer ökande krav på insyn i sjukvården och dess tillämpning.

Denna utveckling och dess krav har format en ny generation allmänläkare som upplever sig dels som värnare av vissa delar av den gamla läkarrollen, dels som pionjärer när det gäller att utveckla nya arbetsformer, till fromma för svensk sjukvård. Hos denna generation har skapats en stark känsla för allmänmedicinens stora betydelse.

Den särskilda utbildning för kompetens i allmänläkarvård som infördes 1969 har oavbrutet diskuterats med tonvikt på olika delar av utbildningen och med önskemål om en förlängning. Regeringen har 1981 fastslagit att specialistutbildningen i allmänmedicin skall omfatta 4 1/2 års tjänstgöring med 18-24 månaders tjänstgöring inom ämnesområdet allmänmedicin. Forsknings- och utvecklingsprogram, för att bygga upp ett underlag för en sådan utbildning, har hittills varit otillräckliga. Det finns dock nu en vilja att satsa på utveckling och forskning inom allmänmedicin och primärvård som bland annat tagit sig uttryck i medicinska forskningsrådets rapport, Forskning inom allmänmedicin.

Organisation

Allmänläkarna, som tillhör olika yrkesföreningar, främst Svenska distriktsläkarföreningen, Sveriges praktiserande läkares förening och Svenska företagsläkarföreningen, saknade länge ett gemensamt forum för diskussioner om ämnets innehåll och vetenskapliga dokumentation och utveckling. Utbildningsfrågor, akademisk anknytning och principiella ståndpunkter i samarbete med socialvård och andra samhällsinstitutioner markerade ytterligare behov av ett sådant gemensamt organ. Svensk förening för allmänmedicin bildades 1969 på initiativ av ett antal privatpraktiserande läkare. Föreningen godkändes samma år som sektion i Svenska Läkarsällskapet och 1975 som specialistförening i Sveriges läkarförbund.

Specialitet

Begreppet allmänmedicin som specialitet kan inte avgränsas som andra specialiteter till ett organ, en åldersgrupp eller en teknik. Allmänmedicin är det kunskaps- och färdighetsområde som utgör grunden för att primärt handlägga oselektade medicinska problem och ansvara för hälsotillståndet i en avgränsad befolkning. Liksom individens psykologiska och biologiska reaktionsätt har en oändlig variationsrikedom, kommer också kraven på tillämpning av kunskap och erfarenhet hos allmänläkaren att variera med individens behov och levnadssituation. Allmänmedicinen använder diagnostiska och terapeutiska metoder från olika medicinska verksamhetsområden och kontinuitet och närhet eftersträvas i patientrelationerna. Allmänmedicin arbetar därutöver med epidemiologiska metoder för att identifiera hälsoproblem i befolkningen.

Program

1. Föreningen eftersträvar att inom allmänmedicinens stora fält, genom egna aktiviteter och i den medicinska debatten, hävda ämnets speciella utbildnings-, forsknings- och utvecklingsbehov. Föreningen vill samla medlemmarna i detta arbete, vilket för närvarande sker genom att SFAM anordnar symposier och fria föredrag vid riksstämman samt genom att man arrangerar regionala symposier för diskussion av problemområden, organisationsutveckling, sjukdomspanorama och behandlingsmetoder i den allmänmedicinska delen av primärvården.

2. Vid dessa symposier liksom i deras förberedande arbeten eftersträvar SFAM samarbete med lärare vid universiteten och andra institutioner. SFAM vill framför allt ha ett nära samarbete med institutionerna för allmänmedicin, samhällsmedicin och socialmedicin, samt verka för att samtliga läroanstalter får institutioner för allmänmedicin.

3. SFAM stöder kraven på undervisning i allmänmedicin under grundutbildningen till läkarexamen. En sådan undervisning har nu börjat ta form vid några av utbildningsuniversiteten.

4. SFAM bör medverka till en kvalitativt god vidareutbildning i allmänmedicin. Detta gäller såväl den teoretiska som den praktiska tillämpningen för läkare under allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning.

5. Efterutbildning i organiserade former är ett nödvändigt komplement till den ursprungliga allmänläkarutbildningen. I avvaktan på att sådan formaliserad komplettering kan ske bör SFAM stödja de olika verksamheter och kurser som erbjuds genom huvudmännen, provinsialläkarfonden och olika privata initiativ.

6. SFAM eftersträvar och stöder utvecklingen mot inrättandet av forskningsinstitutioner i allmänmedicin med akademisk anknytning. Dessa behövs i tillräcklig omfattning över landet för att organisera metodutveckling och forskningsinriktning på allmänmedicinens problem samt för utbildning av allmänläkare på olika nivåer.

7. SFAM har engagerat sig i nordiskt och internationellt samarbete och detta bör fortsätta och utvidgas i den utsträckning föreningens ekonomiska och personella resurser medger.

8. Föreningen utger en tidskrift AllmänMedicin (Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin) med 4-6 nummer årligen, vars uppgift är att förmedla föreningens information och bidra till föreningens sammanhållning. Tidskriften har också som uppgift att förmedla preliminära forskningsrapporter och utvecklingsarbeten samt stimulera till debatt i allmänmedicinska frågor.

9. SFAM stöder också en vetenskaplig skandinavisk tidskrift, Scandinavian Journal of Primary Health Care.

10. SFAM arbetar för en förstärkning av allmänmedicinens betydelse i sjukvården. FV-läkare väljer i ökande ut-

Styrelsens förslag till SFAM:s tolkning av överenskommelsen pediatrik i primärvården

Bakgrunden till SFAM:s beslut att stödja överenskommelsen "Pediatrik i primärvården" har ifrågasatts. Styrelsen har funnit det angeläget att klargöra motiven och tolkningarna som utgjorde grunden för beslutet. Följande uttalande är ingen tolkning i efterhand. Styrelsen vill härmed presentera sin uppfattning vilken även kommer att föreläggas årsmötet.

Svensk Förening för AllmänMedicin har genom sitt agerande de sista åren i skrift och i handling klart deklarerat sin uppfattning vad gäller den framtida primärvårdens organisation och innehåll. Tre grundläggande principer utgör grundstenarna i SFAM:s beskrivning av primärvården.

1. Föreningen accepterar den av WHO angivna organisatoriska indelningen av sjukvården som utgör grunden för Alma Ata-överenskommelsen 1978.

Tre organisatoriska nivåer finns i sjukvård – primärvård, sekundärvård och tertiärvård. Primärvård bedrivs av allmänläkare, distriktssköterskor och annan personal utanför sjukhusen. Sekundärvård definieras som den basala sjukhusvården som bedrivs vid region-sjukhus och motsvarande. Enligt SFAM:s uppfattning ska bara en läkarkategori på specialistnivå finnas i primärvården, nämligen allmänmedicinaren = allmänläkaren.

2. Svensk Förening för AllmänMedicin anser att den 1981 fastställda specialistutbildningen i allmänmedicin ger en god utbildning och en god kompetens för arbete som allmänläkare i primärvården. Utbildningen ger kom-

sträckning allmänläkarbanan. Genom SFAM kan de under sin utbildning ges möjligheter till fortlöpande kontakt med allmänmedicin och möjligheter att påverka dess framtida utformning.

11. SFAM eftersträvar att uppnå bästa möjliga kvalitet och professionella tillfredsställelse för dem som i framtiden ägnar sig åt allmänmedicinen.

STYRELSEN FÖR SVENSK FÖRENING
FÖR ALLMÄNMEICIN

petens för sjukvårdande arbete inom de flesta medicinska disciplinerna och i alla åldrar samt kompetens för hälsovårdande arbete i alla åldrar och inom olika medicinska discipliner. SFAM anser att utbildningen ger kompetens för självständigt arbete vid barnavårdscentral och mödravårdscentral.

3. De specialister som utför arbetsuppgifter i primärvården ska vara klinikanslutna. Formen för arbetet i primärvården ska vara konsultens. Specialistens arbete sker som en komplettering till och efter remiss från allmänläkaren eller i annan överenskommelse med de för vården i området ansvariga allmänläkarna.

Mot ovan angiven bakgrund vill SFAM:s styrelse på anmodan göra följande tolkning av överenskommelsen mellan barnläkarföreningen, distriktsläkarföreningen och SFAM angående pediatrikens roll i primärvården.

Det framgår klart att distriktsläkaren i allmänmedicin har övergripande ansvar för hälso- och sjukvård inom geografiskt avgränsade områden. Distriktsläkaren i allmänmedicin har alltså det övergripande ansvaret även för barnhälsovården i sitt område. Pediatrisk specialistkompetens är nödvändig i primärvården liksom många andra specialkunskaper är nödvändiga. Formen för utnyttjande av denna kompetens är samverkan mellan allmänmedicinare och specialister. Allmänläkaren fastställer behovet av pediatrika specialistsatser i distriktet i enlighet med det övergripande ansvaret.

I överenskommelsen står "Barnläkaren i primärvården ska även medverka i den allmänna barnhälsovården, skolhälsovården samt bedriva oselekterad sjukvård till barn inom primärvårdsområdet i den omfattning som bedöms lämplig med hänsyn till professionella behov, familjeläkarprincipen och lokala förhållanden". SFAM vill här poängtera att insatserna ska ske i den omfattning som bedöms som lämpliga. Den som bedömer lämpligheten är den för området ansvarige distriktsläkaren i allmänmedicin.

Vården av långvarigt sjuka och handikappade barn bör utgöra ett särskilt ansvar för barnläkaren betonas i överenskommelsen. SFAM anser att denna skrivning är riktig, men betonar återigen samverkan.

Organisatorisk tillhörighet av barnläkare i primärvården

Som tidigare framförts är SFAM:s upp-

fattning att specialisten i pediatrik ska vara klinikansluten och tjänstgöra i primärvården som konsult på basen av de behov som föreligger i området.

Barnläkarens medverkan i primärvårdens jourtjänst

Enligt SFAM:s basala organisatoriska modell ingår inte barnläkarna i primärvårdens jourtjänst.

Kvantitativa behov av barnläkaren i primärvården

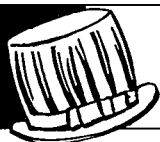
SFAM tolkar överenskommelsen på så sätt att det maximala antalet pediatriker som arbetar i öppenvård i Sverige kan vara ca 320 med utgångspunkt från ett befolkningsunderlag på 25 000 invånare per pediater i öppenvård. I SFAM:s tolkning ingår alla läkare som är anställda vid sjukhus eller utanför klinik i öppen vård i den kvoten. Det kan här framhållas att 1982 fanns det 296 tjänster i öppenvård i pediatrik i Sverige och den ytterligare expansion som är möjlig kan vara ca 20 tjänster.

Denna utbyggnad (ca 20 tjänster) förutsätter enligt överenskommelsen att allmänläkartätheten i ett aktuellt område är 1: 2 000 invånare. Dessa nya tjänster för specialister i pediatrik kan sannolikt ej inrättas under 80-talet pga bristande utbyggnad av allmänläkarvården.

Det är angeläget att här betona att det skulle leda till en överetablering av pediatrik specialistkunnande om verksamheten byggdes ut med en barnläkare per 25 000 invånare utanför sjukhus samtidigt som de nuvarande tjänsterna för öppenvård vid kliniker bibehålls.

Den avgörande fördelen med överenskommelsen om pediatrik i primärvården som Svensk Förening för Allmänmedicin har skrivit under 1982 är att barnläkarföreningen och därefter även läkarförbundet har fastställt distriktsläkarens, i allmänmedicin, övergripande ansvar för hälso- och sjukvård inom geografiskt avgränsade områden (familjeläkarprincipen). De lokala behoven i sjukvården ska styra resurserna. Distriktsläkaren i allmänmedicin är den som ytterst har ansvaret för hälso- och sjukvården i distriktet inkluderat barnhälsovården och är den som i samråd med specialister i pediatrik avgör vilket behov av specialistsatser som behövs i området.

För styrelsen Göran Sjönell, distriktsöverläkare.



Ett försök med strukturerad hypertonivård i Skaraborgs län

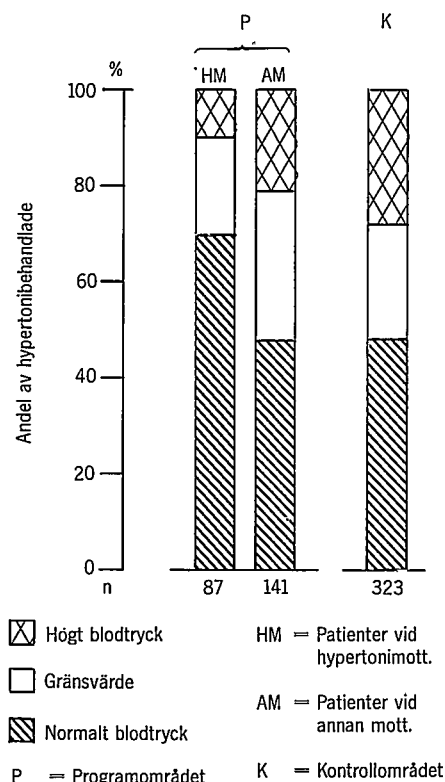
Akademisk avhandling av Lennart Råstam (SPRI-rapport 138).

Den 11 juni 1983 försvarade distriktsläkare Lennart Råstam sin doktorsavhandling om strukturerad hypertonivård i Skaraborgs län vid Göteborgs Universitet.

Bakgrund till undersökningen är att hypertoni till sin karaktär är en massförekomst av sådan dignitet att alternativ till traditionell läkarverksamhet måste övervägas för behandling och prevention.

Syftet med undersökningen beskrives som; att i ett geografiskt avgränsat område genomföra strukturerad hypertonivård; att utvärdera om detta är genomförbart och motiverat ur ett medicinskt och ekonomiskt perspektiv samt med avseende på patienternas uppfattning om vården och att undersöka hypertonibehandlade patienters livskvalitet.

Efter en inledande populationsundersökning 1977, för att fastställa förekomsten av hypertoni i befolkningen, delades länet i två likvärdiga områden. I det ena området, programområdet,



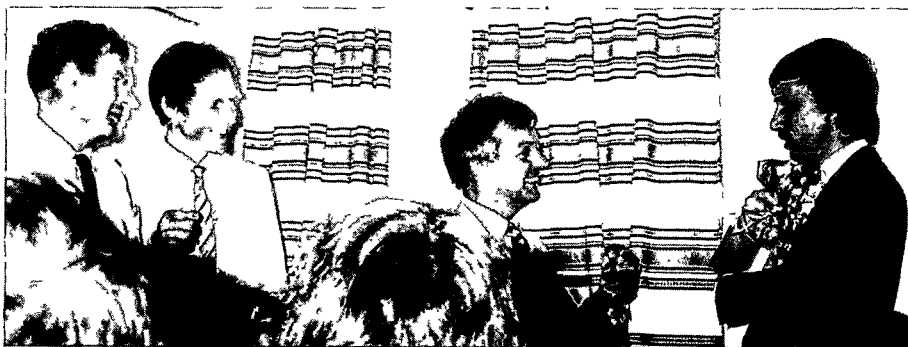
Figur 1. Blodtrycksläge 1982 44-71-åriga patienter med blodtrycksbehandling vid uppdelning av programområdets patienter efter mottagningstyp.



Lennart Råstam försvarar sin allmän medicinska avhandling. (Foto Bo Haglund)



Opponenten Gösta Tibblin och betygsnämnden från vänster Calle Bengtsson, Lars Rydén, Göran Berglund, Sten Landahl, John Wikstrand och Per Björntorp. (Foto Bo Haglund)



Lennart Råstam gratuleras av SFAM (Bengt Linder), Svenska Distriktsläkarföreningen (Per Schwartling) och Skaraborgs distriktsläkarkrets (Olle Lyngstam). (Foto Bo Haglund)

inrättades i varje kommun en sjuksköterskebaserad blodtrycksmottagning vid vårdcentralerna. Under en period av projektet genomfördes uppspårande verksamhet genom att alla oavsett besöksorsak på vårdcentral fick blodtrycket mätt. Alla med hypertoni eller gränsvärdesblodtryck remitterades till blodtrycksmottagningarna.

Vid utvärderingen av mottagningarnas följsamhet till vårdprogrammets medicinska föreskrifter fann man att

vårdprogrammet, dvs lokalt överenskomna handlingslinjer för den medicinska verksamheten rörande ett hälsoproblem, var genomförbart. Blodtrycksläget förbättrades i programområdet vilket kunde tillskrivas blodtrycksmottagningarna. Detta sammanfattas i figur 1, som redovisar behandlingsläget efter 5 års aktiviteter. Patienterna hade också ett gott förtroende för vårdformen och personalkostnaderna för hypertonivården minskade i den form för omhändertagande som förekom i programområdet.

Viktiga förklaringar till att blodtrycksläget för tidigare behandlade patienter var bättre i programområdet än i kontrollområdet var att sjuksköterskorna tilldelats ett speciellt ansvar

för övervakningen av patienternas blodtryck. För att kunna genomföra detta i praktiken behövs en särskild utbildning och ett kontinuerligt stöd från läkare. Författaren menar att hypertoni-problemets storlek motiverar en särskild organisation som kontinuerligt ger stöd till blodtrycksvården inom primärvården och att detta även i andra landstingsområden bör övervägas.

Bo Haglund

EGPRW-möte i Stockholm april 1983

BO HAGLUND

Stockholms läns landsting och Institutionen för Socialmedicin (Vårdcentralen Kronan) stod som värd för EGPRW:s vårmöte 1983. Temat för mötet var "basdata i primärvård som utgångspunkt för prevention". Aktuellt utvecklingsarbete presenterades från bl.a. England, Jugoslavien, Norge, Finland och Sverige.

Nyckelord: EGPRW, basdata i primärvård, prevention, allmänmedicin, forskning.

Introduktion:

Vid sidan av SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) och WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) är EGPRW (European General Practice Research Workshop) en organisation som bedriver allmänmedicinsk konferensverksamhet för internationellt erfarenhetsutbyte (1, 2). Medan SIMG och WONCA framför allt arbetar med stor konferensverksamhet söker EGPRW utgöra ett mindre forum.

EGPRW startade i oktober 1971. Regelbundna möten har hållits sedan 1974. Syftet med EGPRW är "att uppmuntra forskning; att gynna och koordinera internationella studier; att utbyta erfarenheter och utveckla en internationell vetenskaplig bas för allmänmedicinen".

EGPRW har under åren förlagts till olika länder. Syftet har bland annat varit att försöka ge en bild av primärvård och allmänmedicinen i världsländan (1).

Den 22-24 april 1983 höll EGPRW sitt möte i Stockholm. Stockholms läns landsting stod som värdar för mötet och temat var "Basic data in primary health care as basis for prevention". Under mötet deltog ett 30-tal europeiska allmänmedicinare från Sarajevo i söder till Tromsø i norr. Något fler svenska, huvudsakligen distriktsläkare deltog också.

Stockholmsmötet inleddes med en presentation av svensk primärvård och allmänmedicin för de internationella gästerna.

Symposiet om basdata i primärvård som bas för prevention avsåg att belysa



Douglas Fleming presenterar Weekly return service.

(Foto Per Tillgren)



Eckard Kuensberg och Bobby Hull i tankar.

(Foto Johan Hallqvist)

var forskningsfronten i ämnet för närvarande går.

Diskussionerna visade att basdata betyder helt olika saker för tex en dansk allmänläkare med privatpraktik och en finsk eller svensk distriktsläkare med befolkningsansvar för ett bestämt geografiskt upptagningsområde.

Kontinuerlig basdata-registrering förutsätter att ADB införs i rutinverksamheten. Exempel på en helt datoriserad vårdcentral redovisades från Finland (3). Datastyrd journal och arkivsystem diskuterades utifrån norska erfarenheter (4).

"Weekly return service" är ett system i England som innebär insamlade och redovisning av infektionsläget i England utifrån primärvården. Uppgifterna utgår från data som insamlas från drygt 40 allmänläkarmottagningar (5). Infektionsläget speglas betydligt snabbare än genom annan officiell infektionsstatistik. När tex allmänna febrilitetsattacker dubblas under en tvåveckorsperiod förebådar detta en ny influensaepidemi. Möjligheterna att prediktera epidemier gör att en bättre handlingsberedskap kan tillskapas inom sjukvården för riskgrupper. Systemet finns även i Holland.

Britt Gerd Malmberg redovisade svenska erfarenheter utifrån basdata-gruppens arbete.

Symposiet kommer att presenteras i sin helhet i rapportserien från Landstingets hälsovård i Stockholm. Intresserade kan vända sig till Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet, Sundbyberg.

Referenser:

1. Haglund B, Svanström L: European Ge-



Paul Krogh-Jensen argumenterar. Ingvar Krakau lyssnar.

(Foto Per Tillgren)

neral Practice Research Workshop – EGPRW. Konferensrapport. Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet, Sundbyberg 1982. (Röd rapportserie nr 5.)

2. Haglund B: European General Practice Research Workshop, EGPRW. AllmänMedicin 1983;4:175-176.

3. Bäckman L, Dahlin B, Gerdin-Jelger Voa: Finstar – ett datorbaserat informationssystem av intresse för svensk primärvård. Landstingets hälsovård, Stockholm, 1983. (Röd rapportserie nr 1.)

4. Hasvold T: Datastyrt journal- og arkivsystem for primaerhelsetjenesten. Tidsskrift for Den norske laegeforening 1982;102:1281-4.

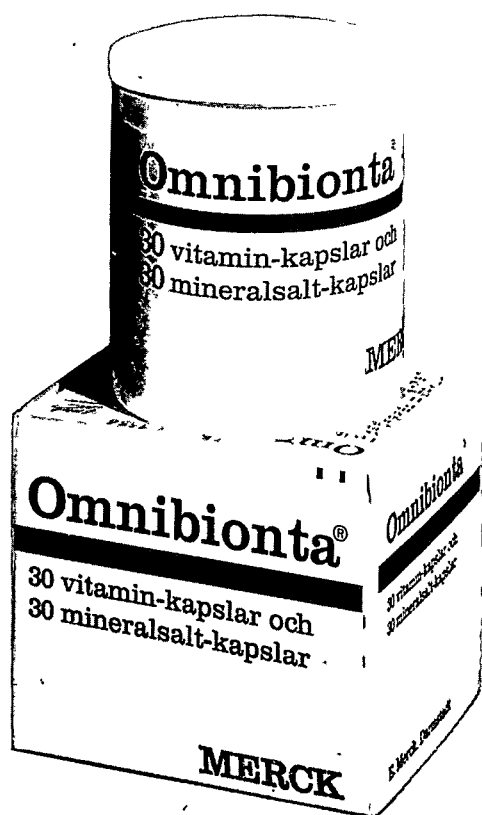
5. Haglund B, Svanström L: Allmänmedicinsk utbildning och forskning i England. Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet, Sundbyberg 1982. (Röd rapportserie nr 3.)

Författarpresentation:

Bo Haglund*, distriktsläkare

*Postadress: Hälsovårdsenheten, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg

Alla behöver vitaminer och mineraler!



OMNIBIONTA®
innehåller vitaminer
och mineraler.

Innehåll:

Vitaminkapslar (röda): Vitaminerna A, B₁, B₂, B₆, C, D, E, P
Mineralkapslar (gula): Koppar, mangan, järn, kobolt, nickel,
magnesium, zink, kisel, titan, kalcium, natrium, kalium

Dosering:

En kapsel av varje färg dagligen, eller enligt läkares
ordination.

Kan köpas utan recept på alla apotek.

E. MERCK AB

Sturegatan 8 · 114 35 Stockholm



1984 symposium of the SIMG

This symposium is sponsored by the Janssen research foundation and takes place at Beerse (Antwerp) on 11th and 12th May 1984.

The object is to explain to general practitioners the methods of research in general medicine.

Participation may encourage physicians to conduct scientific research themselves and it will help them to read scientific papers in a more critical manner.

The symposium will be conducted as a workshop: participants will be assigned to small groups and discuss four subjects: posing the question, choosing the method, conducting the investigation and drawing conclusions; and this will subsequently be applied to one particular area of interest: research concerning (new) medicines.

A panel of experts will always answer unsolved questions. A well laid out textbook will be composed. Working languages will be English, German and French. Simultaneous translation will not be available but multilingual participants will give help in that respect.

The number of participants is limited to 120. The entrance fee, including the stay in a comfortable hotel amounts to about BF 7,000.

Candidates for participation should send their name and address to the undersigned before 15th October 1983.

In case the number of applicants is in excess of 120 a selection will be made after consultation with the national scientific societies. Enrollment forms will be circulated at a later date.

Prof Dr René De Smet
President of the SIMG
Centrum voor HA - Opleiding
Rijksuniversiteit GENT
A.Z., De Pintelaan 185
B-9000 GENT (België)
Tel. (091) 225741 (office)
(091) 233097 (priv.)

BASDATA I PRIMÄRVÅRD 130 5874

Basdatarapporten äntligen i tryck

CHRISTER GUNNARSSON

Basdatagruppen och SFAM presenterar som bilaga till detta nummer av AllmänMedicin Spri rapport 142, 83. Denna rapport är ett resultat av mångåriga diskussioner såväl inom SFAM som distriktsläkareföreningen, där man bekymrat sig för de svårigheter som funnits att jämföra olika primärvårdsstudier. SFAM:s styrelse beslöt 1980 att försöka finna några normer för dokumentation av primärvårdsarbete. En arbetsgrupp tillsattes, bestående av intresserade allmänläkare och representanter för såväl socialstyrelsen som Spri. Arbetsgruppen började sitt arbete i januari 1981 och kan efter många olika överväganden i dag presentera sitt resultat. Det är arbetsgruppens förhoppning att vår rapport skall bli ett hjälpmedel både vid det praktiska vardagsarbetet på vårdcentralen eller mottagningen och vid utvecklings- eller forskningsarbete i primärvården.

Denna artikel ger dels en kort sammanfattning av rapportens struktur, dels startar vi en diskussion med tidskriftens läsare om det fortsatta arbetet med "basdata".

Nyckelord: Basdata, primärvård.

Rapportens innehåll

Eftersom rapporten finns med som bilaga nöjer vi oss med att precisera definitionen på basdata och visa en schematisk skiss av de begrepp som ingår i basdata.

Basdata i primärvården är de väsentliga uppgifter som behövs för planering, ledning och utvärdering av primärvårdens verksamhet.

Med denna vida definition finns många typer av basdata men rapporten koncentrerar sig på *basdata om kontakter* enligt nedanstående tablå:

Varför basdata?

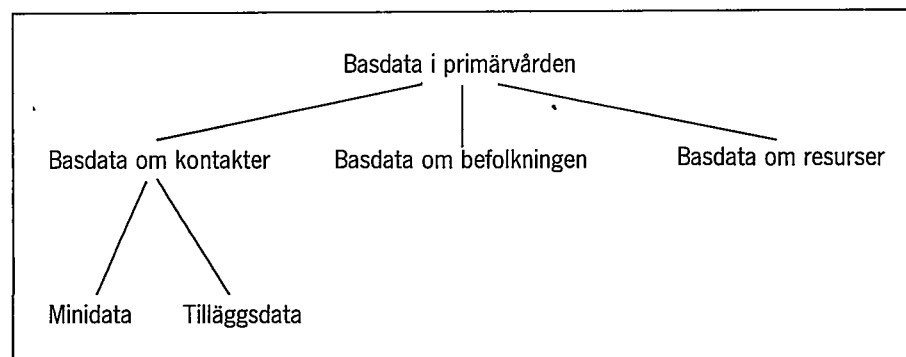
Den växande primärvården med sina mångskiftande verksamheter och sin ideologiskt höga målsättning – delvis befast i den nya lagstiftningen – har varit föremål för såväl framtidstro som tveksamhet, för såväl lovord som berättigad kritik. För många av oss som arbetar på denna vårdnivå har det därför känts viktigt att vi skaffar oss användbara mätinstrument. Med hjälp av olika mått vill vi försöka att så objektivt som möjligt värdera såväl delarna som helheten i vår verksamhet. Först när en sådan värdering utgår från kända och accepterade data finns det möjlighet att konstruktivt ta vara på lovorden och kritiken.

Det är likaså betydelsefullt för alla som arbetar i primärvården att kunna precisera, beskriva och analysera sin verksamhet för att därigenom kunna utveckla de olika arbetsmomenten. Det arbete som börjar med denna basdatarapport får ses som en av många byggstenar som kan behövas för detta.

En byggsten är det redan etablerade vårdplaneringssystemet av Lerum- eller Vännäsmodell. En annan byggsten som väntar på sin fulländning är ett effektivt journalsystem.

Skall jag börja använda basdataregistrering?

För alla de allmänläkare som fortfarande har svårigheter att hinna med det dagliga arbetet på grund av för stort läkardistrikt känns det kanske onödigt att ge sig in i nya uppgifter med kartläggning av såväl det egna arbetet som patienternas sjukvårdskonsumtion. Trots detta är det basdatagruppens förhoppning att vi nu ger dig förbättrad möjlighet att tillsammans med dina medarbetare och arbetsgivare analysera ditt arbete och dina problem. Denna analys bör verka så stimulerande och utvecklande att den på sikt upp-



Basdata om kontakter i primärvården

Registreras vid	Minidata	Tilläggsdata
	Besök	Inledande kontakter Besök Kontakter för uppföljning
PATIENTEN	- Personnummer - Kön	- Civilstånd - Nationalitet - Yrke/arbetsplats - Vårdlags/distriktssköterskas betjäningsområde
VÄRDGIVAREN	- Vårdcentrals betjä- ningsområde - Mottagning - Personalkategori	- Identifierad vårdgivare
KONTAKTEN	- Datum - Kontaktsätt	- Initiativ - Kontaktens innehåll - Kontaktersaker - Problembeskrivningar
MEDICINSK INFORMATION	- Diagnoser/problembe- skrivningar	- Sjukdomsorsaker - Åtgärder

levs som en vinst i din yrkesutövning. Allt efter ambitionsnivå kan du välja mängden basdata.

Vi vill även understryka att basdata på sikt bör registreras av många yrkesgrupper i primärvården. Det är först när en bred registrering kommer till stånd som vi får bred kunskap.

Begrepp och klassifikationssystem

Basdatagruppen har lagt ned stor möda på att definiera och avgränsa olika begrepp i vårt dagliga patientadministrativa och medicinska arbete. Även om de begreppsutredningar som finns i rapporten kan verka triviala och ibland tillkrånglade så är de nödvändiga. Likaså är det nödvändigt att vi kommer överens om gemensamma klassifikationssystem. Basdatagruppen har här försökt inventera tillgängliga klassifikationssystem och ge genomtänkta förslag vid val av klassifikationssystem.

Separat redovisas även det förslag till helt nytt klassifikationssystem för kontaktersaker i primärvården som har konstruerats av Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg med anledning av basdatagruppsuppdraget.

Många allmänläkare har önskat en förbättrad klassifikation av diagnoskod i öppen vård. Det har ej ingått i basdatagruppens befogenheter att rekommendera en ny diagnoskod. Vårt arbete, som det avspeglas i rapporten, har dock lett till en påbörjad komplettering av nuvarande öppenvårdskod. Likaså har våra fortlöpande diskussioner med socialstyrelsen måhända påskyndat det beslut som man just i dagarna har tagit att Sverige skall övergå till den sk ICD-9. Det senare gör det möjligt att vi närmar oss den internationella WONCA-koden för diagnosställande i öppen vård.

Hur startar jag basdataarbete?

I den intensiva debatt som förs i landet om sjukvårdens kvalitet och effektivitet

tet tror vi att det är viktigt att allt fler försöker mäta sitt arbete. Basdata är här ett hjälpmedel. Vi hoppas därför att du snart skall ta detta hjälpmedel i bruk.

I den intensiva debatt som förs i landet om sjukvårdens kvalitet och effektivitet tror vi att det är viktigt att allt fler försöker mäta sitt arbete. Basdata är här ett hjälpmedel. Vi hoppas därför att du snart skall ta detta hjälpmedel i bruk.

Då bör du detaljstudera hela rapporten med alla kommentarer så att registreringskvaliteten blir god.

Vi finner det naturligt att du förbereder eventuell registrering tillsammans med alla berörda på arbetsplatsen och även kontaktar ditt områdes samhällsmedicinska enhet.

Basdatagruppen är inte fullkomlig? Kanske vi glömt något? Kanske har vi förklarat oss otydligt? Vi vill därför dels ha reda på om och när du börjar använda basdataregistrering, dels vill vi ha reda på dina svårigheter och frågor.

Vi tänker fortlöpande försöka följa upp hur det går! *Ring eller skriv därför till Ulla Åhs, Spri.* I den fortlöpande utvärderingen deltar även Bengt Dahlin, distriktsläkare i Lerum, Christer Gunnarsson, distriktsläkare i Örn-sköldsvik, och Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare på Kronan, Sundbyberg. Du kan även fråga oss.

Och sedan?

I rapporten berörs flera ännu olösta frågor. Sjukvårdens mätproblem är stora! Hur studera förebyggande hälsovård? Hur mäta resurser? Hur mäta resultat? Fortsätt debatten i Allmän Medicin.

Författarpresentation:

Christer Gunnarsson, distriktsläkare och ordförande i basdatagruppen.*

*Postadress: Läkarstationen Nygatan 12, 891 00 Örn-sköldsvik.

SFAM:s höstmöte 1983

SFAM:s vetenskapliga höstmöte förläggs 29–30 september 1983 till Ystad saltsjöbad och arrangeras av centrum för samhällsmedicin, Dalby. Studiebesök på centrum för samhällsmedicin och vårdcentralen i Dalby 1 oktober.

Se program i nr 3 av AllmänMedicin. Ev. finns det fortfarande platser kvar vid höstmötet.

Kontakta Birgitta Hovellius, Vårdcentralen, 240 10 Dalby. 046/2092 00.

Lokal tillämpning i Örebro län

INGER ALMÉR · GÖRAN FALCK · LENNART HOLMQUIST
INGVAR LIDÉN · MARGUS MÄGI

Äntligen ett konkret förslag att ta ställning till! Basdatagruppens rapport har varit efterlängtat inom vår lokala basdatagrupp i Örebro län. Vi arbetar med att ge förslag på hur informationssystem i primärvården skall utformas lokalt i länet. Att definiera basdata utgör ett mycket viktigt led i vårt arbete.

Rapportens grundidé med uppdelning i mini- och tilläggsdata tycker vi är fruktbar, även om uppdelningen ett tillämpningsperspektiv ibland känns konstlad. Vår främsta kritik riktar sig mot rapportens förslag på R/P-blankett (registrerings- och planeringsblankett).

Steget från centrala förslag till lokal tillämpning är lång, utvecklande av lokala informationssystem inom primärvården är en tids- och resurskrävande process. Vi som arbetar lokalt bör därför samarbeta med varandra.

Nyckelord: Basdata

Våren 1982 tillsatte ledningen för primärvårdsblocket i Örebro län en lokal arbetsgrupp (se författarpresentation). Vid flera vårdcentraler i länet pågick eller planerades olika former av besöksregistrering. En av våra uppgifter var därför att utreda behovet av, och ge förslag till, en enhetlig R/P-blankett för primärvården i länet. Vi skulle också ge förslag på vilka basdata som skulle registreras och hur ett datoriserat informationssystem skulle kunna utformas.

Basdatagruppens rapport utgör ett värdefullt tillskott till vårt arbete. Med utgångspunkt från basdatagruppens rapport ska vi utarbeta förslag på lokal tillämpning i Örebro län. Denna inriktning på tillämpning återspeglas i de kritiska synpunkter vi framför här.

Allmänna synpunkter på rapportens innehåll

Grundidén med uppdelning i mini- och tilläggsdata tycker vi är fruktbar, även om uppdelningen i vissa fall kan upplevas som flytande. Mer om detta när vi diskuterar tillämpningen.

Det teoretiska avsnittet med genomgången av olika mått är klargörande. Att till exempel använda täckningsgraden som ett mått på sjukvårdens kvalitet tycker vi var tankeväckande.

De flesta basdataenheterna i rapporten är väl definierade. En brist är emellertid att man inte har gjort en klar åtskillnad mellan sjukdomsbeteende, sjukdom och sjukdomsorsak. Dalins och Malmbergs förslag till kontaktorsaksklassifikation är närmast en klassifikation av uppgivna symtom hos patienten. Dessa symtom var, men behöver inte vara, själva orsaken till att man tar kontakt med sjukvården.

Enligt rapportens förslag skall kontaktorsak belysa vårdtagarens perspektiv medan problembeskrivningar och sjukdomsorsaker skall belysa vårdgivarens perspektiv. Denna uppdelning är godtycklig och något förvillande eftersom både vårdgivare och vårdtagare kan göra bedömningar av kontaktorsak, sjukdom och sjukdomsorsak. Teoretiskt sett har vi således sex olika kategorier som man måste hålla isär, se fig 1.

