

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



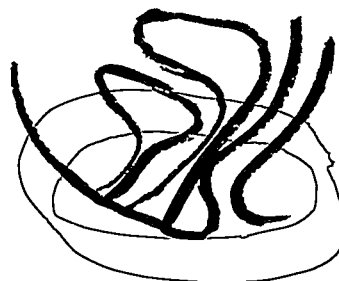
Distriktsläkar-
rapporter

5
1983

Forskare och
praktiker

Urogenitala besvär

hos äldre kvinnor



”UVI föregås oftast av en kolonisation av perineum och det periuretala 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 urinvägspatogena bakterier. Hos äldre är slemhinne-sekretionen starkt reducerad.”

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

”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



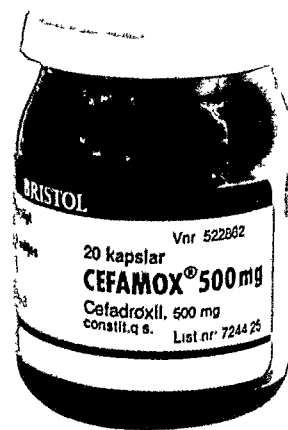
Peroralt cefalosporin

CEFAMOX[®] *vid urinvägsinfektioner*

- **effektivt**
- **tolereras väl**
- **enkel dosering**

CEFAMOX[®] absorberas oberoende av födointag. 93% av aktiv substans utsöndras inom 24 timmar.

CEFAMOX[®] är en vidareutveckling av cefalexin som medfört förbättrade farmakokinetiska fördelar med bibehållet antibakteriellt spektrum (FASS 1983).



CEFADROXIL[®]
CEFAMOX[®]

Doseras morgon och kväll



BRISTOL-MYERS AB

Huvudsta Gård Box 4100 171 04 Solna
telefon 08/ 82 04 30

BRISTOL



Isopstin® Knoll

Tabletter 40 mg, 80 mg och 120 mg,
injektionsvätska 2,5 mg/ml

Kalciumantagonist

Grupp 2C 1815

Deklaration. 1 tablett innehåller: Verapamili hydrochloridum 40 mg aut 80 mg aut 120 mg, color (kinolingult, titandioxid) et constit. q.s. 1 ampull innehåller per ml: Verapamili hydrochloridum 2,5 mg, natrii hydrochloridum 8,5 mg et aq. ad iniectionem q.s.

Upplysningar. Meda AB, telefon 031-176840.

Egenskaper. Verapamil är en kalciumantagonist med effekt vid angina pectoris, förmaksarytmier och hypertension. Den basala verkningsmekanismen är en selektiv hämning av det transmembranösa flödet av kalciumjoner genom påverkan på särskilda kalciumkanaler i cellmembranen. Samtidigt bibehålls möjligheten till aktivering med katekolaminer. Kalciumflödet har en väsentlig betydelse för den kontraktila processen i hjärtmuskulceller och i glatt muskulatur. Därigenom förklaras den hämmande effekt som verapamil utövar på isolerade myokard- och kärlpreparationer. Denna effekt kan elimineras av tex isoprenalin. Verapamil påverkar de perifera blodkärlen och ger vasodilatation. Verapamil har ingen effekt på skelettmuskulaturen. Behandling med verapamil-medför inga negativa effekter på luftvägarna och kan därför även användas hos patienter med obstruktiv lungsjukdom.

Antianginös effekt: Kalciumantagonismen medför en lägre omsättning av energirika fosfater och därmed en minskad syrgasförbrukning. Hämningen av myokardiets kontraktilitet med minskad syrgasförbrukning anses ha betydelse för den terapeutiska effekten vid angina pectoris. Dessutom spelar koronar vasodilatation en betydande roll, speciellt vid förekomst av koronarspasm. Genom perifer vasodilatation med blodtryckssänkning sker även en avlastning av hjärtat. Hos patienter med normal vänsterkammarfunktion medför behandling med verapamil inga negativa hemodynamiska konsekvenser trots hämningen av myokardiets kontraktilitet.

Antiarytmisk effekt: Den antiarytmiska effekten av verapamil är väl dokumenterad vid förmaksarytmier. Genom kalciumantagonismen minskar verapamil automaticiteten i ektopiska foci och ökar överledningstiden i AV-noden med förlängning av den effektiva refraktärtiden. Detta leder till en reduktion av kammarfrekvensen vid förmaksflimmer och -fladder. Vid paroxysmala supraventrikulära takyarytmier, erhålls oftast omslag till sinusrytm samt recidivprofylax. Effekten på den kardiala pacemakeraktiviteten kan upphävas av tex isoprenalin.

Antihypertensiv effekt: Genom perifer vasodilatation reducerar verapamil det perifera kärlmotståndet. Verkningsutövas huvudsakligen på resistenskärlen. Inga ortostatiska besvär förekommer under behandlingen och hjärtfrekvensen ökas inte. Ej heller har natriumretention och reninstimulation observerats. Verapamil sänker blodtrycket i såväl liggande som stående ställning samt under arbete.

Verapamil kan, vid behov, kombineras med diuretika eller α -metyldopa. Kombination med β -receptorblockerare är inte lämplig.

Efter oral tillförsel absorberas verapamil nästan fullständigt. Den biologiska tillgängligheten är ungefär 20%, beroende på en omfattande first-pass-metabolisering.

Den biologiska tillgängligheten av verapamil ökar vid nedsatt leverfunktion. Vid oral tillförsel uppnås maximal plasmakonzentration efter 1–1,5 timma. Ungefär 90% av verapamil är bundet till plasmaproteinerna. Halveringstiden i plasma är efter engångsdos 3–5 timmar och i steady state cirka 10 timmar.

Verapamil genomgår en omfattande metabolisering i levern. Verapamil och dess metaboliter utsöndras huvudsakligen renalt – 70% av den givna dosen. Den viktigaste metaboliseringsvägen är N-dealkylering. En av huvudmetaboliterna, norverapamil, har ungefär 20% av moderföreningens farmakologiska aktivitet.

Indikationer. Angina pectoris. Förmakstakyarytmier och AV-nodala takyarytmier. Hypertoni – Isopstin kan användas då behandling med β -receptorblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har givit önskad effekt eller är olämplig.

Kontraindikationer. Bristfälligt kontrollerad hjärtsufficiens (om inte denna orsakas av takyarytmi), kardiogen chock. AV-block av grad II och III samt bifasiskulärt block och sick sinus syndrom.

Försiktighet. Vid hypotension, akut myokardieinfarkt, uttalad bradykardi, digitalis-intoxikation samt AV-block grad I. Försiktighet bör även iaktas vid nedsatt leverfunktion på grund av minskad first-pass-metabolisering med åtföljande ökad biologisk tillgänglighet. Samtidig behandling med β -receptorblockerare är olämplig – se under Interaktion. Om parenteral tillförsel sker alltför snabbt, kan AV-block, hypotoni och eventuellt asystoli uppträda. Förmaksflimmer i kombination med WPW-syndrom (risk att verapamil utlöser kammarflimmer).

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [G].

Uppgift saknas om huruvida verapamil passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Obstipation förekommer. Illamående, yrsel, huvudvärk och hudutslag har rapporterats. Vid parenteral tillförsel se under Försiktighet.

Dosering. Interindividuella variationer i first-pass-metabolismen medför att dosen bör anpassas individuellt.

Följande riktlinjer gäller:

Hypertoni: 240–480 mg/dag fördelat på 3 doseringstillfällen.

Angina, arytmier: 240–480 mg/dag fördelat på 3–4 doseringstillfällen. Under kortare tid kan dosen höjas (upp till 720 mg/dygn).

Parenteralt: Vid akuta arytmier 5 mg (1 ampull) som engångsdos intravenöst. Dosen kan upprepas efter 5–10 minuter och i allmänhet är detta tillräckligt för att uppnå terapeutisk effekt. Tillförseln skall ske långsamt (2–3 min).

Infusion: ISOPTIN kan ges som infusion i isoton koksaltlösning eller glukos, 5–10 mg/timme, totalt upp till 100 mg/dygn.

Barn

Oralt: 20 mg 2–3 gånger dagligen för spädbarn och småbarn. 40 mg 2–3 gånger dagligen för större barn (för övrigt beroende på ålder och verknings).

Parenteralt: Barn 1–5 år 2–3 mg (0,8–1,2 ml), barn 6–14 år 2,5–5 mg (1,0–2,0 ml) som tillförs långsamt intravenöst under noggrann observation av patienten och EKG. Vid behov kan dosen upprepas efter 5–10 minuter.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [I] grupp 2C 1815 Verapamil, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

Hållbarhet. 5 år.

Förpackningar. Tabletter 40 mg (ljusgula): 100 st vnr: 178574, Tabletter 80 mg (ljusgula): 100 st vnr: 035873, 250 st vnr: 174235. Tabletter 120 mg (ljusgula): 100 st vnr: 047613. Ampuller: 5x2 ml vnr: 178590.



ISOPTIN®
Hypertoniantagonisten

Ledare:
Prestationsmätt i primärvården 188

Föreningsnytt:
Nya medlemmar i SFAM och Nya Allmänläkare. 189

Kurser och konferenser:
Centrum för samhällsmedicin och vårdcentralen i Dalby arrangerar den 27-28 oktober 1983 års Dalbydag. 189

Rapport från andra nordiska kursen i akupunktur Tampere 23-26 maj 1983. 190

Axplock från Svenska distriktsläkarföreningens föreningsmöte. 191

Internationellt:
Fortbildningsresa i Kina
Agnetta Vigborg 192

Verksamhetsplanering i primärvården:
"Distriktsläkarrapport" från vårdcentralen i Ingelstad.
Anders Håkansson 196

Att forska:
FoU på vårdcentralen - reflexioner i samband med avrapportering av Tumbaprojektet.
Britt-Gerd Malmberg, Karin Wikell 199

Forskare och praktiker - några personliga reflektioner kring dubbelrollen.
Margus Mägi, Inger Svenman 201

Ortopedisk medicin i primärvård:
Konsult i ortopedisk medicin - en försöksverksamhet.
Anna-Karin Furhoff, Lena Nord, Rolf Nordemar 207

Rörlighetsträning - stretching:
Effekten av olika metoder att träna rörlighet.
Peter Schantz 209

Egenvård:
Information om egenvård - behövs det?
Lotta Tillander, Atle Wohrm 210

Telefonrådgivning:
Telefonframkomlighet vid vårdcentral.
Sven Ternow 213

Debatt:
Hypertoni: Mätproblem och terapi-effekter.
Anders Överby 215

Synpunkter på allmänmedicinsk vidareutbildning.
Pétur Pétursson 217

Är vårdlag självklart bra?
Georg Larsson 219

Svar till Är vårdlag självklart bra.
Gunnel Boström, Leif Svanström 219

Hur skall otit behandlas?
Georg Larsson 220

Recensioner:
Psykosomatiska bidrag 221

Allmänläkarboken 2 222

Omslagsfoto: - Senhöst på Gotland - Sylve Bergström, Gardar.