Fig 1.

	Bedömare	
	Vårdtagare	Vårdgivare
Kontaktorsak	1	2
(Sjukdomsbeteende)		
"Sjukdom"	3	4
Sjukdomsorsak	5	6

Det är värdefullt att ha den inventering och värdering av de olika klassifikationssystemen som presenteras i rapporten. För närvarande saknar vi i primärvården ett bra system för klassifikation av diagnoser. I avvaktan på att något av de system som rekommenderas i rapporten skall introduceras får vi fortsätta att tillämpa socialstyrelsens diagnoskoder i öppen vård. Den behöver dock kompletteras med kodanvisningar vilket påpekas i rapporten.

Rapporten är i sin helhet lättläst, överskådlig och systematiskt upplagd, även om det förekommer en hel del upprepningar i texten vilket är något irriterande.

Lokal tillämpning – problem och svårigheter

Att beskriva en komplicerad verksamhet i form av basdata kan upplevas som verklighetsfrämmande. Registreringen av det löpande sjukvårdsarbetet förutsätter en förenkling av verkligheten men innebär samtidigt en "problematisering" av vår vardagserfarenhet. Upp-

delningen i mini- och tilläggsdata kan då upplevas som godtycklig.

Flera av de uppgifter som klassificerats som tilläggsdata i rapporten noteras ofta rutinmässigt om R/P-blankett används vid vårdcentralen. Detta gäller exempelvis den sk inledande kontakten som ju vanligen är ett telefonsamtal med patientmottagaren. Kontaktorsaken noteras också i allmänhet. Om personalkategori anges, känns det naturligt att också identifiera vårdgivaren. Likaledes kan det kännas opraktiskt att inte ange vårdlagets betjämningsområde. Om patientens yrke alltid präglas på patientkortet kommer denna uppgift automatiskt med osv.

Men, å andra sidan, behöver inte alla uppgifter som noteras på R/P-blanketten ingå i dataregistreringen. R/P-blanketten fyller ju även andra funktioner än att vara ett medium för datafångsten. Därmed är vi framme vid vår kritik av rapportens förslag på R/P-blankett.

Förslag till R/P-blankett

Vi tycker att prövningen av den föreslagna R/P-blanketten har varit bristfällig. Man har använt den för kort tid och läkarnas synpunkter saknas.

I rapporten har man inte på ett tydligt sätt tagit hänsyn till R/P-blankettens dubbla funktioner: Som arbetsinstrument i den dagliga sjukvården och som underlag för registrering av basdata. I förslaget har man lagt tyngdpunkten på själva registreringen. Som arbetsinstrument i den dagliga sjukvården skulle blanketten inte fungera bra. Utrymmet för beskrivande text är för snålt tilltagen. Typografiskt sett är blanketten rörig, alltför många rutor att fylla i. Till detta bidrar förslaget med fasta laboratorieundersökningar, vilket inte heller är att rekommendera på grund av lokala variationer och behov.

Men även som registreringsinstrument tycker vi att R/P-blanketten har brister. Den är ej bra disponerad. "Flödet" genom blanketten är ologiskt; uppgifter om diagnos kommer före patientadministrativa data om själva besöket. Blanketten bör också vara så utformad att man klarare ser vilket utrymme som är reserverat för mini- och tilläggsdata.

Innehållsmässigt får endast ett visst urval av tilläggsdata plats. Vi upplever urvalet som ganska godtyckligt.

Vårt förslag till R/P-blankett

Vårt förslag bygger på den R/P-blankett som sedan några år tillbaka har använts vid Haga vårdcentral i Örebro. Den har utförligt presenterats av Lennart Holmquist i SFAM-nytt (1). "Hagamodellen" bygger i sin tur på tidigare förslag utarbetade av Spri. Grundtanken i vårt förslag är att R/P-blanketten skall fungera väl som arbets- och planeringsinstrument samt som underlag för registrering av basdata. Ett särskilt utrymme på blanketten, väl sammanhållet, har reserverats för ett valfritt antal tilläggsdata. Blanketten består av tre sidor varav en sida kan användas som patientkallelse.

Att vi så starkt betonar vikten av att R/P-blanketten även skall fungera bra som arbetsinstrument beror på att de erfarenheter vi gjorde i samband med en *enkätundersökning* av behovet av R/P-blankettssystem bland vårdcentralerna i Örebro län. Resultaten från vår enkätundersökning visade att det fanns en stor spridning i åsikterna om vilken nytta man kan ha av ett R/P-blankettssystem. Flertalet vårdcentraler i länet visade ett positivt intresse. Men vid vissa vårdcentraler var man tveksam eller direkt avvisande. Man menade där att det finns en motsättning mellan det dagliga patientarbetet och besöksregistrering. Den egna kliniska erfarenheten ansågs vara mera värdefull än statistiska sammanställningar.

Orsakerna till tveksamheten var flera. Införandet av R/P-blankett skulle inte medföra någon förbättring av nuvarande planeringsrutiner, de man redan hade ansågs vara optimala och väl anpassade till lokala förhållanden. Man var således obenägen att ändra på rutiner såvida man inte kunde finna uppenbara fördelar av en förändring. Man var också rädd för ökad arbetsbelastning, flera av de tveksamma vårdcentralerna var underbemannade.

Hur går vi vidare

Dessa stora skillnader i "datamognad" vid de olika vårdcentralerna i länet medför att vi *måste skynda långsamt* samt vara pedagogiska. Bristande erfarenhet och kunskaper om R/P-blankettssystemets möjligheter bidrar till tveksamheten. Den försöksverksamhet med R/P-blankett som pågår vid olika vårdcentraler i länet måste därför utvärderas och erfarenheterna spridas till andra delar av länet. Vi tror, att *först när R/P-blanketten upplevs som ett väl fungerande instrument i det dagliga sjukvårdsarbetet kommer även en registrering av basdata mera allmänt till stånd.*

Men vi är väl medvetna om att utvecklingen går snabbt inom informationsbehandlingsområdet. Försöksverksamhet med heldatoriserade system pågår på olika håll i världen, exempelvis i Finland och Norge (2, 3). Även journaluppgifterna ingår då i databasen. Fördelen med ett sådant

system är att all information bara registreras en gång och är lättillgänglig. Lokalt är vi därför intresserade av att följa utvecklingen på området och starta egen försöksverksamhet vid sidan av de nu pågående försöken med olika R/P-blankettssystem.

I ett heldatoriserat informationssystem förlorar R/P-blanketten mycket av sin nuvarande betydelse. Vi tror att det emellertid kommer att dröja innan vi får ett sådant system här i länet. Således kommer någon form av R/P-blankettssystem att utgöra hörnstenen i informationssystemet i primärvården en längre tid framöver i länet.

Ett annat viktigt led i vårt lokala utvecklingsarbete är att förbättra den medicinska registreringen. För att förbättra kvaliteten på registrering av diagnoser kommer vi att arbeta fram förslag på enhetliga kodningsrutiner samt ge förslag på diagnostiska kriterier för de vanligaste sjukdomarna inom primärvården.

Mål och medel

Databaserade informationssystem i primärvården ser vi främst som ett av många hjälpmedel att utveckla och utvärdera vår verksamhet. Erbjuder vi befolkningen en god sjukvård eller ej? Diskussion om hur informationssystem skall utformas i primärvården måste alltid återföras till grunderna för hela verksamheten. Vilka mål har vi och hur skall vi bäst organisera vår verksamhet för att uppnå målen?

Det är viktigt för utvecklingsarbetet inom primärvården att den är lokalt förankrad. Utformningen av bla informationssystemen måste vara anpassade till lokala förhållanden och behov. Men samtidigt behövs en samordning över landet. Basdatagruppens rapport kan bidra till en sådan samordning. Men samtidigt är det också viktigt att vi delger våra lokala erfarenheter till varandra.

Litteratur

1. Holmquist L: R/P-blankett – ett informationssystem för primärvård. SFAM-nytt nr 4, 1981.
2. Bäckman L, Dalin B, Gerdin-Jelger U m fl: Finstar – ett datorbaserat informationssystem av intresse för Svensk primärvård. Rapport från studiebesök i Finland. Landstingets hälsovård, Stockholms läns landsting. Röda rapportserien nr 1, 1983.
3. Hasvold T: Computerized medical record, presenterat vid EGPRW möte i Stockholm april 1983. (Stencil.)

Författarpresentation:

Inger Almér, avdelningsföreståndare, Skebäcks vårdcentral, Örebro. Göran Falck, distriktsläkare, vårdcentralen i Kopparberg. Lennart Holmquist, distriktsläkare, Haga vårdcentral, Örebro. Ingvar Lidén, distriktsläkare, Brickegårdens vårdcentral, Karlskoga. Margus Mägi*, FV-läkare, socialmedicinska avdelningen, Region-sjukhuset, Örebro.

*Postadress: Socialmed avd, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

Upprop om kvällsmottagning vid vårdcentral

Allt fler vårdcentraler inför för närvarande kvällsmottagningar. Vilka erfarenheter finns runt om i landet? Hur stort är behovet av denna typ av mottagning? Finns det någon utvärdering av kvällsmottagningar?

I Edsbyn byggs för närvarande primärvården ut och kvällsmottagning diskuteras. Vi vill därför gärna komma i kontakt med Er som har erfarenheter. Hör av Er till:

Distriktsläkare
Leif Jonsson
Hälsocentralen
828 00 EDSBYN
0271-216 55

Är det metoderna eller behoven som ska definiera basdata?

FINN DIDERICHSEN

Mätinstrumenten bestämmer vad vi ser. Det vi inte ser kan vi inte förändra. Om den etablerade praktiken får bestämma mätinstrumenten kan vi därför inte förändra praktiken. Därtill krävs teori om vad primärvården kan och bör göra. Men teoretisk analys saknas i förslaget till basdata för primärvården.

Nyckelord: Basdata, primärvård, planering.

Det har under de sista månaderna pågått en livlig diskussion om den pågående utbyggnaden av privatsjukvård i landet. Den privata sjukvårdens företrädare har framhållit att den har mycket högre produktivitet och sådana kvaliteter att människor föredrar den om de får valmöjligheter. Den offentliga primärvårdens företrädare har hävdat att jämförelsen överhuvudtaget inte kan göras eftersom den offentliga primärvården har en mycket bredare verksamhet med starka inslag av förebyggande vård, samverkan, helhetssyn m.m. Vare sig den privata eller den offentliga primärvården har dock hittills beskrivit sin verksamhet och dess kvaliteter i sådana termer att man har avgörande belägg för sina påståenden.

Det är därför man med stort intresse läser basdatagruppens rapport och förslag. Man ställer sig frågan om det i framtiden skall bli möjligt att finna rutiner som bli skall kunna ge argument i en för dagen högaktuell sjukvårdspolitisk fråga.

Vad är basdata?

Basdata definieras som de uppgifter som behövs för planering, ledning och utvärdering av primärvårdens verksamhet. Vilka data som behövs för dessa ändamål har basdatagruppen dock inte försökt analysera. Man har i stället direkt och utan närmare argumentation begränsat sin analys till basdata om kontakter dvs sådana individrelaterade uppgifter som kan registreras vid patientens kontakt med primärvården. Det har i många år framhållits att

en prestationsorienterad statistik om antal läkarbesök och sköterskebesök är en mycket dålig mätare av primärvårdens verksamhet. Ändå utgår basdatagruppen från prestationer och lägger förslag om hur man ska förbättra och standardisera de data som samlas in vid varje prestation.

Detta är rapportens premisser och utifrån dessa premisser har man gjort en utomordentligt väl genomarbetad och lättläst rapport med en lång rad konkreta förslag. Ska man därför framföra några kritiska kommentarer om denna rapport borde det främst gälla premisserna.

Basdata är de data som behövs för att kunna uppställa mål och prioriteringar, för att kunna fördela resurserna till olika verksamheter, för att kunna bedöma hur resurserna används och vilka effekter det får för patienternas och övriga befolkningens hälsa och välbefinnande.

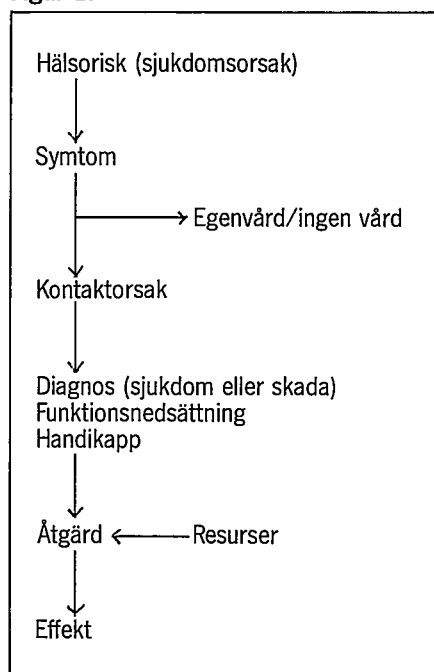
Det är en omfattande uppgift att analysera vilka data som behövs för att fatta denna typ av beslut. Basdatagruppens egen begränsning av sitt uppdrag är därför mycket förståelig. För det pågående centrala utredningsarbetet om dessa frågor hade det dock varit av stort värde att få allmänmedicinarnas analys av vilka basdata som primärvården själva prioriterar. Man lämnas således efter genomläsning av rapporten i en osäkerhet om prioriteringar mellan olika data har skett utifrån en analys av vad som är viktigt att veta för att kunna fatta vissa typer av beslut eller om man har låtit sig styras av rådande traditioner och uppkörda hjulspår.

Primärvårdens verksamhet

Primärvårdens verksamhet omfattar förebyggande, botande, lindrande och rehabiliterande åtgärder samt omvårdnad. Det förebyggande arbetet måste planeras på grundval av kunskap om hälsorisker, det botande och lindrande arbetet på kunskap om sjukdom och symptom. Rehabilitering och omvårdnad bygger på kunskap om funktionsnedsättning och handikapp (jfr WHO:s indelning i impairment, disability och handicap).

Människors kontakt med primärvården ingår i en lång process som börjar med exposition för en viss hälsorisk och slutar med en viss effekt av primärvårdens åtgärder (se figur 1).

Figur 1.



Sjukdomsorsak - hälsorisk

Kunskap om hälsoriskerna och dess fördelning är avgörande för primärvårdens möjligheter att kunna bedriva förebyggande arbete. Betydelsen av att utveckla en "riskepidemiologi" har framhållits från många håll under senare år men frågan kräver ett visst utvecklingsarbete då en allt större del av primärvårdens patienter har besvär med en komplex multifaktoriell etiologi. Basdatagruppen har dock valt att inte prioritera denna fråga och har lämnat saken utan rekommendationer.

Ett enklare sätt att fånga väsentligare aspekter av patientens miljö är en registrering av yrke, arbetsplats och bostad. Ingen av dessa variabler har dock prioriterats i minimiinnehållet. En primärvård som inte tar reda på människors situation i arbete och boende arbetar inte utifrån någon helhetssyn och har frantagit sig själva det främsta instrumentet för en medverkan i förebyggande arbete och samhällsplanering.

Är symptom kontaktorsak?

Människor söker primärvården för en lång rad symptom och besvär där gränsen mellan hälsa och sjukdom är oskarp och det etablerade diagnoskodningssystemet inte är adekvat för en beskrivning av verkligheten. Basdata-

gruppen har därför lagt ned betydande möda på att utveckla ett system för kodning av patientens egen beskrivning av de problem och symtom som hon söker primärvården för. Man lämnar ett förslag till kod som är tvådimensionell med ett symtomavsnitt och ett organavsnitt. Denna typ av basdata betecknas *kontaktersak* vilket är en något missvisande beteckning. Större delen av befolkningens besvär med huvudvärk leder inte till kontakt med primärvården och för de som söker är det därför många andra faktorer än huvudvärken och dess svårighetsgrad som är avgörande för om det blir en kontakt eller inte. En avgörande faktor är patientens förväntningar på kontakten. Kommer man för bot, lindring, sjukintyg, hälsokontroll eller vad? På samma sätt kan man fråga sig om orsakerna till att många med samma symptom inte söker primärvården. Vilka geografiska, ekonomiska, funktionella och kulturella hinder kan här spela en roll. Sjukvården har ett lagstadgat ansvar att se till att hela befolkningen har tillgång till vård på lika villkor. Det förutsätter kunskap om de faktorer som främjar respektive hindrar olika gruppers kontakt med vården för ett givet symptom. När man som basdatagrupper betecknar symtomet som kontaktersak förlorar man denna viktiga poäng.

Är diagnosen problemet?

Kontaktersaksregistrering betraktas som ett komplement till diagnosregistrering. Primärvårdens missnöje med den etablerade ICD-diagnoskodningen har varit kompakt. Dess bristande förmåga att beskriva det breda spektrum av psykologiska och sociala problem som dominerar primärvårdens vardag har förmodligen varit en viktig anledning till att så få vårdcentraler bedrivit en löpande registrering. Basdatagrupper har dock inte gjort någon mera djupgående analys av diagnoskodens användbarhet. Man rekommenderar ett övertagande av den internationellt etablerade ICHPPC-2 som innebär vissa förbättringar jämfört med den tidigare. En grundläggande vetenskapsteoretisk diskussion av primärvårdens sjukdomsbegrepp upplevs dock som angelägen, speciellt efter läsning av en nyutkommen bok i ämnet: Uffe Juul Jensen: *Sygdomsbegreber i praksis – det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. Munksgaard, Köpenhamn 1983.

Förutom det förebyggande arbetet är det rehabiliterande arbetet och omvårdnad två verksamheter som av tradition har haft svårt att hävda sig inom och utanför primärvården. Prioritering och planering av denna verksamhet bygger på kunskap om *funktionsnedsättning* och *handikapp*. Detsamma gäller två så viktiga sjukvårdsåtgärder som sjukskrivning och förtidspensionering. Basdatagrupper har dock inga rekommendationer för dessa viktiga dimensioner av ohälsan.

Åtgärder och effekt

Som sagt har kritiken mot att beskriva primärvårdens verksamhet i termer av prestationer varit skarp. Alternativen är att beskriva primärvårdens verksamhet i termer av *åtgärder* riktat mot olika typer av ohälsa och hälsorisker, eller i termer av effekt på patienternas/befolkningens hälsa. Det första är betydligt lättare än det senare. Det förväntas därför att basdatagrupper inte har utvecklat några förslag om hur verksamhetens innehåll löpande kan beskrivas. En viktig dimension av en sådan beskrivning är som nämnts en indelning utifrån målet med verksamheten: Prevention, behandling, rehabilitering och omvårdnad. Man skulle med andra ord kunna beskriva hur personalens tid och andra resurser används på olika verksamheter och vilka grupper av patienter/befolkning som nås av verksamheten. De internationella förslag som finns på området torde vara allt för snävt inriktade på individinriktat kliniskt arbete för att kunna användas till en beskrivning av svensk primärvård. Här återstår således ett visst utvecklingsarbete.

Det samma gäller i ännu högre grad för möjligheterna att registrera *effekten* av primärvårdens verksamhet. Rapporten innehåller en kort diskussion av frågan och de betydande svårigheter som den innebär. Med krympande ekonomiska ramar för verksamheten blir det allt mer avgörande att resurserna används där det bäst behövs och ger störst effekt. Vår kunskap om effekten av olika hälso- och sjukvårdande insatser är dock ytterst fragmentarisk. Detta är det avgörande hindret för en konsekvent behovsbaserad planering av hälso- och sjukvårdens verksamhet och frågan borde därför ha mycket hög prioritet i det fortsatta utvecklingsarbetet, vilket den knappast har fått i basdatagrupperns förslag.

"Har man endast en hammare, tror man allting är spik"

Basdatagrupperns rekommendationer gäller främst de delar av verkligheten som låter sig beskrivas med internationellt vedertagna klassifikationssystem och koder. Det sker med det lovärda syftet att öka jämförbarheten mellan olika primärvårdsverksamheter. Det strider dock ibland mot intresset av att använda basdata som ett instrument för att kritiskt granska den egna verksamheten och att bedriva en mera konsekvent behovsbaserad verksamhetsplanering. (Det gör det inte heller möjligt att bedöma verksamhet och kvalitet på vare sig City-akuten eller Brunkebergs vårdcentral!)

Mätinstrumentet bestämmer vad vi ser. Det vi inte ser kan vi inte förändra. Om den etablerade praktiken får bestämma mätinstrumentet kan vi därför inte förändra praktiken. Därtill krävs teori om vad primärvården kan och bör göra.

Författarpresentation:

Finn Diderischen* är med dr och distriktsläkare vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå.

*Postadres: Storstigen 22, 951 38 Luleå.
Tel 0920-888 10

Ett förebyggande medicinskt ADB-system i Malmö

ERIK TRELL · NILS DAHLBERG · JAN-OLOF KRANTZ · CLAS LARSSON
ALEXANDER LAZER · BO-GÖRAN PETERSSON · PIERRE ÅXHOLT

I ett pågående preventiv-medicinskt populationsprogram vid avdelningen för Förebyggande Medicin i Malmö har ett interaktivt datasystem utvecklats för att ombesörja:

1. utväljande och inbjudning av screeningpopulationen,
2. on-line registrering och representation av demografiska data, testvärden och frågeformulär;
3. generering av fallprotokoll och andra listningar;
4. system för diagnostiska och statistiska beräkningar och representationer.

25.000 screeningundersökningar har nu registrerats via detta system som kortfattat beskrivs i föreliggande rapport.

Nyckelord: ADB-system, screening, prevention, Malmö.

I ett nyligt nummer av Nordisk Medicin redovisades olika i Skandinavien realiserade medicinska databehandlingssystem (1-5). Det framgick att det medicinska fältet på grund av sitt mångskiftande och ofta oförutsebara innehåll innebär stora problem för konstruktion av fullt interaktiva program. Förebyggande medicinska populationsundersökningar erbjuder dock ett fält där såväl kvantitativa som kvalitativa innehåll kan förutses och intäckas i ett administrativt uppbyggt datasystem. Detta gäller åtminstone i det initiala, s.k. "hälsokontrollerande" ledet där praktiskt taget alla komponenter kan ges motsvarande superviserande och registrerande rutiner. I Malmö finns sedan 1974 inom medicinska kliniken ram vid Malmö Allmänna sjukhus en speciell avdelning för Förebyggande Medicin där en riktad preventivmedicinsk kampanj för tidig upptäckt och förebyggande av västerländska problem såsom kardiovaskulära sjukdomar, arteriell hypertoni, diabetes mellitus, alkoholism, tobaksrökningskomplikationer, övervikt m.m. kontinuerligt pågår inom högriskgrupper, (dvs övervägande medelålders födelseårskohorter i staden samt också risksläkter, tex för hypertoni och diabetes). Redan vid

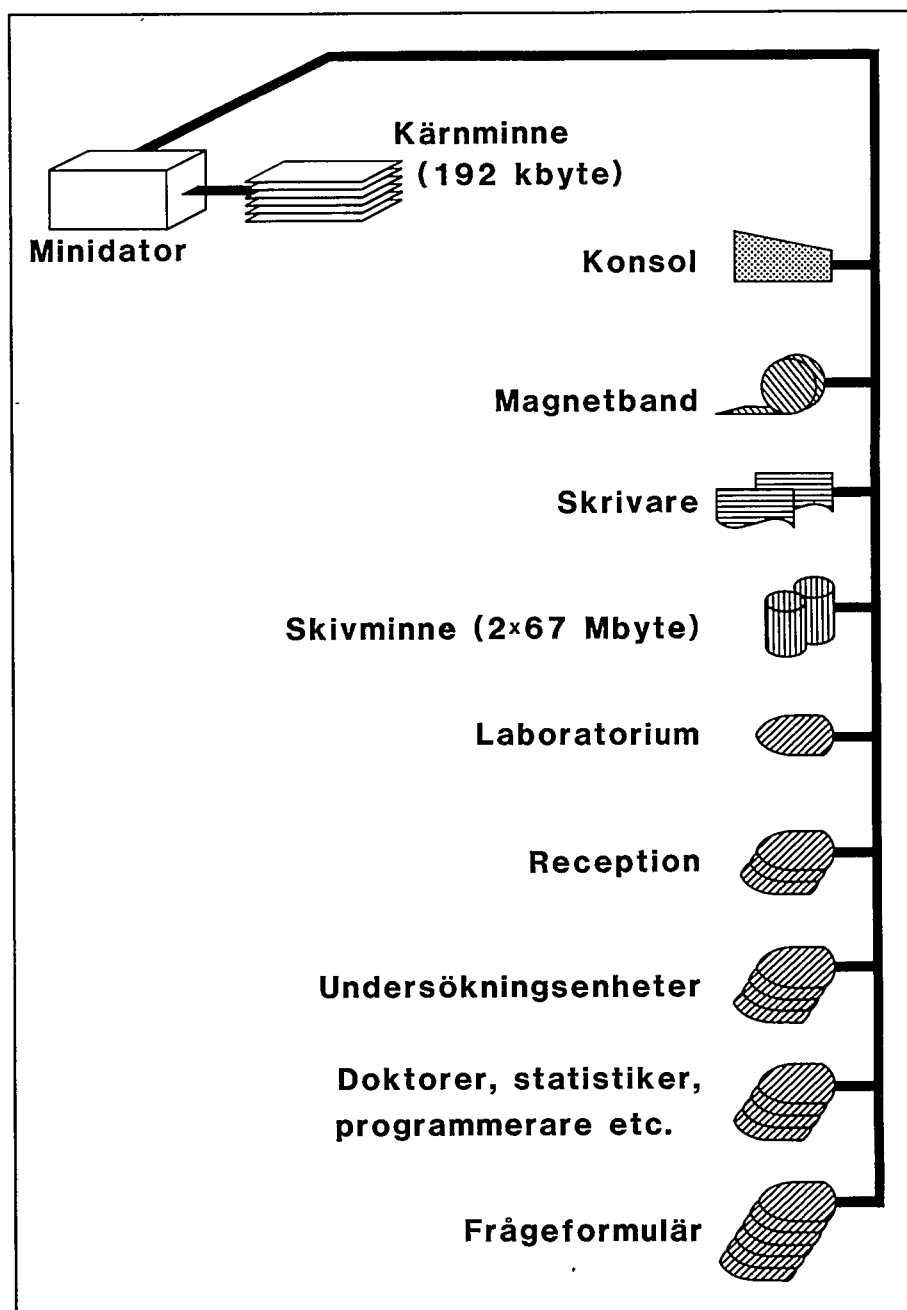
planeringen och konstruktionen av avdelningen projekterades ett interaktivt datasystem för ombesörjande av:

1. Utväljande och inbjudande av undersökningspopulationen;
2. On-line registrering och representation av demografiska data, testvärden och frågeformulär;

3. Generering av undersökningsprotokoll och andra listningar;

4. Delprogram för diagnostiska och statistiska analyser och representationer från databasen.

Detta ADB-system är nu färdigutvecklat och i fullt bruk sedan 4 år, och fungerar väl i sina primära operativa funktioner (6). Detta beror säkerligen



Figur 1: Hårdvarukonfiguration.

till stor del på att dess verksamhetsbas så i detalj kan förutses.

Hårdvarukonfiguration

Figur 1 sammanfattar hårdvaruresurserna och deras funktionella fördelning. Avdelningen har en egen minicomputer (Data General Nova 830®), försedd med kärnminne på 192 kbyte och perifert diskminne på 2 gånger 67 mbyte. Computern opererar under ett multiprogram - multitasksystem (RDOS), och står i kommunikation med ett tjugotal perifer bildskärms-terminaler. Dessa är fördelade på en laboratoriebildskärm, tre receptionsbildskärmar, fyra bildskärmar i de sk undersökningsenheterna, sex bildskärmar i glykosbelastningsenheten där frågeformuläret upptages, och resterande bildskärmar i olika läkarexpeditioner, hos statistiker och programme-rare etc.

Systembeskrivning, databehandling

Figur 2 ger ett flödesschema av system-uppbyggnaden. Inbjudna kohorter

hämtas från de dataförda populations-registren och överförs till sjukhusets centrala dator för vidare sekundär överföring till minidatorn vid Avdelning för Förebyggande Medicin. Via bifogad kohortlista sker inbjudan genom av datamaskinen utskrivna brev. Registrering av tidbokning etc sköts också via bildskärmarna och genererar en datafil över kallade. Datamaskinen listar ut ankomsts- och mottagningslistor och såväl namnetiketter som laboratorieetiketter på de inbjudna personerna. Vid screeningdatum noteras och dataregistreras i receptionen ankomst/ickeankomst.

Sköterskorna knappar sedan i sina terminaler in de uppmätta testvärdena på de komna, vilka själva besvarar sin sjukushistoria via bildskärmsterminaler i glykosbelastningsenheten. Samtliga resultat förs samtidigt till såväl datafiler som till senare utlistade journaler. Laboratorienummer genereras och när svar på laboratoriedata inklusive glykosbelastning anlänt registreras de via separata terminalpro-

FÖREBYGGANDE MEDICIN >RECEPTION<

- 0 REGISTRERING AV BOKADE TIDER
- 1 SKÄRMLISTNING FRÅN KALLADE
- 2 UTSKRIFT FRÅN KALLADE
- 3
- 4 UTSKRIFT AV KVARSTÅENDE
- 5 UTSKRIFT AV JOURNAL
- 6 REGISTRERING AV FRÅGEBOXAR
- 7 UTSKRIFT AV KOMNA -EJ KLARA
- 8 REGISTRERING AV ÅTGÄRDER/RÄPP
- 9 REGISTRERING I FRITT FORMAT -ÅTERBESÖK

HR: -

Figur 3: Delprogrammen för receptionen på bildskärmen.

gram. När alla data inkommit skrivs ett protokoll ut liksom en automatisk indikering och listning av icke inkomna data eller inkompleta journaler. Slutligen sammanföres i de utlistade patientprotokollen alla abnormvärden eller fynd i sjukhistoria etc till en särskild "larmlista". Delprogram för olika avvikelser från de planerade rutinerna, samt reservformulär vid fall av ett eventuellt dataavbrott, (vilka sedan föras till datasystemet via de ordinarie bildskärmsprogrammen) finns dessutom.

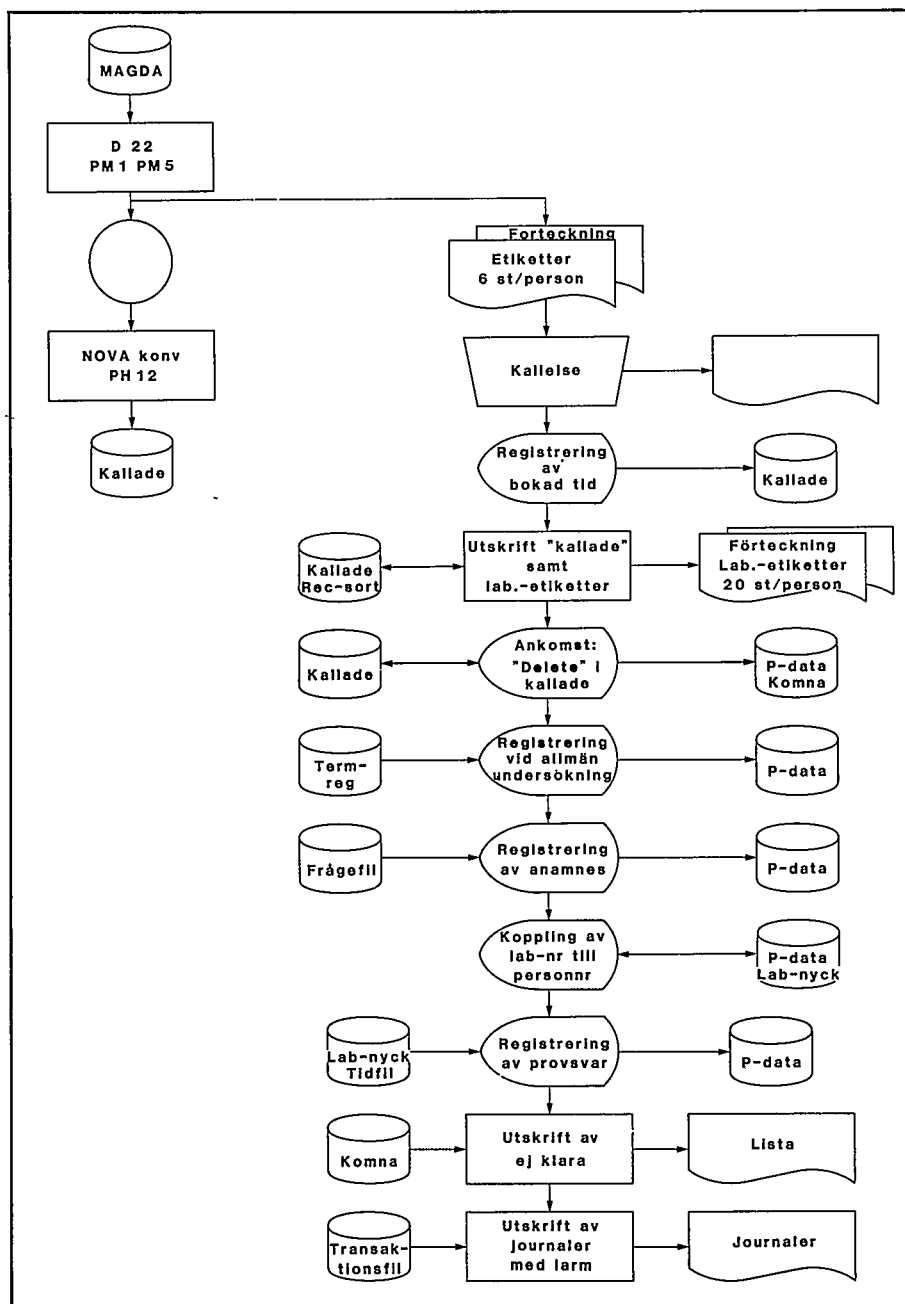
Receptionen

I stort sett har förekommande receptionella rutiner omnämnts ovan. Såväl identifikation av undersökningskohorter, inbjudan, tidbokning, jämte ytterligare en del demografiska uppgifter och också beskedgivning med mera ombesörjes via terminalprogrammen.

Figur 3 visar receptionsrutinerna inom systemet.

Undersökningsenheter

När avdelningen för förebyggande medicin planerades bestämdes det att man ej skulle satsa på ett löpande band av separata testfunktioner utan på undersökningsenheter bestående av tre rum med intern kommunikation där en sköterska har ansvaret för tre pågående individundersökningar samtidigt. Detta tillåter också att man på eftermiddagstid tar i bruk undersökningsenheterna för det vi ser som det viktiga elementet i förebyggande medicinsk verksamhet, nämligen att vidareutreda och åtgärda det man identifierar i hälsokontrollslidet. Sköterskorna registrerar alla de mätningar de utför på individerna via direkt terminalprogram (figur 4). Detta terminalprogram ger också vissa beräkningar som till exempel personens idealvikt och relativa vikt, hur mycket glykoslösning som skall ges i påföljande glykosbelastning, omräkning av numeriska till logaritmiska värden, och av spirometriska absoluta värden till procentuella. Dessutom finns möjlighet att tillföra informationer i ett fritt fält för telegramtextnoteringar.



Figur 2: Systemkonfiguration.

En glykosbelastning (företädesvis peroral) företages som led i undersökningen av alla screeningdeltagare i en speciell enhet med tolv sängar och speciellt utrustad för indikering och uppsamling av tidsvärdena för glykos och insulin (figur 5), vilka sedan förs till datorn av ett terminalprogram som täcker olika tidsserier liksom också intravenösa glykosbelastningar (vid vilka även k-värdet uträknas av datamaskinen). Till glykosbelastningsen-

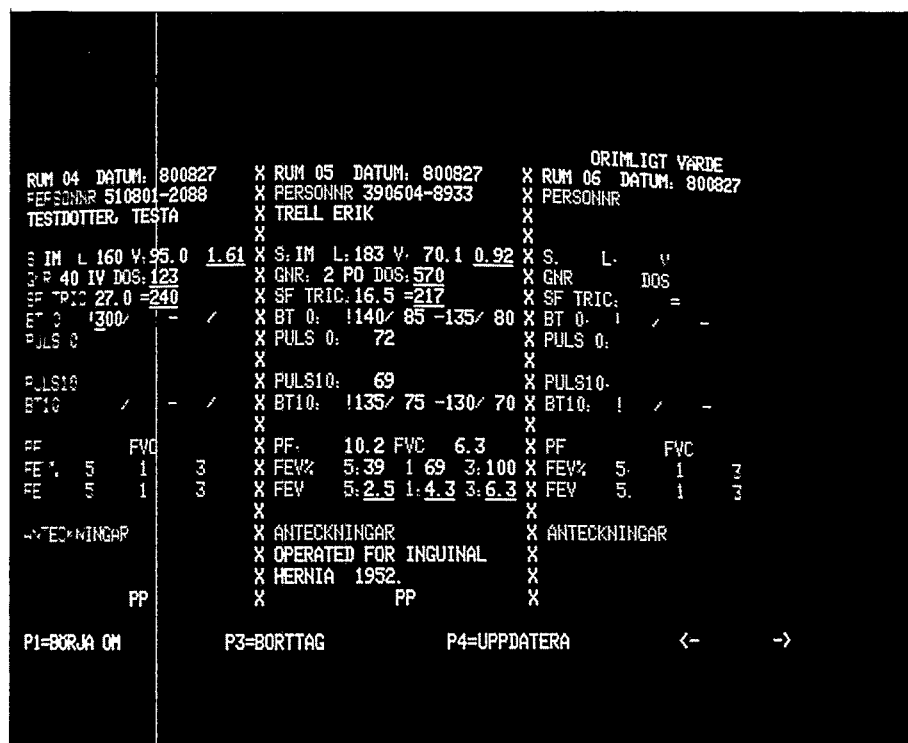
heten har också frågeformulärsprogrammet förlagts. Det finns tre olika system att uppta frågeformuläret. Dels finns ett vanligt optiskt formulär vid fall av till exempel läs- eller språksvårigheter (och som i så fall kan fyllas i hemma med hjälp av tolk eller anhörig och skickas tillbaka till avdelningen varvid ja-svaren kan föras till datorn). Dels finns ett hålkortssystem enligt Collen (7), där varje fråga är tryckt på ett kort som sorteras i nej-, vet ej- eller ja-fack i en box och föres till maskinen via hålkortsläsare eller samma termi-

nalprogram som för de optiska frågeformulären. Sedan tre år upptages nu emellertid majoriteten av frågeformulären via ett direkt bildskärmsprogram (figur 6) där screeningdeltagarna både informeras och instrueras om frågeprogrammet och dess skötsel och innehåll via bildskärm, besvarar de ingående frågorna (figur 7a–b) och till slut även kontrollerar att de svarat rätt innan de själva för in sina resultat till datamaskinen. Detta fungerar synnerligen tillfredsställande och komplikationsfritt.

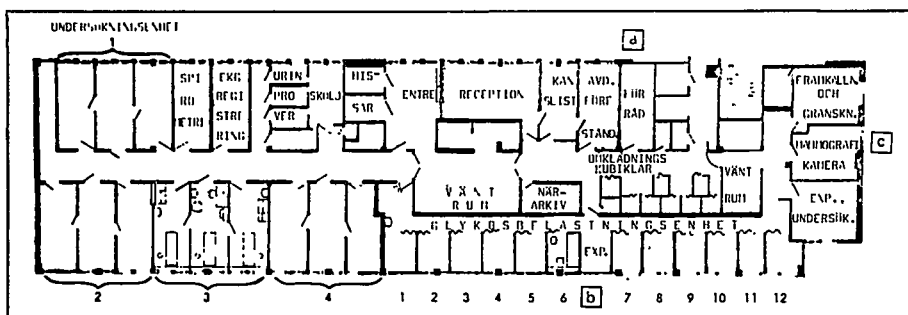
Emedan många laboratorievärden har olika delaytider innan svar kommer samlas dessa och förs till datorn när samtliga svar anlämt med motsvarande laboratorieprogram.

All information, såväl demografisk, biokemisk, fysiologisk som frågeformulärssvar, lagras på ett uniformt sätt i dataminnet, och är tillgängligt för olika statistiska beräkningar och representeringar. Upp till tolv fakultativa urvalskriterier kan specificeras (tex födelseår, kön, relativ kroppsvikt, svar till olika questionariefrågor) och godtyckliga variabler i dessa urval kan statistiskt bearbetas och representeras i form av distributioner och frekvenser, medelvärden och standardaviationer. Det finns delsystem för signifikansberäkningar och korrelationsanalyser, men för mer sofistikerad bearbetning har vi i stället valt att med samma urvalssystem specificera delmängder av databasen och överföra dem till en perifer statistisk kalkylator av typ HP85 eller 35. Man vinner mycket tid om de olika statistiska och produktkontrollsberäkningarna på så vis kan göras i en "utbordare" i stället för den stora "super-tankern" av den ackumulerande informationsvolymen i databanken. Det skall tilläggas att både det fysiska och logiska sekretesskyddet är mycket gott i denna.

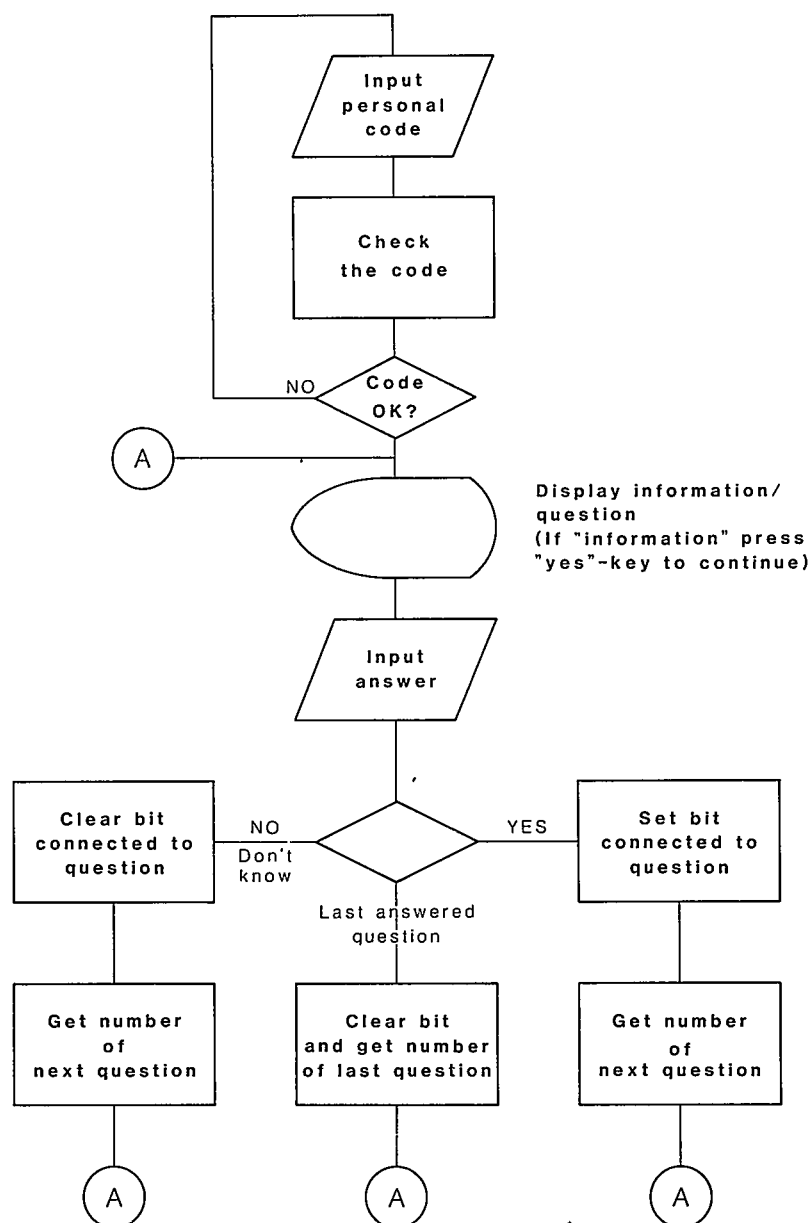
I vårt fall har ett interaktivt ADB-system för en förebyggande medicinsk undersökningsverksamhet kunnat anpassas till en ordinär minicomputer, huvudsakligen beroende på att alla individer utväljs, inbjuds och undersöks på ett uniformt sätt. Detta medför att utrymme och konfiguration av varje individs datafil kan förutbestämmas vilket innebär att minicomputerns kapacitet blir tillräcklig. Vid sidan av att styra och vägleda de praktiska hälsoundersökningsrutinerna och registrera dessa, innebär kontinuerlig on-line insamling av all undersökningsinformation i en enhetlig databas möjligheter för en adekvat medicinsk och vetenskaplig utvärdering och dokumentation, vilket vore helt utom räckhåll i ett traditionellt informationslagringssystem.



Figur 4: Bildskärmsprogram för sköterskornas registrering av mätresultaten inom undersökningsenheterna. S= Sköterskans signatur, L= längd, V= vikt, datamaskinen räknar sedan ut aktuell/ideal-vikt för längd, ålder och kön; GNR= glykosbelastningsnummer; DOS= indikering av computern vilken mängd glykoslösning som skall ges i påföljande glykosbelastningsundersökning; SFtrc= triceps scinfold i mm, datamaskinen ger sedan en logaritmisk transformering; BTO= blodtryck vid 0 minuter (! stående ställning – liggande ställning; Systoliska och Diastoliska värden indikeras i mmHg); Puls0= puls vid noll minuter, Puls 10, Blodtryck 10= Puls- och blodtrycksvärden efter 10 minuter; PF= peak flow (l/s); FVC= Forced Vital Capacity (l); FEV%= Forced Expiratory volume (procent, 0,5= fraktionen under den första halva sekunden av utandningen, 1= fraktionen under första sekunden, 3= fraktionen under de första tre sekunderna); datamaskinen räknar sedan ut motsvarande absolutvärden; ANT= telegramtext, noteringar för tillkommande information. (Här noterat på engelska.) Längst upp till höger noteras ett orimligt värde (i det centrala fältet av bildskärmen, motsvarande mittrummet av undersökningsenheten har registreringen fullföljts, i det högra fältet har undersökningen ej ännu startat, men i det vänstra fältet har registreringen hejdats vid det stående systoliska blodtrycket vid 0 minuter emedan värdet 300 har slagits in; detta värde kan nu ändras och kommer då att accepteras, men skulle blodtrycket vid denna tidpunkt verkligen vara 300 kan det också itereras varvid datamaskinen accepterar det och inknappningen kan fortsätta).



Figur 5: Ritning över avdelningen för Förebyggande Medicin. Till vänster undersökningsenhet och polikliniker. Till höger (a) reception, (b) glykosbelastnings-, mätvärdeskontroll- och frågeformulärsenhet; (c) mammografisektion. Datarummen finns i våningen ovanför och kommunikationskblar med insticksförbindelser mellan datan och avdelningens rum installerades i väggarna tillsammans med andra försörjnings- och kommunikationslinjer.



Figur 6: Flödesschema för interaktivt frågeformulärsprogram.

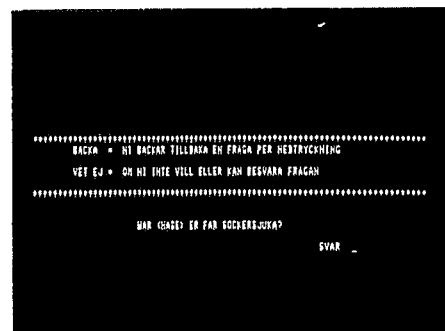
Referenser

1. Dragstedt PJ: Anvendelse af edb i sundhedsvæsenet - det historiske forløb i Danmark. Nordisk Medicin 1981;96: 235-236.
2. Hosia P, Jokinen Y: Första nordiska försöket med pappersfria hälsocentraler. Nordisk Medicin 1981;96: 237.
3. Koskimies J: Ökat intresse för ADB vid sjukhusen i Finland. Nordisk Medicin 1981;96: 238-239.
4. Hansen R: Dataressursene i norsk helsevesen må desentraliseras. Nordisk Medicin 1981;96: 240-241.
5. Peterson H: Bred användning av data-teknik inom den svenska sjukvården. Nordisk Medicin 1981;96: 242-243.
6. Trell E, Dahlberg N, Larson C, Krantz JO, Lazer A, Petersson BG: Interactive computer system for monitoring multiphasic health screening. Computer Progr Biomed 1980;12: 262-270.
7. Collen M: Patient data acquisition. Med Instr 1978;12: 222-225.

Summary

In an on - going population screening investigation at the Department of Preventive Medicine in Malmö, an interactive computer system has been developed for monitoring:

- (1) the election and invitation of the health screening population;
 - (2) on - line registration and representation of demographic informations, test results and questionnaires;
 - (3) generation of patient files and other listings;
 - (4) systems for diagnostic and statistical processing and representation.
- 25.000 health screening investigations have now been monitored by the system, which is described in this report.



Figur 7: a: En sjukhistoriefråga på bildskärmen. b: Inknappande av frågeformulärets svar medelst maskerat tangentbord (loket kan fällas upp helt el delvis och då frigöra inknappningsmöjligheter för sköterskor respektive datapersonal).

Författarpresentation:

Erik Trell*, docent, biträdande överläkare vid avd för Förebyggande medicin, Malmö allmänna sjukhus, fr forskningsledig och tjänstgör halvtid vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.

Nils Dahlberg, ADB-chef, ADB-avdelningen, Drätselkontoret, Malmö.

Jan-Olov Krantz, programmerare, avdelningen för Informationsbehandling, Malmö sjukvårdsförvaltning.

Clas Larsson, systemman, ADB-avdelningen, Drätselkontoret, Malmö.

Alexander Lazer, systemman, ADB-avdelningen, Drätselkontoret, Malmö.

Bo-Göran Petersson, ADB-ledare, avdelningen för Informationsbehandling, Malmö sjukvårdsförvaltning.

Pierre Åxhult, programmerare, avdelningen för informationsbehandling, Malmö sjukvårdsförvaltning.

*Postadress: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Bangatan 5, 214 26 Malmö.

Utbildningsdagar om alkoholmissbruk

Skånes nykterhetsvårdsförbund
anordnade den 5-6 oktober 1982
i samarbete med avdelningen för pri-
märvårdsforskning i Dalby utbild-
ningsdagar om alkoholrelaterade

sjukdomar och alkoholrelaterade so-
ciala problem. Några av de föredrag
som hölls vid dessa utbildningsdagar
presenteras.

Dalby KONFERENS OM ALKOHOLISM · 1

Attityder till vård av alkoholmissbrukare

ÅKE ISACSSON

*Normativa anvisningar
angående förhållanden
som de flesta människor
har personlig erfarenhet av
recipieras inte omedelbart,
utan blir ytterligare en mil-
jöfaktor som påverkar
befolkningens attityder.
En undersökning av befolk-
ningens attityder till vård
av alkoholmissbrukare
visar att trots omfattande
opinionsbildning och ny
lagstiftning traditionella
attityder till alkoholmiss-
bruk och vård av missbru-
kare är förhärskande.*

Nyckelord: Alkoholism, attityder, en-
kätundersökning.

I samband med att socialtjänsterefor-
men genomfördes från 1982 tillkom
även ny lagstiftning angående tvångs-
ingripande mot alkoholmissbrukare
Lag om vård av missbrukare i vissa fall
(LVM).

Framväxten av åsikten att individua-
liserad behandling av alkoholmissbru-
kares sociala och beteendeproblem
har mycket gemensamt med det ge-
nomslag som behandlingsideologin
fått inom kriminalpolitiken. Åtgärder-
na är individualpreventivt inriktade
och kan uppfattas såsom alltmer steg-
rande beträffande ingrepp i missbruka-
rens personliga sfär. Jämförelse med
det straffrättsliga påföljdssystemet ger
sig egentligen själv. Inom nykterhets-
vården har vi: 1) hjälpåtgärder, 2) över-
vakning - lydnadsföreskrifter, 3)



Alkohol - Bruk och missbruk

(Foto Bo Haglund)

tvångsomhändertagande. Vid återfall
inträder således strängare åtgärder
(påföljder), jämför med det straffrätts-
liga påföljdssystemet: 1) villkorlig
dom, 2) skyddstillsyn, 3) fängelse.
Reaktionen mot detta, som kommit till
uttryck i bla socialtjänstlagen (SoL),
innebär dels att man skjuter fram häl-
sofaktorerna i förgrunden, dels att hela
den öppna vården faller utanför un-
dantagslagstiftningen och att man där-
med har försvärat möjligheterna till
tvångsåtgärder. En konstruktion som
för tanken till en proportionalitet mel-
lan missbrukets svårighetsgrad och in-
gripandets omfattning har tonats ner
och flexibilitet och anpassning till be-
hovet betonas.

Tidigare kan ju rättspraxis ha upp-

fattats som så att återfall i alkoholmiss-
bruk skapat en presumtion för att
hjälpåtgärder inte varit tillräckliga och
att därför tvångsåtgärder av något slag
borde vidtagas. LVM förefaller därvid
vara mer situationsbunden. Någon
skepsis bör man nog anmäla beträffan-
de hur lagen kommer att tillämpas i
praktiken. Departementschefens utta-
lande att med "trängande behov av
vård" skall förstås i stort sett vad som
tidigare förestods med hemfallenhet är
ur denna synpunkt illavarslande. Den
nya lagstiftningen och den betoning
som man gjort i förarbeten m m får tol-
kas såsom en reaktion mot den allmän-
preventiva funktion som nykterhets-
vårdslagen och dess åtgärdssystem har
haft.

Före ikraftträdandet av LVM genomfördes en attitydundersökning som bl.a. berör LVM-kriterierna och framför allt berör inställningen till tvång mot alkoholmissbrukare. Här skall endast översiktligt redovisas några data från denna undersökning.

Metod och material

Undersökningen genomfördes i samarbete med SCB som stod för fältnarbete och ingick i en sk omnibussundersökning. Undersökningarna genomförs reguljärt en gång per kvartal och kunder är normalt olika kommittéer, utredningar och myndigheter. Den reguljära urvalsstorleken är cirka 800 personer dragna slumpmässigt ur riket. Data insamlas med hjälp av först postenkäter och sedan telefonintervjuer med ett urval av personer som ej besvarat enkäten. Urvalet drogs från registret över totalbefolkningen (RTB) bland personer 16-74 år gamla och kyrkobokförda i riket med lika urvals-sannolikhet för alla. Urvalet till telefonintervjuerna omfattade 134 personer och drogs slumpmässigt bland de som ej besvarat enkäten.

Fältnarbete genomfördes vecka 45-vecka 50 med först postenkät och tre påminnelser till hela urvalet och sedan en intervju där man försökte telefonintervjua en slumpmässig hälft av bortfallet. I storstäderna genomfördes även besöksintervjuer om så erfordrades.

Av tabell I framgår att 599 personer besvarat frågorna per post och att ytterligare 67 personer medverkat vid intervju. Nu utvaldes endast hälften av enkätförfallet till intervju och bortfallsnivån är alltså ur representativitetssynpunkt lägre, varje intervju svarande motsvarar två personer. Den vägda svarsprocenten uppgår då till 84 procent.

I undersökningen ingick sex frågor med bundna svarsalternativ. En av frågorna bestod av fem delfrågor med två svarsalternativ Ja/Nej. Vidare gavs tillfälle till att lämna ytterligare synpunkter på frågorna. Bakgrundsfrågor om civilstånd, antal barn och deras ålder, skolutbildning, förvärvsintensitet, bostadsort, bostadstyp, bilinnehav och avstånd till affärscentrum ställdes även.

Resultat

För att få en uppfattning om vad man anser vara alkoholmissbruk ställdes fem olika frågor som speglade olika följdverkningar av en konstant alkoholkonsumtion per vecka (Tabell II).

Uppenbart är att konsumtionsnivån har relativt liten betydelse. De olika alternativen utgår från en i stort likartad konsumtionsnivå medan de sociala skadeverkningarna varierar. Ju svårare sociala skadeverkningar, ju mer benägen är man att betrakta personen såsom alkoholmissbrukare. Viss tolkningssvårighet kan föreligga beträffande delfråga 3. Måndagssjukskrivning-

en kan förstås grundas på hälsoproblem i samband med drickandet vid veckosluten. Situationsbilden tillhör emellertid de vanligaste schablonerna och torde förstås såsom ett normbrott till följd av excessivt alkoholbruk.

I frågeformuläret ingick två frågor om vård oberoende av samtycke. Den ena frågan löd: Anta att en person dricker så mycket alkohol att hans/hennes fysiska eller psykiska hälsa är i allvarlig

fara. Tycker du att det är rätt eller fel att samhället i detta fall skall ha möjlighet att mot personens vilja besluta om vård på nykterhetsvårdsanstalt eller sjukhus? Detta täcks i 3 § LVM och utgör således en situation där tvångsvård är möjlig (Tabell III).

Den andra frågan som berör vård oberoende av samtycke lyder: Anta att en person dricker så mycket alkohol att han/hon till följd av detta slutar ar-

Tabell I

Kategori	Antal	% av urvalet
Enkätvarande direkt	137	16,9
Enkätvarande efter påminnelse	422	51,9
Telefonintervjuade ¹	66	8,1
Besöksintervjuade	1	0,1
Bortfall, ej utvalda till intervju	120	14,8
Bortfall, utvalda till intervju	67	8,2
varav vägrare	40	4,9
Urval	813	100,0

¹Här ingår även 15 personer som skickat in enkäten efter telefonpåminnelse.

Tabell II

Betraktar du som alkoholmissbrukare en person som	Procentuell fördelning	
	Ja	Nej
1 Dricker alkohol motsvarande 37-75 cl sprit/vecka.	41,4	58,6
2 Dricker alkohol motsvarande 75 cl sprit vid veckosluten, men sköter arbete och sociala relationer.	43,0	57,0
3 Dricker alkohol motsvarande 75 cl sprit vid veckosluten och är regelbundet sjukskriven på måndagarna.	86,9	13,1
4 Dricker förutom 50 cl sprit vid veckosluten, cirka 25 cl sprit i samband med affärsrepresentation vid 2-3 tillfällen per vecka.	75,2	24,8
5 Dricker alkohol motsvarande 75 cl sprit vid veckosluten och uppträder i samband därmed störande på allmän plats och har periodvis sociala problem.	89,5	10,5

Tabell III

Vård oberoende av samtycke då fysisk eller psykisk hälsa är i allvarlig fara.	
Svar	Procentuell fördelning
Fel	15,0
Ja, högst två veckor	2,1
Ja, högst två månader	5,1
Ja, högst fyra månader	2,6
Ja, högst tolv månader	0,4
Ja, så länge som erfordras	60,0
Vet inte	14,9
Summa	100,0

Tabell IV

Vård oberoende av samtycke... grovt störande uppträdande, undviker att försörja sig.	
Svar	
Fel	9,0
Ja, högst två veckor	1,5
Ja, högst två månader	3,6
Ja, högst fyra månader	2,6
Ja, högst tolv månader	1,1
Ja, så länge som erfordras	71,5
Vet inte	10,7
Population	100,0

beta, skuldsätter sig och uppträder störande i olika sammanhang. Tycker du det är rätt eller fel att samhället i detta fall skall ha möjlighet att mot personens vilja besluta om vård på nykterhetsvårdanstalt eller sjukhus? Indikationerna här är hämtade från den gamla nykterhetsvårdslagen och ingår inte som kriterier för ingripande enligt LVM (Tabell IV).

En nedåtgående frekvens från tvåmånadersalternativet, vilket eventuellt betyder svaret ja, så länge som erfordras, innebär en tidsomfattning som är kortare än den längsta alternativet. Hur det än är med den saken så är det mindre intressant mot bakgrund av att så stor andel av respondenterna intagit en av de båda extremerna, nej det är fel och ja, så länge som erfordras. Detta gäller beträffande båda frågorna om vård oberoende av samtycke.

Beträffande båda frågorna har respondenterna fördelats på ålder, kön och bostadsregion. Huvudtendensen i svaren förändras inte därvid. Kvinnor är dock något mer tvångspositiva än män och storstadsbor är något mindre tvångspositiva än respondenter från landsbygd och mindre tätorter.

Det befanns således att beträffande alkoholmissbruk som medförde sociala skadeverkningar ett slumpmässigt urval av befolkningen var mer tvångspositiv än beträffande alkoholmissbruk som medförde allvarlig fara för fysisk eller psykisk skada.

Av 559 personer som besvarat frågorna per post har 117 (21 procent) lämnat synpunkter dels på frågorna och dels på alkoholpolitik i allmänhet. Dessa svar ger en provkarta på olika inställningar till alkoholvård, alkoholpolitik och alkoholmissbruk.

Flera anser att alkoholmissbruk bör definieras med utgångspunkt från de sociala skadeverkningarna.

"Alkoholist är den som missköter sig, det beror på hur mycket man dricker."

Även att tvångsvård är resultatlös är ett återkommande tema, men också motsatsen.

"Det är fel att en person av egen fri vilja tar in på torken och efter ett tag får nya kläder mm. Om och om igen."

"I första hand för att skydda och hjälpa familjen där det finns barn. Likaså ofödda barn, gravida missbrukare måste tvångsomhändertas för hjälp."

Den splittrade alkoholpolitiken är också ett förekommande tema.

"Om det nu är sånt problem med alkoholen. Varför är det då tillåtet att staten säljer och konsumenten får köpa alkohol?"

"I första hand tycker jag att man ska satsa på frivillig vård, men då det är nödvändigt - sk tvångsvård."

"Strängare regler vid försäljning av alkohol."

Ett annat dominerande tema är olika varianter av att alkoholmissbruket är självförvällat och att missbrukaren

Tabell V

	Procentuell fördelning av de svarande	
	Ja	Nej
Inom den vanliga sjukvården	4,8	95,2
På specialkliniker (alkoholklinik)	42,4	57,6
Inom socialvården (rådgivning, kontaktman)	12,3	87,7
På nykterhetsvårdsanstalt (tork) med arbets- träning och gruppverksamhet	29,6	70,4
På behandlingshem med social träning (lära känna sig själv och sina förutsättningar)	62,0	38,0
Vet inte/ingen åsikt	10,3	
Högst två alternativ		

får skylla sig själv och tas om hand om han stör sin omgivning.

"Om han/hon inte vill bli kvitt sin alkoholproblem så ska han/hon inte ha något bidrag heller så de kan köpa sin alkohol."

"Alkoholisten är självvällande till sina problem."

"Har bytt lägenhet två gånger på grund av grannens alkoholmissbruk."

"Alkoholmissbrukare bör inte vistas på sjukhus. Sjukhuset är till för sjuka."

Uppräkningen här ovan gör inte på något sätt anspråk på att representera annat än några vanliga temata som respondenterna tagit upp. Här finns emellertid möjlighet till en avsevärt fördjupad analys där de olika utsagorna kan mer i detalj analyseras efter det tankeinnehåll som utsagorna förmedlar och jämföras med andra parametrar i undersökningen. Emellertid har något större andel av de som gjort särskilda kommentarer uppgett sig aldrig dricka alkohol jämfört med hela undersökningspopulationen, 20,3 procent mot 15,3 för hela populationen.

Vi har även frågat på vilket eller vilka sätt alkoholmissbrukare bör erbjudas vård. Respondenterna fick välja ut högst två av fem alternativ (Tabell V).

Särskilda inrättningar såsom alkoholklinik respektive behandlingshem åtnjuter störst förtroende. Förtroendet för nykterhetsvårdsanstalter är inte så stort. Mot bakgrund av den av lagstiftaren omfattade synen på alkoholmissbruk vilken ju bl a kommit till uttryck i socialtjänstlagen, där missbruket närmast uppfattas som ett symptom på bakomliggande sociala problem, kan det tyckas nedslående att socialvården och även den vanliga sjukvården inte tillmätts större förtroende beträffande behandling av alkoholproblem.

Diskussion

Det kan knappast anses vara förvånande att ett tvärsnitt av befolkningen anser att alkoholmissbruk främst konstitueras av att vissa sociala skadeverkningar uppstår, inte minst mot bakgrund av det sätt som faktiskt socialvården opererar på, där i stort sett endast socialvårdens traditionella klientel blivit föremål för nykterhetsvårdande åtgärder. Även allvarliga normbrott i förening med alkohol, såsom

rattfylleri leder regelmässigt inte till annat än avskrivning om i övrigt de sociala myndigheterna inte har kännedom om personen i fråga.

Undersökningspopulationen är också mer positiv till tvång vid alkoholmissbruk som ger vissa sociala skadeverkningar än vid missbruk som medför allvarlig fara för den egna hälsan. Det första fallet utgör ej grund för tvångsvård efter den 1.1 1982. Den omfattande och delvis intensiva debatt som förts i dessa frågor under 1970-talet, främst naturligtvis i socialvårdskretsar men även i dagspressen synes inte ha haft till effekt att de tankegångar som den nya lagstiftningen vilar på i någon högre omfattning accepterats av befolkningen. Undersökningspopulationens uppfattning om vad som bör gälla är alltså avsevärt skild ifrån vad som faktiskt gäller. Man kan nog ganska tryggt påstå att det är tveksamt om det föreligger någon legitimitetsaccept beträffande utmönstrande av sociala skadeverkningar såsom specialindikation för ingripande mot alkoholmissbruk.

Referenser:

Bruun K: Alkohol i Norden, Prisma 2, Stockholm, 1973.

Gusfield JR: Moral Passage: The Symbolic Process in Public Designations of Deviance, Social Problems, 15:1967, 175.

Mäkelä K: Consumption, Level and Cultural Drinking Patterns as determinants of alcohol Problems. Journal of Drug issues, 1975, 344-359.

Mäkelä K: Criminalization and punishment in the prevention of alcohol problems. Reports from the Social Research Institute of alcohol, studies No 82, Helsinki, 1975.

SOU 1981:7: Lag om vård av missbrukare i vissa fall.

Prop 1981/82:8: Lag om vård av missbrukare i vissa fall.

Författarpresentation:

Åke Isacson är byrådirektör vid centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet och forskningsassistent vid avdelningen för primärvårdsforskning, Dalby.*

*Postadress: Vårdcentralen Dalby, 240 10 Dalby.

Vårdbehovets omfattning vid alkoholism

ANDERS ROMELSJÖ

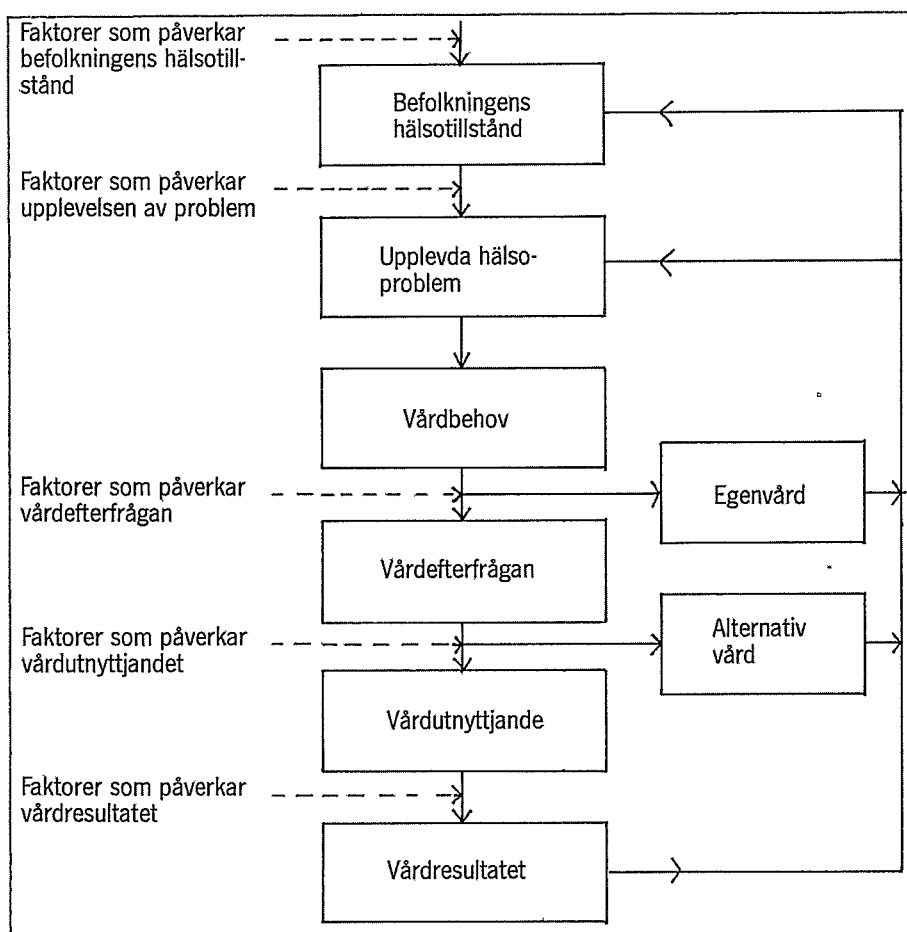
Det vårdbehov och vårdutnyttjande som är relaterat till alkoholmissbruk är mycket omfattande, men inte så lätt att klarlägga bland annat på grund av de dolda missbrukets omfattning. Artikeln presenterar undersökningar från olika delar av sjukvården och på olika populationer. Trots markant ökade resurser och ökad vård av alkoholmissbrukare har alkoholproblemen ökat under 60- och 70-talet. En ökad satsning på sekundär och framför allt primär prevention förespråkas.

Nyckelord: Vårdbehov, vårdutnyttjande, vårdkonsumtion, alkoholism, alkoholmissbruk, prevention.

Det av arrangörerna valda temat på mitt föredrag var "vårdbehovets omfattning vid alkoholism". Det är nödvändigt att inleda med begreppsdiskussion. Att alkoholmissbruk eller alkoholism, definierat på ett eller annat sätt leder till ökad sjuklighet och även ökad dödlighet är nog bekant för de flesta. Innan vi diskuterar alkoholen är det värt att något stanna upp inför begreppet *vårdbehov*. Det är ju ej detsamma som *vårdefterfrågan* och *vårdutnyttjande*. Två exempel.

– Lars-Olof Bygren undersökte i sitt avhandlingsarbete tillfredsställda och ej tillfredsställda vårdbehov bland vuxna i åldern 18–65 år i Stockholms län för drygt 10 år sedan. Ca 2500 personer undersöktes (av totalt 750 000 invånare). Bortfallet var endast ca 10 procent. 27 procent hade helt otillfredsställt vårdbehov – enligt konventionella medicinska kriterier – och ytterligare 16 procent hade delvis otillfredsställt vårdbehov. De otillfredsställda behoven var vanligare bl.a. hos de som fick diagnosen *alkoholism*. (1)

Figur 1. Nivåstrukturering av hälsoproblem. Från befolkningens hälsotillstånd till vårdresultat.



(Haglund B, Isacson S-O. Figur 46.) Offensivt hälsoarbete. Stockholm 1982. (Spri rapport 84.)

– Enligt SCB:s levnadsnivåundersökningar 1975 uppgav 350 000 vuxna att de vid ett eller flera tillfällen under en 3-månadersperiod upplevt behov av att söka läkare, men ej gjort detta. I detta fall rör det sig om *subjektiva upplevda* ej tillgodosedda behov.

– Figur 1 beskriver de olika aktuella komponenterna överskådligt (2).

Framställningen kommer sålunda nödvändigtvis att redovisa och diskutera *vårdutnyttjande* snarare än *vårdbehov* och *vårdefterfrågan* och begränsar sig till svenska studier. Enbart vårdkonsumtionen inom sjukvården behandlas.

Hur vanligt är alkoholproblem?

Olika beskrivningar och definitioner

på alkoholproblem har använts i olika studier, vilket påverkar resultaten och försvårar jämförelser mellan studierna. I denna översikt ges föga utrymme för beskrivning och diskussion av dessa metodfrågor.

Resultat från ett par svenska surveystudier som belyser alkoholmissbrukets omfattning bör dock vara av värde som ytterligare en bakgrund.