Prestationsmått i primärvården

Den nya hälso- och sjukvårdslagen lägger nya arbetsuppgifter på primärvården. Det gäller både inom förebyggande, botande och omsorgsverksamhet. Modeller för att beskriva och utvärdera vad vi gör inom primärvården är viktigt framför allt för att kunna utveckla arbetsformerna. Exempel på sådan verksamhetsredovisning – *distriktsläkarrapporter* ges i numret.

Verksamheten i primärvårdsområdet måste ställas i relation till en systematisk bedömning av behovet som finns – dvs utfallet i en samhällsdiagnos. I en sådan verksamhetsbeskrivning bör frågor besvaras som:

- använder vi den tid på äldre som motsvaras av det antal vi har i primärvårdsområdet?
- har vi vid vår vårdcentral adekvat verksamhet som riktar sig till de stora patientgrupperna som diabetiker, hypertoner etc?
- använder vi den tid på socialmedicinskt arbete, rehabilitering, samarbete med socialvården etc som motsvarar de socialmedicinska behov som finns i primärvårdsområdet?
- fördelar vi arbetsinsatserna när det gäller förebyggande verksamhet i enlighet med de hälsoriskmönster som finns i vårt primärvårdsområde?

I dag tas inga sådana hänsyn när medel tilldelas för verksamhet inom primärvårdsområdet från huvudmännen. I stället har diskussionen bland politiker och administratörer koncentrerats till *besöksintäkter* för läkarbesök. Det är viktigt att definitionsmässigt skilja detta från *prestationer* som är en beskrivning av verksamhetens innehåll som också kan mätas kvalitativt. Produktivitetens mått som används i dag för tilldelning av medel räknas fram genom en ekvation där antalet läkarbesök divideras med bruttokostnaden för verksamheten. Praktiskt innebär det här i många landstingsområden att *så fort kvalitativa förändringar genomförs minskar produktiviteten* i vårdcentralens verksamhet. Det kan gälla införande av vårdlagsorganisation eller utarbetande av vårdprogram för stora folksjukdomar som högt blodtryck, diabetes eller urinvägsinfektioner etc. Ersättningsnormerna från staten via allmänna försäkringskassan till landstingen är således otidsenliga och utgör ett av de största hindren för förverkligandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen. Dessa frågor utgjorde också temat för diskussionerna vid distriktsläkarföreningens årsmöte i maj 1983 i Sollefteå.

Redan i hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU-SOU 1979:78 "Mål och medel för hälso- och sjukvården") föreslogs att nya ersättningsnormer snarast arbetas fram. En *schablonersättning* borde ges till landstingen i stället för som nu i relation till antalet läkarbesök. Utredningsgrupper inom Socialdepartementet och Landstingsförbundet verkar att sedan dess kört fast i sitt arbete i frågan. En *viktig förändring* har dock ägt rum. Mellan representanter för stat och landstingskommun slöts ett nytt avtal om ersättningsnormer under våren 1983. Arbetet har fått liten publicitet trots att det ur primärvårdssynpunkt är ett av de viktigaste de senaste decennierna. Huvudinnehållet är att förutom ersättning per läkarbesök (besöksintäkter) ges även *24 kronor per invånare i landstingsområdet till speciell verksamhet inom två områden*. Det första gäller utbyggnad av öppenvårds psykiatri och det andra *förebyggande hälsovård och primärvård inklusive långtidsvård*. Det är unikt att staten på detta sätt försöker förändra verksamhetens inriktning inom hälso- och sjukvården genom ekonomisk styrning. I tidigare nummer av AllmänMedicin har vi presenterat och diskuterat hur primärvårdsutbyggnaden i Finland kunnat genomföras genom sådan styrning (AllmänMedicin nummer 3/1983). Problemet i dag är emellertid att politiker runt om i landet är dåligt informerade om avtalet. I Stockholmsområdet har det fått till konsekvens att besöksintäkternas minskning diskuterats i termer av minskad produktivitet i distriktsläkarnas arbete. Framför allt har de så kallade "utvecklingsvårdcentralerna" fått stå i skottgluggen. Det är i dessa vårdcentraler som verksamheten kvalitativt förändrats mest och därigenom också uppvisat den lägsta produktiviteten. Det här visar att nya ersättningsnormer från stat till landsting snarast måste arbetas fram. En fortsatt starkare styrning av medlen till förebyggande hälsovård och primärvård är också nödvändig om HSL skall förverkligas på ett jämlikt sätt mellan landstingsområdena.

Bo Haglund

Förenings
nytt

AllmänMedicin Manusstopp

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

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1983/1984.

Nummer	Manusstopp	Planerad utgivningsvecka
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,
172 83 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.

Carl Edvard Rudebäck,
Mariehems vårdcentral,
Morkullavägen 9, 902 37 Umeå.
Tel 090/12 45 09

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

Annonser:
MJ Annonsförmedling
Ahlströmergatan 18, nb 112 47 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 0281-3513

Nya medlemmar i SFAM och Nya allmänläkare

I fortsättningen kommer vi att under ovanstående rubrik presentera namnen på nya medlemmar i SFAM respektive de läkare som erhållit specialistkompetens i Allmänmedicin. Vi anser att det kan vara av allmänt intresse för SFAM's medlemmar. Samtidigt skall det ses som en hyllning till våra nya allmänläkarkollegor.

Nya medlemmar i SFAM

Erik Trelle, Eva Samuelsson, Herman Bolt, Anders Berglund, Elsa Sihlbom, C Wahlgren, Helene Ekström, Eva Bergholtz, Staffan Hjalmer, Yvonne Eklund, Eva Ekman-Ulin, Barbro Tyter-Niklasson, Kerstin Westergren, Per Malm, Margareta Söderström, Göran Umeåfjord, Janne Björklund, Jerry Schnaider, Margareta Simonsson, Staffan Bernedzon, Martin Rosengren, Jan Håkansson, Gert Tygesen, Eva Wahlgren, Lars Lönneborg, Stefan Nordström, Britta Bergöö, Lennart Söderlind, Lars Gotthardsson, Cajsa Forstenberg, Hans Åberg, Harry Fransson, Elisabet Carneskog-Pahlm, Ingegerd Sjölund, Åke Helldahl, Olof Smedberg, Bo Ekström, Hans Berggren, Stefan Dahlberg, Krister Haglund, Alf Magnil, Margareta Kristenson, Inger Belfrage, Lena Svidén, Anders Hernborg, Karin Hasslung, Johannes Jokumsen och Bengt Larsson.

Nya allmänläkare

Gunilla Ahlen, Kenneth Andersson, Bernd Atmer, Dan Befrits, Inga-Lena Bengtsson, Peter Borell, Arni Gunnarsson, Håkan Götmark, Hannes Hansen, Anders Hultén, Ole Lund, Sture Nordin, Roy Peste, Staffan Rönnerberg, Erland Svennson, Ilse Wallin, Håkan Westerlund, Ann-Sofie Ölander, Erling Christensen, Miloslava Richter, Jan Weibring, Lars Wilhelmsen, Olav Skogen, Måns Larsson, Göran Petri, Karin Strååt, Carola Virgin, Willy Ybo, John Yllö, Lars-Göran Edström, Laila Enström-Näsander, Leo Grosshennig, Owe Hägglund, Anders Olsen, Ulla Schütt, Marie Hagnell, Iradj Afsar-Kesemiri, Sven-Axel Andersson, Ulla-Britt Andersson, Maj-Liss Burström Sande, Arne Jakobsson, Bo Johansson, Anders Carlsson, Eva Carlsson-Holm, Olle Staaf, Ingela Ödmansson, Peter Skjöth, Mona Ivermark, Ingemar Karlsson, Ole Söndergaard, Christer Åhlander, Carl Wetterhall, Anne Skovgaard Hansen, Claes Rydin, Pertti Philflykt, Kalju Leetmaa, Sigyn Klingberg Haglund, Anders Isacsson, Arne Holm, Anna Bexell, Åke Bergman, Ethel Bergström, Christer Dahlkvist, Bo Hedblad, Ingemar Isaksson, Kent Johansson, Halldur Jonsson, Sören Kerslow, Torbjörn Lasenius och Anders Lind.

Kurser &
konferenser

Centrum för samhällsmedicin och vårdcentralen i Dalby arrangerar den 27-28 oktober 1983 års Dalbydagar

Lokal: Nyvångsskolans aula

27 oktober

08.15

Inledning Uno Kvist, Bengt Scherstén

Fria föredrag

Moderator: Ove Dehlin

08.30

Samverkan i äldreomsorgen – ett utbildningsprogram Eri Thorén

08.45

Ålderdemenssymtom i en avgränsad population Mikael Franzén

09.00

Pedagogik i missbruksvård – samarbetsprojekt för missbrukande ungdom i Lund. Eva Olsson, Grenn Sandelius

09.15

Några kommunala projekt för arbetslös ungdom i Lund. Annie Stråhlén

10.00

Symposium: Mödrahälsovård

Moderator: Barbro Hagander

Lars-Olle Armgard, Björn Gustavii, Connie Jörgensson, Christina Karlsson, Ulf Kristoffersson, Karin Mitchell, Ulla-Beth Nilsson, Hans Pleven, Anders Åberg

13.15

Symposium: Bruk och missbruk av läkemedel i primärvården

Moderator: Arne Melander

Ulf Bergman, Bengt Järhult

15.15

Symposium: Patient-klientinflytandet i vården

Moderator: Inge Dahn

Merete Brattström, Anna Christensen, Per Hellsvik, Bengt Lindskog, Eva Ljunggren, Lars Östman

28 oktober

Fria föredrag

Moderator: Birgitta Hovelius

08.30

Omvårdnadsutveckling inom äldreomsorgen inom primärvårdsdistriktet Lomma/Björred och Staffanstorp. Gunvor Balsell, Margareta Olsson

08.45

Kommunikation mellan primärvård och länsdelssjukvård – en studie från Ystads sjukvårdsdistrikt.