I Lundby-studierna intervjuades alla personer över 25 års ålder som bodde eller bött i en församling utanför Lund 1947, 1957 och 1971. Deltagandet låg på 97–99 procent. Man fann vid samtliga tillfällen att ca 10 procent av männen och 0,3 procent av kvinnorna var alkoholmissbrukare eller alkoholister. (3)

I Rebus intervjuades ett representativt urval av befolkningen i åldern 18–65 år i "gamla" Stockholms län om sina alkoholvanor och om symptom på missbruk i början av 70-talet. 15 procent av männen och 4 procent av kvinnorna föredro missbruk och/eller hög konsumtion, medan 5 procent av männen och 1,5 procent av kvinnorna hade allvarligare alkoholmissbruk. (4)

Dold alkoholism inom vården

Detta är ett annat viktigt problem. Flera undersökningar har visat att (för vårdgivaren) *dold alkoholism* eller *dolt alkoholmissbruk* är ganska vanligt, vilket verkar i riktning mot underrapportering och nödvändiggör speciella metoder. En av de mer kända undersökningarna på detta område kommer från de klassiska Lundbystudierna. 36 av 134 Lundbystudier vårdades på Lunds lasarett under 10-årsperioden 1947–56. Diagnosen alkoholism sattes på 2 av dessa. (5) Från Karlstad (The Karolinska Project for Research and Treatment of Alcohol Dependence) rapporteras att 14 procent av manliga alkoholister i åldern 20–44 år, som vårdats på somatiskt lasarett hade alkoholism som diagnos. Bland äldre män var siffran 30 procent. För de som vårdats på psykiatrisk klinik hade dock majoriteten diagnosen alkoholism. (6)

Vårdutnyttjande i slutna somatisk och psykiatrisk vård

– 1964 års nykterhetsundersökning lät undersöka andelen alkoholmissbrukare av de som vårdades på olika kliniker en viss dag 1965. På medicinkliniker var det 4,8 procent, på mentalsjukhus 12,8 procent, på psykiatriska kliniker 27,5 procent och på alkoholkliniker förstås 100 procent. De olika sjukvårdsinrättningarna fick själva bedöma sambandet till alkoholmissbruk. (7)

– Av befolkningsrelaterade studier märks bla Urban Waerns avhandling från 1977. 12 procent av 60-åriga män i Uppsala var registrerade hos nykterhetsnämnden. De svarade för 40 procent av alla sjukhusvister under den gångna 10-årsperioden, för 2/3 av all vård för mentalsjukdom och för nästan hälften av all vård med symptom från mag-tarmkanalen. Dessutom stod de för 25 procent av sjuktalet. De stod för 45 procent av sjuktalet för män i denna ålder som hade diagnos på mental sjukdom och för 52 procent av sjuktalet under diagnosen övre luftvägsinfektion eller liknande. (8)

– I sin avhandling har Hans Kristenson bland annat undersökt konsumtionen av slutna vård under en 3-årsperiod för män i åldern 46–49 år, som kallats till screening. För dem som deltog (ca 75 procent) svarade de *alkoholrelaterade tillstånd* alkoholism, alkoholpsykos, alkoholorsakad epilepsi, levercirrhos och pankreatit (utan cholelithiasis) för 15,2 procent av vård-

Tabell II. Alkoholrelaterad vårdkonsumtion enligt några svenska studier.

Vårdgren	Plats	År	Vårdtillfälle eller besök procent	Vård dagar procent	Population
SLUTEN VÅRD					
a. Psykiatrisk	Hela landet	1976	39	8	vårdade under året
b. Somatisk					
– kirurgklinik	Stockholm KS	1977	20		intagna under 3 veckor
– medicin, kirurg- och ortopedklinik	Göteborg	1980	13		inläggande viss dag på medicin, kirurg och ortopedklinik
– alla kliniker i landstingsområdet	Olofström	1980	15,3		män 20–79 år inläggande under året
c. Psykiatrisk och somatisk					
– Malmö allmänna sjukhus	Malmö	1975–79		15,2–29,2	män 46–49 år inläggande under en 3-årsperiod
– alla kliniker i landstingsområdet	Uppsala	1965–75		40	60-åriga män som registrerats av nykterhetsnämnd. Sjukhusvårdade under en 10-årsperiod
ÖPPEN VÅRD					
a. Sjukhusmottagningar					
– akutmottagning kirurgisk	Stockholm	1970	21		journal under 3 månader
– akutmottagning medicin, kirurg- och ortopedklinik	Göteborg	1980	20		journal 4 veckor
– akutmottagning psykiatrisk klinik	Stockholm St Görans	1980	44		journal under året
b. Primärvården	Olofström	1980	13,8		män 20–79 år under året

dagarna (och avsåg 13,2 procent av vårdade männen). Inkluderas *potentiellt alkoholrelaterade tillstånd*, som har mindre klart samband med alkoholöverkonsumtion, (14 procent) blir siffran 29,2 procent av vård dagarna.

Men än var femte man som vårdades på sjukhus bedömdes ha allvarliga alkoholproblem.

För de män som deltog i hälsokontrollen fanns ett klart samband mellan GT-värdet och dels den totala vårdkonsumtionen mätt i antalet vård dagar och dels diagnostyp. För de män som hade GT-värde i den lägsta kvintilen var antalet vård dagar 0,46 av det förväntade och för män i den högsta kvintilen, 1,69. 43 procent av männen med GT-värde i högsta kvintilen vårdades för alkoholrelaterat tillstånd jämfört med 2 procent av männen med GT-värdet i den lägsta kvintilen. (9)

Tabell I presenterar några av de aktuella studier som refereras.

Vårdutnyttjande inom slutna psykiatrisk vård

Den mest påtagliga förändringen av diagnospanoramata på psykiatriska sjukhusen de senaste 25 åren är den

väldiga ökningen av antalet vårdtillfällen under alkoholismdiagnos. Från 1954 till 1976 skedde en ökning från 2000 till 45000 intagningar för alkoholism och alkoholpsykos. Detta innebär ungefär en 20-dubbling på drygt 20 år. Ökningen är stor både för kvinnor och män. Andelen vårdtillfällen ökade under samma tid från 14 till 39 procent och andelen vård dagar från 2 procent till 8 procent. (10) Skillnaden i andelen vårdtillfällen och andelen vård dagar beror förstås främst på den relativt korta vårdtiden i allmänhet för alkoholisterna på våra psykiatriska sjukhus.

Denna enorma ökning av vård under diagnosen alkoholism motsvaras ej av lika enorm ökning av problem. Det har mer att göra med en ändrad syn på alkoholmissbruk och alkoholism. Under 60- och 70-talet växte uppfattningen fram inom stora delar av vårdapparaten att alkoholism är en sjukdom. Detta medförde kanske fördelen att man på många håll fick en ändrad, mindre nedlåtande syn på alkoholister. I samband med att denna uppfattning vann ökat insteg låg det nära till hands att förorda ökad vård av alkoholister inom sjukvården. Detta förhållande

samt god platstillgång på psyk-sjukhusen förklarar en hel del av den våldsam- och ökade vårdkonsumtionen under alkoholismdiagnos på psykiatriska lasarett.

Psykiatrisk akutmottagning

Bland de ca 4700 jourfallen på Karolinska sjukhusets akutmottagning 1970 var 34 procent alkoholmissbrukare och ytterligare 4,2 procent alkohol- och läkemedelsmissbrukare. För männen var siffrorna 48,8 procent respektive 5,3 procent och för kvinnorna var de 13,1 procent respektive 2,7 procent. Andelen alkoholmissbrukare var större bland de som gjorde fler än ett besök och denna andel var särskilt stor bland de som gjorde många besök. Bland de som gjorde minst 6 besök under året var andelen alkoholpåverkade över 75 procent. (11)

På akutmottagningen på S:t Görans sjukhus var 1979 37 procent av besökarna missbrukare medan motsvarande siffra 1980 var 44 procent. (12)

Studier vid somatiska kliniker eller mottagningar

I Göteborg har man sedan 1965 studerat förekomst av alkoholproblem bland patienter på akutmottagning. Den senaste rapporterade undersökningen genomfördes 1980. Materialet bestod av alla personer som under en tid på en månad våren 1980 sökte på akutmottagningen för medicin, kirurgi och ortopedi vid Östra sjukhuset. För samtliga sökande – knappt 2000 personer – noterades vissa basala medicinska och sociala uppgifter, dels av särskilt anställd personal, dels av respektive jourhavande läkare. Specialstudier utfördes på delar av detta material.

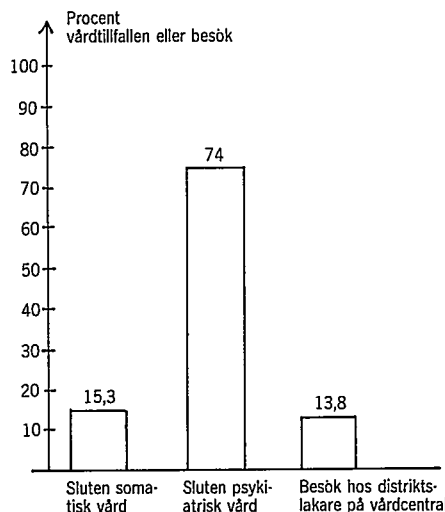
– På basis av intervjuundersökningen befanns ca 13 procent av alla vårdplatser på medicin-, kirurgi- och ortopedimottagningarna var belagda av alkoholister eller alkoholöverkonsumenter.

– Sökande med alkoholpåverkan och/eller alkoholmissbruk svarade för ca 1/5 av alla besök vid akutmottagning vid storstadssjukhus. För män i åldrarna 30–59 år hade en klar ökning skett sedan 1965. Jourhavande läkare bedömde att 15 procent hade alkoholproblem. Vid noggrann undersökning med intervju m.m. av erfaren alkohol-läkare bedömdes 23 procent ha sådana problem.

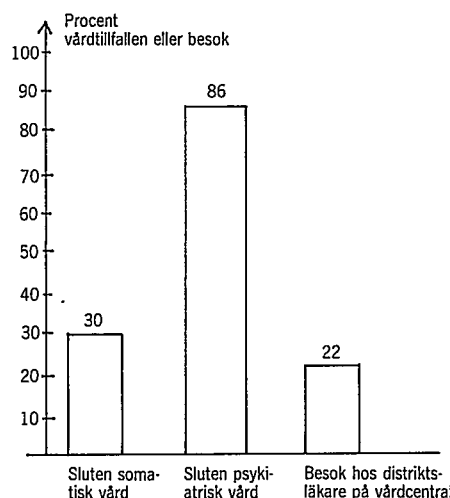
– 1/3 av besöken av personer med alkoholproblem och/eller alkoholpåverkan skedde pga skador. (13)

Kirurgi

21 procent av de knappt 1300 män som under en tremånadersperiod uppsökte en kirurgisk akutmottagning i Stockholm i början av 70-talet hade en alkoholhalt i blodet som översteg 0,1 promille. 28 procent av männen var registrerade hos Kontrollstyrelsen pga fylleriförseelse. Av dessa hade 50 procent alkohol i blodet vid undersök-



Figur 2. Vårdkonsumtion 1980 i sluten vård (andel vårdtillfällen) och i öppen vård (andel besök) hos distriktsläkare på vårdcentralen, för män i åldern 20–79 år från Olofström med kända alkoholproblem 1980.



Figur 3. Vårdkonsumtion 1980 i sluten vård (andel vårdtillfällen) och i öppen vård (andel besök) hos distriktsläkare på vårdcentralen, för män i åldern 20–39 år från Olofström med kända alkoholproblem 1980.

ningstillfället jämfört med 12 procent i gruppen utan fylleriförseelse. (14)

Vid en undersökning från Karolinska sjukhuset 1977 fann man att 20 procent av vårddagarna för de 81 män som intogs under en tremånadersperiod sannolikt var betingade av alkoholproblem. Inget vårdtillfälle för de under samma tid intagna 85 kvinnorna bedömdes ha samband med alkoholproblem.

Av de 30 missbrukarna (25 män och 5 kvinnor) bedömdes 17 ha vårdats pga alkoholrelaterad sjukdom. 2 av dem hade diagnos på alkoholsjukdom i sin epikris. (15)

Under spritstrejken 1963 noterades en nedgång av antalet alkoholpositiva patienter från 23 procent till 11 procent på kir akutmottagning i Stockholm. (16)

Kvinnliga alkoholmissbrukares vårdkonsumtion

Olika uppgifter talar för att alkoholproblem bland kvinnor ökat rejält un-

der de senaste 25 åren. Kvinnliga elever i årskurs 9 har en alkoholkonsumtion som inte alltför mycket understiger pojkarnas. I sin avhandling redovisar Lena Dahlgren att andelen kvinnor bland dem som vårdats på alkoholkliniken på KS, Magnus Huss klinik, har ökat från 1/10 till 1/5. Även kvinnliga alkoholisters vårdkonsumtion är kraftigt ökad och överdödligheten kanske större än för männen. (17)

På senare år har man åter redovisat fakta som talar för att det föreligger en ökad risk för utvecklingsstörning hos barn till kvinna som under graviditet konsumerar stora mängder alkohol.

Barnet kan få det sk fetala alkoholsyndromet (FAS). Man har beräknat att ca 100 barn föds årligen med svår form av FAS medan ytterligare upp till 300 har detta syndromet i lättare form. Förutom all tragik som har samband med detta föreligger för dessa ett markant ökat vårdbehov liksom för andra utvecklingsstörda.

Samlad vårdkonsumtion i Olofström

På vårdcentralen i Olofström har vi undersökt den samlade vårdkonsumtionen hos de personer i ålder 15–79 år som i minst ett av ett flertal olika register var kända för alkoholproblem under 1980. Vi fann att 282 män och kvinnor varit kända för alkoholrelaterade problem under 1980. Prevalensen för män blev 4,5 procent och för kvinnor 0,5 procent. Figur 2 visar de manliga alkoholmissbrukarnas andel av vårdkonsumtionen för män i åldrarna 20–79 år. De svarade för 15,3 procent av alla vårdtillfällen i sluten kroppssjukvård, dvs drygt 3 gånger mer än förväntat. Inom sluten psykiisk vård var andelen vårdtillfällen särskilt högt – hela 74 procent – och i nästan samtliga fall var alkoholmissbruk noterat i journalen. Även på vårdcentralen – som ej hade särskild mottagning eller särskilt intresse för alkoholmissbrukare – var andelen besök klar fler än förväntat, 13,8 procent.

Figur 3 visar att överkonsumtionen av vård var särskilt stor för männen i åldern 20–39 år. 30 procent av vårdtillfällen på kroppssjukhus, 86 procent av vårdtillfällen på psykiatriskt lasarett och vid 22 procent av besöken på vårdcentral var alkoholmissbruk känt under året i något register hos männen i denna ålder. (18)

Levercirrhos och alkoholkonsumtion

Många undersökningar har visat att morbiditet och mortalitet i levercirrhos vanligen stiger och faller med alkoholkonsumtionens nivå inom befolkningen. Hänsyn får förstås tas till diagnosmöjligheter, ändringar i diagnostik, obduktionsfrekvens, förekomst av andra sjukdomar som kan ge levercirrhos och även till den tid det tar att utveckla levercirrhos. (19, 20)

Från Uppsala sjukvårdsregion finns sedan många år detaljerade diagnosregistrering. Mellan 1964 och 1976 har

antalet vårdtillfällen med diagnosen levercirrhos ökat med 4,8 procent årligen. I åldersgruppen 15–69 år var ökningen ca 7 procent, vilket gav en fördubbling under dessa år. (21)

Preventiva aspekter på alkoholrelaterat vårdbehov och vårdutnyttjande
Alkoholmissbrukare och högkonsumenter av alkohol svarar för en omfattande vårdkonsumtion som visats.

Vårdresultaten vid avgiftning och behandling av vissa komplikationer är goda. Trots de kraftigt ökade resurserna och insatserna inom vårdapparaten har alkoholproblemen inte minskat under 60- och 70-talet. Alkoholism kan ej vårdas bort.

Kan preventiva insatser vara av värde på detta område? Då det gäller sekundär prevention, dvs tidig upptäkt och behandling, har Hans Kristenson visat vad en intresserad alkoholläkare kan göra med ganska enkla medel.

Under några års behandling av manliga högkonsumenter av alkohol kunde förbättringar noteras, som var större än de som skedde i en motsvarande kontrollgrupp. (9, 22) Sannolikt kan huvuddragen i hans arbetssätt användas mer generellt inom sjukvården och inte minst inom primärvården där huvudmän och utredare väntar sig ökade insatser.

Det är beklagligt att nykterhetsvårdslagens avskaffande vid årsskiftet tycks ha lett till att man på en del håll inom socialtjänsten lägger ned mindre arbete för utredning av ärenden som rör personer med tidigare obekanta alkoholproblem. Lagen om vård av missbrukare, LVM, ålägger nämligen ej socialtjänsten att göra sådana utredningar gällande bl a personer som kan vara i tidig fas av alkoholism. Trots alla vackra ord om förebyggande åtgärder och åtgärder i tidigt skede i socialtjänstlagen innebär LVM och den praxis som kanske sanktionerats här och där att möjligheterna till sekundär prevention inom socialtjänsten ej tas till vara tillräckligt. Kanske blir följden att alkoholmissbrukare i större utsträckning hamnar i en krympande vårdapparat i ett senare skede med komplikationer till följd av allvarligt missbruk. I detta sena skede kan LVM ibland sabotera vården enligt ett inlägg från en alkoholklinik. (26)

Även om mycket talar för att sekundär prevention bör få ökad plats i vården och att samarbetet kan förbättras spelar den primära preventionen en avgörande roll. En viss restriktivitet i alkoholpolitiken, och prishöjningar har jämte information och debatt samt sämre eller mer osäkra ekonomiska förhållanden gett resultat genom minskad konsumtion, inte minst hos ungdom. (27)

En ökad satsning på restriktiv alkoholpolitik är kanske främsta åtgärden om vi vill se en minskning av antalet alkoholmissbrukare, dessas vårdbehov och höga vårdkonsumtion.

Detta behöver inte alls stå i motsättning till sociala och ekonomiska reformer och strävanden efter ett mänskligare samhälle utan ökar möjligheterna för att insatserna får avsedd effekt. (28)

En sådan alkoholpolitik blir inte mindre viktiga i en tid då reformer naggas i kanten, eller urholkas, i en tid då det relativa välfärdssamhället ersätts av ökande arbetslöshet, i en tid då video och filmvåld samt rå porr breder ut sig.

Referenser

1. Bygren L-O: Met and unmet needs for medical and social services. Scandinavian Journal of Social Medicine 1974 Suppl 8.
2. Haglund B, Isacson S-O. Figur 46 I. Offensivt hälsoarbete Stockholm 1982. (Sprirapport 84.)
3. Öjesjö L: Prevalence of known and hidden alcoholism in the revisited Lundby population. Social Psychiatry. 1980;15: 81–90.
4. Halldin J: Personlig information.
5. Hagnell O, Sandahl A: Dold alkoholism på sjukhus. Alkoholfrågan 1972;2: 43–49.
6. Kartad. Rapport 1979, 2. Social del. Kliniken för alkoholsjukdomar. Karolinska sjukhuset. Stockholm 1980.
7. Nykterhetsvårdens läge (SOU 1967:36).
8. Waern U: Findings at a health survey of 60-Years old men and recorded disease during their preceding 10 years of life. Acta Univ Upsaliensis 298. Uppsala 1977. Akademisk avhandling.
9. Kristenson H: Studies on alcohol related disabilities in a medical intervention programme in middleaged males. Malmö 1982. Akademisk avhandling.
10. Alkoholbetingad vård och tvångsvård inom psykiatri och nykterhetsvård. Läkartidningen 1980;77: 282–285.
11. Idestrom C-M: Alkohol- och läkemedelsmissbrukare bland de psykiatriska jourfallen på KS. Läkartidningen 1974; 71:1837–8.
12. Salum I: Verksamheten vid en alkoholvårdsenhet inom ett avgränsat upptagningsområde. Föredrag 23/9 1982, Psyk klin, S:t Görans sjukhus.
13. Kristenson-Aas A, Sandström J, Starck J-E, Wallerstedt S, Westin J: Akutmottagningen – alkoholists möte med sjukvården. Läkartidningen 1981;78: 437–440.
14. Goldberg L, Rydberg U, Bjerver K: Alkoholens roll i ett olycksfallsmaterial på en kirurgisk akutmottagning. Läkartidningen. 1971;68: 3295–3300.
15. Borg S, Delin A, Granberg P-O, Gunven P: Alkohol-, narkotika- och psykofarmakabruk som orsak till slutet kirurgisk vård. Läkartidningen 1979;76: 3897–3900.
16. Goldberg L, Bjerver K, Lindhe P, Jez J, Rydberg U, Skerfving S: Sambandet mellan olycksfallsfrekvens, alkohol och alkoholtillgång. I alkoholkonflikten 1963 – medicinska verkningar. Informationskonferens, Wehnergrens Center 20 mars 1964, Svenska symposier 6. Nordstedts, Stockholm 1965.
17. Dahlgren L: Kvinnor och alkohol – missbruket ökar. Läkartidningen 1981; 78:786–8.
18. Romelsjö A: Alkoholrelaterade problem i Olofström. Stencil. Olofström 1982.
19. Bruun m.fl: Alkoholpolitik och folkhälsa. Sober dokumentation 8. Sobers förslag Stockholm 1979.

20. Skog O-J: Levercirrhos mortality as an indicator of prevalence of heavy alcohol use: some methodological problems. Statens Institut for alkoholforskning. Oslo 1979.

21. Data om alkoholkonsumtionen och dess skadeverkningar. Socialdepartementet. (Dss 1981:21.)

22. Kristenson H: Kartläggning och prevention av storkonsumtion av alkohol bland män i Malmö. Alkohol och narkotika 1982;5: 2–7.

23. Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

24. Schersten B, Isacson A: Bräddskande behov av hälsostrategi. Alkohol och narkotika 1982;5: 12–14.

25. Romelsjö A: Primärvården och alkoholproblem. SFAM-Nytt 1982;3: 66–69.

26. Wadstein I, Stjerna B: LVM i praktiken saboterar vården. Läkartidningen 1982;79: 1535–1536.

27. Hibell B, Jonsson E: Undersökning av ungdomens alkohol-, narkotika-, tobaks- och sniftningsvanor vården 1981. Skolöverstyrelsen. Stockholm 1982.

28. Romelsjö A: Prevention av alkoholproblem. Socialmedicinsk Tidskrift 1983;1: 22–30.

Författarpresentation:

Anders Romelsjö, tidigare distriktsläkare vid vårdcentralen i Olofström. Numera vid socialmedicinska enheten, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.*

*Postadress: Institutionen för Social medicin, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Alkoholmissbruk och infektioner

BIRGITTA HOVELIUS

Alkoholmissbrukare drabbas av mer långdragna och svårare infektioner än andra. Sambandet mellan alkoholmissbruk och pneumoni är dokumenterat. Likaså förekommer tuberkulos i ökad frekvens hos alkoholister. Faktorer som kan vara av betydelse för denna infektionsbenägenhet diskuteras.

Nyckelord: Alkoholism, infektioner.

Infektionssjukdomar är en kvantitativt sett stor sjukdomsgrupp i primärvården. Det är framför allt barn som drabbas av infektioner. Bland vuxna är kvinnor överrepresenterade, vilket sannolikt förklaras av barn-till-vuxen-smitta. Patienter som söker vid vårdcentral har förhållandevis banala infektioner. Det finns ingen undersökning som stöder uppfattningen att alkoholmissbrukare är överrepresenterade bland dessa patienter. Däremot finns det belägg för att alkoholmissbrukare drabbas av mer långdragna och svårare infektioner än andra. Med utgångspunkt från två fallbeskrivningar diskuteras alkoholrelaterade infektionssjukdomar.

Fall 1

51-årig tjänsteman, tidigare väsentligen frisk och som aldrig sökt vid vårdcentralen, söker som jourfall med några dagars anamnes på allmän sjukdomskänsla. Det mest påtagliga symtomet är en akut debuterande urininkontinens. Senaste halvåret nervösa besvär; hustrun har försökt få patienten att söka företagsläkaren men patienten har varit negativt inställd till detta.

Status: Spänd, orolig, psykiskt oklar? Somatiskt status u.a. Bltr 150/90. SR 85. Vita 7.0. Urin 2002. Sediment: 2-5 korniga cylindrar/synfält. Patienten remitteras till sjukhus för vidare undersökning under diagnosen "akut glomerulonefrit?". Samma kväll noteras att patienten är högfebril. Man misstänker i första hand en virusinfektion hos en patient med en kronisk glomerulonefrit. Påföljande dag är patienten konfusorisk med sänkt medvetandegrad. Bil 49, ASAT 2.8, ALAT 1.3, GT 6.3. Diagnosen är fortfarande oklar och patienten överförs till intensivvårdssavdelning under diagnosen "levercoma?".

Två dagar efter inkomsten påvisas pneumokocker i blododling tagen vid inkomsten. Röntgen pulm visar bronkopneumoni. Patienten utvecklar en leukopeni under de första dagarna på sjukhus med vita ner till 0.4. Patienten blir snabbt bättre på antibiotikabehandling. Det framkommer så småningom att patientens spritkonsumtion är hög och att den varit delvis okänd för hustrun. Det är alltså en patient med en alkoholskada som får en svår, livshotande bakteriell infektion. Den bakteriella infektionen blir svår att diagnostisera pga ett deliriumliknande tillstånd och en leukopeni, vilken sannolikt förklaras av patientens alkoholskada.

Fall 2

38-årig byggnadssnickare söker för ett fult infekterat, spontant uppträdande sår över sacrum. Diagnos: Impetigo. Han behandlas med penicillin. Han återkommer efter en vecka, då såret är läkt. Men han har svårt att sitta pga ömhet i sårområdet och han besvärar av värk och ömhet i knä- och fotleder. Tillståndet bedömes som en postinfektiös artrit. SR 9. Urin 0000. AST 80. Vid ytterligare två kontroller har patienten ont i lederna. Han kan inte återgå i sitt arbete och sjukskrives.

Sex veckor efter första besöket på vårdcentralen ringer hustrun och rapporterar att patienten har svåra buksmärter. Det enda som hjälper är sprit. Status: Etyldoft. Antytt ödem i ansiktet. Blodtryck 145/110. SR 10. Urin 3000. Sediment: 10 korniga cylindrar/synfält. GT 22.2 AST 150. Remiss till sjukhus för vidare undersökning. Patienten slutar prompt att dricka. Några dagar senare får han hallucinationer och läggs in på sjukhus under ett dygn. Vid kontroll en vecka senare mår patienten bra. Han är spritfri. Urin 0000. GT 13.7. AST 275. Två månader senare är patienten fortfarande spritfri med GT 1.5. Denne patient har sedan dess haft flera episoder med svårt spritmissbruk och delirium tremens. Patienten har sannolikt vid sitt första besök på vårdcentralen haft en streptokockinfektion som komplicerats av postinfektiös ledvärk och lindrig impetigonefrit. Blodtrycksförhöjningen kan möjligen förklaras av patientens missbruk.

Infektioner hos missbrukare

Fallbeskrivningarna visar hur svårt det kan vara att diagnostisera alkoholmissbruk. Även ett så avancerat missbruk som hos Fall 2 förblev odiagnostiserat under flera veckor. Sjukhistorier

na kan också belysa att det finns ett samband mellan alkoholmissbruk och infektioner.

Det finns många undersökningar som pekar på att alkoholmissbruk predisponerar för långdragna och svåra infektionssjukdomar, även om det inte finns några prospektiva studier, där sambandet är klart dokumenterat. Data bygger således på retrospektiva studier av selekterade populationer.

Bäst kartlagt är sambandet mellan olika typer av pneumoni och alkoholmissbruk. I undersökningar utförda innan man hade tillgång till penicillin fann man att både sjuklighet och dödlighet i lunginflammation var betydligt högre hos missbrukare än bland andra. Svårighetsgraden av missbruket korrelerade till morbiditet och mortalitet i lobär pneumoni. Etiologiskt agens vid flertalet pneumonier, både hos alkoholmissbrukare och andra, är pneumokocker. Det har under senare år utvecklats ett polyvalent pneumokockvaccin. Det har diskuterats om missbrukare är en riskgrupp, som bör vaccineras i likhet med splenektomerade patienter.

Friedländers pneumoni är en sällsynt form av lunginflammation orsakad av Klebsiella pneumoniae och som man i hög utsträckning menat vara associerad till alkoholism. Det finns också flera undersökningar som visar att majoriteten av patienter med denna diagnos är alkoholmissbrukare. Dödligheten har rapporterats vara mycket hög särskilt i samband med delirium tremens. Endast ett fåtal av patienter med klebsiella-pneumoni uppvisar den typiska kliniska bilden med tjockt, segt, blodigt sputum. Vid fulminanta former av sjukdomen förekommer lungödem och leukopeni.

Genom förbättrad anaerob odlings teknik under senare år har man kunnat kartlägga etiologin vid aspirations-pneumoni. Anaerob pneumoni eller lungabscess kan i cirka 70 procent av fallen associeras till medvetandesänkning hos patienterna, i flertalet fall beroende på etanolintoxikation.

Sambandet mellan alkoholism och tuberkulos har framhållits i flera studier. Det har inte bara påvisats en ökad frekvens av sjukdomen bland alkoholister utan också mer avancerad lungsjukdom och en högre recidivfrekvens beroende på låg compliance vid behandlingen.

Endokardit, bakteriemi och peritonit av oklar genes är sällsynta sjukdomar, som förekommer i ökad frekvens hos alkoholmissbrukare. Detta gäller också bakteriell meningit som förkla-

-100 589/

Varför super alkoholisten? – några resultat från biologisk alkoholforskning under senare tid

STEFAN BORG

I föreliggande översikt redovisas några exempel på resultat från senare tids försök att få förklaringar till vad som ligger bakom alkoholmissbruk. Intresset för biologiska förhållanden vid alkoholism har ökat kraftigt under de senaste åren. Orsakerna till detta är nog flera.

En orsak kan vara att ensidiga psykologiska sociala förklaringsmodeller och dito behandlingstänkande som varit på modet några år knappast har givit någon förbättring när det gäller behandlingsresultaten i praktiskt vårdarbete.

En annan orsak är nog att missbruksproblemen har ökat i samhället och krupit närmare inpå oss. Psykiatriska och somatiska konsekvenser har blivit allt vanligare och börjat dyka upp även hos människor som, innan sin alkoholöverkonsumtion, inte visat upp allvarigare vare sig psykologiska eller sociala problem.

Nyckelord: Alkoholism, ärftlighet, etiologi.

Datortomografi av hjärnan

Ett exempel på en typ av forskningsrön som varit inspirerande för den biokemiska alkoholforskningen under senare tid, var när man kunde avbilda hjär-

nan hos patienter med hjälp av dator-tomografi.^{1,2}

Fig 1 visar resultat från en studie, som genomfördes för några år sedan. Vid jämförelse mellan alkoholpatienter

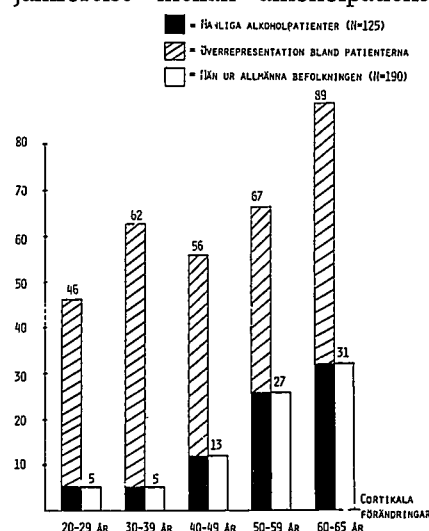


Fig 1. Kortikala cerebrala förändring hos manliga alkoholpatienter jämfört med allmänna befolkningen.

ras av obehandlad pneumokockpneumoni. Ett samband mellan alkoholism och listeriameningit har också diskuterats men inte kunnat konfirmeras i prospektiva studier.

Om sårinfektioner, impetigo och erysipelas är vanligare bland alkoholister än andra är inte klarlagt. Detsamma gäller Vincents angina som ansetts vara vanligare hos alkoholmissbrukare än andra.

Varför får alkoholmissbrukare infektioner?

Man har diskuterat en rad olika faktorer som skulle kunna förklara alkoholistens känslighet för infektioner. Dålig kost och undernäring har tidigare brukat omnämnas som faktorer av betydelse. Bland alkoholister kan tuberkulos bli en påfallande smittsam sjukdom beroende på ett kollektivt boende.

Leukopeni har uppmärksamats som en komplikation till alkoholism och till alkoholinducerad levercirrhos. Om denna leukopeni leder till att alkoholmissbrukaren är mer känslig för bakteriella infektioner är en obesvarad fråga. Det synes dock kartlagt att alko-

holmissbrukare i högre utsträckning än andra reagerar med leukopeni vid svåra bakteriella infektioner även då splenomegali inte föreligger. Förutom splenomegali vid portal hypertension och levercirrhos har folsyrebrist diskuterats som en orsak till leukopenin. I experimentella studier har alkohol påvisats sänka antalet granulocyter och minska fagocytos och baktericid aktivitet. Det finns också dokumenterat brister i det reticulo-endoteliala systemets förmåga att döda bakterier och i serums baktericida egenskaper hos alkoholskadade. Däremot förefaller det humoral infektionsförsvaret inte vara förändrat, och immunglobulinerna är normala.

Vad gäller alkoholmissbrukarens ökade risk att insjukna i lunginflammation har rökning diskuterats som en faktor av betydelse. I djurexperimentella studier har påvisats en försämrad tillslutning av glottis och försämrad ciliaktivitet i trakea vid alkoholförbrukning. Det kan påpekas att under sömn aspirerar cirka hälften av friska försökspersoner svalginnehåll, vilket sker i något högre utsträckning hos patien-

ter med sänkt medvetande. Med intakt pulmonellt försvar leder detta dock sällan till pneumoni, vilket skulle tala för att en försämring av detta försvar är nödvändigt för att bakterier skall kunna etablera en infektion.

Referenser

- Andersen, B.R. Host factors causing increased susceptibility to infection in patients with Laennec's cirrhosis. *Ann NY Acad Sci*, 1975; 254: 348-352.
- Ingvarsson, N., Hovelius, B., Nordén, Å. Blood pressure as a warning signal in undiagnosed alcoholism. *Int J Rehab Research*, 1983; 6: 73-75.
- Johnson, W.D. Impaired defense mechanisms associated with acute alcoholism. *Ann NY Acad Sci*, 1975; 252: 343-347.
- Louria, D.B. The infectious complications of alcohol ingestion. *Rev Environ Health*, 1973; 1: 175-183.
- Smith, F.E., Palmer, D.L. Alcoholism infection and altered host defenses: a review of clinical and experimental observations. *J Chronic Dis*, 1976; 29: 35-49.

Författarpresentation:

Docent Birgitta Hovelius är distriktsläkare vid Vårdcentralen i Dalby.*

*Postadress: Vårdcentralen, 240 10 Dalby.

och folk ur allmänna befolkningen ses en hög andel med tecken på framför allt kortikal atrofi och som synes föreligger dessa förändringar även hos unga patienter, vilka sålunda haft en relativt kort missbruksduration. Data talar för att det föreligger tre parallella hjärnskadeprocesser vid alkoholmissbruk, dels avseende cortex, dels av central karaktär och dels i cerebellum och dessa utvecklas med ganska lågt samband mellan varandra och har olika beteendemässiga korreler. Datortomografistudierna har naturligtvis gjort att olika forskargrupper nu börjar närmare försöka karaktärisera och definiera organiska och funktionella förändringar i hjärnan hos alkoholmissbrukare. Fynden har också inspirerat till att förbättra olika hjärnskadetest och personlighetsbedömningar för att på så sätt föra fram dessa diagnostiska möjligheter i paritet med möjligheterna till en morfologisk diagnostik.

Erfarenheter av adoptionsstudier – arv och miljö

Ett annat exempel på forskningsrön som varit av väsentlig betydelse för utvecklingen under senare år är de adoptionsstudier som publicerats i Sverige och utomlands. Här i Sverige har Mikael Bohman, f. professorn i barnpsykiatri i Umeå, redovisat intressanta resultat. Barn som bortadopterats vid födelsen har studerats avseende tecken på missbruk och asocialitet, exempelvis i form av kriminalitet. Man kan då konstatera att om de biologiska föräldrarna haft tecken på alkoholproblem, har barnen det också i större utsträckning. Däremot nedärvs icke kriminalitet på ett likartat sätt utan där bryts mönstret helt vid adoption. Detta talar sålunda starkt för att det genetiska arvet har betydelse för benägenheten att utveckla alkoholproblem.⁵ Resultaten stöds utav likartade fynd vid exempelvis danska och amerikanska studier.⁴ Bohman har i sina studier räknat med att knappt hälften av risken är genetiskt betingad och resten miljöbetingad och att man inom de här grupperna kan se former, som är mer ärftliga och mindre miljöbetingade resp tvärtom.

Vad det är som ärvs är naturligtvis okänt, men det får antas att beroendebenägenheten innefattar centralnervösa biokemiska processer. Några väsentliga mekanismer i dessa processer är troligen begrepp som eufori, centralstimulering, toleransutveckling, psykiskt beroende och mycket möda har lagts ner på att påvisa biokemiska processer bakom dessa fenomen.

Alkoholberoende

Begreppet alkoholberoende har i kliniskt arbete visat sig synnerligen användbart för att karaktärisera individens beteende och respons på drogintag. Det finns emellertid en risk att man vid användning av beroendebegreppet i dess medicinska mening uppfattar det som ett skarpt avgränsat begrepp och delar in befolkningen i två

grupper, dels dem med alkoholberoende, dels dem utan. I verkligheten får man i stället tänka sig, att det förekommer olika grader av alkoholberoende från individer med uttalat beroende till individer med en mindre uttalad beroendetendens och att det i befolkningen föreligger en jämn övergång mellan dessa olika grupper. Alla ingående karaktäristiska som ex kontrollförlust, abstinenssymtom eller toleransökning, kan variera kontinuerligt från knappt märkbar – mycket uttalad.

Olika faktorer kan göra att individens beroende slår igenom mer i beteendet i vissa situationer. Exempelvis kan en yttre kris göra att en individ kan falla offer för sin beroendetendens, medan i vanliga fall denna kan balanseras av personlighetens sundare sidor eller yttre sociala förhållanden. Hypotetiskt kan man alltså mycket väl tänka sig att en individ kan bära ett biologiskt missbruksanlag med sig, men där en gynnsam miljö kan göra att detta inte bryter igenom. Det finns alltså inte anledning att tänka sig att det är kvalitativt helt andra förhållanden, som följder avgränsandet om en människa skall utveckla alkoholberoende än de förhållanden som påverkar den stora majoriteten människor, utan det kan i stället röra sig om kvantitativa förskjutningar i normala biologiska processer som ökar benägenheten för missbruk.

Samband mellan alkoholkonsumtion och hjärnans monoaminerga transmittorsystem

Omsättningen av hjärnans signalsubstanser, framför allt monoaminer, har ägnats stor uppmärksamhet under senare år och studerats hos olika djur. Bland annat har man sett att hjärnans katekolaminsystem tycks ha betydelse för alkoholens centralstimulerande effekter, dess positiva förstärkning och även dess toleransutveckling.^{5, 6, 7, 8}

Ett sätt att påvisa samband mellan alkohol och monoaminomsättning i CNS hos människa har gjorts, då man genom att tillföra ämnet alfametyltyrosin kan blockera katekolaminbildningen i CNS.⁹ Intag av alkohol ger efter en sådan blockering ingen eufori. På likartat sätt har man för övrigt också kunnat blockera den sk "kicken" vid centralstimulantiinjektion. Detta talar för att frisättning av katekolaminer i CNS är av betydelse som mediator för alkoholens CNS-effekter, när det gäller centralstimulering och eufori.

Ett sätt att studera monoaminerna i relation till alkohol hos människa har tagits till vara i postmortalstudier av humanhjärna. Där har man funnit att halterna av såväl monoaminer som enzymet monoaminoxidas var lägre i alkoholisthjärnor jämfört med kontroller.¹⁰ Dessa fynd stöder sålunda tanken att samband faktiskt föreligger mellan centralnervös monoaminomsättning och alkoholmissbruk. En hypotes som har framförts är, att alko-

holister har ett hypofungerande monoaminsystem. Alkoholen kan tänkas accelerera omsättningen av monoaminerna. En sådan hypofunktion skulle kunna vara predisponerande för hög alkoholkonsumtion men även en långvarig överstimulering av de här systemen skulle kunna medföra en underfunktion, när väl alkoholen försvinner ur centrala nervsystemet.

Ett ytterligare sätt att studera CNS-metabolism hos människa är att mäta olika ämnen eller dessas nedbrytningsprodukter i cerebrospinalvätska. Koncentrationen i lumbalvätskan antas avspegla omsättningen i CNS. Höga halter talar för en ökad stimulering i respektive system, medan låga värden talar för låg aktivitet.

Med den gaskromatografiska-masspektrometriska teknik som utvecklats i Sverige kan man mäta en rad monoaminer eller dessas nedbrytningsprodukter i spinalvätska med utomordentlig precision och specificitet. I ett samarbetsprojekt har vi studerat noradrenalinomsättning i centrala nervsystemet genom att analysera noradrenalinets huvudmeta bolit 4-hydroxy-3-metoxifenylglykol, HMPG eller MOPEG, i lumbalvätska, CSF. Mätningarna har gjorts av professor Göran Sedvall, Karolinska sjukhuset.¹¹

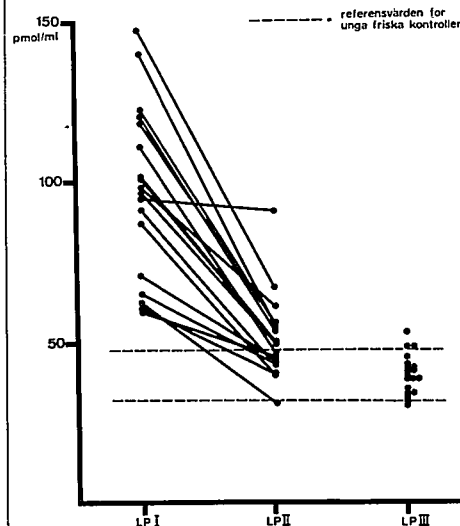


Fig 2. Nivåer av mopeg i cerebrospinalvätska hos manliga alkoholpatienter under pågående missbruksperiod, LPI, efter en veckas alkoholfrihet på sjukhus, LPII, samt efter tre veckor på sjukhus.

Fig 2 visar förhållanden hos alkoholpatienter dels i samband med intoxikation, Lp I, och efter en, Lp II, respektive tre veckors alkoholfrihet, Lp III. Varje punkt representerar en individ och referensvärden för en grupp icke alkoholister finns angivna. Som synes förekom mycket höga värden under intoxikationen, värden som man över huvud taget inte ser vid andra kliniska tillstånd och sedan en stegvis återgång till mera normala förhållanden under de första tre veckorna.

Även under akut abstinens hos alkoholpatienter föreligger en kraftig noradrenalinstimulering, även om den inte är lika uttalad som under intoxikationen. Det föreligger också samband

mellan noradrenalinaktiviteten i CNS mätt på detta sätt och en rad klassiska abstinenssymtom.¹²

Numera finns det ju läkemedel med specifik verkan på noradrenalsystemen, exempelvis beta-blockare och som vi vet är ju dessa effektiva vid abstinensbehandling. Ett annat preparat, som under senare år börjat användas, är klonidin eller Katapressan som det heter i handeln och som verkar på alfa-receptorn och därigenom minskar noradrenalinstimuleringen. I Sverige har detta preparat hittills mest använts som ett blodtryckssänkande medel, men nu börjar rapporter att strömma in om lyckad användning även vid abstinensbehandling av alkoholism. Vi har också kunnat notera ett negativt samband mellan noradrenalinomsättning och craving, dvs sug efter alkohol, så att de med de lägsta halterna av MOPEG i CSF tycktes ha det kraftigaste suget efter alkohol, något som stöder tidigare hypoteser, att en låg omsättning ökar behovet eller suget att tillföra alkohol.

I Fig 3 ses förhållandena hos en grupp friska försökspersoner, dels en vecka före, dels i samband med alkoholintag. Man ser samma tendens här och intaget av en relativt moderat mängd alkohol ger upphov till kraftiga förändringar hos alla individerna. Det föreligger ett signifikant samband mellan alkoholkoncentrationen i blod och MOPEG-nivåer i lumbalvätska såväl hos intoxikerade patienter som hos de friska försökspersonerna, vilket ytterligare talar för alkoholens kausala effekt på MOPEG-nivåerna.

Man vet att noradrenalin har betydelse för belöningsupplevelse, central stimulering och förstärkning av beteende och att överstimulering kan ge upphov till ångestliknande tillstånd och sömnlöshet. Det är därför av intresse att alkoholintag på detta sätt kan visa sig ge upphov till så kraftiga och ensartade effekter på noradrenalsystemet i CNS. Alkoholens välkända effekter när det gäller sinnesstämning är också av intresse i detta sammanhang mot bakgrund av dessa systems betydelse för utvecklingen av depressiva tillstånd. En grupp antidepressiva läkemedel har ju just förmågan att hämma återupptaget av noradrenalin i nervändsluten. Man skulle ju kunna tänka sig att alkoholen förutom sin akuta rus effekt kan verka antidepressivt på ett likartat sätt som dessa antidepressiva mediciner genom att öka noradrenalinet i centrala nervsystemet.

Fig 4 visar förhållandena hos en grupp friska försökspersoner, som har varit alkoholfria en vecka, där vi relaterat MOPEG-nivåerna till den mängd alkohol man brukar dricka och som synes ser man ett negativt samband mellan dessa variabler. Detta stödjer väl tidigare framförda tankar om att ett hypofungerande noradrenalsystem kan vara en faktor, som bidrar till en hög alkoholkonsumtion hos individen. I det-

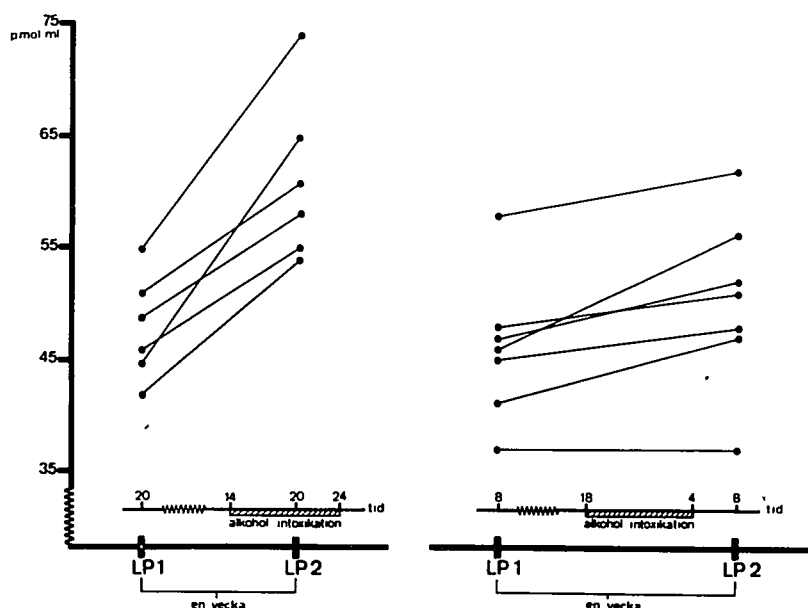


Fig 3. Nivåer av mopeg i spinalvätska hos unga friska män före (LP I) och i samband med (LP II) intag av 80 g etanol.

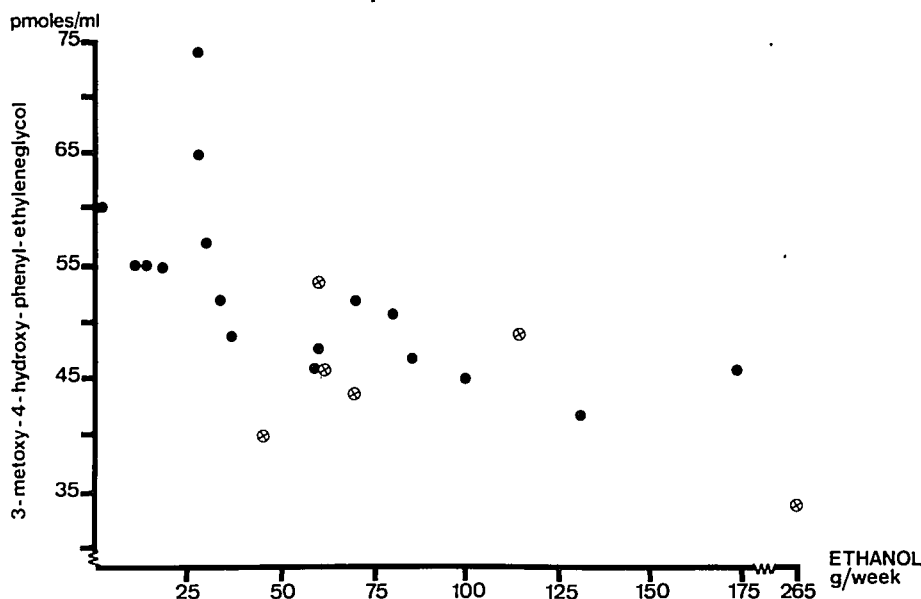


Fig 4. Nivåer av mopeg i spinalvätska hos unga friska män efter rapporterad alkoholkonsumtion uttryckt i gram intagen etanol per vecka under senaste året.

ta material visade de med förstaleds släktingar med missbruksproblem de lägsta MOPEG-nivåerna, vilket kan ge en förståelse för hur en ärftlig faktor kan inverka på alkoholbeteendet.

Bildning av tetrahydroisoquinoliner, TIQs

Sedan 1960-talet finns det - till skillnad från studier av andra psykiska sjukdomar - ganska hyggliga djurmodeller för att studera alkoholberoende. Man kan exempelvis få apor att bli alkoholberoende och de dricker då i perioder med kraftig konsumtion. Därefter avgiftar de sig själva, ofta trots allvarliga abstinenssymtom, åter upp sig och snyggar till sig, varefter de så småningom påbörjar en ny missbruksperiod. Flertalet djurstudier är dock avsevärt enklare och utförs på möss och råttor.

Under de senaste åren har man alltmer kommit att diskutera om alkoholens beroendeskapande effekter kan vara kopplade till bildning av speciella

alkaloider i kroppen. Alkoholens huvudmetabolit, acetaldehyd, kan tillsammans med flertalet monoaminer spontant bilda en grupp ämnen, sk tetrahydroisoquinoliner, TIQs, se Fig 5.

Flera av dessa ämnen är opiatliknande och bildas bla som förstadium i opiumvallmon och har också effekt på opiatreceptorer. Bildningen av dessa ämnen sker spontant också in vitro.

Intresset för detta område har ökat kraftigt de senaste åren sedan man i djurförsök kunnat visa att infusion av TIQs i hjärnventrikel kraftigt ökat alkoholkonsumtionen hos försöksdjuren.¹³ Såväl THP som salsolinol gjorde att djuren i en frivillssituation fick avsevärt högre alkoholkonsumtion än kontroldjur, vilket också kvarstod flera månader efter infusionen. De här rapporterna mottogs naturligtvis först med avsevärd skepsis men har under senaste tiden kunnat upprepas, varför man nu allmänt anser att de bör tas på allvar. Ett viktigt arbete när det gäller att ta reda på mekanismerna kring des-

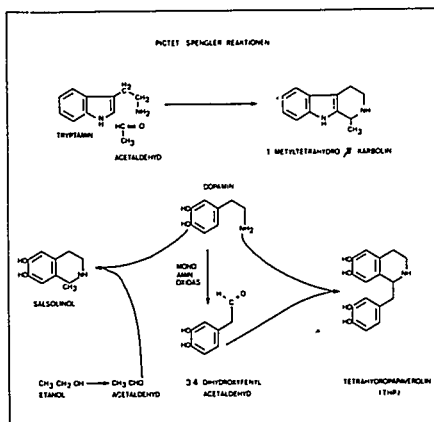


Fig 5. Bildning av metyltetrahydro-beta-carbolin, salsolinol och tetrahydropapaverolin från biogena aminer.

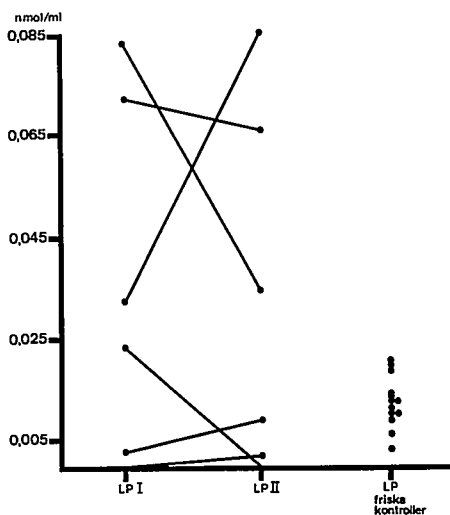


Fig 6. Nivåer av salsolinol i cerebrospinalvätska hos manliga alkoholpatienter under akut intoxication i samband med en längre tids missbruk (LP I) samt efter en veckas alkoholfrihet på sjukhus (LP II) samt hos en grupp friska manliga kontroller. Nivåer av salsolinol hos alkoholpatienter efter 3 veckors alkoholfrihet var ej detekterbara.

sa ämnen har naturligtvis varit att klara ut, om den här typen av substanser förekommer hos människa, hur de i så fall omsätts och om de har någon relation till alkoholkonsumtion/missbruk. Brist på tillräckligt känsliga mätmetoder har gjort, att man tills helt nyligen haft problem att upptäcka förekomst av dem under fysiologiska förhållanden. Vid institutionen för Experimentell Alkohol- och Narkotikaforskning och Toxikologiska institutionen vid Karolinska institutet har gaskromatografiska-masspektrometriska metoder utvecklats som möjliggjort identifiering och kvantifiering av salsolinol och beta-karboliner. Med användning av dessa metoder kan salsolinol påvisas i CSF från alkoholister efter långvarig intoxication. Som framgår av Fig 6 är nivåerna låga och efter tre veckors avhållsamhet från alkohol hade salsolinol helt försvunnit ur lumbalvätskeproven. I prov från kontrollpersoner, som var normalalkonsumerter och hade avstått från alkohol en vecka före provtagning, kunde salsolinol dock påvisas. 14, 15; 16.

Beträffande studier av beta-karbolin

(1-metyl-beta-karbolin) har identifikation kunnat ske i urin både från alkoholister och normalpersoner. Substansen förekom i förhöjda halter hos intoxikerade alkoholister och efter en veckas alkoholfrihet var halterna lägre och i nivå med dem som uppmäts hos normalpersoner.

De här fynden har givit ytterligare näring åt tankarna, att den här typen av substanser har betydelse för alkoholbeteende även hos människa. Det skulle alltså hypotetiskt kunna tänkas vara en gemensam biokemisk mekanism bakom olika former av missbruk som alkoholberoende, opiatberoende och sömnmedelsberoende.

För någon tid sedan upptäcktes att en släkting till de här ämnena, en beta-karbolin, även hade effekt på benzodiazepinreceptorn, något som naturligtvis gav ökad näring åt dessa spekulationer.

Att centralnervösa, biokemiska förändringar kan beskrivas vid alkoholpåverkan och missbruk som här skisserats, innebär naturligtvis inte att psykologiska och sociala faktorer förringas, när det gäller att förklara missbruksprocessen. Snarast rör det sig om olika kompletterande dimensioner av samma process, där de olika delarna, sociala, psykologiska och biokemiska, hjälper oss att förstå de komplexa kedjor av händelser som leder fram till missbruk och dess invalidiserande konsekvenser. De olika dimensionerna ger tillsammans den helhetssyn som är nödvändig i behandlingsarbetet och i omhändertagandet av den enskilde patienten.

Referenslitteratur

- Bergman H, Borg S, Hindmarsch T, Ideström C-M, Mützell S: Computed-tomography of the brain and neuro-psychological assessment of male alcoholic patients and a random sample from the general population. Proceedings from the Second Magnus Huss Symposium 1979. Acta Psych Scand 1980.
- Bergman H, Borg S, Hindmarsch T, Ideström C-M, Mützell S: Computed-tomography of the brain and neuro-psychological assessment of male alcoholic patients. Proceedings from the Conference: Addiction biochemical aspects of dependence and brain damage. Oxford 1979. D. Richter (Ed.).
- Bohman M, Sigvardsson S: Alkoholism - arv och miljöfaktors betydelse utifrån erfarenheter från adoptionsstudier. Risken att bli alkoholist - rapport från ett symposium om uppkomst av alkoholmissbruk. Riksbankens Jubileumsfond 1982;1: 33-42.
- Goodwin DW, Schulsinger F, Möller N, Hermansson L, Winokour G, Guze S: Drinking problems in adopted and non-adopted sons of alcoholics. Arch Gen Psychiatry 31: 164-169, 1974a.
- Amit Z, Brown ZW, Levitan DE, Ögren S-O: Noradrenergic mediation of the positive reinforcing properties of the ethanol: 1. Suppression of ethanol consumption in laboratory rats following dopamine-beta-hydroxylase inhibition. Arch Int Pharmacodyn Ther 230: 65-75, 1977.
- Brown ZW, Amit Z, Levitan DE, Ögren

S-O, Sutherland EA: Noradrenergic mediation of the positive reinforcing properties of ethanol: II. Extinction of ethanol-drinking behaviour in laboratory rats by inhibition of dopamine-beta-hydroxylase. Implications for treatment procedures in human alcoholics. Arch Int Pharmacodyn Ther 230: 76-82, 1977.

7. Liljequist S: Behavioural and biochemical effects of chronic ethanol administration. Akademisk avhandling, Göteborg 1979.

8. Wood JM, Lavery R: Effect of depletion of brain catecholamines on ethanol tolerance and dependence. Eur J Pharmacol 58: 285-293, 1979.

9. Ahlenius S, Carlsson A, Engel J, Svensson H, Södersten P: Antagonism by alpha-methyl-tyrosine of the ethanol-induced stimulation and euphoria in man. Clin Pharmacol Ther 14: 586-591, 1973.

10. Carlsson A, Adolfsson R, Aquilonius S-M, Gottfries CG, Örelund L, Svennerholm L, Winblad B: Biogenic amines in human brain in normal aging, senile dementia and chronic alcoholism. I: Ergot Compounds and Brain Function Neuroendocrine and Neuropsychiatric Aspects (ed. Goldstein M). New York: Raven Press 1979.

11. Borg S, Kvannd H, Sedvall G: Central norepinephrine metabolism during alcohol intoxication in addicts and healthy volunteers. Relationships to blood alcohol concentration. Science 213: 1135-1137, 1981.

12. Borg S, Czarnecka A, Kvannd H, Mossberg D, Sedvall D: Clinical conditions and concentrations of MOPEG in the cerebrospinal fluid and urine of alcoholic patients during withdrawal. For publ. in Alc Clin & Exp Res 1983.

13. Myers RD, Melchior CL: Alcohol drinking: Abnormal intake caused by tetrahydropapaveroline in brain. Science 196: 554-555, 1977.

14. Sjöquist B: Mass fragmentographic determination of 4-hydroxy-3-methoxy-mandelic acid in human urine, cerebrospinal fluid, brain and serum using a deuterium-labelled internal standard. J Neurochem 24: 199-201, 1975.

15. Sjöquist B, Borg S, Kvannd H: Catecholamine derived compounds in urine and cerebrospinal fluid from alcoholics during and after long-standing intoxication. Substance and Alcohol Actions/Misuse 7: 1981.

16. Sjöquist B, Borg S, Kvannd H: Salsolinol and methylated salsolinol in urine and cerebrospinal fluid from healthy volunteers. Substance and Alcohol Actions/Misuse 7: 1981.

Författarpresentation:

Stefan Borg*, docent och biträdande överläkare vid psykiatriska kliniken S:t Görans sjukhus, Stockholm.

*Postadress: Psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, Box 12500, 112 81 Stockholm.

Furosemid ACO sänker läkemedelskostnaderna

ACO har som en av sina viktigaste uppgifter att tillhandahålla bra basläkemedel – till för sjukvården låga kostnader. Ett sådant exempel är Furosemid ACO.

Furosemid ACO finns som tabletter i styrkorna 25 mg, 40 mg och 500 mg och som injektionsvätska 10 mg/ml – ger en god terapi men till för sjukvården låga kostnader.



ACO Läkemedel AB

08-730 0220

Det svenska basläkemedelsföretaget.



Otitbehandling utan antibiotika

ULF BÖRJESSON · TORE HEGLE · OLLE HELLSTRÖM

Flera studier på senare tid har visat att antibiotika används i överdriven utsträckning vid okomplicerade akuta media-otiter. För att se om det föreligger någon skillnad i utläkning mellan antibiotikabehandlade otiter samt icke antibiotikabehandlade otiter har vi under vintern 1981-1982 gjort en undersökning vid distriktsläkarmottagningen i Gagnef. Vi ville även utforma nya rutiner vid behandling av akut otit utan antibiotika så att vi kan vara säkra på att eventuella komplikationer snabbt upptäcks och kan behandlas.

Under en tidsperiod har alla barn mellan 2 till 12 år med diagnosen akut media-otit behandlats utan antibiotika men med näsdroppar samt analgetica. Vi har även gjort en jämförande studie med barn som fått diagnosen akut otit våren 1979 och som alla behandlats med antibiotika, näsdroppar samt analgetica.

På detta sätt har 30 av 33 barn med akut otit och som inte behandlats med antibiotika helt läkt ut utan anmärkning. Två barn fick antibiotika efter tre respektive fem dagar. De har läkt ut utan anmärkning. Ett barn fick otosalingit i efterförloppet.

I gruppen från 1979 har 35 barn med akut otit behandlats med antibiotika. Tre barn fick i efterförloppet otosalingit. Ett barn fick antibiotikabehandling i två omgångar innan fullständig utläkning kunnat konstateras.

Av detta drar vi konklusionen att behandling av okomplicerad akut media otit med näsdroppar och analgetica åtminstone inte ger sämre resultat vad beträffar utläkningen än behandling med antibiotika, näsdroppar och analgetica.

Är tiden inne att ändra på behandlingsrutinerna vid akut media otit?

Nyckelord: Infektioner, otiter, behandling, primärvård.

Bakgrund

På senare tid har det publicerats en hel del studier om alt behandling av akuta otiter; vi tänker då främst på en artikel publicerad i Lancet i okt 1981 (1). Där har man gjort en dubbel blind undersökning på 171 barn med akut otit. Man finner i den undersökningen ingen signifikant skillnad på läkningsförloppet om man ger symptomatisk behandling i form av analgetica och näsdroppar, ger antibiotika, gör paracentes eller om man ger både antibiotika och gör paracentes. Vissa undersökningar tyder även på att antibiotikafri

behandling ger färre otitrecidiv (2). Vissa författare gör även gällande att den kroniska otiten inte är en komplikation till akut otit utan snarare till otosalingit (3).

Samma författare gör gällande att det skulle vara rimligare att behandla besvärligare recidiverande otosalingiter med antibiotika än att behandla alla akuta otiter med antibiotika. Etiologin till otosalingit är inte klarlagd och man har spekulerat i ett flertal faktorer som exempelvis infektion, allergi och miljöfaktorer (4). Man skulle således kunna tänka sig att otosalingiten inte behöver vara en komplikation till akut otit utan snarare att den upptäcks i samband med efterkontrollen av en akut otit.

Behandlar vi med den terapitradition vi har, våra otitbarn med antibiotika i onödan? Ger vi barnen en sämre immunologisk start i livet? Hinner det utveckla någon egen resistens? Odlar vi på detta sätt fram antibiotikaresistenta bakteriestammar? Detta är frågor som var och en av oss som skriver ut antibiotika tänker på. Inspirerade av ovanstående artiklar gjorde vi under hösten 1981 och våren 1982 ett försök att behandla barn med akut otit utan antibiotika.

Patienter och metoder

Undersökningen har genomförts vid distriktsläkarmottagningen i Gagnef, Kopparbergs län. Under den aktuella perioden har det vid centralen tjänstgjort 2 ordinarie distriktsläkare och 1 läkare på FV-block i allmän medicin. Samma läkare har innehaft tjänsterna under undersökningsperioden.

Gagnefs kommun är en landsortskommun med ca 10.000 invånare. Kommunen har en relativt stor andel barnfamiljer. Närmaste öronklinik är belägen vid länssjukhuset i Falun.

Under tiden oktober 1981 till juni 1982 har, om inte kontraindikationer förelegat, näsdroppar och Alvedon ordinerats till barn mellan 2-12 år, när dessa barn har sökt distriktsläkarmottagningen och fått diagnosen akut mediaotit. Vi har noga informerat föräldrarna om våra behandlingsprinciper och vad vi stöder vårt ställningstagande på. De har dessutom fått besked att höra av sig om de undrar över något, om de inte tycker att barnet allmänt sett mått bra eller om feber varar längre än 5 dagar.

De föräldrar som inte velat att deras barn skulle ingå i denna studie med nya behandlingsprincipen har fått som de önskat.

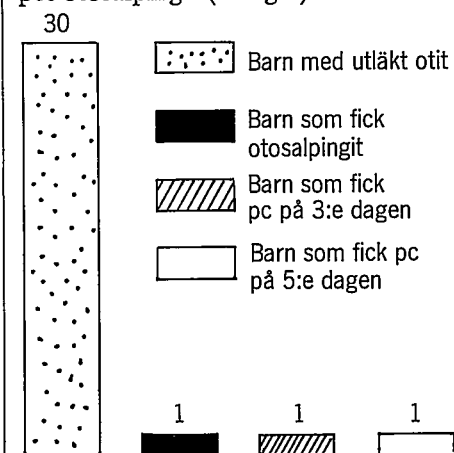
Som kriterier för diagnos har vi

smärta samt rodnad och/eller buktande trumhinna. Vi beslöt att barn som hade hög feber och otittecken fortfarande 5 dagar efter behandlingsstarten skulle få antibiotika. Barn med otit och allmän påverkan, nackstyvhet, tecken till mastodit eller annan otogen komplikation eller barn som haft otosalingiter som krävt specialistbehandling undantogs vi från studien.

Efter det att diagnosen ställts och behandling ordinerats har vi kallat till ett återbesök efter 4-5 dagar för kontroll av läkningsförloppet med ledning av otoscopifyndet och allmäntillståndet. Slutkontroll har skett efter 3-4 veckor och den har bestått av otoscopy, tonaudiogram och i de flesta fall bedömning av trumhinnerörlighet. Sommaren 1982 dvs 3-9 mån efter avslutad behandling har samtliga barn kallats för att kontrollera trumhinnerörligheten med Siegels tratt. Barn över 4 år har dessutom hörseltestats med tonaudiogram.

Resultat

Således behandlade vi 33 barn. Ett barn fick antibiotika på 3:e dagen pga moderns begäran att få utgå ur studien. ett barn fick antibiotika pga feber på 5:e dagen. 30 barn läkte ut utan anmärkning. Ett barn fick i efterförloppet otosalingit (se fig 1).



Figur 1.

Jämförande studie

Utan att göra anspråk på att göra en invändningsfri retrospektiv studie gick vi in i journalarkivet och tittade på journaler förda under våren 1979. Vi letade upp 35 otitbarn mellan 2-12 års ålder hämtade från arkivet i kronologisk besöksordning. Dessa har alla fått antibiotika, näsdroppar och analgetica som behandling för sin akuta otit. Tre barn hade i efterförloppet otosalingit som läkte ut inom 3 månader. Ett barn fick antibiotika i 2 omgångar innan fullständig läkning kunde konstateras

Avlastar en utbyggd primärvård sjukhusens akutmottagningar?

BENGT JÄRHULT · STIG CARLSSON · ANDERS ROMELSJÖ

I den tidigare problemorten Olofströms kommun har en reorganisation av och en satsning på primärvården skett. Undersökningen, som grundas på en sk förvaltningsrevision, avser att belysa vilka åtföljande förändringar som inträffat i besöksfrekvens på olika vårdnivåer.

Vid det närbelägna sjukhusets medicinakut registrerades under dagtid 1978–1981 en halvering av antalet besök av olofströmsbor och även under de tider vårdcentralen hade stängt skedde en väsentlig avlastning. Samtidigt minskade också ianspråkstagandet av distriktsläkarjouren. Avlastningen av den specialiserade akutsjukvården skedde inte till priset av ett ökat antal remisser eller överföring av akuta sjukdomsfall till företagsläkare/privatläkare men totalt minskade antalet läkarbesök inom kommunen.

Sammantaget med data från en utbyggd primärvårdsbaserad hemsjukvård i Olofström dras slutsatsen att den slutna vården och lasaretsanknuten öppenvård i betydande grad kan avlastas om primärvården byggs ut. På sikt är det dock väsentligt att utvärdera primärvårdens insatser – inte bara utifrån vårdkonsumtion – men på basen av hälsodata i befolkningen.

Nyckelord: Sjukvårdsutnyttjande, samverkan primärvård/sjukhusvård, Olofström.

Det är inte ovanligt i Sverige att stora sjukvårdsreformer genomförts utan att man i kontrollerande undersökningar försöker fastställa om målen i reformerna verkligen uppfylls. Under senare år har en "satsning" skett på primärvård, åtminstone räknat i absoluta tal, även om relationen mellan de resurser som går till slutenvård respektive primärvård är väsentligen oförändrad jämfört med för 10 år sedan (1).

Den utbyggda primärvården har bl.a. förväntats avlasta de sjukhusanknutna akutmottagningarna, som delvis upptas av patienter som hamnat på fel vårdnivå, men har så blivit fallet? I Finland tycks frågan kunna besvaras med ja (2), men i Sverige finns få rapporter publicerade. Dessa har pekat på mycket väsentliga förändringar i patientflöden till närbelägna sjukhusmottagningar. Rapporterna har gällt storstäder med primärvårdsområden som tilldelats vissa extra resurser (3, 4). Det finns även exempel från storsjukhus, där man inte anser sig upplevt någon avlastning av akutmottagningar då primärvården byggts ut (5).

Infallsvinklar i denna undersökning är bl.a:

1. gäller ett primärvårdsområde 3 mil från närmaste stad,

2. förändringar i besöksfrekvens på olika vårdnivåer studeras samtidigt som en reorganisation sker av en vårdcentral med en endast måttlig förbättring i läkarbemanningen, dvs ej optimal tjänstesituation,
3. undersökningen utgör en del i sk förvaltningsrevision, ett nytt sätt att skärskåda primärvårds/sjukvårds effektivitet/resursanvändning (6).

Olofströms primärvårdsområde

Olofströms primärvårdsområde har samma gränser som kommunen och tillhör västra sjukvårdsdistriktet i Blekinge. Primärvårdsområdet hade under senare delen av 70-talet stora svårigheter med läkarrekryteringen. 1/1 -79 hade läkarstationen saknat ordinarie innehavare i 2 år och tillgänglig läkararbetskraft hade uppgått till drygt 50 procent av fastställd. Några för undersökningen relevanta data framgår av tabell I.

Vid vårdcentralen fanns 1981 6 allmänläkartjänster, varav 1 tjänst disponeras av 2 stipendiater, som arbetade 50 procent i sjukvårdsarbete och 50 procent med utvecklingsarbete/forskning. Vårdcentralen har under undersökningsperioden haft 3 konsultläkare, vars insats inte vidare berörs i denna undersökning. Åldersstrukturen i primärvårdsområdet sammanfaller väl med västra Blekinges fränsett 2,4 procent lägre andel personer över 65 år.

efter 4 mån. Resten har alla läkt ut efter 1–2 mån.

Diskussion

Vi är medvetna om att det aktuella materialet är ganska litet. Det jämförande barnmaterialet, som har erhållit antibiotikabehandling, är inte helt jämförbart då man den gången inte hade kommit överens om att använda samma kriterier för diagnosen akut media otit. Det har heller inte varit möjligt att i det jämförande materialet få exakt samma åldersfördelning av barn som i den antibiotikafria gruppen. Vi tycker dock att den aktuella studien antyder att behandling av akut mediaotit med näsdroppar och analgetica åtminstone inte ger sämre resultat vad beträffar utläkningen än behandling med antibiotika, näsdroppar och analgetica.

Beror mycket av den nuvarande antibiotikaanvändningen på att det är så

bedrägligt enkelt som terapi? Det går fort, det känns tryggt för "säkerhets skull". Man vet inte vad som kan hända – med kroniska otiter, mastoiditer och meningiter. Det är väl säkrast att doktorn skriver ut penicillin, så att mitt barn blir friskt. Ja, vi har stora förväntningar på oss, men just därför är det så viktigt att vi har underbyggda fakta bakom våra ställningstaganden.

Vi måste våga diskutera terapin med föräldrarna. Ge otitbesöken lite längre tid. Att sätta upp dem på en besöksdagar efter 4–5 dagar har vi sett betytt mycket. Föräldrarnas egen säkerhet har ökat. Under denna första vecka hinner dessutom den immunologiska apparaten aktiveras om antibiotika verkligen skulle bli nödvändigt (3). Trots detta tror vi att vi vinner tid till andra på vår mottagning.

Referenser

1. FL van Buchem, JHM Dunk, MA van't Hof. Therapy of acute otitis media: Myringotomy, Antibiotics, or Neither? A Double-blind Study in children. The Lancet, oct 24, 1981: 883–886.
2. Diamant M, et al: Abuse and timing of use of antibiotics in acute otitis media. Arch otolaryngol 1972;100: 226–32.
3. Erntsson S: Otolalpingit Observanda Media Ferrosan vol 9 1982 (4/82) 103–105.
4. Hellström S et al: Otitis media with effusion (OME) Läkartidningen 1982;79: 4396–8.

Författarpresentation:

Ulf Börjesson, FV-läkare i allmänmedicin vid tiden för studien tjänstgörande vid distriktsläkarmottagningen i Gagnef.

Tore Hegle* och Olle Hellström, distriktsläkare.

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen vårdcentralen i Gagnef, Box 4, 780 41 Gagnef, tel 0241/105 50.