Leopold Recht

09.00

Attitydundersökning vid en vårdcentral. Carl-Axel Johansson

09.15

Geografisk områdesindelning på sjukhemmet i Sjöbo. Marianne Cudzo, Pia Pikwer

10.00

Symposium: Laboratorie- och utredningsverksamhet i primärvården

Moderator: Bengt Scherstén

Per-Olof Bitzén, Kjell Jacobsson, Bernt Jonsson, Nils Tryding

Fria föredrag

Moderator: Per-Olof Bitzén

13.15

Samverkan i ett primärvårdsdistrikt. Mogens Hey

13.30

Pneumokockvaccination och luftvägsinfektioner hos daghemsbarn. Birgitta Hovelius

13.45

Bedömning av nikotinberoendet som utgångspunkt för rökavvänjning. Arne Jakobsson

14.00

Patientattityder till handläggning av akuta luftvägsinfektioner i olika vårdorganisationsformer. Sven Ingmar Andersson

14.15

Distriktsarbetsterapeuternas arbetsuppgifter. Berit Strandli, Monika Werngren-Elgström

14.30

Avslutning

Anmälan till Karin Svenninger, vårdcentralen, 24010 Dalby, tel 046-209200 senast den 7 oktober.

Barnvänliga vänt- rum på vårdcentraler

Du som arbetar inom sjuk- och hälsovård med barn. På Barnmiljörådet pågår just nu en utställning "Inte bara vänta". Där presenteras idéer om att leka, läsa och lära på BVC.

Om du besöker Stockholm tex i samband med Riksstämman, passa då på att se utställningen på Hantverkargatan 27. Öppet tisdag till fredag kl 10.00-14.00 (tel 08-524460).

Det finns även en skrift i ämnet "Inte bara vänta – om att leka, läsa och lära på BVC" som kan beställas från Barnmiljörådet*, Box 221 06, 10422 Stockholm.

*Barnmiljörådet är en statlig myndighet som informerar och ger råd om barns miljö och säkerhet. Särskilt framhävs lekens betydelse för barns utveckling. Barnmiljörådet vill verka för att stulerande och säkra miljöer skapas.

Prislista för särtryck ur AllmänMedicin 1983

	Första 100 ex	Följande 50 ex
16 sidor	1.490:-	100:-
8 sidor	850:-	80:-
4 sidor	575:-	55:-
2 sidor	410:-	50:-
Tillkommer för särskilt omslag med tryck på fram- och baksida	590:-	80:-
Priserna är exkl. nysättning och originalarbete. Mervärdesskatt tillkommer.		

Rapport från andra nordiska kursen i akupunktur Tampere 23-26 maj 1983

Akupunktur är en traditionell kinesisk behandlingsmetod med flera tusen års erfarenhet bakom sig. I Europa och i USA är intresset och erfarenheterna färskare. Akupunktur förekom i huvudsak först under detta sekel i länderna på den europeiska kontinenten som en alternativ behandlingsmetod till de västerländska. Sedan början av 1970-talet har intresset för akupunktur fått en renässans. Akupunktur har när den utsatts för kritisk granskning utifrån våra västerländska vetenskapliga kriterier kunnat hålla måttet i stor utsträckning. Forskningen kring dess verkningsmekanismer har lämnat mycken ny kunskap om kroppens smärtfysiologi och även andra fysiologiska förlopp.

I Skandinavien har sedan 1971 bla PJ Pöntinen, anestesilog i Finland, studerat och undervisat kring akupunktur. Pöntinen har hållit ett flertal grundläggande kurser i akupunktur, dess metod och verkningsmekanismer. Jag har haft förmånen att bevista en av dessa kurser och det är en erfarenhet jag gärna vill dela med mig av.

Den klassiska kinesiska akupunktur utgår från ett annat sjukdomsbegrepp och en annan undersökningsmetod och diagnostik än den vi är vana vid. Att tränga in i detta är att upptäcka ett för oss nytt tankesystem. Detta var inte avsikten med Pöntinens kurs. Vi fick i stället lära oss mycket om smärtemekanismer vid ett flertal vanliga tillstånd av myofasciell och skelettal smärta, refererad pain relaterad till dessa tillstånd samt akupunkturbehandling på många sätt framstående för många att påverka dessa.

Triggerpunkter är ett nyckelord i detta sammanhang. Det rör sig om de intensivt ömmande punkter som man ofta känner i m trapezius, m sternocleidomastoideus m fl muskler vid ett skulder-nacksyndrom eller över sacrum och glutealmuskulaturen vid lumbago ischias. Dessa muskler och de obehag som dels den lokala smärtan, dels den utstrålade värken ger är välkända fenomen för oss allmänläkare och föranleder ofta lite håglösa remisser till sjukgymnaster eller förskrivning av kramplösande i kombination med analgetikum samt relativt lång sjukskrivning. Behandling med akupunktur beskrivs emellertid som tack-sam och enkel. Principerna för be-

handlingens verkningar är i stor utsträckning kända.

Triggerpunkterna uppletas efter att anamnes och status utförts på sedvanligt sätt. Triggerpunkterna stimuleras med akupunktur nålar som får penetrera huden under det att man utför en borrarande rörelse med nålen som förs in 2-8 mm under huden. Djupet beror på vilka strukturer man sticker i, hur stark stimulering som behövs, vilken akupunktur man vill nå. Man kan om punkterna är mycket smärtsamma spruta lokalanesetikum i några sessioner innan man övergår till traditionell nålbehandling. Man kan stimulera elektriskt med TENS på en frekvens av 2Hz. Stimuleringen får sitta kvar 30 minuter. Behandlingen upprepas sedan någon gång per vecka i 4-5 veckor. Ibland oftare, ibland längre beroende på åkomans svårighetsgrad och svaret på behandlingen. Ofta kombineras behandlingen av triggerpunkter med nålning av bestämda punkter på avstånd från det effekterade området. Ibland får behandlingen upprepas längre fram tex vid en arthrosbehandling där ju orsaken till symptomen inte alls försvinner för att man inlett behandling. Patienterna svarar ibland med en ökning av smärtan ett dygn efter behandlingen, sedan lättar i regel smärtan. Ibland ser man inget svar på behandlingen förrän efter 3 behandlingar. I vissa fall ser man omedelbar lindring av smärtan. Ofta ser man tidigt att patientens sömnmönster normaliseras innan smärtan försvunnit. Hon kan känna biverkningar i anslutning till behandlingen i form av trötthet och ortostatism. Blodtrycksmediciner kan ofta minskas.

Professor Birger Kaada i Stavanger har länge studerat fenomenet akupunktur från neurofysiologisk synpunkt och bidragit till forskningen kring smärtupplevelsens mediatorer. Han redovisade nya intressanta resultat där akupunktursens läkande och inte endast smärtlindrande effekter dokumenterades. Kaada visade att elektrisk stimulering av Ho Ku-punkten mellan första och andra metacarpalbenet med TENS 2 Hz i 30 minuter ger en långdragen generellt perifer vasodilation vilket han med framgång använt vid behandling av patienter med störningar i den perifera cirkulationen som Raynauds sjukdom, diabetesfötter, arterioscleros. Han visade på denna effekt genom en elegant serie bilder av patienter med ulcerus cruris, amputationsfärdiga diabetestår, decubitalstår som stått oförändrade i 3 månader till 4 år där TENS på Ho Ku-punkten gett en slående effekt på sår läkningen. Dessa vasodilaterande effekter ansåg han sannolikt vara förmedlade av en endast delvis kartlagd polypeptid VIP (vasoaktiv intestinal polypeptid) som har en kraftigt vasodilaterande verkan.

Med denna användning av akupunktur och elektrostimulering närmar sig det västerländska använd-

ningssättet den klassiska akupunktur där man sedan länge använt perifer nervstimulering för att bota sjukdomar samt som adjuvans i kombination med annan behandling. Akupunktur är verkligen en spännande företeelse i orientaliskt synsätt och västerländskt. Pöntinens grundkurs kan varmt rekommenderas. Det är hög tid att vi från allmänmedicinens utgångspunkt tar ansvaret för att introducera och utvärdera nya och nygamla behandlingsmetoder inom vårt arbetsområde. Akupunktur är ett utmärkt exempel på en sådan metod som lämpar sig väl för allmänmedicinskt bruk.

Litteratur:

1. Andersson, Sven, Läkartidningen 1982 vol 79:47 s 4384-4389.
2. Kaada, Birger, Tids Nor Laegefor 6 1982, 102, 349-355.
3. Chaitow, Leon, The Acupuncture Treatment of Pain 1983.

Hans Thörn

Distriktsläkarmottagningen, Centrumvägen 34, 455 00 Munkedal

Provinsialläkar-rapporter

Provinsialläkarens hälsovårdsuppgifter enligt *provinsialläkarinstruktionen 1822 (8 §)*:

Utom denna skyldighet, att biträda de sjuke inom distriktet, som hans hjälp anlita, bör provinsialläkaren äfven fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidra till bibehålla innevånarnas helse, samt på allt, som för helsen kan medföra skadelige följder. Han bör för detta ändamål...

- Taga noga kännedom om sitt distrikt till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, särskilda folkkyrnen och lefnads-sätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt brukliga huskurer m.m...
- Vara uppmärksam på beskaffenheter av allmogens dryck och födoämnen...
- Anmäla förhållandet (vid risk för missväxt, farsoter och skada) hos landshöfdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare avböja hvad för innevånarnes helse kunde vara av menligt inflytande.

Härutöver ålades provinsialläkaren fortlöpande rapportering till sundhetskollegium.

Axplock från Svenska Distrikts- läkarföreningens föreningsmöte 6-7 maj i Sollefteå

Svenska Distriktsläkarföreningen arrangerade den 6 maj sitt årliga föreningsmöte. Temat för den vetenskapliga delen av programmet var "Att mäta primärvård" vilket rapporterats i Läkartidningen (1). Vi har för avsikt att återkomma med en fördjupad redovisning i kommande nummer av Allmän Medicin.

Från fullmäktigemötet den 7 maj redovisas några axplock som är av betydelse för diskussionen av den svenska allmänmedicinens utformning i teori och praktik.

§ 6: 1982 och 1983 års förhandlingar:

"Anders Lindman, Boden, framhöll att skillnaden numera mellan överläkare grupp A och distriktsläkare blir allt mindre, inte minst med beaktande av att så många distriktsläkare numera också ansvarar för sjukhem, vilket ju är en slutenvårdsuppgift. Man borde därför driva linjen menade han att överläkare grupp A och distriktsläkare får lika lön. Till dess man lyckas härmed borde man emellertid satsa på någon form av arvode för de distriktsläkare som också har sjukhem."

Bemanningsplanering:

"Vad gäller blocken har DLF i flera år kämpat för 500 block. Senaste erbjudandet var 430 block men sjukvårdshuvudmännen tog inte mer än 369. För i år finns återigen en rekommendation på 430 men det är idag okänt vad som kan bli aktuellt."

§ 10: Fortbildningsprogram för distriktsläkare i allmänmedicin:

"Sven Kullman började med en redovisning av den enkät som utarbetats. Anledningen var att styrelsen fått fullmäktiges uppdrag att utarbeta ett fortbildningsprogram för distriktsläkare och med detta har styrelsen arbetat under det gångna året."

§ 11: Motion nr 4:

"Angående återinförande av 'Provinsialläkarrapport'.

Samhället behöver kunskap om hälso- och sjukvårdens utveckling. Sådana rapporter bör produceras så nära befolkningen som möjligt, dvs i primärvården, för att vara tillförlitliga. Samhället behö-

ver också rapporter om resursanvändning inom hälso- och sjukvård och en uppföljning av effekterna. Alla är överens om att mätning av effekter inte kan göras i form av 'produktionsmått' som antal läkarbesök eller antal vård dagar.

Lokalavdelningen påpekade detta redan 1978 i en motion som gick ut på att formalisera kommunikationen mellan primärvården och politikerna. Den kommunikation vi då avsåg betecknade vi som resursbehovsanalys. Föreningen förhöll sig avvaktande positiv och enskilda medlemmar föreslogs att arbeta vidare med idén.

Aren har gått och primärvårdens resurser växer inte i förhållande till de ökade uppgifter som beslutats politiskt. Eftersom tillförlitliga beslutsunderlag saknas kan etablerade och starka delar av sjukvården behålla stora delar av resurserna.

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen § 4 'skall landstingskommunen planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov'. Trots 2 års diskussion har landstingen endast på enstaka ställen skapat organisatoriska förutsättningar i form av samhällsmedicinska enheter för att klara analysen av 'människors behov'. På många ställen har man inte ens ersatt länsläkarorganisationen, som trots allt någorlunda kunde svara mot den nya lagens krav.

Politiska krav på primärvården som inte motsvaras av resurstilldelning eller resurstillgång skapar en ohållbar situation för många av vår förenings medlemmar. Det framkommer i läkarförbundets arbetsmiljöprogram.

Vår uppfattning är att varje vårdcentral bör göra en strukturerad årsredogörelse grundad på

- vårdcentralens områdeskunskap
- rapporter från olika delar av kommunförvaltningen angående området
- offentlig statistik

Årsredogörelsen framställs av de verksamma inom vårdcentralen under ledning av vårdcentralschefen. Årsredogörelsen kan ha flera användningsområden. I första hand riktas årsredogörelsen till landstingskommunen, där den utgör ett av underlagen för bedömningarna enligt den nya hälso- och sjukvårdslagens 3:e och 4:e paragraf.

Ett annat viktigt användningsområde är för vårdcentralens egna verksamhetsgranskning. Dessutom kan årsrapporten användas som underlag för en diskussion med befolkningen i upptagningsområdet om inriktningen av hälso- och sjukvården.

Vi föreslår årsmötet besluta

att styrelsen får i uppdrag att skyndsamt verka för att landstingen återinför 'Provinsialläkarrapporter' i modern tappning. Detta kan ske genom föreskrifter från socialstyrelsen och/

eller rekommendation från landstingsförbundet.

Luleå 1983-02-01

Birger Gran, Ulf Måwe, Margareta Troein, Anders Lindman och Kenneth Widäng'

Styrelsens svar:

'Motionärerna önskar införa en årsrapport för varje vårdcentral med syfte att ge underlag för vårdcentralens fortsatta verksamhet.

Styrelsen tycker det är ett utmärkt initiativ och delar motionärernas uppfattning att en årsrapport med lämpligt innehåll skulle kunna vara till god hjälp att beskriva hälsoproblemen inom vårdcentralens upptagningsområde och därigenom fortlöpande peka på resursbehovet. En rapport borde även innehålla en beskrivning av vårdcentralens aktuella resurser och arbetsfält samt förmåga att fullgöra sina uppgifter. Vid en sådan analys finns anledning att studera metoder för bemanningsplanering, metoder att få en kommundiagnos och metoder att mäta primärvård. I utredningen bör ingå kontakt med allmänmedicinsk institution och samhällsmedicinsk enhet.

Styrelsen finner frågan mycket viktig men anser att DLF bör ha ett avgörande inflytande på hur en eventuell årsrapport skall utformas innan myndigheter, såsom socialstyrelsen och landstingsförbundet, kontaktas för en nödvändig officiell förankring med föreskrifter eller liknande. Detta innebär att DLF bör försöka utarbeta ett väl genomtänkt förslag till årsrapport.

Styrelsen rekommenderar fullmäktige besluta

- att ge styrelsen i uppdrag att skyndsamt utreda frågan angående förslag till årsredogörelse för vårdcentral."

Ny styrelse

Val av ny styrelse förrättades. För kommande verksamhetsår ingår följande:

Per G Swartling (ordförande)
Ingemar Block
Åke Edlund
Kerstin Ermebrant
Mall Kriisa (vice ordförande)
Carl-Eric Thors
Olof Svender (sekreterare)
Håkan Unnegård
Börje Wallheden (kassaman).

Bo Haglund

Litteraturreferenser:

Bergstrand I. Enighet i Distriktsläkarföreningen. Antalet besök dåligt mått på primärvården, nya modeller tema vid föreningsmötet. Läkartidningen 1982;80: 3063-4.

Fortbildningsresa i Kina

AGNETA VIGBORG

Efter den 10:e världskon- gressen i allmänmedicin i Singapore fortsatte en ska- ra deltagare på en mycket intressant men jobbig fort- bildningsresa i Kina. Där fick vi vid olika seminarier och besök på varierande vårdinstanser en inblick i hälso- och sjukvårdens organisation i Kina, deras prioritering av förebyggande åtgärder, västerländsk kont- ra traditionell medicin samt deras humana dag- hem med inbyggd sjukvård. Under sen eftermiddag respektive tidig förmiddag hann vi även beskåda en del sevärdheter i detta fascinerande land.

Nyckelord: Hälso- och sjukvård i Kina.

Till ytan är folkrepubliken Kina världens tredje största land efter Sovjet och Canada, men inget annat land är så folkrikt; drygt en fjärdedel av jordens befolkning bor i Kina. Bland Kinas bidrag till världskulturen kan nämnas: papperet, boktryckarkonsten, krutet och magnetkompassen.

Kineserna betraktade sitt land som världens medelpunkt. Långa tider har emellertid Kina hemsökts av kaos och splittring. På 1800-talet betraktades Kina som ett efterblivet land förödmjukat av västvärldens behandling. Men Kina överlevde trycket från väst och är det enda större område i världen som aldrig varit under europeiskt her- radöme. Det var emellertid först efter den kommunistiska revolutionen 1949, som Kina fick tillbaka sitt själv- förtroende och började göra anspråk på en plats bland världens stormakter. Kina är kärnkraftsmakt sedan 1960, och deltar även i kapplöpningen om rymden.

Enligt gammal tradition har härskaren i Kina makt enligt "himmelens mandat". Detta förverkades om han brast i sina plikter. Det var då folkets rätt och skyldighet att göra uppror mot en ond härskare och störta en korrump-erad dynasti. Stor vikt lades vid lojalitet, redlighet och respekt för föräldrar, familj och samhälle samt det rätta uppträdandet i det offentliga livet.

Kinesisk sjukvårdsutveckling

Under kulturrevolutionen konstaterades att det var omöjligt att få kvalifice- rad sjukvård. Man satsade därför maxi- malt på paramedicinsk arbetskraft och förkortade läkarutbildningen till 3 år. Man satsade på barfotaläkare, tre till fyra varav minst en kvinnlig skall fin- nas i varje produktionsbrigad. De be- tjänar en befolkning på ca 1.500 invå- nare vanligen boende inom en radie på ett par kilometer.

Barfotaläkarna väljes ut av befolk- ningen själv efter vissa kriterier. Ut- bildningen tar först 6 månader och sker på kommunsjukhus. Därefter ar- betar man i 3 år under ledning av en mera erfaren barfotaläkare från briga- den. Vidareutbildning och uppföljning sker sedan på kommunsjukhuset eller högre instans. Barfotaläkarna har en mycket viktig uppgift i den förebyggan- de hälsovården. De kontrollerar och sköter vattenrening, avföringshante- ring, mödra- och barnhälsovård under överinseende av kommunsjukhusläka- ren och kan också utföra vaccinatio- ner på brigaden. Propaganda för familj- planering faller också på deras lott. Lättare sjukdomstillstånd diagnostise- ras och behandlas av barfotaläkarna som också får skriva ut vissa läkeme- del. De vanligaste sjukdomar som de behandlar är luftvägsinfektioner, diar- réer och mindre skador. Nästan dagli- gen kommer läkare från kommunsjuk- huset för konsultationer.

I städerna finns en variant av barfo- taläkare. De är vanligen hemmafruar med en summarisk utbildning. Därefter får de hjälpa till med hälsovård, barnhälsovård, omgivningshygien men även födelsekontroll.

Idag har ca 90 procent av kommu- nerna egen hälso-sjukvård. 90 procent av brigaderna har egen sjukstuga. Lägsta möjliga kostnad uppnås genom att använda örtmedicin i stället för vä- sterländska farmaka. För poliklinikbe- söken betalar dessutom patienten en liten avgift för att stävja onödigt ut- nyttjande av hälsostationens tjänster. Därtill finns nationella fonder för att stödja sjukvården speciellt på lands- bygden.

Under 70-talet har det skett en poli- tisk svängning. Man försöker förena traditionell kinesisk medicin med vä- sterländskt synsätt. Man är på väg att ändra sjukvården till ökad kvalitet. Det finns fortfarande utbildning av mellannivåläkare med 3-4 års utbild- ning.