Tabell I: Olofströms primärvårdsområde

År	Folkmängd	Andel av v:a sjukvårdsdistr folkmängd	Närvarande läkare i sjukvårdsarbete i genomsnitt under året	Antal veckor under året med spec komp läkare
1978	16122	25,3%	2,3	19
1980	15630	24,7%	3,7	63
1981	15480	24,6%	4,2	119

Utmärkande för kommunen är den höga andelen invandrare, ca 20 procent av invånarantalet.

1979 startade Olofströmsprojektet, en satsning på utvecklingsarbete i primärvård, som bla tillkom för att vara en draghjälp i läkarrekryteringen. Primärvården reorganiserades, områdesindelning med sju vårdlag infördes, vårdplanering enligt en modifierad Lerumsmodell startade och hemsjukvården byggdes ut kraftigt.

Vårdcentralen håller öppet 8-17 måndag-fredag. Akutmottagningen vid länsdelslasarettet i Karlshamn har västra sjukvårdsdistriktet som upptagningsområde med ca 63 000 invånare och "akuten" har öppet dygnet runt. Under 1978-81 bedrevs jour gemensamt för primärvården i västra sjukvårdsdistriktet av distriktsläkare i beredskap på kvälls-, nattetid samt helger. I mars 1982 förändrades akutsjukvårdsorganisationen i västra Blekinge och bla infördes jourcentral vid akutmottagningen i Karlshamn.

Denna undersökning avser belysa vilka förändringar som skett när det gäller Olofströmsbornas besök vid medicinklinikens akutmottagning i Karlshamn, varvid 1978 har jämförts med 1980 och 1981. En jämförande uppföljning har skett vid slutet av 1982. Vid kirurgklinikens akutmottagning och den för medicin och kirurg gemensamma akutmottagningen nattetid registreras ej patientens hemvist, varför dessa akutbesök utgick ur den vidare undersökningen.

samma akutmottagningen nattetid registreras ej patientens hemvist, varför dessa akutbesök utgick ur den vidare undersökningen.

Material och metod

Materialet i denna undersökning, bla de utvalda tidsperioderna, grundas på nämnda förvaltningsrevision (6). Ur medicinakutens liggare har uppgifter om besök, besökstid, hemort och ålder inhämtats samt om akutbesöket resulterat i inläggning, remiss till annan klinik eller om patienten kunnat återvända hem. Från personalkontoret i Karlshamn har uppgifter över läkarbemannning inskaffats. Uppgifter om besöksantalet vid vårdcentralen i Olofström 78-81 grundas på redovisning enligt AFL. En kontinuerlig ADB-diagnosregistrering av allmänläkarbesöken sker också sedan 1980. En sådan diagnosregistrering torde nära motsvara medicinklinikens registreringsrutiner i liggare.

Medicinkliniken i Karlshamn för en liggare över alla remisser och remitterande läkare. För 3 olika månader 1978 och 1981 har remisser från läkare i Olofströms primärvårdsområde och från vårdcentralen i Olofström spårats.

Uppgifter om patienter på distriktsläkarjouren registreras hos sk journalsystem. Hennes liggare har granskats för de

tidsperioder studien gäller vid medicinakuten i Karlshamn undantaget 1978, då registreringen påbörjades först den 1/1 -79. Besöksfrekvensen januari 1979 torde därför bäst motsvara förhållandena 1978. Dessutom anges besökstäl för motsvarande perioder i undersökningen 1979.

Uppgifter om läkarbesök hos företagsläkare/privatpraktiker i Olofström har erhållits från försäkringskassan.

Uppföljningen vid årslutet 1982 grundas på uppgifter ur en gemensam liggare på akutmottagningen, vilken införts efter den nya jourorganisationens start.

Resultat

Tabell II sammanfattar de förändringar som skett 1978-81 av akutbesöken vid medicinkliniken, Karlshamn och vid distriktsläkarjouren i västra Blekinge, ställt i relation till bemanning och kompetens inom Olofströms primärvårdsområde. Under dagtid, då vårdcentralen i Olofström har öppet har en halvering av akutbesöken i Karlshamn skett. Även under kvällstid och helger då vårdcentralen är stängd, har en minskning skett. Någon motsvarande minskning av akutbesöken vid medicinkliniken från andra primärvårdsområden har inte skett. I förhållande till folkmängden, ca 25 procent av västra distriktets, har befolkningen i Olofströms primärvårdsområde minskat sitt utnyttjande av medicinakuten från 20,5 procent 1978 till 13,8 procent 1981. Detta har inte skett till priset av ett ökat ianspråktagande av distriktsläkarjouren, vilken också har avlastats under tidsperioden. Relativt sett har besöken av Olofströmsbor vid distriktsläkarjouren minskat från 32,5 procent januari 1979 till 13,5 procent nov 1981. Akutsjukvården har alltså över-

Tabell II: Akutbesök vid medicinmottagningen och vid distriktsläkarjouren i västra Blekinge 1978-1981

		v19 (mån), v20 (ons), v21 (mån), v39 (mån), v40 (ons), v41 (fre), v22 (mån-fre)				1-28/11	1-31/1	1/11-28/11			Summa studerade perioder			
Tidsperiod		1978	1979	1980	1981	1978	1979	1979	1980	1981	1978	1979	1980	1981
Bemanning	Närvarande läkare vid läk.sta- tionen i Olofström											exkl jan -79		
	i sjukv.arbete	2,7		3,8	4,5	3,5			3,8	5,6				
	Aktuell månad/veckor bemanning med leg läk	0,2		13,7	10,3	0			8	14				
	spec kompetent läkare	1,5		5,0	8,0	5			4	8				
Medicinakuten	Antal besök vid med. mott. akut av Olofströmsbor mån-fre 07.00-17.00	41		20	19	52			34	27	93		54	46
	17.00-20.00	10		7	4	16			14	14	26		21	18
	lör-sön					22			20	16				
	Antal akutbesök vid med. mott. totalt från Olofströms primärv.område					90			68	57				
	Antal akutbesök vid med. mott. totalt v:a Blekinge					440			406	413				
Distriktsjouren	Antal besök vid distr.läk.jour 17.00-08.00 + helger av Olof- strömsbor		21	22	11		90	49	36	51		70	58	62
	Antal besök vid distr.läk.jour 17.00-08.00 + helger totalt													
	v:a Blekinge	67	111	87			277	268	322	377		335	433	464

förts till en lägre vårdnivå och har koncentrerats till dagtid.

Som framgår av tabell III omfattar minskningen av akutbesöken vid medicinmottagningen alla åldrar även om den varit störst för barn och de äldre. I mars 1982 infördes en ny jourorganisation i västra Blekinge. Då så stora förändringar i omhändertagandet av akut sjuka har skett i västra Blekinge under 1982 är siffrorna 1978-81 och 1982 inte helt jämförbara. I tabell V redovisas besöken av Olofströmsbor i jämförelse med det totala antalet besök i västra distriktet inom den nya organisationen som råder.

Förändringar som redovisats för år -78 till -81 tycks av tabell V vara bestående även efter den nya jourorganisationen införts.

Tabell V: Besök inom den nya organisationen för akutsjukvård i v:a Blekinge 22/11 -82 -4/1 -83.

	Jour-central	Kirurg	Medicin
Besök totalt v:a distrikt vid	455	990	554
Därav Olofströmsbor	76	166	97
Därav inlagda totalt v:a distriktet	-	178	222
Därav Olofströmsbor	-	39	42

Är det verkligen primärvården i Olofström som i ökad utsträckning tar ansvar för befolkningens sjukvårdsbehov? Eller sörjer andra, tex privata instanser, för det? I tabell VI anges förändringar i besöksfrekvens inom Olofströms kommun. Antalet besök utanför kommunen hos privatläkare har också minskat 1978-81 och var enligt försäkringskassan i Olofström obetydligt till antal nov -81 (sannolikt ej akutbesök utan tidsbeställda besök hos privatläkare).

Det har totalt skett en minskning i läkarbesöken inom primärvårdsområdet under den aktuella perioden samtidigt som en påtaglig omfördelning mellan vårdgivare ägt rum. Som tabell II och VI visar svarar primärvården i Olofström i högre utsträckning för Olofströmsbornas sjukvård, inkl akutsjukvård, 1981 än 1978. Leder detta i gengäld till en ökad remissfrekvens? På flera av tjänsterna har ju icke allmänläkarkompetenta doktorer suttit.

Tabell VII illustrerar att en minskning skett av antalet remisser till medicinkliniken från primärvård/företagshälsovård/privatläkare i västra sjukvårdsdistriktet. Antalet remisser från läkarstationen i Olofström har visserligen ökat men antalet från Olofströms kommun har minskat kraftigt. Läkarstationen har sannolikt övertagit patienter, som företagshälsovården tidigare remitterat till länssjukvården (se tabell VI).

Tabell III: Patienternas ålder - förändringar av akutbesöken vid medicinmottagningen samtliga undersökningsperioder 1978 och 1981

Ålder 1978-81	1978	%	1981	%	Minskning
0-14 år	15	11%	8	10%	-47%
15-64 år	72	51%	44	55%	-39%
65 år <	54	38%	28	35%	-49%
	141		80		

I ökad utsträckning över perioden räknat relativt, blir de som söker "akuten" också direkt inlagda vilket framgår av tabell IV.

Tabell IV: Resultat av besöken vid medicinakuten. Samtliga besök 1/11-28/11 kl 07.00-20.00

Åtgärder	1978	1980	1981
Till hemmet	55 (61%)	28	26 (46%)
Inlagda	28 (31%)	38	27 (47%)
Kirurgen	4 (4%)	1	1 (2%)
Övrigt	3 (4%)	1	3 (5%)
	90	68	57

Tabell VI: Förändringar inom Olofströms kommun

Antalet allmänläkarbesök vid läkarstationen i Olofström	1978	1979	1980	1981
November enligt diagnosregistr.			834	1354
Hela året enligt diagnosregistr.			11055	12812
Hela året enligt AFL	8059	11363	11249	12409
Antal besök hos företagsläkare/privatpraktiker i Olofströms kommun enligt AFL	11919	10510	9269	5242
Totalt antal besök enligt AFL i Olofströms kommun	19978	21873	20518	17651

Tabell VII: Remisser till medicinkliniken, Karlshamn maj, okt och nov.

	1978	1981
Totalt västra Blekinge	238	176
Härav:		
Läkarstationen Olofström	11	18
Privatläkare inom Olofströms primärvårdsområde	6	4
Företagshälsovård i Olofströms primärvårdsområde	27	5
Totalt Olofströms primärvårdsområde	44	27
Procentuell andel från Olofströms primärvårdsområde	18%	15%

Diskussion

Några väsentliga förändringar i sjukvårdsutbudet vid lasarettet i Karlshamn eller hos privatläkare/specialistläkare i västra Blekinge har inte skett 1978-81, varför resultaten i denna undersökning i huvudsak torde avspegla förändringar genom förstärkning i Olofströms primärvård. Insatserna av distriktssköterskor i Olofströms primärvårdsområde har varit väsentligen oförändrade mätt utifrån antal motagningsbesök 1978-1981. I andra undersökningar, där man ej funnit någon avlastning av akutsjukvården då primärvården byggts ut (5), har man ej närmare redovisat de många variabler,

som kan påverka akutbesöken förutom primärvårdens insatser.

En reorganisation med en ökad läkarbemanning och kompetens vid läkarstationen i Olofström har relativt snabbt resulterat i ett minskat utnyttjande av privatläkare/företagsläkare inom kommunen. För företagsläkare har detta betytt att mer tid har kunnat avsättas för förebyggande åtgärder och intensifierad behandling/rehabilitering av arbetsskador och "multiproblemmfall".

Besök vid medicinakuten i Karlshamn och distriktsläkarjouren för västra Blekinge, vilka är kostsamma vårdnivåer för landstinget, har överförts till primärvården i Olofström. Även de tider läkarstationen är stängd har dessa besök minskat. Det kan tala för en fungerande vårdplanering och tillit hos befolkningen, att man får sina sjukvårdsbehov tillgodosedda i primärvården, även om det dröjer till dagen därpå. Behovet av "akut" sjukvård tycks vara högst relativt!

Den utbyggda primärvården sammanfaller med en total minskning på ca 20% av läkarbesöken i kommunen 1979-81. Resultaten från denna undersökning och andra studier i kommunen (7) talar för att befolkningen nu får sitt sjukvårdsbehov bättre tillgodosett och till en högre kvalitet. Antalet läkarbesök är, som påpekats från

annat håll (8), ett dåligt kvalitetsmått på primärvårdens insatser. Primärvården måste på sikt rikta/utvärdera sin verksamhet på basen av hälsodata hos befolkningen i primärvårdsområdet.

Både i absoluta och relativa tal har besöksfrekvensen av Olofströmsbor minskat vid medicinakuten. Vårdutbudet vid sjukhus i Sverige är mycket ojämnt fördelat. Att Olofströms primärvårdsområde med ca 25 procent av invånarantalet i distriktet endast står för ca 14 procent av akutbesöken vid medicinkliniken illustrerar detta. Akutmottagningar är "vårdmagneter" och för att en utbyggd primärvård, särskilt i städer, verkligen skall avlasta lasaretsanknuten akutsjukvård måste till primärvårdssatsningen också kopplas förändringar av nu rådande akutmottningsystem.

Förbättras eller försämras kvaliteten på sjukvården när ett primärvårdsområde övertar "akutfall", som tidigare skötts på en akutmottagning? Denna undersökning ger inte svar på denna viktiga fråga men vår hypotes är att kvaliteten förbättras:

Vid en akutmottagning finns till skillnad från primärvården sällan tid/möjlighet att närmare penetrera ett sjukdomsfall. Relevanta journalhandlingar och framför allt personlig kännedom om patienten och hans/hennes miljö saknas. Kontinuiteten med möjlighet till återbesök hos samma läkare efter det akuta sjukdomsfall kan ej ordnas. Primärjouren vid akutmottagningar upprätthålls ofta av AT-läkare och andra underläkare med liten erfarenhet av primärvårdens sjukdomsplaner.

Det är en vanlig föreställning bland slutenvårdskollegor att en satsning på primärvård i realiteten inte avlastar slutenvårdsspecialiteter eftersom remissfrekvensen ökar; dels pga att allmänläkaren "fångar upp" en mängd dolda och för honom oklara sjukdomstillstånd, dels pga ett ökat antal remisser som följd av primärvårdens ökande del av akutsjukvården.

Remissfrekvensen har minskat absolut och relativt 1978-81 från Olofströms kommun i samband med att primärvården byggts ut, vilket alltså talar emot denna i sjukvårdspolitiska diskussioner vanliga uppfattning. Ändå har flera tjänster vid läkarstationen i Olofström inom nämnda år upprätthållits av vikarier utan allmänläkar-kompetens. Tydligt kan intern samverkan på vårdcentralen, diskussion av remissfall etc, stödja ej färdigutbildade kollegor, så att remissfrekvensen hålls låg.

Avlastar en utbyggd primärvård specialistvård och slutenvård? Denna undersökning talar för att så är fallet vid en akutmottagning och vad gäller en kliniks remissmottagning. Akutfall är dock bara en del av sjukvårdskonsumtionen. Stickprovstudier av beläggningen på akutklinikers samtliga vårdavdelningar i Karlshamn visar att

Olofströmsbor tar ca 15 procent av vårdplatserna i anspråk (jämför befolkningsandelen på ca 25 procent). I en SPRI-rapport (7) över primärvård-sanknuten hemsjukvård (PILO), som byggts ut i Olofström 1980-82, dokumenteras den stora förändring som skett vad gäller de långtidssjukas situation. Akutklinikerna i Karlshamn har i det närmaste tömts på patienter från Olofströms primärvårdsområde, som har behov av långtidssjukvård.

Konklusion

Sammantaget finns god grund för påståendet att en satsning på och en reorganisation av ett primärvårdsområde väsentligt avlastar den slutna vården och lasaretsanknuten öppenvård. Detta tycks kunna ske trots/tack vare ett totalt sett minskat antal läkarbesök i ett primärvårdsområde, sannolikt beroende på effektivitetsvinster genom bl a förbättrad kontinuitet, geografiskt befolkningsansvar och helhetssyn (tex flera samtida åkommor behandlas vid ett läkarbesök).

En satsning på primärvården innebär i realiteten att stora resurser frigörs inom slutenvård, vilka bl a kan omorganiseras till förfinad diagnostik/behandling inom en slutenvårdsdisciplin. Någon omfördelning av resurser slutenvård/primärvård har som nämnts ännu inte påbörjats (1). För att få fullt utbyte av den samlade sjukvårdsresursen i samhället behövs sannolikt en översyn göras även av slutenvårdens utbud samtidigt med primärvårdssatsningen.

All utvärdering av primärvård utifrån vårdkonsumtion rymmer felkällor och är i grunden ett otillfredsställande mått. Det är ett angeläget utvecklingsarbete för primärvården att kunna ställa värdefrågan i relation till hälsodata i befolkningen.

Litteratur:

1. Krismöte med sjukvårdsdirektörer maj 1982, SPRI, Stockholm 1982.
2. Kekki P: Analysis of relationships between resources and use of health services in Finland, Helsinki 1979.
3. Primärvården kan avlasta sjukvården - Matteusprojektet ett exempel. Läkartidningen 1982;79: 2434.
4. Krakau I: Leder en utbyggd primärvård till färre besök vid akutmottagningen på sjukhus. Sollentuna-nytt 4, 1981; 26-30.
5. Eklund AE: Utbyggd primärvård avlastar inte akuten. Idkar distriktsläkaren socialvård? Läkartidningen 1981;78: 1866-67.
6. Carlsson S: Primärvården i Blekinge 1981. Rapport. Kommunförbundet, Revisionsavdelningen, 1982.
7. Winbladh M: Primärvård för långtidssjuka - sammanfattning av rapport om förändringsarbetet i Olofström, SPRI 1982.
8. Rosén M: Vi mäter det vi gör, inte det vi bör. Läkartidningen 1982;79: 487.
9. Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjandet - en förstudie. Socialstyrelsen redovisar 1981:1, Socialstyrelsen, Stockholm 1981.

Författarpresentation:

Bengt Järhult*, distriktsläkare, primärvården, Olofström

Stig Carlsson, revisor, landstinget, Karlskrona

Anders Romelsjö, tidigare distriktsläkare, primärvården, Olofström. Nu distriktsläkare, socialmedicinska enheten, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

*Postadress: Vårdcentralen, 293 00 Olofström.
Tel 0454-482 00

Hur mår våra äldsta?

MONICA GUSTAVSSON · INGER HENRIKSSON · ULLA JOHANSSON · LISBETH KYHLBERG
MARITA LARSSON · KJELL LINDSTRÖM · GERD MARTINSSON
KRISTINA STRANDSÅTER · MONA SIMFORS · KERSTIN SUNDLING

Under 1981 och 1982 gjorde distriktssköterskorna i Habo kommun ett hembesök hos alla personer över 75 år som bodde i eget hem. Vid hembesöket togs en omfattande anamnes, utförlig information gavs och en enkel hälsokontroll utfördes. Fynd och åtgärder registrerades.

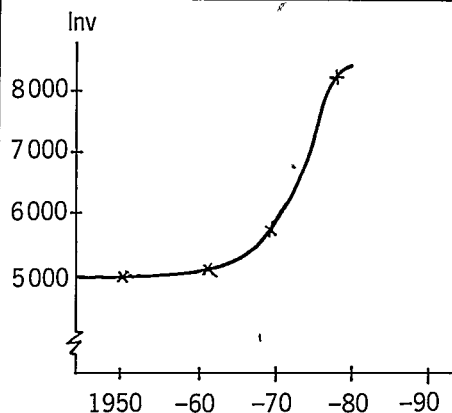
Undersökningens viktigaste resultat och erfarenheter presenteras kortfattat i denna artikel.

Nyckelord: Hembesök, prevention, äldre, primärvård.

Bakgrund

Habo kommun med drygt 8300 invånare ligger i södra Skaraborg på gränsen till Jönköpings län. Habo tätort ligger endast 16 kilometer från Jönköping. Folkmängden har ökat snabbt genom inflyttning sista årtiondet vilket lett till att ovanligt många yngre och medelålders nu bor i kommunen (Figur 1). Endast 7,9 procent av invånarna är över 70 år vilket är lågt jämfört med 12,0 procent i länet och 11,3 procent i landet.

Distriktssköterska har funnits i Habo sedan 1930-talet. Distriktsläkare har funnits sedan början av 1960-talet.



Figur 1.
Befolkningsutvecklingen i Habo.

Två tjänster i början av 1970-talet har utökats till nuvarande fem distriktsläkartjänster.

De sista åren har det genomförts en kraftig utbyggnad av primärvården i Habo. Hösten 1979 invigdes ett nytt vårdcentrum bestående av en välutrustad vårdcentral, ett sjukhem med 60 platser och en dagavdelning med 10 platser. Samtidigt invigdes ett nytt servicehus för 56 personer som komplement till det tidigare ålderdomshemmet som nu har 26 platser. Ålderdomshemmet är således väl utbyggt och köer till sjukhem, ålderdomshem och servicehus saknas nästan helt.

1981 startades hemsjukvård med personal i tjänst dygnet runt. Arbetsledare för hemsjukvårdspersonalen är distriktssköterskorna. Det finns idag 4,5 distriktsskötersketjänster fördelade på 4 distrikt. Distriktssköterskorna har arbetat i sina nuvarande distrikt mellan 2 och 4 år.

Följande förhållanden ledde till att vi beslutade genomföra hembesöken:

Sjukvårdens snabba utbyggnad och förändring hade lett till ett stort informationsbehov som hos de äldsta invånarna inte kunde fyllas av enbart skriftlig information. Distriktssköterskans roll i sjukvården framstod som oklar vid en omfattande enkätundersökning som utfördes i kommunen 1980 (1). En tredje orsak till undersökningens genomförande var att vi ville kartlägga de äldres sociala och medicinska hjälpbehov samt undersöka vad en enkel hälsokontroll kunde leda till. Dessutom ansågs det angeläget att ge information om olycksfallsprofylax eftersom vi vet att många äldre råkar ut för onödiga hemolycksfall som ofta leder till sjukhusvård och invaliditet.

Undersökningen utformades sedan vi studerat andra undersökningar av äldre som H70, och H 75 i Göteborg, samt HK61 Skara (2, 3). Målsättningen var att utforma hembesöken så att de blev enkla och praktiskt inriktade så att de kunde vävas in i distriktssköterskornas ordinarie arbete utan att ge en alltför stor ökad arbetsbelastning.

Syfte

Syftet med hembesöken var:

1. Att distriktssköterskan skulle knyta personlig kontakt med de äldsta i sitt

distrikt. Hon skulle presentera sig själv och skulle samtidigt lära känna den besökte.

2. Att distriktssköterskan skulle ge information om den utbyggda sjukvården vid Habo vårdcentral, om kostfrågor, om olycksfallsprofylax, om hjälpmedel, om färdtjänst och om tandvård.

3. Att distriktssköterskan i samråd med kommunens hemvårdsassistent skulle hjälpa personer som behövde hemsamarithjälptjänst att få detta.

4. Att distriktssköterskan skulle fråga efter vissa symtom på sjukdom enligt ett kortfattat frågeformulär.

5. Att distriktssköterskan skulle gå igenom den besöktes medicinering, informera om biverkningar, rätta till missuppfattade ordinationer och erbjuda sig att ta med gammal medicin till apoteket.

6. Att distriktssköterskan skulle göra en enkel hälsokontroll innefattande en bedömning av allmäntillstånd, psyke, rörlighet, puls, blodtryck, ögontryck, Hb och rediastest.

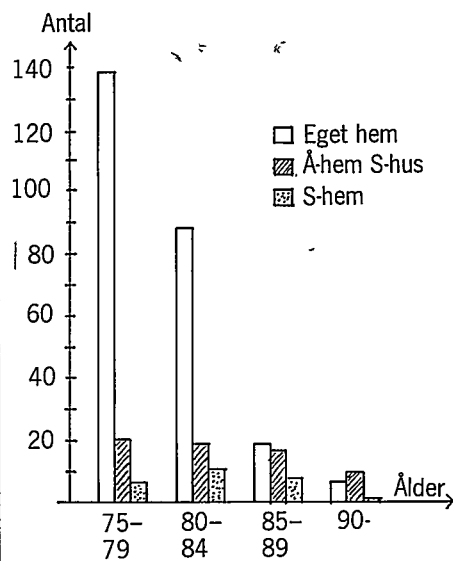
Tillvägagångssätt

Alla personer över 75 år som bodde i eget hem i kommunen erbjöds hembesök. Personer som bodde på sjukhem, ålderdomshem och servicehus besöktes inte liksom enstaka personer som var inskrivna i hemsjukvården (Tabell I). De som bodde i eget hem var något yngre i genomsnitt (79,5 år) än de som bodde på ålderdomshem (82,6 år), servicehus (83,5 år) och sjukhem (82,8

I eget hem	282
Besökta	247
Avböjde besök	15
Redan välkända (HSV)	6
Utflyttade eller döda	
före planerat besök	14
Ålderdomshem	21
Servicehus	42
Sjukhem	24
	369

Tabell I

Fördelning i olika boendeformer. (Personer i Habo kommun födda före 06-06-30 enligt datalista 29/1 1982.)



Figur 2. Olika boendeformer Habo kommun 1982. För individer äldre än 75 år.

år). Åldersfördelningen framgår av Figur 2.

Sammantaget gjordes 247 hembesök under tiden 1 april 1981 till 31 december 1982. Före besöken skickade distriktssköterskan ett brev där hon beskrev besöket och förklarade varför hon ville komma. Cirka en vecka därefter tog hon telefonkontakt med de aktuella personerna för att avtala tid för hembesöket. Endast 15 personer avböjde besök av olika orsaker.

Varje besök tog cirka en och en halv timma och utfördes på ordinarie arbetstid. Distriktssköterskorna hann med cirka ett besök vardera per vecka.

I samband med den muntliga informationen lämnade distriktssköterskan även skriftlig information till exempel kostråd, råd om olycksfallsprofylax, broschyr om vårdcentrum, dagcenter- verksamheten med mera. Hon hjälpte också de gamla att beställa tid till tandläkare, läkare mm.

Alla fynd och åtgärder registrerades i särskilda formulär. Distriktssköterskorna eftergranskade sedan vissa patientjournaler då bland annat medicineringen jämfördes.

Vid sammanställningen i december 1982 gjorde distriktssköterskan en bedömning dels av besökens angelägenhetsgrad och dels av informationens värde för den besökte.

En läkare gjorde sammanställningen av de personer som hänvisats till läkarbesök efter distriktssköterskebesöket och av de besökas medicineringsgenom granskning av journaler, remissvar med mera. Vid sammanställningen togs också kontakt med socialkontoret för att få uppgifter på antal personer med hemsamarit och färdtjänst.

Resultat

Omkring 75 procent av personerna över 75 år i Habo kommun bor i eget hem och cirka 60 procent av dessa klarar sig helt utan hjälp. 35 procent hade hemsamarithjälp. 45 procent av alla (även boende på ålderdomshem, servi-

cehus, sjukhem) i kommunen över 75 år hade färdtjänst. 61 procent av de besökta var tidigare helt okända för "sin" distriktssköterska.

Det framkom att när man som distriktssköterska arbetat 2,5 år i ett distrikt känner man till cirka 40 procent av personerna över 75 år.

Distriktssköterskorna upptäckte ett hjälpbehov hos 54 personer (22 procent), som kunde åtgärdas helt eller delvis i 61 procent. Den vanligaste åtgärden som vidtogs var utprovning av hjälpmedel men även andra åtgärder vidtogs. (Tabell II.)

Utprovning av hjälpmedel	25
Intyg om färdtjänst	12
Hemsamarit	7
Hemsjukvård	2
Annan eller ändrad bostad	2
Hemsjukvårdsbidrag	0

Tabell II

Åtgärder som vidtagits för att avhjälpa det sociala hjälpbehovet man fann hos 54 personer.

Man upptäckte medicinska problem hos 106 personer (44 procent) av vilka huvuddelen (71 procent) ledde till åtgärd. De vanligaste medicinska problemen som upptäcktes var förstoppning (31 personer av vilka en använde laxermedel och sju bulkmedel) och sömnproblem (26 personer av vilka två använde sömnmedel) men en rad andra sjukdomstillstånd upptäcktes också. (Tabell III.)

Förstoppning	31
Sömnproblem	26
Inkontinens	23
Kvinnor	17
Män	6
Bensvullnad	17
Tandproblem	17
Högt ögontryck	7
Depression	6
Högt blodtryck	6
Anemi	4
Glucosuri	2

Tabell III

Medicinska problem som upptäcktes hos 106 av de besökta 247 personerna. 70 procent av problemen kunde på olika sätt åtgärdas helt eller delvis.

Enstaka personer tog sin medicin på ett felaktigt sätt (6 procent) vilket rättades till. För övrigt fann man att de flesta använde inte någon eller endast enstaka mediciner och endast ett fåtal personer var storkonsument av läkemedel. (Tabell IV.)

Man studerade också användningen av olika läkemedel. Urindrivande läkemedel och digitalispreparat var de mest använda. (Tabell V.)

Besöken föranledde läkarrådfrågning i 15 fall och läkarbesök i 33 fall. Vid läkarbesöken uppdagades behandlingskrävande sjukdomar i 24 fall. Glaukom, hypertoni och diabetes mel-

Ingen medicin	96 personer	40 %
1	42	17
2	44	18
3	21	9
4	16	7
5	14	6
6	5	2
7	2	1
8	1	1/2

Tabell IV.

Antalet regelbundet tagna mediciner hos 241 besökta Habobor över 75 år. I genomsnitt 1,5 medicin/person.

Urindrivande (Furosemid, thiazider med flera)	75 personer	31 %
Digitalispreparat	59	24
Sömnmedel	33	14
Avföringsmedel	18	8
Bulkmedel	16	7
Laxermedel	5	2
Smärtstillande	14	6
Antidiabetika (Tabl, insulin)	14	6
Lugnande på natten	11	5

Tabell V

De vanligaste läkemedlen som används regelbundet av 145 av de 241 besökta åldringarna i Habo. 96 personer använde ingen medicin regelbundet.

litus var några av dessa. Övriga redovisas i Tabell VI. De åtgärder som läkarbesöken ledde till redovisas i Tabell VII.

Caardiovasculära sjukdomar	12
Angina pectoris, hypertoni	
Cor inkomp, arytm, lungemboli	
Urologiska sjukdomar	7
Uti, prostatahypertrofi, blåsa	
Hematuri	
Högt blodtryck	5
Diabetes mellitus	4
Övrigt	6
Vaxpropp, prolaps, ljumskbräck, värk, astma	
	34

Tabell VI

Orsaken till de 33 läkarbesök som följde av dsk:s hembesök. (2 orsaker till ett besök.)

Utredning i Habo (Provtagning, EKG, rtg mm)	9
Remiss till specialistläkare	8
Ny medicin insatt	15
Annan åtgärd	4
Ingen åtgärd (Utöver provtagning och undersökning)	9
Klar vinst för patienten	24

Tabell VII

Åtgärder som vidtogs vid de 33 läkarbesök som föranleddes av dsk:s hembesök.

Av de besökta gick 32 procent inte på regelbundna läarkontroller i Habo och 6 procent hade aldrig sökt läkare i Habo. Distriktssköterskorna bedömde besöken som mycket angelägna i 11

procent, angelägna i 82 procent och av tveksamt värde endast i 7 procent. Distriktssköterskorna bedömde att den information de gav var av stort värde i 15 procent, värdefull för den besökte i 83 procent och troligen obehövlig endast i 2 procent.

Diskussion

Resultaten tyder på att hälsotillståndet är gott hos den del av de äldsta i Habo som bor i eget hem. Förvånansvärt många av de besökta var helt friska och klarade sig helt själva.

Oss veterligen har en jämförbar undersökning inte utförts. Jämfört med den stora Göteborgsstudien av 70- och 75-åringar (2) fann vi stora skillnader i läkemedelskonsumtionen.

Vi fann belägg för bland annat följande påståenden:

Äldre personer missuppfattar sällan ordinationerna och tar inte sina mediciner felaktigt.

Äldre människor överkonsumerar inte läkemedel som laxermedel, smärtstillande, lugnande och sömnmedel.

Polyfarmaci hör till undantagen. Bara 3,5 procent i Habo tar regelbundet fler än 5 mediciner. I Göteborgsstudien av 75-åringar var motsvarande siffra 17 procent för kvinnor och 9 procent för män.

Endast ett fåtal besvärar av inkontinensproblem som de inte vågar söka läkare för.

Hög ålder innebär i de flesta fall inte att man är sjuk eller att man är beroende av andra.

Trots det goda hälsotillståndet uppdagades och åtgärdades en rad medicinska problem.

Man fann också ett socialt hjälpbehov vilket i en del fall kunde avhjälpas. Vid hälsokontrollen fann man flera behandlingskrävande sjukdomar. Genom att dessa personer kom tidigt under läkarbehandling förebyggdes komplikationer och onödigt lidande. Hembesöken ledde glädjande nog inte till onödiga utredningar och ökad sjukvårdskonsumtion. Så gott som samtliga läkarbesök var behövliga.

Trots att man upptäckte och åtgärdade en hel rad sociala och medicinska problem var troligen den största vinsten med undersökningen den information som gavs och framför allt den personliga kontakt som knöts mellan distriktssköterskorna och de äldsta i distriktet.

Vi tror att denna kontakt kan leda till stora fördelar framöver i form av ökad trygghet för de besökta och ökad kvalitet och säkerhet i distriktssköterskornas arbete.

Vi anser att hembesök av denna typ hos personer över 75 år är en mycket meningsfull och rolig arbetsuppgift som har många positiva sidor och få eller inga nackdelar.

Den största nyttan har man tveklöst gjort hos de riktigt gamla och hos de

som tidigare inte varit i kontakt med sjukvården.

Vi tror att 75 år är en lämplig åldersgräns men att ett hembesök också kan vara till stor nytta för enstaka personer som är yngre än 75 år.

Vårt intryck är att besöken har varit mycket uppskattade av invånarna.

Vi kommer naturligtvis att fortsätta med denna verksamhet som vi varmt kan rekommendera andra distriktssköterskor.

Sammanfattning

Att söka upp de äldsta i kommunen för att etablera personlig kontakt, ge information och för att uppsåra och avhjälpa medicinska och sociala problem är en viktig arbetsuppgift för primärvården. Genom dessa besök görs medicinska vinster men framför allt öppnas en kanal som förstärker primärvårdens närhet, tillgänglighet och säkerhet för de äldsta.

Referenser:

1. Lindström K, Hofgren K: Habo-enkäten 1980. Stencil Habo 1980.
2. Svanborg A: H 70. Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg. Läkartidningen 1980;77: 3729.
3. Bolin A, Frick J-O, Hermansson K o.a.: Hälsokontroll 61-år. En samordnad social och medicinsk uppsökande verksamhet bland äldre. Skövde. Hälsovårdsenheten. (Grön serie nr 9) 1978.

Författarpresentation:

Monica Gustavsson, första distriktssköterska, Inger Henriksson, distriktssköterska, Ulla Johansson, distriktssköterska, Lisbeth Kyhlberg, distriktssköterska, Marita Larsson, distriktssköterska, Kjell Lindström, distriktsläkare, Gerd Martinsson, distriktssköterska, Mona Simfors, distriktssköterska, Kristina Strandsäter, distriktssköterska, och Kerstin Sundling, distriktssköterska.*

*Postadress: Habo vårdcentrum, Box 204, 566 00 Habo.

”Den gamle patienten och gyn-stolen”

SVEN TERNOW

Från Malmbergets vårdcentral presenteras erfarenheterna av en kombinerad undersökningsbriter och ”gyn-stol”. Den har fördelar inte minst för äldre patienter.

Ofta finns indikation för ”gyn-undersökning av äldre och lika ofta är det förenat med halsbrytande övningar för patienten med sina spondylos- och arthrosbesvär att ta sig dit. Personalen riskerar sina ryggar i samband med dessa lyft.

Men vi gjorde ett ”klipp”, som vi härmed för ut till kollegorna. Vår gamla ”gyn-stol” hade drabbats av ålderssvaghet och tappat så många skruvar att det var dags att äska en ny. Våra blickar föll på en kombinerad höj- och sänkbar behandlingsbriter och ”gyn-stol” från M.A.-produkter, Floda, och till ett ganska skäligt pris på 5 000 kr. Vi fick den och blev mycket nöjda.