Ca 400 medicinska fakulteter har återgått till 6-årig utbildning med här-

da inträdesprov. I Peking finns även medicinsk högskola med 8-årig utbild- ning. För klassisk kinesisk medicin finns egna högskolor.

Standarden på sjukhusen varierar mycket. Man har väl utbyggd hjärt- kärlkirurgi på ett fåtal sjukhus. De öv- riga sjukhusen ligger vanligen 20-30 år efter västerländska sjukhus. På County General Hospital och nivån därutöver arbetar collegeutbildade läkare. På kommunsjukhus arbetar vanligen mel- lanstadsläkare. På brigaderna arbetar barfotaläkare under överinseende av mellannivåläkare. Man högprioriterar prevention.

Reseskildring

GUANGZHOU (KANTON)

Kanton ligger vid Pärlflodens myn- ning, 12 mil från Hongkong och är den mest västerländska av alla Kinas stä- der. Vi besökte ett regionssjukhus (County General Hospital) Guan Dong, där vi genom glaskupoler i taket kunde följa operativa ingrepp. Vi såg bla en körtelutrymning i buken på grund av malignt seminom. Operatio- nen genomfördes i kontinuerlig, hög epiduralanestesi. Postoperativt be- handlades patienten med kemoterapi.

Man använder sig ofta av akupunk- tur vid kirurgi. Under det operativa förloppet leds ofta svagström genom akupunktur nålarna. Denna anestesi- metod tillämpas ex vid hjärntumör- operation, men denna bedövnings- form fungerar ej vid operationer som kräver muskelavslappande effekt av anestesiemetoden. Premedicinering sker vanligen enligt västerländsk rutin, ex med Haldol och Petidin. Utförandet i själva operationssalen är ej så avvika- nde från västerlandets. Operations- utrustningen ex operationsbord, ope- rationsbelysning är emellertid föråld- rade.

Enligt biträdande chefsläkaren fick endast en procent av patienterna se- kundärinfektion trots/eller på grund av att man opererade med öppet fön- ster.

Doktor Wu, biträdande chefsläkare, själv öron-näs-halsspecialist, som för ett år sedan besökt Sverige på otolar- yngologikongress, berättade att sjuk- huset hade 760 sängar, ca 300 doktorer, 400 sjuksköterskor och totalt 1.800 anställda. Man tränade ca 200 blivan- de läkare. Här fanns också sjuksköter- skeskola. Utbildning av barfotaläkare sker inte på regionssjukhus utan på kommunsjukhus. Detta sjukhus hade 22 specialiteter, emellertid ej psykiatri. Man har väldigt få neuroser. För psy-

kossjukvård finns alltså stora mentalsjukhus. Regionssjukhuset använder både västerländsk och traditionell medicin. Kina importerar en hel del läkemedel ex Cimetidin, men den mesta medicinen producerar man själv. Patienten kan söka sjukhuset själv eller bli remitterad. Vårdavgiften för blindtarmsoperation, är 14 Yuan (1 Yuan ca 3:70). Sjukhuset hade ca 2.500 poliklinikbesök per dag. En normallön för läkare låg på 80 Yuan per månad, den biträdande chefsläkaren hade 200 Yuan per månad. En sjuksköterska tjänar 60 Yuan per månad. Utgifterna är dock i proportion till lönen. Man betalar för en normalvård 10 Yuan per månad. Det är självklart att läkare inte kan hålla sig med bil i Kina. Privatbilism är dessutom förbjudet.

Före 1949 härjade många sjukdomar och möjligheten till sjukvård var begränsad. Därefter har sjukvården byggts ut kraftigt. Under de senaste 20 åren har man utrotat kolera och smittkoppor samt i flera områden även Shistosomiasis. Man framhöll att malaria var en sällsynt sjukdom. Pest, polio och difteri hade man inte sett under senare tid. B-encephalit är i Kanton en ovanlig sjukdom.

Doktor Wu menade att den allvarligaste infektionssjukdomen i hans område var infektiös hepatit, vilket ledde till ökad förekomst av hepatom. Han preciserade ej om det var A eller B-hepatit.

I Kanton gjorde vi ett besök på en *jade-fabrik*. Där satt 100-tals jade-arbetare tätt packade och skulpturerade produkter med hjälp av slipmaskin och borr.

En liten vattenstråle användes i syfte att undvika damminhallation. Trots detta var risken för jadedammlunga uppenbar. Belysningen var dålig och ljudnivån hög. Arbetet pågick här som på andra arbetsställen i Kina 8 timmar per dag, 6 dagar i veckan året runt. Utöver nationella helgdagar (9 st) har kinesen ingen semesterledighet. De flesta arbetarna var unga och av båda könen.

Shanghai

Shanghai, som ligger vid Gula floden är Kinas största stad på 12 miljoner invånare. Denna är en av världens största hamnstäder samt en modern industristad. Av det forna våldet och grymheterna från opiumhandelstiden ser man numera inga spår. Trots att det är en överbefolkad stad ser man ingen egentlig slum, inga tiggare. Man kan utan rädsla promenera var som helst och ständigt bli mött av vänlighet, värme och nyfikenhet. I centrum av gamla staden ligger Yu-trädgården. Den anlades under slutet av 1500-talet och består av ett flertal paviljonger och tehus sinnrikt ordnade mellan spännande portar, slingriga stigar och vackra dammar med guldiskar. Intill ligger den gamla staden med ursprung från Marco Polos tid.



Instrumentbord för akupunktur.

I Shanghai fick vi inblick i bland annat familjebildning. Enligt lag är äktenskapet monogamt på lika villkor för man och kvinna. För att sänka nativitetens giftrasåldern successivt höjts till 22 år för män och 20 år för kvinnor. Under studietiden får man inte bilda familj och skaffa barn. Preventivmedel finns endast på recept för gifta par. Skulle den studerande kvinnan bli gravid får hon sluta sina studier. Skilsmässofrekvensen är mycket låg, under 5 procent av de ingångna äktenskapen. Det sociala trycket är starkt. Man får gå till domstol för att skiljas. Det fordras verkliga missförhållanden för att skiljas.

Homosexualitet accepteras inte och är mycket sällsynt. Brottligheten är mycket låg på grund av det sociala trycket; låg arbetslöshet, obetydlig missbruksproblematik samt stränga straff, tomt dödsstraff. Detta ser man som viktigt ur förebyggande synpunkt.

I Kina pågår som bäst en en-barnskampanj. Landet är överbefolkat, en miljard människor, och man måste ta till drastiska metoder för att överleva. En-barnskampanjen pågår överallt. En gravid kvinna skriver ett kontrakt "det här är mitt enda barn". Kontraktet är förknippat med en rad fördelar; förlängd föräldraledighet, 10 procent påslag på lönen, förtur till daghem och den privata jordlotten fördubblas. Blir kvinnan gravid på nytt försöker man övertala henne till abort. Föder hon likväl barnet mister hon de fördelar hon fick vid enbarnskontraktet. Under graviditeten går kvinnan på ett antal kontroller, antalet beror på hennes hälsa. Prematurfrekvensen är låg. Vid det första barnets födelse har modern 6 månaders betald ledighet. Vid det andra barnets födelse 56 dagars betald ledighet. Barn under 2 år sköts på speciella barnsköterskeledda spädbarnshem, oftast på moderns arbetsplats eller i så nära anslutning att modern kan gå ifrån sitt arbete och amma och sköta barnet. Efter denna ålder var barnen uppdelade på småbarnsdaghem (2-4 år) samt kindergarten (4-6 år).

I Shanghai besökte vi en *folkkommun Chao Yang*, som hade 10.000 barn under 14 års ålder. Där fanns 6

daghem för småbarn och 4 kindergarten, 6 primärskolor och 3 sekundärskolor (obligatorisk skolgång). Vi besökte de olika inrättningarna. Man möttes av glada, öppna och aktiva barn. Barnen förefaller vara mycket viktiga i Kina. Man räknar med barnen på ett positivt sätt. Man är medveten om att de barn man har utgör landets framtid. Barngrupperna är stora, 25-35 barn.

Varje grupp tas om hand av en förskollärare, som har 1 eller 2 assistenter till hjälp. Förskolläraren-pedagogen undervisar. Assistenten tar hand om praktiska bekymmer som toalettbesök etc. Trots att grupperna är stora ser barnen ut att må väldigt bra. De är inte trötta, uttråkade utan spontana och glada. Trots de stora grupperna är väldigt få barn sjuka i Kina, endast ett par barn på en hel lekskola, till skillnad mot i Sverige där 10-20 procent är frånvarande. Barnen i Kina har dagligen hårdande utomhusaktiviteter. Man lägger stor vikt vid fysisk aktivitet. Varje morgon inleds med gymnastik och dans. Barnen hade ett strukturerat schema med mycket sång, musik, teckning och olika drama, där barnen med enkla men färgstarka, ofta egengjorda dekorer och kläder lärde sig att framföra ex små sång- och dansnummer. Barnen fick uppleva rörelseglädje och föreföll få god kroppsuppfattning och god självkänsla. På varje förskola fanns också en sjukavdelning med isoleringsrum.

I området besökte vi också en *grannskapsklinik* i ett stadsområde. Här fanns 55 läkare, som hade ca 1.000 poliklinikbesök per dag. Man hade en gammal röntgenapparat och allmänt mycket enkel utrustning. Man hade en vaccinationsmottagning för barn. Man vaccinerade efter ett nationellt schema med vaccin som en barnspecialistklinik i Shanghai försåg kliniken med. Läkarna som ej var college-utbildade visste inte mot vilka sjukdomar barnen vaccinerades. Man utförde småkirurgi, som anestesi användes vanligen akupunktur. Om patienten var hysterisk eller icke samarbetsvillig tog man till lustgas. På denna klinik användes med god effekt akupunktur frekvent för bla



Kvinna under akupunkturbehandling.

behandling av kronisk smärta, men med stor variation av varaktigheten. Man angav att få biverkningar förekom. Metoden är billig, akupunktur nålarna återanvänds (bild 1). Som på kvinnan på bild 2 sätter man akupunktur nålarna på väl valda ställen.

Man kan som i detta fall öka effekten med tillförsel av värme till akupunktur nålarna. Denna kvinna hade en frozen shoulder, vilken tidigare behandlats med koppning. Vid ankomst till mottagningen var axeln helt immobiliserad på grund av smärta. Efter ca 20 min behandling återfick patienten nästan normal rörlighet i axeln utan att uppleva smärta.

För att kunna utföra lättare akupunktur fordras en kurs på 2-3 månader. För avancerad akupunktur finns speciell collegeutbildning.

På avdelningen för traditionell medicin arbetade flera läkare i samma rum med var sin patient. De använde sig av 4 diagnostiska metoder: anamnes, inspektion, auskultation och palpation. Tunginspektion, ögoninspektion och pulspalpation var de vanligaste momenten. Man skrev ut recept efter en liten handskriven bok, som man hade framför sig på bordet.

Därefter gjordes besök på ett sjukhus med västerländsk medicin. Här fanns bland annat förlossnings- och BB-avdelning. Generellt behandlade man oftast akuta problem enligt västerländsk modell och kroniska enligt traditionell metod. Sjukhusapoteket tillhandahöll västerländsk medicin, som tillverkades i Kina (ex Tetracykliner, B-vitamin, Digoxin). På samma sjukhus fanns en avdelning för akupunktur. Patienten kunde söka vilken avdelning han själv önskade. Det förekom tämligen sällan att en läkare skickade en patient från ena avdelningen till den andra. Dock förelåg ett visst samarbete, eftersom akupunktur och traditionell medicin fanns i samma

byggnad. På akupunkturavdelningen var den vanligaste diagnosen förlamning. Då vi besökte avdelningen fanns det patienter med lätt paraplegi under behandling. En äldre kvinna var där för sin första behandling. Man gav i dessa fall behandling varannan dag.

Om inte behandlingen hade effekt efter 10 dagar gjorde man paus och därefter eventuell ny behandling om 10 dagar. Vid akuta fall behandlade man vid 2 tillfällen och om inte behandlingen hade effekt avbröts den. Man behandlade också barn på akupunkturavdelningen och den vanligaste diagnosen var enures. Akupunkturen kostade vid varje behandlingstillfälle 0,03 Yuan, dvs 3 öre. Behandlingen bekostades dessutom i regel av fabriken.

Vi såg på tillverkningen av olika örtmediciner samt på verksamheten i ett apotek. I Kina håller man på med forskning inklusive ADB-teknik för att utvärdera den traditionella medicinens farmakologi och användningsområde. Kineserna ansåg att traditionell medicin hade god effekt och ringa biverkningar. Vissa preparat har man börjat exportera till Västtyskland och USA. Öroninflammationer är ex sällsynt sjukdom bland barn i Kina. Man ansåg att det berodde på tidig insättning av örtmedicin mot luftvägsinfektioner.

Besök i privat familj

3 familjer delade på en liten radhusliknande byggnad. Man levde 4 personer i 2 rum och man delade på kök och badrum. Kvinnan som förevisade bostaden var pensionerad. Hon hade varit hemmafru och fött 4 barn. Maken var pensionär. Han var utbildad ingenjör. Båda makarna deltog aktivt i skötseln av kommunens aktiviteter. Kvinnan gjorde ett mycket ungdomligt och friskt intryck. Hon var välinsatt i samhällsstrukturen. Hon berättade och

svarade på frågor. För pensionärer var hyran extra låg. Den subventionerades av staten. Den som gick i pension och hade arbetat i ca 30 år på samma fabrik fick 70-80 procent av lönen i pension. Levnadsstandarden var inte hög men man hade det nödvändigaste. Man livnärde sig inte längre på soja och ris utan folk i allmänhet kunde numera dagligen äta en näringsriktig och blandad kost inklusive kött och fisk.

Man propagerade för bra kost samt för att folket skulle undvika gifter som nikotin, kaffe och alkohol. Opium och annan narkotika är inte tillåten. Den som missbrukar föres till sjukhus för avgiftning. Den som smugglar eller säljer opium får stränga straff.

Beträffande förekomst av konsumtionsvaror kan bland annat nämnas att TV numera förekommer i många familjer. Man tillverkar egna färg-TV-apparater i Kina. 2/3 av den vuxna befolkningen har egen cykel av inhemskt fabrikat.

Xian

Xian har 2 miljoner invånare och är den äldsta kejsarstaden. Här fanns bla Kejsar Quin's grav som vaktas av en jättelik armé i terrakotta (Kejsar Quin 259-210 BC). I Xian hade man dessutom ett museum vid namn Bampo. Man hade grävt fram en by som var ca 7.000 år gammal. Byn hade haft kvinnligt styre. I byn hade man bland annat funnit örtrester som antogs ha använts i kurativt syfte.

I Xian besökte vi en *folkkommun* - *Daming place*. Folkkommunen presenterades av dess politiska ledare, som var vald av befolkningen på 2 år. Han omtalade att kommunen hade 10.800 invånare och ca 4.500 familjer och var uppdelade på 18 brigader och 6 arbetsenheter. Man innehade 17.000 hektar mark på vilken man odlade framför allt bomull, vete, majs och grönsaker. Inkomsten för varje arbetare var 350 Yuan per år, men man tjänade också ca 100 Yuan privat genom att ex själv uppföda djur. Sedan man i Kina tillät privat verksamhet har den totala produktionen i landet stigit med 30 procent. Det fanns 3 fabriker i kommunen för tillverkning av maskiner. Man hade dessutom en keramiktillverkning - en kinesisk "dalahäst", en reproduktion av den historiska Tanghästen för souvenirförsäljning. För keramikbränning användes 2 primitiva men väl fungerande ugnar.

På det lokala *kommunsjukhuset* träffade vi en kvinnlig obstetriker som berättade om kliniken. Där fanns max 10 sängplatser. Vid vårt besök var endast 2 patienter inskrivna. Man utförde vissa operationer som appendektomi och aborter. Den sista tiden hade man haft en stor kampanj för sterilisering.

Läkaren berättade att man på sjukhuset utfört 300 steriliseringar på 2 månader. Kvinnor förlöstes på kliniken men man utförde ej kejsarsnitt. Vid behov remitterades patienter till

centralsjukhus. Kliniken hade endast ca 60 poliklinikpatienter per dag. De vanligaste sjukdomarna varierade med årstiden; på vintern förkylningssjukdomar och sommartid diaréer. I området förekom relativt få olycksfall. På kliniker hade man kapacitet för enklare sjukvård av barn samt vaccinationer. Även på denna klinik tillämpades både västerländsk och traditionell medicin. Läkaren behärskade ej akupunktur. Hon hade arbetat på samma klinik i 14 år, dessförinnan 4 år på annat sjukhus i staden. Hennes grundutbildning utgjordes av 4-årig secondary medical school (medelnivåläkare), där hon specialiserat sig på obstetrik. På kliniken var hon den som ansvarade för obstetrik och aborter samt för utbildning och åtgärdande i antikonceptionsfrågor. De flesta läkare vi mötte föreföll vara specialiserade och behärskade endast en liten sektor. Här hade ingen läkare collegeutbildning.

Vi besökte 5-6 privata hem i folkkommunen. Dessa utgjordes av låghusbebyggelse, vilka kringgärdade öppna gårdar. I varje husgrupp levde vanligen 3 generationer. Husen saknade centralvärme. Bostadshusen innehöll separat kök med vedeldad spis. Sovrummen hade en stor säng, byggd i tegel som en stor sockel täckt av flätad bast.

Detta utgjorde sängplats för föräldrar och minderåriga barn. Sängen uppvärmdes som en kakelugn med rökång ått gården. Sängvärmnen höll sig hela natten. Man uppgav att sängplatsen var behaglig och skön, bland annat välgörande för värkande ryggar och leder. Husen innehöll det nödvändigaste. De var rena och propra men utanför på gatan var det gytjtigt och dåligt dränerat. Byggnadsarbete pågick överallt.

Beijing (Peking)

Peking är Kinas huvudstad. Den har 8,5 miljoner invånare. Peking är en vidsträckt och rymlig stad. Liksom överallt i Kina transporterar man sig med cykel. Förutom 4 miljoner cyklar finns ca 90.000 motorfordon i form av busar, lastfordon och taxibilar på gatorna. Den inre filen på huvudgatorna, som är reserverad för cyklister, är avstängd med betongblock. Man använder cyklerna som lastfordon. En speciell, extremt lågväxlad tre-hjulig cykel med stort flak är vanlig.

I Peking finns Den Himmelska Frihets Torg, som är imponerande stor, 40 hektar. Runt om torget ligger officiella byggnader som kongresshus, revolutionsmuseum samt Maos Memorial Hall. Man såg inga propagandaaffischer eller fotografier. Intill torget finns ingång till den Förbudna staden. Den utgör den största samling gamla byggnader som finns i Kina. Staden byggdes i början av 1400-talet åt den kejserliga familjen. Ingen vanlig människa fick, förrän efter 1911-års revolution, sätta sin fot innanför murarna. Där finns också museum med skatter

av guld och ädla stenar från samma tidsålder utställda.

I Peking besökte vi en *grannskapsklinik* vid namn Hepingli clinic. Den var belägen i den nordligaste av Pekings 44 kommuner. I denna folkkommun fanns det 23.000 hushåll med 90.000 invånare på ett 6 kvadratkilometer stort område. Varje grannskapsklinik hade en antiepidemisk central.

Dess personal bestod av en administrativ chef samt 15-20 personer med 1/2-2 års utbildning. Personalen utgjordes till större delen av specialutbildade hemmafruar som rekryterades från området. Man framhöll att de hade god kännedom om befolkningen. En minoritet av personalen utgjordes av pensionerade läkare och sjuksköterskor. Centralen ansvarade för att överföra lagar och information från regeringen till befolkningen i syfte att förebygga sjukdomar. Man gjorde många hembesök men hade endast ett 20-tal besök på kliniken dagligen.

Besök på kliniken kostade 0,10 Yuan. Läkare från kommunsjukhuset besökte kliniken och centralen ca 1 gång per vecka. Läkarna ansvarade för vaccination av barnen. En av de viktigaste uppgifterna för kliniken var förebyggande insatser. I detta syfte användes bland annat affischer som på bild 3. Dessa uppsattes både på kliniken och gatan.

Affischerna varnade för: bland annat flugor, nyttjande av tobak, alkohol och narkotika. Dessutom gavs anvisningar för hantering samt förvaring av matvaror, kostanvisningar, råd och anvisningar för hygien.

Resultatet har bland annat blivit att Kina är extremt flugfattigt. Rökning har emellertid ökat i omfattning. Man registrerade ökande frekvens av lungcancer liksom hjärt-kärlsjukdomar.