Med briter i bottenläge är det enkelt även för ganska svårt rörelsehandikappade att sätta sig och för personalen är det lätt att hjälpa till att lägga benen i benstödet. Sedan pumpar man lätt upp stolen till önskad höjd. Även recto- och proctoscoper utför vi i ”gyn”läge”, så det är ofta vi har användning av denna förträffliga kombibriter. Om den sedan håller för tidens tand kan vi inget säga om.

Författarpresentation:

Sven Ternow, distriktsläkare vid Malmbergets vårdcentral, Presidentgatan 3, 971 00 Malmberget.

Läkemedelsförbrukning i öppen vård 1977–1980 i Skellefteå sjukvårdsdistrikt

KURT BOMAN · CARL-GUNNAR HALLGREN · JAN-ERIK ÖGREN

I Riksrevisionsverkets rapport (april 1981) "Läkemedelskostnaderna", pekades på stora länsvisa skillnader i läkemedelskonsumtion och i läkemedelskostnader. Stockholms län hade 1980 en försäljning av hjärt- och kärlmedel på 172,8 definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag, medan försäljningen i Värmlands län uppgick till 251,3 DDD.

Med hjälp av läkemedelsstatistik har vi försökt öka erfarenhetsutbytet och kunskandet om en bättre läkemedelsanvändning i våra läkardistrikt i Skellefteå. Försäljningen har följts under flera år och resultaten har presenterats på staff-meetings, kliniskmöten och distriktsläkarmöten. Diskussionerna har tagit upp indikationer, dosering, behandlingstidens längd, annan terapi än läkemedel mm. Vi har efter några år fått en mindre skillnad i förbrukning mellan högsta och lägsta användardistrikt i åtta av tio farmakologiska grupper. Nyregistrerade läkemedel är mer verksamma än tidigare använda och risken för biverkning har även ökat, varför riktigt användande är mer nödvändigt numera än för 10-år sedan.

Nyckelord: Läkemedelsanvändning, erfarenhetsutbyte.

Låg läkemedelskonsumtion i Skellefteå sjukvårdsdistrikt

Kostnaden för försäkringskassan för våra läkemedel ökade från 1,2 miljarder 1975 till 2,3 miljarder 1980 (1). Samhällets höga läkemedelskostnader motiverar att farmaka används på klara medicinska indikationer och så effektivt som möjligt. Stora variationer i försäljningen av läkemedel mellan länen och läkardistrikt har rapporterats (2, 3, 4). Att undersöka vad skillnaderna beror på, skulle kunna ge uppslag till att förbättra läkemedelsanvändningen.

Avsikten med denna studie har varit att studera försäljningstrenden från 1977 till 1980 för tio farmakologiska grupper inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt. Ett försök att förklara de funna olikheterna presenteras.

Material och metodik

Skellefteå sjukvårdsdistrikt omfattar nordöstra delen av Västerbottens län och har cirka 80 000 invånare. Ytan är cirka 3 gånger större än Blekinges. Läkardistriktet har upptagits i tabell 1. Åtta ordinarie distriktsläkare av 25 tjänstgjorde 1977 mot 13 1980.

Uppgift om försäljning av läkemedel har erhållits ur Apoteksbolagets inleveransstatistik till respektive apotek inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt med

undantag för en del av lasarettets sjukhusapotek som är avsedd för expedition till den slutna vården.

Apoteksbolagets inleveransstatistik innehåller utöver uppgifter om antalet sålda förpackningar samt försäljning i kronor, även antalet sålda "definierade dygnsdoser" (DDD) för de flesta läkemedelsgrupperna (undantag för tex salvor). Resultaten redovisas i detta material som DDD/1 000 invånare och dag, varvid Nordiska läkemedelsnämndens förslag använts (5).

Resultat

Läkemedelsförsäljningen i Skellefteå sjukvårdsdistrikt jämfört med Västerbottens län och Sverige som helhet, framgår av tabell II.

Vid en jämförelse var läkemedelsförsäljningen 1980, lägre i tio av elva läkemedelsgrupper i Skellefteå än i Sverige. Undantag utgjorde bara medel vid rubbningar i digestionskanalen. Under 1977–1980 ökade förskrivningen i hela riket i sex av tio läkemedelsgrupper medan en minskning inträffade i fyra. Motsvarande för Skellefteå sjukvårdsdistrikt var en ökning i fem och en minskning i fem.

Anmärkningsvärt är de stora skillnaderna i försälda läkemedel mellan distriktet. Särskilt hjärt-kärlmedel och medel vid blodsjukdomar och tumörer

Tabell 1

Läkardistrikt	Folkmängden per den 31 dec		Procentuell andel ≥ 65 år		Antalet läkarbesök per inv		Antalet recipe per invånare	
	1977	1980	1977	1980	1977	1980	1977	1980
Boliden	3197	2970	11,8	14,1	1,3	1,1	4,2	5,1
Bureå	4263	4740	17,5	15,8	0,8	1,4	4,4	4,0
Burträsk	5831	5831	22,1	23,2	1,3	1,3	5,2	5,1
Byske	5840	5971	19,8	19,0	1,1	1,0	3,9	3,7
Jörn	3026	2855	21,3	21,8	1,4	1,4	5,8	4,6
Lövånger	3020	2967	20,7	22,4	1,1	1,1	4,5	4,1
Norsjö	5794	5744	17,7	18,4	1,5	1,3	4,4	4,5
Skelleftehamn	7566	7709	12,0	12,9	0,8	0,9	2,9	3,0
"Centrala" staden	40569	41171	13,5	14,3	1,0	1,0	5,0	4,6
Skellefteå sjukvårdsdistrikt totalt	79106	79958	–	16,1	1,1	1,1	4,6	4,4

Källa: Statistiska centralbyrån, Skellefteå sjukvårdsdistrikts årsberättelse och Apoteksbolagets receptstatistik.

uppvisar betydande differenser. Spridningen i läkemedelsförbrukningen mellan distrikten har minskat i åtta av tio läkemedelsgrupper (Fig 1, Tabell II).

Diskussion

Redovisningen gäller försålda läkemedel vid apoteken och speglar endast indirekt läkemedelskonsumtionen. En felkälla kan vara, att patienterna hämtar läkemedlet på apotek utanför hemorten eller vid besök i centralorten. Vid en genomgång av recept från apoteken i centralorten fann vi att 88 procent av 200 Lanacrist-recept härrörde från personer boende i centralorten, medan 4 procent av recepten kom från närliggande Skelleftehamn och Boliden och 4 procent från samtliga övriga distrikt. Om inleveransstatistik används som ett mått, torde förbrukningen överskattas något för centralorten, medan Skelleftehamn och Boliden, som endast ligger 2-3 mil utanför centralorten, redovisar en falskt låg förbrukning. Skillnaderna i försäljning av läkemedel kan ha många förklaringar, tex ålders- och könsfördelningen inom ett distrikt. Personer i åldrarna 55 år och äldre utgör cirka 28 procent av befolkningen i Sverige, men erhåller cirka 54 procent av antalet recepten (7). Ur tabell I kan utläsas att stora skillnader förelåg mellan distrikten i procentuell andel av befolkningen som är 65 år och äldre. Mellan 1977 och 1980 ökade också procentuella andelen äldre över 65 år i 7 av 9 distrikt.

Läkemedelstradition i allmänhet, men framför allt den enskilde läkarens syn på läkemedelsterapi, har betydelse för förskrivningen av farmaka. Läkarsbesök 1980 varierade mellan 0,9 till 1,4

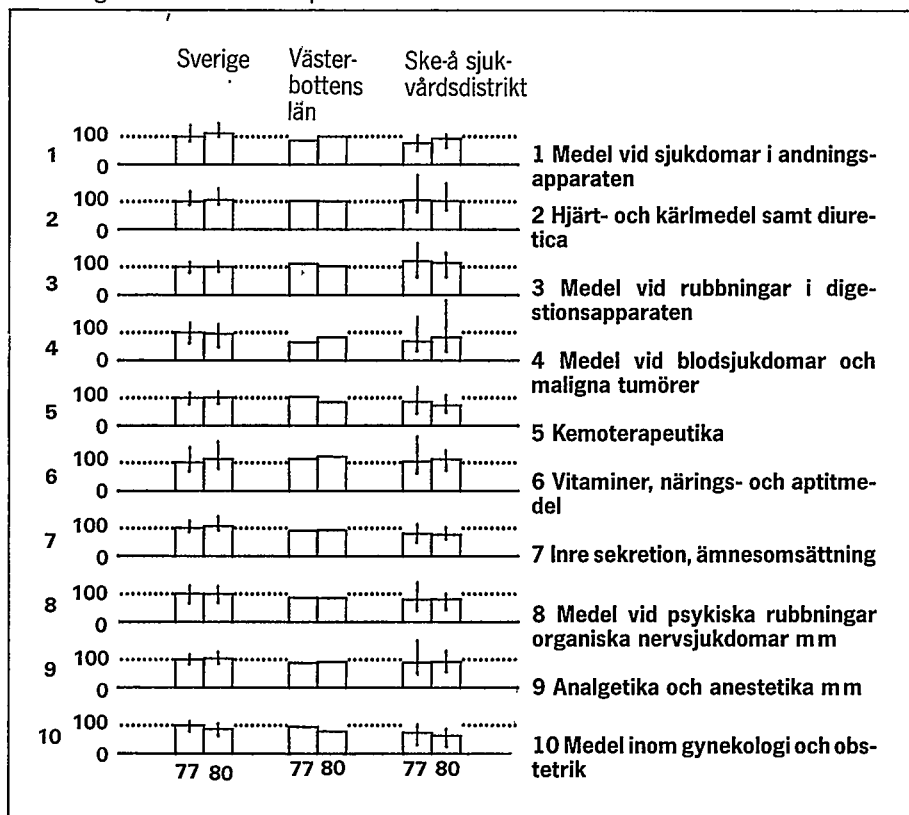
besök/invånare. En förklaring kan vara antalet tjänstgörande läkare liksom läkarkontinuiteten. En korttidsvikarierande läkare sätter sannolikt ej ut medicinen om han inte kan följa patientens behandling.

Totala antalet försålda DDD var 24,9 miljoner 1978 och 26,8 miljoner 1980. En förklaring till detta kan vara att andelen äldre ökat och att läkarna skriver ut större eller fler för-

packningar per recipe. Detta kan bero på att patienten önskar få så mycket läkemedel som möjligt för 40 kronor.

Minskningen av medel mot hjärtsufficiens inom sjukvårdsdistriktet kan bero på att särskilt intresse ägnas användningen av hjärtglykosider i Skellefteå sjukvårdsdistrikt (4). Att många gamla människor i onödan behandlas med digitalis, har visats i ett arbete från länvårdskliniken (8). Förgift-

Figur 1. Läkemedelsförsäljning i Sverige, Västerbottens län och Skellefteå sjukvårdsdistrikt 1977 och 1980 fördelat på läkemedelsgrupper. Försäljningen i de olika grupperna har jämförts med 1977 års värde för riket som satts = 100. Variationerna inom staplarna anger högsta och lägsta värde för län respektive läkardistrikt.



Tabell II Försålda "definierade dygnsdoser" per 1 000 invånare och dag, uppdelat på olika farmakologiska grupper (definierat enligt FASS).

Läkardistrikt	Farmakologisk grupp	Hela riket		AC-län		Sk-å sjukv distr		Läkardistrikt lägst 1977	Läkardistrikt högst 1977	Läkardistrikt lägst 1980	Läkardistrikt högst 1980
		1977	1980	1977	1980	1977	1980				
	Medel vid sjukdomar i andningsapparaten	54,0	60,2	46,0	53,9	40,4	49,7	25,9-	55,9	32,9-	57,2
	Hjärt- och kärlmedel samt diuretika	189,5	198,7	195,0	191,4	197,6	192,8	120,6-	368,8	135,3-	310,6
	Medel vid rubbningar i digestionsapparaten	82,2	82,4	90,4	85,3	99,1	94,4	52,6-	151,2	54,5-	124,7
	Medel vid blodsjukdomar och maligna tumörer	72,2	68,4	47,0	58,9	49,1	58,7	24,0-	112,1	24,9-	153,9
	Kemoterapeutika	22,9	19,1	19,4	15,5	15,8	13,6	8,2-	25,7	9,0-	20,2
	Vitaminer, närings- och aptitmedel	195,7	221,0	220,8	239,0	203,2	218,7	122,8-	378,4	144,9-	282,5
	Inre sekretion, ämnesomsättning	35,7	38,2	32,3	33,0	28,6	27,1	16,9-	40,1	21,4-	36,8
	Medel vid psykiska rubbningar organiska nervsjukdomar mm	103,1	101,0	88,4	86,4	80,9	82,4	40,3-	141,7	46,0-	100,7
	Analgetika och anestetika mm	86,6	90,0	76,1	78,5	76,7	78,6	45,8-	144,7	49,6-	112,7
	Medel inom gynekologi och obstetrik	80,0	69,5	75,3	62,4	58,5	50,4	23,8-	80,9	20,7-	69,0
	Medel vid sjukdomar i öron, näsa, munhåla och svalg	-	32,8	-	27,4	-	27,1	-	-	23,0-	35,2

ningsfrekvensen i öppna vården har också studerats (9). Detta har bland annat lett till diskussioner mellan allmänläkare, medicinare och farmaceuter om förskrivning och indikationer för digitalispreparat.

Nedgången i försäljning av diabetesmedel inom distriktet är anmärkningsvärd i synnerhet som hela Sverige företer en uppgång och länet har fler diabetiker än landet i övrigt (15). Minskningen kan bero på de ökade resurserna som tillförts distriktet i form av dietist, diabetessköterska och separata diabetesmottagningar. Dietbehandling och övrig undervisning om diabetes-sjukdomen har förbättrats, varvid farmakabehandling troligen kunnat uppskjutas. En restriktivare användning av biguanider torde också bidra, liksom rapporten om allvarliga hypoglykemier vid tablettbehandling (10). Förvånande är dock den låga förbrukningen av insulin.

Den lägre läkemedelsförsäljningen i Skellefteå i jämförelse med riket, kan kanske förklaras av att antalet läkarbesök är lägre. Man kan också hoppas att läkemedelskommitténs arbete i form av utbildning, patientinformation samt artiklar i lokalpress haft betydelse, (11, 12, 13). En broschyr om egenvård vid lindriga sjukdomsbesvär har delats ut till allmänheten från 1979 (14). Lokala läkemedelskommittéer synes vara goda instrument vid diskussioner om över- eller underförskrivning av läkemedel, optimal dosering, behandlingstidens längd och alternativa behandlingsmetoder. Nedanstående exempel utgör förslag till vilka frågor som skulle kunna diskuteras:

- Indikationer för olika läkemedel
- Föreligger över- eller underkonsumtion?
- Hur följs läkemedelskommitténs förslag till dosering och preparatval?
- Intoxikations-, interaktions- och biverkningsrisker
- Åldersfördelning inom distriktet och dess konsekvenser för behandling med vissa läkemedel
- Förväntningar hos befolkningen att få nya mediciner utskrivna vid besök hos läkaren
- Läkarbesättningen förr och nu inom distriktet
- Hur påverkas öppenvårdens läkemedelsanvändning av den slutna vårdens förskrivning?
- Hur följer patienten läkarens ordination?
- Hur kan informationen förbättras om sjukdomar, hur de förebyggs och behandlas?

Vår förhoppning är, att liknande studier och erfarenhetsutbyten mellan distriktsläkare, medicinare och farmaceuter skall leda till en rationellare och bättre läkemedelsanvändning också på andra håll i landet.

Litteratur:

1. Fakta 81. Läkemedelsindustriföreningen

och Representantföreningen för Utländska Farmaceutiska Industrier.

2. Statistiska sammanställningen 1980, Apoteksbolaget.
3. Bergfors P-G, Hallgren C-G, Ögren J-E: Öppenvårdsläkaren och läkemedelsförbrukningen. Läkartidningen 1980;77: 1002-1004.
4. Boman K, Ögren J-E: Digitalis i öppen vård inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt. Läkartidningen 1981;78: 3899-3901.
5. Halse M: Definerte dogndoser - målenhet ved legemiddelsstatistik. Svensk Farm Tidsskr 1977;81: 303-305.
6. Statistiska centralbyrån. Folkmängd efter ålder, kön och civilstånd 1977-12-31 och 1980-12-31.
7. Läkemedelskostnaderna, Revisionsrapport, D-nr 1981: 446, Riksrevisionsverket 1982.
8. Boman K, Allgulander S, Skoglund M, Is Maintenance Digoxin Necessary in Geriatric Patients? Acta Med Scand 1981;210: 493-495.
9. Boman K, Mölleberg H: Digoxin intoxication i ett oselektat patientmaterial. Läkartidningen 1979;79: nr 46.
10. Meddelande nr 35 från Läkemedelsbiverkningskommittén 1981.

11. Bergfors P-G, Ögren J-E: Vad kan man egentligen begära av en läkemedelskommitté vid normallasarettet? Svensk Farm Tidsskr 1974;78: 106-111.

12. Karlsson G, Ögren J-E: Förslag till patientinformation och patientutbildning. Svensk Farm Tidsskr 1979;83: 404-408.

13. Ögren J-E m fl: Läkemedelsinformation i lokalpressen. Svensk Farm Tidsskr 1978;82: 205-229.

14. Ögren J-E: Egenvård en ny viktig uppgift för apotek. Farm Revy 1980;6-7: 205-229.

15. Sprirapport, Hur mår du Sverige? sid 282, 1982.

Författarpresentation:

Kurt Boman, bitr överläkare, Medicinska kliniken, Skellefteå lasarett.

Carl-Gunnar Hallgren, bitr distriktssöverläkare, Vårdcentralen, Lövånger.

Jan-Erik Ögren*, Apotekschef, sjukhusapoteket, Skellefteå lasarett.

*Postadress: Skellefteå lasarett, 931 86 Skellefteå
Tel 0910-710 00

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, allmänläkaryrd 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 Distrläk.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

Primärvård i utveckling

STAFFAN ÄGREN

I atikeln redovisas det utvecklingsarbete som bedrivits inom primärvård utifrån regeringens uppdrag 1979. Resultatet av arbetet kommer att publiceras i ett antal rapporter under hösten 1983. En översiktlig redogörelse för SPRI:s utvecklingsarbete lämnas i den sammanfattande skriften "Primärvård i utveckling".

Nyckelord: Primärvård, utvecklingsarbete, SPRI.

Regeringen uppdrog år 1979 åt SPRI (prop 1979/80:116) att utreda vilka åtgärder som kan vidtas för att befrämja kontinuiteten i hälso- och sjukvården samt stimulera utvecklingen och utbyggnaden av primärvården.

Det utvecklingsarbete inom primärvården som Spri mot bakgrund härav bedrivit under de senaste åren kommer under hösten 1983 att samlat redovisas för socialdepartementet. Resultaten av arbetet kommer att publiceras i ett antal rapporter som beräknas kunna distribueras senast under september månad.

Arbetet har bedrivits i nära kontakt och samarbete med sjukvårdshuvudmännen. Sålunda har Spri medverkat i eller ekonomiskt stött ett flertal lokalt drivna projekt och försöksverksamheter. Företrädare för primärvården har på olika sätt deltagit i arbetet. Framkomna synpunkter och ställningstaganden har fortlöpande prövats och diskuterats i en rad konferenser och sammankomster med företrädare för hälso- och sjukvården.

Utvecklingsarbetet har bedrivits inom ramen för olika projekt. Här nedan följer en kort presentation av arbetet i dessa.

Primärvårdens organisation

Primärvårdens organisationsfrågor har studerats i nära samarbete med ett flertal landsting. För att närmare klargöra hur arbetsorganisationen på vårdcentraler kan utformas har Spri medverkat i utvecklingsarbete i primärvårdsdistrikt i Eslöv och Sundsvall. Intervjuer, studiebesök och ett seminarium om utveckling av ett vårdlagsarbete har ytterligare bidragit till ökade kunskaper på området.

Underlag bla beträffande primärvårdens ledning har tagits fram i samarbete med landstingen i Västernorrlands och Kronobergs län samt i nära kontakt med landstingen i Stockholm, Skaraborgs och Malmöhus län.

För att närmare studera problematik och lösningar beträffande jour och beredskap inom primärvården har fältaktiviteter bedrivits på olika håll, bla i Norrbotten och vid Hageby vårdcentral, Norrköping.

Primärvårdens samverkan med länssjukvården

Utvecklingsarbetet på detta område har främst inriktats på planerings- och samarbetsformer för överföring av vårduppgifter inom öppen vård från sjukhusvård till primärvård. Som delstudier har bla ingått en studie avseende arbetsfördelning mellan primärvård och länssjukvård i Falun-Borlängeområdet och en studie av Sollentuna-bornas konsumtion av öppen kirurgisk sjukvård. Erfarenheter har också tillvaratagits från liknande projekt inom Medelpads sjukvårdsförvaltning och vid primärvården i Örebro.

Vårdprogram i primärvården

Frågorna om vårdprogramarbete har behandlats särskilt. Erfarenheter har redovisats från lokala projekt i Jämtlands, Malmöhus, Stockholms, Södermanlands, Älvsborgs och Örebro län med utveckling och utvärdering av vårdprogram för några inom primärvården vanliga diagnosgrupper. En särskild expertgrupp för vårdprogram med representanter för paktiskt verksam sjukvårdspersonal mfl har biträtt Spri i detta arbete.

Vårdplanering i öppen vård

Som en fortsättning av tidigare arbete med handbok för vårdplanering i öppen vård har framtagits utbildningsmaterial för utveckling av mottagningsverksamheten i primärvården. Materialet, som går under benämningen "Att möta vårdsökande", är i första hand inriktat på utvecklingen av patientmottagarfunktionen. Det skall i första hand utgöra grund för utbildningsinsatser inom landstingen. En studieledarutbildning i ämnet påbörjades i mars 1983.

Kontinuitet i primärvården

Projektet har inriktats på beskrivning och analys av förutsättningarna för att med tillgängliga resurser åstadkomma kontinuitet inom primärvården och på

att ange åtgärder för bättre kontinuitet. Arbetet inom projektet baserar sig på erfarenheter av fältstudier på olika håll i landet.

Informationssystem inom primärvården

Inom ramen för detta projekt har utformats grundjournal i primärvården (Spri rapport 37 1980), principer för informationsutbyte mellan primärvård och länssjukvård samt rekommendationer om basdata i primärvården, dvs om vilka uppgifter som bör registreras i primärvården för planering, ledning och utvärdering av verksamheten. De redovisade förslagen innebär en vidareutveckling av redan befintliga informationssystem.

Primärvårdens insatser för långtidssjuka

Utvecklingsarbetet inom detta projekt har inriktats på att visa hur primärvården i samverkan med länssjukvård och socialtjänst kan ta ett långtgående ansvar för vården av långtidssjuka i såväl öppna som slutna former. De riktlinjer för vården av äldre som redovisades i Sjukvård i hemmet - social hemtjänst, Spri S 103, 1978, har praktiskt prövats bla inom ramen för ett utvecklingsarbete i Olofströms kommun, Blekinge län, som Spri medverkat i. De erfarenheter som vunnits av förändringsarbetet där och på flera andra håll i landet ger möjlighet också till mera allmännyttiga slutsatser i den rapport där resultaten av arbetet i projektet sammanfattas.

Primärvårdens samverkan med privatläkare och företagshälsovård

Inom ramen för regeringens uppdrag har Spri slutligen också behandlat frågorna om samverkan mellan primärvård och privatläkare (Spri rapport 126 1983) resp mellan primärvård och företagshälsovård. Därvid har nuvarande samverkan beskrivits samt har lämnats förslag till möjliga former för samverkan. Lokala konferenser har genomförts om primärvårdens samverkan med privatläkare resp med företagshälsovården. Spri:s utvecklingsarbete har härigenom tillförts värdefulla erfarenheter och synpunkter.

En översiktlig redogörelse för Spri:s utvecklingsarbete inom primärvården lämnas i den sammanfattande skriften "Primärvård i utveckling".

Författarpresentation

Staffan Ägren* är utredare på SPRI.

* Postadress: SPRI, Box 27310, 102 54 Stockholm.
Tel 08-63 05 60.

European General Practice Research Workshop – EGPRW. En bakgrundsteckning

BO HAGLUND

En beskrivning ges av EGPRW. Dess bakgrund och forskningsprogram.

Nyckelord: Forskning, Allmän medicin, internationellt.

Bakgrund

I oktober 1971 hölls ett informellt möte i Lemsden i Holland med deltagare från olika nationella europeiska allmänläkarsällskap. En följd av mötet blev att två arbetsgrupper bildades. Den ena har framför allt arbetat med utbildningsfrågor (Leeuwenhorstgruppen) och den andra med forskningsfrågor (European General Practitioners Research Workshop – EGPRW).

Sedan 1974 har regelbundna EGPRW-möten hållits och stadgar för sammanslutningen antogs 1978. Syftet med arbetsgruppen beslöts då vara "att uppmuntra forskning; att gynna och koordinera internationella studier; att utbyta erfarenheter och utveckla en internationell vetenskaplig bas för allmänmedicinen".

Målen skulle fullföljas genom:

- utbyte av resultat och metoder av forskning i Europa.
- organisering av internationella möten.

- uppmuntran av forskning speciellt genom
- att utveckla gemensamma definitioner
- att utveckla relevanta forskningsmetoder
- att utveckla, planera och genomföra multinationella forskningsprojekt.

Årliga möten har avhållits fram till och med 1980. Från och med 1981 genomföres ett vår- och höstmöte.

Vid sidan av forskningsutbytet är en viktig uppgift för EGPRW att utgöra forum för internationellt utbyte av forskningsstuderande som kan genomföra projekt under överinseende av EGPRW. Framför allt har dock målsättningen fram till nu varit att utgöra ett forum för idéutbyte omkring allmänmedicinsk forskning (1).

Organisationens uppbyggnad

Organisationen av arbetsgruppen EGPRW har varit lös. Dess struktur har beskrivits som en lök med ett centrum innehållande presidenten Eckard Kuensberg, Skottland samt vicepresident och sekreterare. Nästa lager i "löken" utgörs av nationella representanter huvudsakligen medlemmar från allmänmedicinska sällskap. En central kärna av cirka 20 regelbundna deltaga-



Donald Crombie, EGPRW:s nyvalde ordförande.

(Foto: Per Tillgren)

re i arbetsgruppen har utgjort kontinuiteten under 70-talet. I november 1982 utsågs en ny ledning med Donald Crombie, England som president, Dag Bruusgaard Norge som vicepresident och Hans Tönies, Österrike som sekreterare.

EGPRW och Sverige

Kontakter med EGPRW har under åren hållits genom representanter för Svensk förening för allmän medicin, till en början genom Gustav Haglund och därefter Ingvar Krakau. Sedan 1981 har Bo Haglund och Leif Svanström varit svenska representanter. Vid höstmötet 1982 representerades Sverige av Agneta Vigborg och Hans Theander Temat för mötet var då "The General Practitioner and the migrant workers". Vår mötet 1983 hölls i Sverige (2).

Tabell I. Allmänmedicinska forskningsområden enligt EGPRW.

1. Clinical	2. Epidemiological	3. Operational	4. Behavioural	5. Educational
A: Diseases symptoms early diagnosis treatment prevention natural history prognosis B: Reasons for contact relative to diagnosis relative to GP activity C: Normality length weight development	A: Classification diseases functions treatment B: Pattern of disease C: Pattern of contact D: Continuous register diseases side effects E: Risk factors	A: General practice type number distribution ancillary staff economy co-operation B: Consumers reason for contact use of time distance C: Organisation redording index of diagnoses computers D: Alternative systems E: Screening F: Intervention	A: Decision analysis B: Doctor-patient relationship C: Co-operation D: Information health advising patient information patient knowledge E: Norms health concept of illness triggers of contact compliance F: Social behaviour sexology family dynamics G: Social resources	A: Education programme aims cost relevance B: Evaluation self-evaluation student doctor C: Doctor's behaviour D: Student's behaviour E: Recruitment

Allmänmedicin = Samhällsmedicin = Socialmedicin = Primärvård?

I mitt debattinlägg, vill jag betona problemet med de många identiteterna inom organet AllmänMedicin, tidigare SFAM-nytt.

Publikationen utges av specialistföreningen Svensk Förening för Allmänmedicin.

Tidskriften har från start haft, och fortsätter att ha, en kraftig *socialmedicinsk* orientering redaktionellt och innehållsmässigt. I annonser vänder man sig till prospektiva prenumeranter bland "medarbetare i primärvården" med uppropet "AllmänMedicin vill vara er tidskrift"!

Som specialitet arbetar allmänmedicin ofta inom *socialmedicinska* institutioner på den akademiska sidan.

I Stockholm omvandlades en professur i socialmedicin till en sådan i "Socialmedicin med särskild inriktning på primärvård". Där hittar vi adressen till AllmänMedicin.

Primärvårdsbegreppet är vitt och innefattar många administrativa, sociala, politiska och medicinska arbetsfält; distriktssköterskevärdar, tandläkare, psykologer, fotvårdsspecialister m.fl. m.fl.

I Skaraborgsutredningen "Kommunbaserad vård" anges personalbehovet för mindre kommuner till ca 200, varav 5 läkare. Dessa senare bör ha allmänmedicinsk kompetens och deras speciella intressen bör tillvaratas av en organisation med bred demokratisk förankring bland medlemmarna. Primärvården sjunker av aktiviteter, men bara en av dessa är kunskaps- och verksamhetsmässigt allmänmedicin.

Att ha intresse för det stora vårdslaget och de större sammanhang, i vilka man ingår, är inte detsamma som att ta tillvara och definiera den egna rollen inom laget, vilket bör vara en allmänmedicinsk intresseorganisations huvuduppgifter.

Efter genomgång av samtliga nummer av *Allmänmedicin/Sfam-nytt* kan jag icke finna annat än att en namnändring till *Primärvårdsnytt* vore motiverad.

En annan aspekt måste tas upp: SFAMs medlemsförankring. Rapporten "Primärvård - innehåll och utveckling" skrevs av Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Spri (knappast några intresseorganisationer för läkarna!) och skulle, enligt direktiven, ligga till grund för NIVs arbetsgrupp AgA i dess utredningsarbete angående allmänläkarutbildningen. I arbetsgruppen satt 3 läkarrepresentanter mot 4 för myndigheterna. Läkarna ansåg att man låsts vid vissa betraktelsesätt och fick stöd av hela läkarkåren. Men enskilda styrelsemedlemmar i SFAM gick ut med offentligt stöd för myndigheterna. Vad hade man för mandat för detta? I en intern styrelsediskussion lär "de flesta som yttrade sig", ha stött utspilet!

Vilka "representanter för SFAM och Svensk Socialmedicinsk Förening" hemställde 1977 i en skrivelse till UHÄ om en utredning av möjligheterna att *samordna allmänmedicin och socialmedicin* i utbildning och forskning"? Vad fanns det för mandat för detta i respektive föreningar?

Vidare: Om ett behov upplevs av mera insatser inom epidemiologi, miljömedicin m.m., m.m., så är det inte utan vidare självklart att landets distriktsläkare skall tas i anspråk därför att de råkar finnas på plats. De flesta envisas med att intressera sig mera för individuell läkargärning än för befolkningsterapi, hur nödvändig den än kan synas.

Har man ett trivsamt jobb som pilot, kanske man inte gillar att bli beordrad ut på kolchostraktorn av landets nomenklatura.

Författarpresentation:

*Sigmund I Löfstedt**, distriktsläkare.

*Postadress: Ekgatan 7, 564 00 Bankeryd.

Rätt men ändå fel

I nr 3 av Allmän Medicin fanns ett Dalbysymposium om handläggning av övre luftvägsinfektioner i primärvården. Detta sätt att ta upp det medicinska innehåller i allmänmedicinen känns angeläget och bra.

Jag blir dock tveksam till uttryck som "Det är allmänt vedertaget att patienter med akut mediaotit och akut tonsillit skall behandlas med penicillin". Vad det gäller den akuta tonsilliten är det väl helt i linje med nuvarande praxis inom primärvården. Vad det gäller den akuta mediaotiten finns det flera skäl att ifrågasätta ett så trosvisst påstående. Ännu mer betänksam blir man när patienter behandlade enbart av läkare får antibiotika i högre utsträckning än de som behandlas utav kombinationen sjuksköterska - läkare. När man sedan till slut kommer fram till avslutningen av Karin Prellners inlägg "Att helt avstå från antibiotikabehandling vid otit är endast acceptabelt om man har patienten under noggrann och kontinuerlig uppsikt och är förbehållet otologisk kunnig läkare" blir jag fundersam. Betyder detta att allmänläkare, som ju med nödvändighet har stor vana vid akut otit, resonerar med patienter om situationen uppmanar till förnyad kontakt om besvären ej klingar av inom de närmaste dygnen, så förefaller det dom en helt riktig handlägningsordning. Skulle det däremot betyda att vi för att minska på onödig antibiotikaförbrukning i befolkningen skall vara tvungna att ha otologer som dagligen? tittar barnen i öronen vid lindriga mediaotiter för att kunna minska antibiotikaförbrukningen i befolkningen blir jag förskräckt.

Jag känner mig själv hemma med den handlägningsordning som Bo Henriksson från Arjeplog nyligen föreslog i Läkartidningen. Ser fram mot flera artiklar i Allmän Medicin med medicinskt innehåll.

*Kenneth Widäng**, distriktsläkare.

*Postadress: Björknäs vårdcentral, Box 511, 961 28 Boden. Tel 0921-51070.

Forskningsfält i allmän medicin enligt EGPRW

Sedan starten har arbetsgruppen fört diskussioner om vad som kännetecknar forskning i Allmänmedicin. I oktober 1982 togs ett "Statement on General Practice Research". I detta fastslås att allmänläkarens forskningsområde innehåller kliniska utbildningsmässiga och administrativa fält. Forskningen avser problem som är individorienterade och relaterade till hans patienter såväl som hälsoproblem i samhället. Uttalandet kommer att publiceras i sin

helhet i Scandinavian Journal of Primary Health Care. En sammanfattning av uttalandet redovisas i tabell I.

Fortsatta möten i EGPRW

Höstmötet 1983 kommer att äga rum i Schweiz den 22-23 oktober. Temat kommer då att vara relationen mellan primärvård och slutenvård. Våren 1984 kommer arbetsgruppens möte att samordnas med SIMG-konferensen i Belgien. (Se sid 140.)

Referenser:

1. Haglund B, Svanström L; European General Practice Research Workshop - EGPRW. Konferensrapport. Institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet. Sundbyberg 1982. (Röd rapportserie nr 5.)
2. Haglund B: EGPRW möte i Stockholm april 1983. AllmänMedicin 1983;4: 138.

Författarpresentation:

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

*Postadress: Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Några funderingar kring SFAM's utveckling, som vi har sett under det sista året

Undertecknad deltog i höstmötet i Hudiksvall och årsmötet på Riksstämman 1982.

Höstmötet (liksom i viss mån höstmötet 1981) präglades av ett i vårt tycke *alltför socialmedicinskt tänkande*. Professor Schersténs intressanta inlägg om insulinnivåer vid stress var det enda som var minnesvärt första dagen i Hudiksvall.

Årsmötet vid riksstämman 1982 lämnade mycket övrigt att önska. Först och främst tid och plats: det lilla rummet och kollisioner med allmänmedicinska symposierna under tiden, var ju olyckligt. Det var tur att inte fler av medlemmarna beslöt delta i mötet, då hade rummet definitivt sprängts. Vidare gav det forcerade tempot ingen möjlighet åt icke styrelsemedlemmar att komma till tals.

Det är också diskutabelt om man ska låta andra specialiteter (små sådana med många andra intressen) delta i SFAM, så att det allmänmedicinska innehålllet ej hinns med eller kan tillgodoses. Vill andra praktiserande specialiteter delta, får de acceptera att det är en förening för allmänmedicin.

Varför inte pröva med "lokala SFAM-ombud", som kan förmedla från fältet till SFAM och vice versa. Idag känner vi oss helt utan möjlighet att påverka SFAM's sätt att fungera.

Vi tycker också att alla de tre professorerna, som vi har i landet i allmänmedicin, skulle få göra sig hörda inom föreningen.

Detta är att betrakta som ett discussionsinlägg, som ej hinns med vid årsmötet och eftersom vi saknar andra kontaktmöjligheter med SFAM, får det bli på detta sätt: i brevform.

Med vänliga hälsningar och med hopp om bättre kontaktmöjlighet i framtiden

Moa Vlastós, distriktsläkare*

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Vårdcentralen, Järnvägsgränd 7 A, 733 00 Sala. Tel 0224-564 80

Christina Fabian, distriktsläkare*

*Postadress: Distriktsläkarmottagningen, Vårdcentralen, 740 40 Heby. Tel 0224-307 25

Om ansvar och känsla

Några funderingar om innebörden av uttrycket "ansvar för hälsotillståndet" och dess innebörd för allmänläkaren.