Kliniken svarade också för hälsovård av pensionärer samt åtgärd av mindre krämpor. Skolbarn och yrkesverksamma individer får sin hälsovård i respektive skola och fabrik.

Kinesen i allmänhet förefaller leva sunt; bra kost, motion, och minimalt med gifter. Man ser inga överviktiga, men inte heller några utmärglade kineser. Alla ser vänliga och avspända ut.

Landet tycks fritt från neuroser. Man lever inte i materiellt överflöd, men man har så att man klarar sig för dagen. Man har något mycket viktigt, nämligen framtidsstron.

Man har i Kina beslutat att prioritera den ekonomiska utvecklingen. Folkets levnadsstandard och materiella välfärd kommer i första hand. Det är en svår balansgång den kinesiska politiken just nu genomgår. Att höja folkets hälsoläge ser man som en primär uppgift. Den förebyggande insatsen är mycket viktig.

Som avslutande moment i Kina-resan gjorde vi en utflykt till den mäktiga Kinesiska muren, som är 700 mil lång. Det enda människoverk som är synligt från månen. Muren påbörjades som skydd mot nomader i norr (500 BC). Merparten är dock byggd på 1500-talet. Vi besökte även Ming-dynastins gravar, varav 1 är öppnad. Den heliga vägen till gravarna flankeras av en allé med stendjur i naturlig storlek. De är gjorda i vit marmor, 24 st, ordnade i 12 par med ansiktena mot varandra.

Man kan endast känna beundran för detta flitiga folk, som har som så många gånger förr i historien utträttat stordåd. Från att nyligen ha legat på u-landsnivå har man nu börjat lyfta sig i alla avseenden. Ur sjukvårdssynpunkt har vi åtskilligt att lära bl a om förebyggande insatser betydelse. Beträffande Kinas barnuppfostran borde vi ha mycket att ta efter såsom deras mänskliga daghem som fostrar frimodiga individer med gruppkänsla.

Mycket manar till djup eftertanke vid jämförelse med svenska förhållanden. Resan gjorde ett oförglömligt intryck.

Författarpresentation:

Agneta Vigborg,* distriktsöverläkare och primärvårdschef på Hallunda vårdcentral, Norra Botkyra PVO.

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



Hälsöförebyggande affisch.

"Distriktsläkarrapport" från vårdcentralen i Ingelstad

ANDERS HÅKANSSON

Följande artikel utgör ett förslag till årlig verksamhetsberättelse för en vårdcentral. Sådana verksamhetsberättelser, som får sägas ha sin motsvarighet i de tidigare provinsialläkarrapporterna, har på senare tid börjat diskuteras allt mer. I artikeln ges förslag till olika mått på sjukvårdskonsumtion och sjukvårdsproduktion. Vidare redovisas resultaten av en 10 månader lång manuell registrering av diagnoser och remisser.

Nyckelord: Verksamhetsberättelse, primärvård, manuell diagnosregistrering, diagnosregistrering, remissregistrering.

Inledning

För inte så länge sedan skrev provinsialläkaren årligen en rapport till medicinalstyrelsen angående tillståndet i sitt distrikt. På distriktsläkarförbundens årsmöte i maj -83 fanns en motion om återinförande av någon form av "provinsialläkarrapport".

Här följer ett förslag till verksamhetsberättelse för Ingelstads läkar-distrikt för år 1982. Tyvärr omfattar diagnos- och remissiffrorna bara tiden jan-okt, och således inte, som det borde varit, hela året. Vad som helt saknas i denna redogörelse är de ekonomiska aspekterna. Likaså borde man i en sådan här rapport ha med mer tankar och planer vad beträffar den närmaste framtiden.

Distriktet och befolkningen

Ingelstads läkar-distrikt är beläget i Kronobergs län sydöst om Växjö med sitt centrallasarett. Avståndet från Ingelstad in till staden är knappt 2 mil. Distriktets båda tätorter, Ingelstad och Åryd, är typiska pendlingsorter, och där finns bara enstaka industrier. Resten av distriktet utgöres av landsbygd.

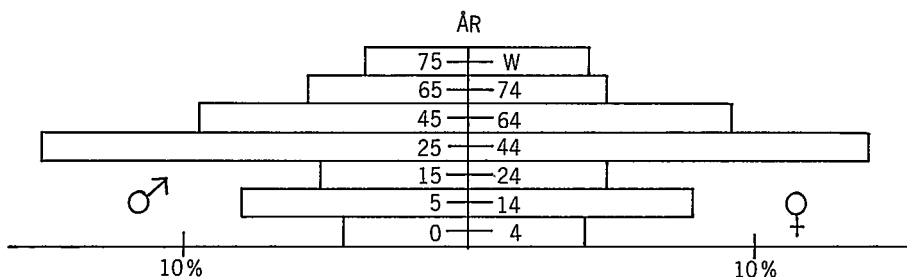
Vid årsskiftet 1981/82 fanns i distriktet totalt 5.150 invånare. I Ingelstad bodde 1.700 och i Åryd 700. Lands-

bygdsbefolkningen uppgick till 2.750 invånare. Befolkningens ålders- och könsfördelning framgår av Figur 1. Jämfört med Sverige som helhet finns i distriktet relativt fler småbarn och äldre, men relativt färre personer i åldersgruppen 15-24 år. Den förvärvsarbete befolkningens näringsgrenstilhörighet har inhämtats från Folk och Bostadsräkningen 1980. Offentlig förvaltning sysselsätter 32 procent, tillverkningsindustri 20 procent och jord- och skogsbruk 16 procent.

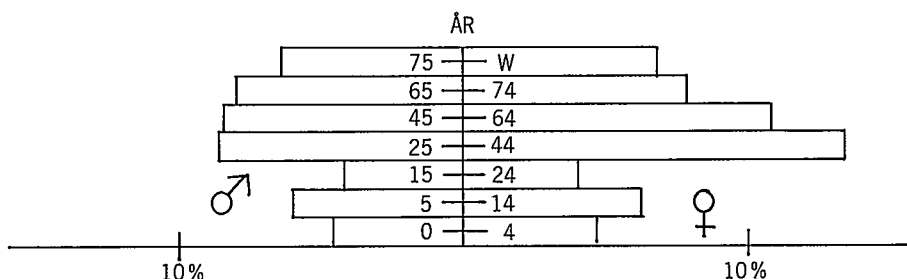
Vårdcentralen och personalen

Själva vårdcentralen är belägen i gamla och trånga lokaler. Där finns varken plats för distriktssköterska eller distriktsbarnmorska. Ny vårdcentral är under planering.

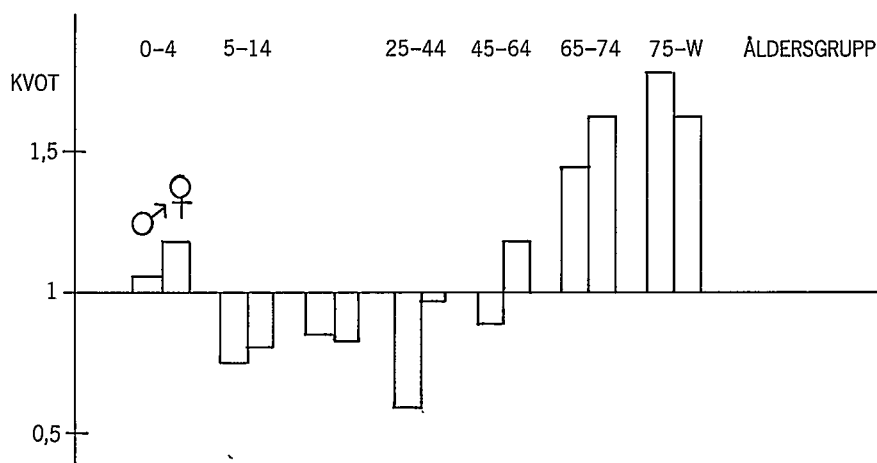
På ordinarie tjänst finns 2 distriktsläkare med sedvanlig följdpersonal. Under den aktuella perioden hade vi som vikarier under semester och övrig ledighet 3 läkare på FV-nivå. Distriktsläkarna samarbetar med 4 distrikts-sköterskor, 1 distriktsbarnmorska och 2 skolsköterskor.



Figur 1. Befolkningsfördelning efter ålder och kön.



Figur 2. Besöksfördelning efter ålder och kön.



Figur 3. Relativ sjukvårdskonsumtion för olika ålders- och könsgrupper. (För ytterligare förklaring se texten.)

"Sjukvårdskonsumtion"

Under perioden jan-okt hade vi 4.640 diagnossatta läkarbesök på mottagningen, dessutom ungefär 150 konsultationer på ålderdomshemmet. Detta motsvarar 1,12 läkarbesök per invånare och år, (jämför Dalby 0,87 och Tierp 1,44). I nuläget finns ingen möjlighet att få fram hur många besök distriktets invånare har gjort på de olika specialistmottagningarna inne på central-lasarettet. Kanske något att hoppas på i framtiden?

Besökarnas ålders- och könsfördelning framgår av Figur 2. Kvoten mellan varje stapels värde i figur 2 och motsvarande värde i figur 1 ger ett mått på varje ålders- och könsgrupps relativa sjukvårdskonsumtion. I Figur 3 anger värden över 1 "överkonsumtion" och värden under 1 "underkonsumtion". Som väntat är sjukvårdskonsumtionen högst för de äldsta. I åldersgruppen 25-44 år förbrukar kvinnorna ungefär 70 procent mer sjukvård än männen. Överkonsumtion hos kvinnorna? Underkonsumtion hos männen? Siffrorna från Ingelstad överensstämmer väl med Ejlerstssons siffror från Dalby.

"Sjukvårdsproduktion"

Fördelningen av arbetstiden för var och en av distriktsläkartjänsterna framgår av Tabell I. Som synes har vi

Tabell I.
Genomsnittsvecka för distriktsläkare.

Direkt patientarbete (mottagning)	25 tim
Indirekt patientarbete (telefon, papper)	4
BVC, MVC, SHV (skolhälsovård)	3
Ålderdomshem	1
Utbildning på vårdcentralen	1
Ledighet utan vikarie	8,5
Summa veckoarbetstid	42,5 tim

haft en allsidig distriktsläkarverksamhet med flera primärvårdsaktiviteter representerade. Ledighet 1 veckodag per tjänst ger i genomsnitt 1,6 läkare på de 2 tjänsterna, således otillräckligt med vikarier. Ungefär 75 procent av den arbetade tiden har åtgått till direkt patientarbete, en förhållandevis hög siffra. Prevention har förekommit endast i traditionella former (BVC, MVC, SHV), vilket stämmer dåligt med nya Hälso- och Sjukvårdslagen.

Under 10-månadersperioden hade vi 4.640 diagnossatta läkarbesök på mottagningen, och samtidigt satte vi 5.832 diagnoser. Detta ger 1,26 diagnoser per besök, (jämför Dalby 1,12 och Tierp 1,15). Var 4:e patient tar således upp ett "extra" problem.

Antalet patienter per hel läkarmottagningsdag blir 18,9, och antalet diagnoser (= problem) per hel läkarmottagningsdag blir 23,7. Båda siffrorna är dåliga mått på den så kallade "sjukvårdsproduktionen", den senare siffran dock bättre än den förra.

Diagnoserna

Diagnosregistrering har gjorts enligt Socialstyrelsens "Diagnoskoder i öp-

pen vård" från 1977. Diagnos har satts på alla som besökt läkare på vårdcentralens mottagning, däremot inte på BVC, MVC, skola eller ålderdomshem. I princip har alla problem som krävt ställningstagande fått ett diagnosnummer. Vid kontroll av frisk person efter sjukdom registreras sjukdomsdiagnosen på nytt. Symptomdiagnoserna har i största möjliga utsträckning hänförs till respektive organsystem. Tyvärr täcker diagnosregistreringen bara perioden jan-okt.

Diagnosernas fördelning på WHO's 18 diagnosgrupper framgår av Tabell II. Således finns 3 dominerande grupper med sammanlagt över hälften av diagnoserna. Siffran 2,2 procent för psykiska sjukdomar skulle närmast sig 10 procent om alla de psykosomatiska sjukdomarna klassificerades under grupp V. Meningsfyllda jämförelser med andra undersökares diagnosfördelningar försvåras av olika praxis för diagnossättningen. Inom landstinget försöker vi standardisera diagnossättandet inom primärvården, så att framtida jämförelser mellan olika distrikt blir möjliga.

De vanligaste diagnoserna framgår av Tabell III. Jämfört med Dalby är likheten i diagnosmönster slående. Många diagnoser kan hänföras till öron-näsa-halsområdet, och många diagnoser är invärtesmedicinska. Det bör således vara väsentligt för en distriktsläkare med goda kunskaper inom dessa båda specialiteter.

Med hjälp av diagnosnumren och vidhängande personnummer kan man för de olika sjukdomarna räkna ut prevalensen sedd utifrån vårdcentralens horisont. Som exempel tar jag diabetes mellitus. På vårdcentralen och på ålderdomshemmet har vi under perioden haft kontakt med sammanlagt 95 diabetiker. Detta ger en prevalenssiffra på 1,8 procent, naturligtvis en minimisiffra eftersom vi missat en del insulinbehandlade diabetiker, som kontrolleras på lasarettet. I åldrarna över 75 år ligger diabetesprevalensen väl över 10 procent. Vid jämförelse med andra vårdcentraler får man inte glömma bort att åldersstandardisera.

Det är svårt att utifrån enbart denna diagnosregistrering få en heltäckande uppfattning om hälsoläget i befolkningen. Dels går ju våra patienter med sina problem även på andra mottagningar, och dels finns det ju många hälsoproblem för vilka man aldrig söker läkare.

Diagnosregistreringen har gjorts manuellt, och således varit mycket arbetsam. Framöver kanske man kan hoppas på datorhjälp?

Remisserna

Alla "gula" remisser från mottagningen till sjukhusspecialist har registrerats. Under 10-månadersperioden skrevs totalt 263 remisser, därav 34 procent akuta. Antalet remisser per antalet besök blir 5,7 procent, (medelvärde för 7

Tabell II.
Diagnosfördelning enligt WHO.

Diagnosgrupp	Andel av diagnoserna (N= 5832)
I Infektion	3,4 %
II Tumör	2,5
III Endokrin	4,5
IV Blod	1,1
V Mental	2,2
A Nerv	2,1
VI B Ögon	17,0
C Öron	12,4
VII. Cirkulation	18,3
VIII Respiration	16,7
IX Digestion	4,5
X Urogenital	6,1
XI Graviditet	0,5
XII Hud	4,0
XIII Muskuloskelett	11,2
XIV Kongenital	0,1
XV Perinatal	0
XVI Symptom	0,5
XVII Skada	5,5
Y Ej sjukdom	1,9
	100,0 %

Tabell III.
Vanliga diagnoser. (De understrukna diagnoserna är bland Dalbys 15 vanligaste.)

Diagnos	Andel av diagnoserna (N= 5832)
1 Hypertoni	6,9
2 Otitis media acuta	4,9
3 Otosalpingit	4,8
4 OLI	4,7
5 Diabetes mellitus	3,3
6 Symtomatisk hjärtsjukdom	3,2
7 Tonsillit acuta	3,1
8 Sinuitis acuta	2,5
9 UVI	2,5
10 Bronchitis acuta	2,4
11 Lumbago/lumbago-ischias	2,1
12 Angina pectoris	2,0
13 Extremitets artros	2,0
14 Cardioscleros	1,6
15 Conjunctivit	1,5
	47,4 %

Tabell IV.
Remissfördelning på olika specialiteter.

Specialitet	Antal remisser	Därav akuta	Andel av remisserna
Kir	67	28 %	25,5 %
Öron	51	18	19,4
Ort	39	18	14,8
Med	38	71	14,4
Ögon	22	36	8,4
Gyn	15	27	5,7
Hud	12	20	4,6
Barn	7	71	2,7
Psyk	6	67	2,3
Inf	5	80	1,9
Långv	1	0	0,4
Totalt	263	34 %	100,1 %

olika studier ungefär 7 procent). Antalet remisser per antalet diagnoser blir 4,5 procent. Den senare siffran är egentligen ett mera relevant mått på remissfrekvensen än den tidigare. Hur man än räknar, så är den totala remissfrekvensen jämförelsevis låg.

För de olika läkarna har remissfrekvensen (per besök) varierat mellan 2,7

procent och 9,9 procent. Alltför stor variation? Genom att studera sina egna remissser kan den enskilde distriktsläkaren få tips om sitt utbildningsbehov.

Remissernas fördelning på de olika sjukhusspecialiteterna framgår av Tabell IV. Således finns 4 stora remissmottagare. För 3 av dessa, nämligen kirurgiska kliniken, öronkliniken och ortopedkirurgiska kliniken, är antalet icke-akuta remisser stort. Inom dessa specialiteter skulle det kunna vara motiverat med konsultbesök på vårdcentralen, exempelvis undersökning av 6-8 remisspatienter varannan månad.

Remissfrekvenserna för olika sjukdomar/sjukdomsgrupper framgår av Tabell V. I flertalet fall är remissfrekvenserna låga eller mycket låga. Höga siffror ses framför allt vad beträffar digestionsorganens sjukdomar och ögonsjukdomarna. Dåliga kunskaper? Vad beträffar digestionsjukdomarna finns många operationsfall. Kommer remissfrekvensen för ögonsjukdomar att minska nu när vi fått cornealmikroskop?

Slutligen har jag tittat på vart barnremisserna går. Här (och endast här) har jag förutom den vanliga mottagningen tagit med barnvårdscentralen. För barnen i åldrarna 0-14 år blir antalet remisser per antalet besök endast 3,9 procent. Från BVC dominerar ögonremisserna stort, och från mottagningen utgör öronremisserna nästan hälften av alla barnremisser. Remissfrekvensen för barn till barnkliniken är

Tabell V.
Remissfrekvenser för olika sjukdomar/sjukdomsgrupper.

Sjukdom/sjukdomsgrupp	Remissfrekvens
Diabetes mellitus	0 %
Mentala sjukdomar	4,7
Ögonsjukdomar	15,2
Otit och otosallingit	3,9
Cirkulationssjukdomar	2,3
Respirationssjukdomar	1,9
Digestionssjukdomar	16,9
Urinsjukdomar	5,8
Kvinnosjukdomar	10,2
Hudsjukdomar	5,1
Ryggradssjukdomar	6,9
Muskuloskelettala sjukdomar och skador	4,0

knappt 0,5 procent, en i mitt tycke mycket låg siffra, vilken talar för ett minimalt behov av barnläkare i primärvården, åtminstone i vårt distrikt.

Avslutning

I texten har jag gett en hel del exempel på hur man kan resonera runt de framtagna siffrorna. En sådan här verksamhetsberättelse är således ett utmärkt hjälpmedel, när man granskar sin egen verksamhet. Den bör också kunna åberopas i diskussioner med politiker och olika sjukhusspecialister i bland annat dimensioneringsfrågor och kan också tjäna som underlag för landstingets planering i enlighet med nya Hälso- och Sjukvårdslagen. Som avslutning vill jag framhålla, att med undantag för

diagnosavsnittet, är en sådan här verksamhetsberättelse inte heller särskilt besvärlig att författa.

Referenser

Ejlertsson G. Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Lund: Studentlitteratur, 1981.

Smedby B, Korpela M. Diagnosredovisning för läkarbesök år 1979 vid Hälsocentralen i Tierp. Socialmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Arbetsrapport 81-04-21.

Håkansson A. Vad sysslar vi med på vårdcentralen? FAL-arbete aug. -82.

Håkansson A. Basdata från vårdcentralen Ingelstad för perioden jan-okt 1982. Stencil dec -82.

Författare:

Anders Håkansson,* distriktsläkare, tidigare verksam vid vårdcentralen Ingelstad.

*Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

SFAM:s 1:a Vårsmöte

24-25 maj 1984

i Uppsala.

Obs! Deadline för abstracts 15 mars 1984.

Sändes till:

**Inst för AllmänMedicin,
Hans Åberg,
Akademiska sjukhuset.
751 85 UPPSALA**

JOINT CALL FOR PAPERS

"RESEARCH IN A BRAVE NEW WORLD: COMMUNITY-ORIENTED PRIMARY CARE"

Orlando, Florida


**North American Primary
Care Research Group
12th Annual Meeting
May 2 - 5, 1984**

For information and materials write:

**NAPCRG 1984
Department of Family Medicine
University of Miami
P. O. Box 016700
Miami, Florida 33