Primärvården har tillskrivits ett antal honnörssord, utmärkande för dess kvalitet: kontinuitet, närhet och tillgänglighet. Innebörden och konsekvenserna av förväntningarna på sådana kvaliteter har inte beskrivits mer ingående. Kontinuitet, närhet och tillgänglighet kan uppnås genom god planering och är ganska entydiga till sin innebörd. Andra egenskaper hos primärvården såsom ansvar för hälsotillstånd och helhetssyn, innebär kvalitetskrav, vilkas betydelse man ännu inte har tillräckligt gjort klart för sig.

Ansvar för hälsotillståndet hos en befolkning är en viktig uppgift för allmänmedicinen och primärvården. Men vad menar man med ansvaret, och hur definieras hälsan? Kan en allmänläkare avkrävas ansvar för ett påvisbart dåligt hälsotillstånd i hans distrikt? Är hans ansvar begränsat till de professionella kunskaper och åtgärder han personligen behärskar, eller är han ansvarig för att andra samhällets åtgärder, sociala, psykologiska eller ekonomiska, får de bästa möjliga effekterna på hälsotillståndet? På vilka grunder skulle allmänläkaren kunna avkrävas ett sådant ansvar. Tanken är kanske den att en god hälsa för individen och ett gott hälsotillstånd i samhället är ett främsta mål för människors samlevnad i organiserade former, och att missförhållanden som hotar individers välbefinnande och samhällets hälsa, tidigt och mest entydigt gör sig märkbara i primärvården. Det kunde alltså finnas tidiga medicinska indikationer på sådana hälsorisker, och det skulle då vara allmänläkarens ansvar att tidigast möjligt observera, dokumentera och rapportera detta. Därmed är visserligen inte ansvarsbegreppet entydigt beskrivet eller uttömt. Men kanske ger den tolkningen ändå en antydning om ett ansvar utöver de medicinska åtgärderna i enskilda fall.

Långt svårare är det att diskutera begreppet hälsotillstånd. Man får kanske till slut nöja sig med en slags allmän föreställning om god hälsa, även om den föreställningen är så tunn och så full av reservationer, att den lätt blir meningslös. Man kommer frågan litet närmare på det individuella planet. Men även då skall man veta att god hälsa och dess synonym, livskvalitet, inte är entydigt och inte är absolut. För alltför många

människor är inte ens livet självt ett sådant absolut värde.

Vi gör oss alla mer eller mindre beroende av vardagsvanor, som skadar vår fysiska hälsa, och vi vet också, att man inte är beredd att ändra detta för några år mera liv. Är hälsofanatikernas livshållning ett uttryck för god hälsa? Jag tror inte vi är beredda acceptera det.

Man talar om hälsorisker, och alla människor löper ju dagligen sådana risker. Skulle vi kunna ta bort dem skulle livet självt upphöra. Men somliga måste till synes utsätta sig för större risker, uppleva en snabbare puls än andra. Det är inte bara tävlingens segrare utan det är också det farliga, det oberäkneliga övervinnare. Det skulle säkerligen inte ge dem en bättre hälsa, om de förhindrades att ta sina risker. Man återkommer till att upplevelsen av hälsa är något mycket subjektivt. De emotionella omvärderingar som måste uppstå för att ändra livsstil och livsinnehåll, förfogar allmänläkaren inte över. Vi har ju inte på rationella grunder uppnått bestående effekter vare sig i rökavvänjning eller alkoholkontroll, för att inte tala om drogmissbruk.

Ord som ansvar och hälsa blir lätt endast talesätt, och anses föga förpliktande om de inte kan begreppsligt definieras. Hälsa är en subjektiv upplevelse, men därför inte mindre viktig för individen. Man får utgå från den enskilda individens uppfattning om sitt välbefinnande, det han betraktar som sin goda hälsa. Han eller hon vidtar alldeles på egen hand många åtgärder för att behålla eller återvinna detta välbefinnande. Bland dessa åtgärder finns sådant som är klokt, genomtänkt och som främjar livskvalitet. Det finns annat som är kortsiktigt, bekvämt, en flykt och bedövning i stället för moget övervägt handlande.

Ofta nog leder ångslan och oro människor till att söka sjukvård. Då börjar en terapeutisk process, som innebär ett utbyte av upplevelser mot kunskaper. En gemensam strävan att få ett sammanhang och en förklaring till oro och ångslan, smärta, kraftlöshet och sömnbesvär. Här börjar läkarens ansvar för denna patients hälsa och återställande av hans välbefinnande. Detta mål måste gälla även om processen slutar utan att man lyckas uppnå fysisk restitutio ad integrum.

Patientens oro och ovana att tänka och analysera i biologiska termer och hans bekymmer för mångahanda utanför själva sjukdomen, gör det första mötet med sjukvården till en ömtålig men avgörande situation för behandlingens framgång. Om detta tillfälle förspills, äventyras resultatet. Det tillkommer läkaren att beakta inte bara vad patienten har utan också vad han eller hon är. Vi kan inte komma närma-

re en god hälsa för patienten än vad han själv tillåter.

Grunderna för vår uppfattning om hälsa och ohälsa i samhället härrör från mötet med den enskilda patienten. Därpå bygger också kunskaper om sjukdomens, ovanans missbrukets naturalhistoria. Med sådana fakta kan vi

nå fram till politiker och samhällsdatare och påverka utvecklingen i riktning mot bättre hälsovillkor. Det farligaste misstaget allmänmedicinen kan göra, och det största hotet mot dess utveckling, vore att inte mäta och registrera alls, därför att mycket är svårt att mäta.

Författarpresentation:

Gustav Haglund var tidigare distriktsläkare och primärvårdschef i Olofström.*

Postadress: Box 196, 293 01 Olofström.

Allmän medicin i AllmänMedicin –

Några kommentarer till Löfstedt, Vlastós och Fabian

1978 togs ett handlingsprogram för Svensk förening för Allmän medicin. En mindre överarbetning av programmet har genomförts (1). Programmet har varit vägledande för innehållet i vår tidskrift AllmänMedicin (SFAM-nytt).

1979 gavs två stencilerade nummer ut av SFAM-nytt. Från 1980 antog tidningen tidskriftens form. I tabell 1 redovisas innehållet i de tre första årgångarna uppdelade i 10 kategorier som utgår från European General Practice Research Workshops forskningsfält i allmänmedicin (2). I redovisningen är innehållet under kurser och konferenser, föreningsnytt samt ledare ej med, däremot debattartiklar. Dessa har till stor del handlat om utbildning i allmänmedicin.

Artiklar som rymmer under kategorien organisation dominerar. Huvuddelen är vårdutnyttjande studier. Samverkan mellan primärvård – slutenvård och primärvård – socialvård finns i kategorien beteende/samverkan.

Primärvårdens och Allmän medicinens ideologi har tagits upp i 7 artiklar. Bland övriga bidrag ingår förutom de-

battartiklar tex en som beskriver distriktsläkaren som radiodoktor, en om allmänläkaren i u-land och några artiklar om informationsbehovet i primärvård.

Under de tre första åren har *praktiskt taget samtliga manuskript som sändts till redaktionen publicerats*. I och med namnbytet från SFAM-nytt till AllmänMedicin har situationen förändrats. Antalet insända manuskript har under våren 1983 ökat kraftigt. Namnbytet har gett tidningen en annan status. En större arbetsbörda men framför allt ansvar har därför lagts på redaktionen.

Vid SFAM:s styrelsemöte i april beslöts därför att en *redaktionskommitté* skulle inrättas. I denna ingår förutom Bo Haglund, Magnus Eriksson och Carl Edward Rudebeck.

Så några kommentarer till Valstós och Fabian.

De svenska distriktsläkarna/allmänmedicinerna har valt att definiera allmänmedicin som stående på två ben – ett kliniskt och ett samhällsmedicinskt. Om SFAM:s medlemmar tycker att vi haltar i gången är det självklart viktigt att se på detta. Redovisningen av artiklarnas innehåll i tabell I visar att problem omkring primärvårdsorga-

nisationens uppbyggnad dominerar. Motsvarande problemområde har också dominerat höstmöten och riksstämmor de sista åren. Med den expansion som för närvarande föreligger av primärvård är detta vad som kan väntas.

Vad gäller riksstämman medges gärna att försöket med samlade diskussioner efter tre 10-minuters föredrag var ett misslyckande. Försöket medförde dock att fler allmänmedicinare fick komma till tals, vilket kanske inte uppvägs det höga tempot och bristen på tid för diskussioner i anslutningen till föredragningarna.

Slutligen – jag hoppas att lokala SFAM-föreningar kan bildas på flera håll. Kanske kan vi genom en debatt i AllmänMedicin bidra till detta.

Referenser:

1. Förslag till handlingsprogram för Svensk förening för AllmänMedicin. AllmänMedicin 1983;4: 135–136.
2. Haglund B: European General Practice Research Workshop – EGPRW. AllmänMedicin 1983;4: 175–176.

Bo Haglund

Distriktsläkare och redaktör

Tabell I. Artiklar i AllmänMedicin (SFAM-nytt) 1980–1982 uppdelade efter 10 innehållskategorier.

Nr	Artiklarnas innehåll			Preven-	Beteende	Utbild-	FoU-	Primär-	AllmänMedicin	Övrigt	Totalt
	Klin-	Epidemio-	Organisa-	tion	sam-	ning	arbete	vårds-	innehåll och		
	iska	logiska	toriska	Hälso-	arbete		Forsknings-	ideologi	utveckling		
			vårdut-	vård			metodik				
			nyttjande	Hälso-							
				upplysn.							
1/80	–	–	1	–	–	3	–	–	–	–	4
2–3/80	1	1	1	–	–	–	4	2	–	5	14
4/80	–	–	2	–	–	–	1	–	2	–	5
1/81	5	–	–	–	–	–	–	–	–	2	7
2/81	1	–	–	–	–	14	1	–	1	–	17
3/81	1	2	8	–	2	1	–	–	–	1	15
4/81	1	–	4	1	–	4	–	–	–	3	13
1/82	7	3	3	1	1	1	–	–	–	2	18
2/82	1	–	1	1	–	4	–	–	1	–	8
3/82	1	1	6	2	–	1	1	–	–	1	13
4–5/82	–	1	6	5	4	2	1	1	–	–	20
6/82	2	1	1	2	1	2	–	–	–	1	10
80–82	20	9	33	12	8	32	8	3	4	15	144
	(14%)	(6%)	(23%)	(8%)	(6%)	(22%)	(6%)	(2%)	(3%)	(10%)	

Vill Du

- medverka till primärvårdens utveckling
- få tillfälle till forskar-utbildning
- engagera Dig i forsknings-arbete
- vara med från början i en ny vårdcentral

då är Du

välkommen till
HOFORS där två tjänster nu
ledigförklaras som

DISTRIKTS- LÄKARE



HÅLSOCENTRALEN HOFORS

Utvecklingsarbete i primärvården

En ny hälsocentral kommer att tas i bruk i Hofors under oktober månad 1983. Där finns lokaler för 6 samtidigt arbetande allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut, FHV, MVC, BVC och folktandvård.

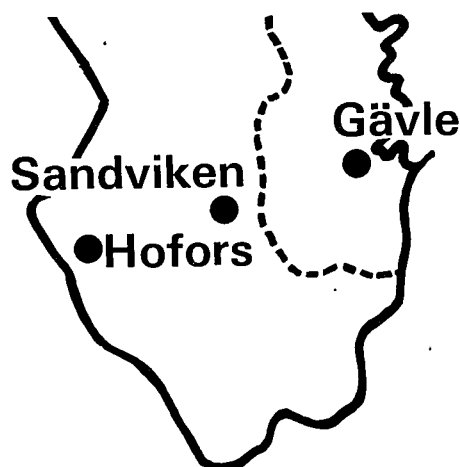
Lokalernas disposition gör det naturligt att dela kommunen i 2 ansvarsområden och arbeta i modifierad vård-lagsform. I september inleder vi en utbildningsperiod inför nystarten, där samtliga personalgrupper deltar, och där tillfälle ges till gemensam förberedelse.

Utvecklingsenheten

I den nya hälsocentralen kommer också en utvecklings-enhet för primärvården att inrymmas. Utvecklings-enheten har enligt landstingsbeslut en länsfunktion och skall genom projektarbete utveckla primärvårdens arbets-innehåll och arbetssätt med särskild inriktning på före-byggande aktiviteter. Enheten avses få en hälsoprofil. Den arbetar i nära samverkan med landstingets sam-hällsmedicinska enhet och institutionerna för allmän-medecin och socialmedicin vid Uppsala universitet. Ut-vecklingsenheten har särskilda resurser i form av projekt-sekreterare med beteendevetarutbildning, läkarsekre-terare och ADB-resurser. Den har under det sista året byggts upp och några projekt påbörjats. Varje distrikts-läkare inom Hofors läkardistrikt kommer att erbjudas delta i utvecklingsarbete och då avsätta 25 % av sin arbetstid för sådana uppgifter.

Hofors läkardistrikt

Hofors läkardistrikt ligger i västra Gästrikland och omfattar c:a 13.000 invånare, varav centralorten c:a 9.000 invånare. Avstånd till Sandviken och Falun c:a 30 km. När primär-vården är fullt utbyggd kommer 8 distriktsläkare att vara verksamma i distriktet. I nuvarande lokaler finns utrymmen för 4 läkare. Efter nyrekrytering är vi för närvarande 3 ordi-narie läkare och har god tillgång på AT- och FV-läkare för komplettering.



För vidare upplysningar, kontakta distriktsläkare/utveck-lingschef Mats Ribacke tel 0290/206 52 eller 0290/218 70, distriktsläkare Jens-Erik Nielsen, tel 0290/218 70 eller sjukhusdirektör Rolf Markström, tel 026/25 19 00 vx.

Tillträde av tjänsterna efter överenskommelse.

Löne- och anställningsvillkor utgår enligt gällande avtal.

Hälsodeklaration lämnas efter anmodan.

Sjukvårdsförvaltningarna biträder vid bostadsfrågans lösande.

Ansökan, styrkt meritförteckning samt övriga handlingar sökande önskar åberopa insändes till

Direktionen för Sandvikens sjukvårdsdistrikt, Sandvikens sjukhus, 811 89 Sandviken, inom tre veckor från den dag denna kungörelse varit införd i Post- och Inrikes Tidningar (införd 83.08.31).



Järhult Bengt.

Primärvårdens informationssystem.

Primärvården i Olofström. Utvecklingsenheten för primärvård i Blekinge.

Olofströmsprojektet är namnet på en försöksverksamhet i primärvård som initierades 1979 av Gustav Haglund. Verksamheten blev permanent och fick ökat arbets- och ansvarsområde då den i juli 1982 omvandlades till en utvecklingsenhet för hela Blekinge efter beslut av landstingets förvaltningsutskott. I denna rapport av primärvårdschef Bengt Järhult utvärderas de två första årens erfarenheter av ett databuret informationssystem.

Grundstommen i informationen som avser patientbesöket på mottagningen, har varit personnummer, vårdlagstillhörighet, 1-2 diagnoser enligt "Diagnoskoder i öppen vård", blodtryck på personer över 30 år samt läkarkod. Detta har skett vid alla läkarbesök med ett bortfall på 0,5 procent. Det låga bortfallet kan bero bl.a. på att man medvetet prioriterat en stark begränsning i antalet basuppgifter. Uppgifterna skrivs ned av läkaren på ett besöksformulär från vilket en kopia är underlag till dataregistreringen. Sekretärer kontrollerar att besöksformuläret fyllts i fullständigt.

Hösten 1981 inleddes registrering av sjukgymnasternas arbete (diagnoser, remisskrivare, behandlingstyp och patientdata) och följande var det dags för distriktssköterskorna. Dessutom har specialregistreringar skett av bl.a. vårdprogram i hypertoni, uppgifter från PILO (Primärvårdens insatser för långtidssjuka i Olofström, ett SPRI-projekt) samt vid undersökningar på läkemedelsområdet. Man har alltså täckt in fler delar av primärvårdens verksamhet än på en del andra håll, men anger korrekt inledningsvis ändå flera viktiga områden som inte täcks. Hit hör hälsorisker, förebyggande åtgärder, mödrahälsovård, barnhälsovård, telefonrådgivning m.m. Registreringen omfattar i stort sett de minibasdata som torde rekommenderas från SFAM:s basdatagrupp (Britt-Gerd Malmberg; Personligt meddelande). Man anser att det finns stora fördelar med att registrera alla besöken hos allmänläkare jämfört med registrering av endast ett urval. En fördel är givetvis att man kan få ut listor med alla som sökt under en viss diagnos, liksom deras ålder, vårdlagstillhörighet och övrig diagnos. Detta har möjliggjort studier av vårdkonsumtion, behandlingsinsats och effekt vid t.ex. pernicios anemi, hyperthyreos, hypertoni, alkoholrelaterade problem och sjukdomar med heshet och alltså kunnat använ-

das vid värdering av en del av den medicinska kvaliteten i vården.

Registrering av alla blodtrycksvärden från besök hos läkare och distriktssköterska möjliggör en evaluering av effekt och följsamhet vid den blodtrycksscreening som är inbyggd i den ordinära verksamheten sedan 1980. Under de två första åren mättes blodtryck på ca 4 500 personer över 30 år, dvs. på närmare halva befolkningen i Olofström i åldern 30 år och äldre.

Med vårdlagsorganisationen som bas har man förstås tabeller på procentandelen besök under olika diagnosgrupper hos läkare i de olika vårdlagsområdena. Det är klart att diagnoskriterier och arbetssätt varierat mellan läkarna, som ofta varit vikarier. Stora skillnader mellan vårdlagsområdena eller skillnader vid sjukdomar där diagnoskriteriet är mer entydigt har därvidlag större tyngd och till följd av att alla besök registrerats kan man lätt ta fram journaler och studera inverkan av olika diagnoskriterier och arbetssätt hos läkarna och därmed säkrare kunna bedöma validiteten i diagnosskillnaderna mellan vårdlagsområdena. Man kan se dessa diagnoslistor som en del av sjukdomsprofilen, en del av hälsoprofilen på kommunals eller vårdlagsnivå, som efter komplettering med hälsodata (en enkät planeras) och socioekonomiska data kan ge större förståelse för ohälsa, sjukdom och dess samband med strukturella förhållanden samt ett skapligt underlag för förebyggande arbete på vårdlagsnivå.

ADB innebär stora möjligheter för primärvården, men vår förmåga att utnyttja denna kan utvecklas betydligt i olika riktningar. Vårdcentralen som låtit ADB ersätta journal finns redan i Finland och diskuteras i vårt land.

Olika primärvårdsanpassade "tracer conditions" kan kanske bakas samman till ett välunderbyggt och lättillgängligt index, som ett visst mått på kvaliteten. Ger detta underlag för en bättre hälso- och sjukvård till fromma för befolkningens hälsa? Vi ser nu fram mot basdatagruppens rapport.

Anders Romelsjö, distriktsläkare.

Vård på lika villkor..

Stora skillnader i vårdutnyttjande mellan kommunerna inom ett landsting

Skillnaderna i vårdutnyttjande mellan olika kommuner inom ett landsting är mycket stora. Inom de opererande specialisterna allmän kirurgi, ortopedi och gynekologi i Hallands läns landsting har t.ex. Varbergsborna 2-3 gånger högre vårdkonsumtion än invånarna i Hylte och Laholm. Det framgår av en ny rapport från socialstyrelsen - "Vård på lika villkor?" (Socialstyrelsen redovisar 1983:6) - som bl.a. jämför sjukvårdskonsumtionen i de olika kommunerna i Halland.

Studien behandlar kommunala skillnader i vårdutnyttjande jämfört med skillnader i hälsoförhållanden, levnadsvillkor samt tillgången på vårdresurser i de olika kommunerna. Samtliga uppgifter är hämtade från officiell statistik vilket visar hur långt man kan komma med befintliga data ur olika register.

Av rapporten framgår att *det inte är skillnader i vårdbehov utan tillgång på sjukvårdsresurser som ligger bakom det ojämna vårdutnyttjandet*. Närheten till ett modernt sjukhus med goda resurser torde vara den viktigaste förklaringen till att Varbergsborna konsumerar 20 procent mer sjukvård än hallänningen i genomsnitt. I Hylte, där hälsoproblemen är större men avstånden till sjukvården är längre än i Varberg konsumerar befolkningen 20 procent mindre vård än genomsnittet.

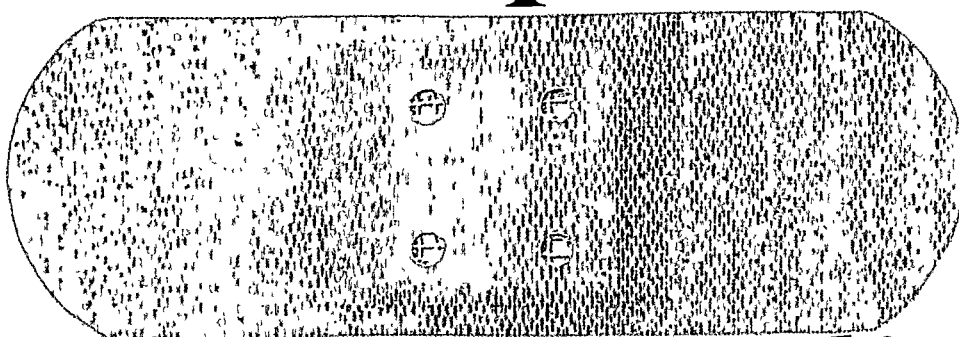
"Vård på lika villkor?" ingår i socialstyrelsens studie över sjukvårdskonsumtion. 1981 publicerades förstudien "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande" som visade på stora skillnader, huvudsakligen mellan olika landsting. Den nu aktuella rapporten demonstrerar samma förhållande mellan kommunerna inom ett landsting.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvård erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. För att landstingen ska kunna tillgodose detta fordras dels studier av lokala problem, dels övergripande kartläggningar av hur vårdresurserna utnyttjas i förhållande till det beräknade vårdbehovet. Enligt socialstyrelsen bör landstingen genomföra lokala studier som ett led i översynen av hur sjukvårdsresurserna används samtidigt som en omorientering sker mot mer förebyggande arbete.

"Vård på lika villkor?"

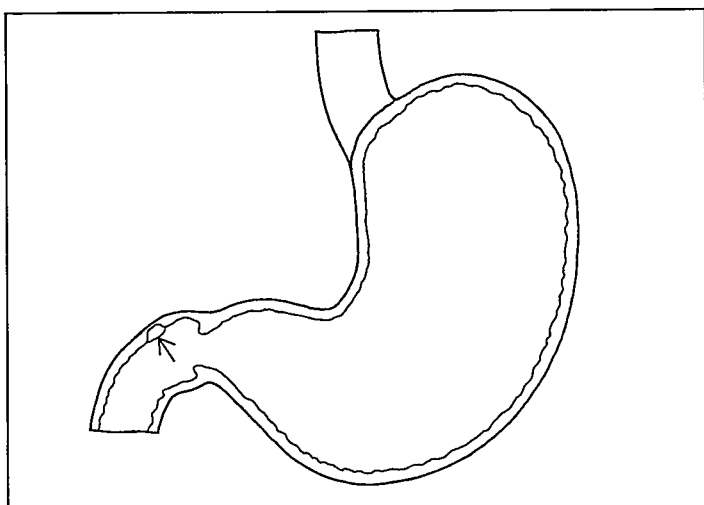
Socialstyrelsen redovisar 1983:6 Pris: 30 kr.
Information: Byråchef Kurt Roos
(projektledare), sjukhusbyrån,
tel 08/23 60 60 eller distriktsläkare
Lars Olovsson (huvudförfattare), tel 046/103624.

Andapsin

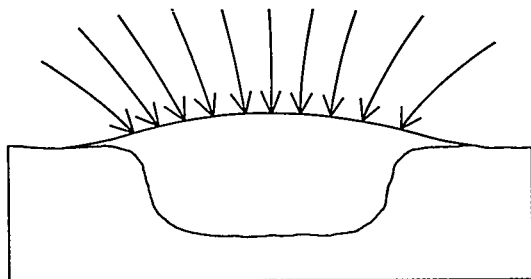


fungerar som ett plåster.

Det första ulcusmedlet med specifik lokal verkan. Så kan man bäst beskriva det nya läkemedlet Andapsin.



Till skillnad mot hittillsvarande metoder, som gått ut på att nedbringa eller neutralisera de aggressiva faktorer som förorsakar ulcus, behandlar man med Andapsin bara själva såret. Denna lokala verkan, som närmast kan liknas vid ett kemiskt plåster, uppstår tack vare Andapsins förmåga att tillsammans med sårets proteiner bilda ett kemiskt komplex. Andapsin representerar alltså en ny och unik behandlingsprincip.



Andapsin ger såret ett skyddande membran

Det kemiska komplex som Andapsin bildar ger ett skyddande membran över såret som är ogenomträngligt för saltsyra, pepsin och gallsyra. Andapsins affinitet till såret är 6 till 7 gånger större än till frisk vävnad (1).

Andapsin – få bieffekter

Eftersom Andapsin praktiskt taget ej absorberas innebär

detta få och milda bieffekter. Mag-tarmkanalens normala funktioner störs inte heller. I omfattande kliniska studier med totalt över 2 300 patienter var den vanligaste biverkan lätt obstipation. Detta rapporterades hos ca 2% av patienterna (2). Preparatets toxicitet är så låg att LD 50 ej har kunnat fastställas.

Andapsin tabletter 500 mg

Antiulcusmedel med lokal slemhinneskyddande effekt.

Deklaration. 1 tablett innehåller: Sukralfat 500 mg, constit. q.s.

Egenskaper. Sukralfat är alkaliskt aluminiumsackarossulfat, som vid peptiskt sår huvudsakligen verkar med en lokal slemhinneskyddande effekt. Sukralfat bildar ett komplex med proteinerna i sårets botten. Bindningen till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat absorberas i ringa utsträckning från mag- och tarmkanalen.

Indikationer. Duodenalsår.

Försiktighet. Patienter med grav renal insufficiens, särskilt vid hemodialys, då sukralfat innehåller aluminium.

Graviditet och amning. Kategori A. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar uppträder i ca 2%, vanligast är förstoppning. Muntorrhet finns rapporterad.

Dosering. Till vuxna 2 tabletter 4 gånger dagligen en timme före måltid och vid sänggåendet. Om antacida ordineras samtidigt bör detta intas minst en halvtimme före eller efter Andapsin.

Förpackningar. Tabletter 500 mg (vita, runda med skåra Ø 11 mm). Tryckförpackningar 50 st, 100 st, 250 st.



Litteratur

1. Nakazawa, S et al: Selective Binding of Sucralfate to Gastric Ulcer in Man. Dig Dis Sci 26, (4) 297–300, 1981.
2. Ishimori, A: Safety Experience with Sucralfate in Japan. J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2) 169–173, 1981.



FARMOS GROUP AB

BOX 3012, 183 03 TÄBY, Tel 08-7560410

Socialstyrelsen

Beroendeframkallande medel. Materialkatalog.

Socialstyrelsen. PM 30/83. 56 sidor.

Denna lilla skrift, som Socialstyrelsen sänt för recension, är tänkt som en informationskälla för dem som i sitt arbete kommer i kontakt med frågor som berör beroendeframkallande medel, tex inom hälso- och sjukvård, information och utbildning, fritidsverksamhet, m.m. Eftersom många av våra patienter har missbruksproblem, även om vi kanske inte vet eller upptäcker det, och eftersom utredningar och program, ("HSU 90-utredningen", "Läkare om alkohol" och "Landstinget och alkoholfrågorna") vill ge primärvården större uppgifter på alkoholområdet, är den lilla, till det yttre snustorra skriften, relevant för primärvården och allmänmedicin. Materialkatalogens innehållsförteckning ger en överblick över vilka typer av publikationer som finns i katalogen och hur den är uppställd. På sista sidan finns ett ämnesregister med hänvisning till löpnummer i katalogens vänstermarginal. Ämnesregistret omfattar bla arbete, barn, basfakta, drogpolitik, förebyggande, invandrare, kriminalitet, kvinnor, ungdom samt vård och behandling. Totalt är 307 av publikationerna eller utredningarna försedda med löpnummer. Dessutom tillkommer, bla viss statistik, tidskriftsmaterial samt författningar och anvisningar. Vidare finns i katalogen uppgift på vilket läkemedel (sniffbara ämnen, alkohol, narkotika, tobak, vissa läkemedel) som materialet eller publikationen avser.

Materialkatalogen innehåller bla skriftserier och skrifter från Socialstyrelsen och andra organ, rapporter från utredningar av projekt, statistik, projektförteckningar, studiematerial, tidskriftsartiklar m.m. samt författningar och anvisningar.

Rapporter, faktasammanställningar och kartläggningar saknas definitivt inte på detta område i vårt land. Det saknas knappast heller välunderbyggda argument för åtgärder. Vad som främst saknas är uppenbarligen politisk vilja och politiska beslut som kan minska den enorma omfattningen av sociala och medicinska problem, som är förknippade med användningen och överkonsumtionen av beroendeframkallande medel. Särskilt gäller detta alkohol- och narkotikaområdet. Naturligtvis är denna genomtänkt disponerade materialkatalog av värde för alla som arbetar med eller träffar på personer med problem pga beroendefram-

kallande medel. Den bör lämpligen finnas i referensbiblioteket på varje vårdcentral.

Anders Romelsjö, distriktsläkare.

Socialstyrelsen

Genomgång av statistik inom området beroendeframkallande medel.

Socialstyrelsen. Stockholm 1980. 68 sidor.

Den elvahövdade projektgruppen som ställt samman denna rapport, hoppas att den skall vara till hjälp att hitta rätt i den flora av statistikuppgifter om beroendeframkallande medel, som finns och används i olika syften. Man hoppas också att detta skall bidra till en bättre dabbatt på området.

Inledningsvis framhåller man att flertalet av Socialstyrelsens beråer behandlar ärenden som rör beroendeframkallande medel (sniffbara ämnen, alkohol, narkotika, tobak samt vissa typer av läkemedel).

Innehållet är sedan disponerat i de tre huvudavsnitten: tillgång till medlet, förbrukning, förbrukningens konsekvenser. Under avsnittet "tillgång för medlet" behandlas bla statistik om tillverkning legalt, tillverkning illegalt, försäljning och import av alkohol. På motsvarande sätt redovisas uppgifter om andra beroendeframkallande medel. Olika problem att bedöma konsumtionen utifrån enkätundersökning eller försäljningsstatistik diskuteras. De kända och beräkningsbara enorma konsekvenserna av missbruk för olika samhällsområden såsom sjukvård, socialvård och rättsväsende redovisas liksom olika individrelaterade data inom i stort sett samma område. Avslutningsvis finns en ganska utförlig litteraturförteckning.

Den här lilla skriften är utan tvekan bra och värdefull för de som intresserar sig för beroendeframkallande medel. Det har primärvården anledning att göra. Den bör finnas i referensbiblioteket på varje vårdcentral.

Skriften visar alldeles klart, att det finns mycket fakta om de enorma skadeverkningarna för individer och samhällen av dessa medel. Det är väsentligen en politisk fråga att söka minska omfattningen av dessa skadeverkningar. Det saknas definitivt inte erfarenheter eller välgrundade förslag till åtgärder mot de beroendeframkallande medlen (alkohol och narkotika fram-

för allt i detta sammanhang). Det som saknas är politiskt mod och politisk vilja, eller hur?

Anders Romelsjö, distriktsläkare.

Sobril inom geriatriken



**Oro och ångest på natten
behöver inte behandlas
annorlunda än oro och ångest
på dagen**

Rembrandt vid 62 års ålder, självporträtt.

Sobril®
oxazepam

mjukt insättande effekt • enkel metabolism • snabb elimination

△ ♦ Risk för tillvänjning föreligger, varför försiktighet bör iakttas vid förskrivning

För ytterligare information, se FASS.

KabiVitrum Sverige AB Box 30064, 10425 Stockholm. Tfn 08-541040

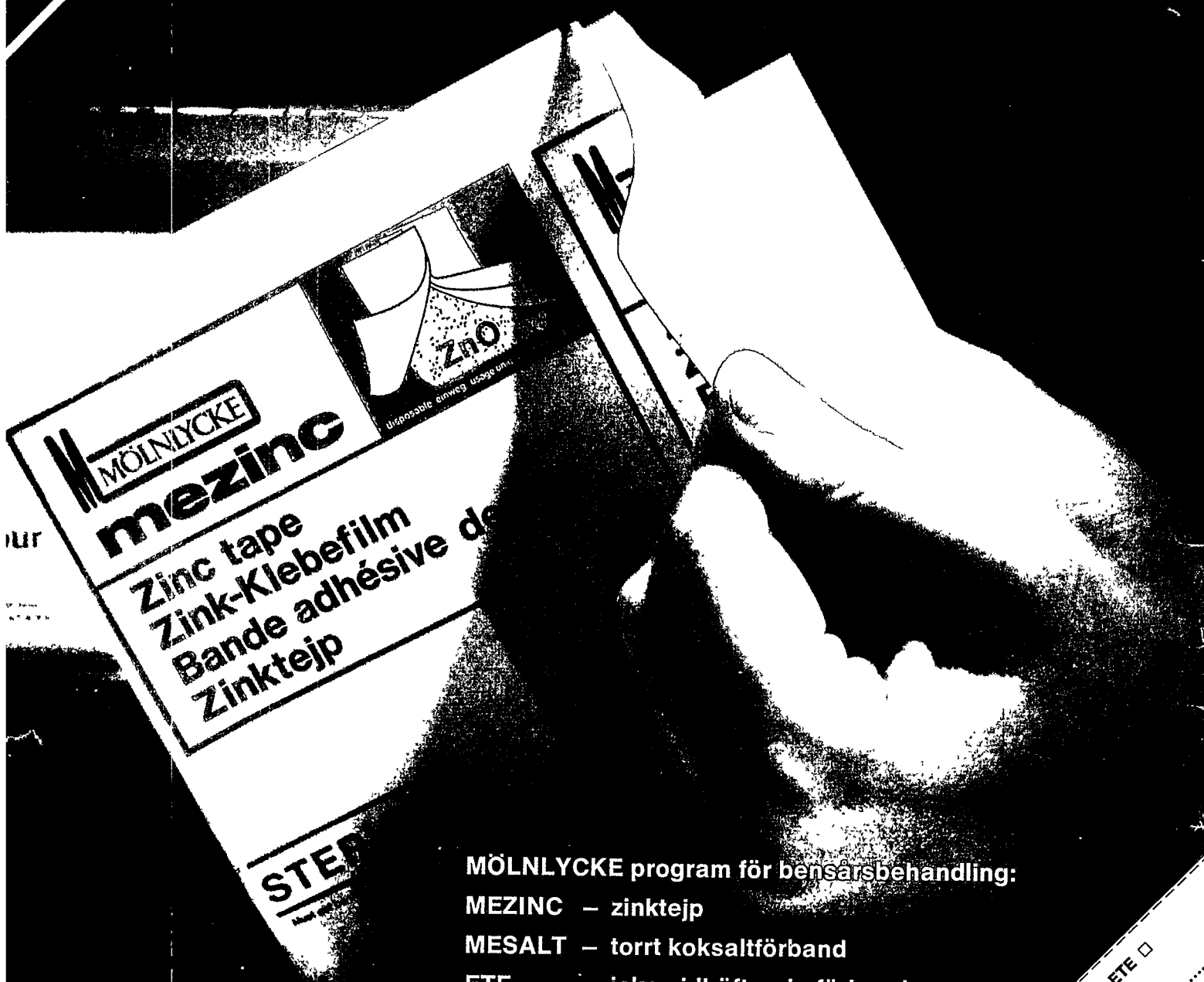
NYHET

mezinc

Zinktejp för sårbehandling

MEZINC är en ny sårvårdsprodukt utvecklad i samarbete med Umeå Universitet.

MEZINC har bl.a. nekrosupplösande effekt.¹



MÖLNLYCKE program för bensårsbehandling:

MEZINC – zinktejp

MESALT – torrt koksaltförband

ETE – icke vidhäftande förband

¹

Hallmans, G., Healing of experimentally induced burn wounds
Scan. J. Plast. Reconstr. Surg. 12: 105-109 (1978 b)

Mölnlycke 

MÖLNLYCKE AB, Sjukhusprodukter 435 01 MÖLNLYCKE
Tel: 031-74 20 00

Var god sänd information om MEZINC ☐ MESALT ☐ ETE ☐

Namn:
Titel:
Adress: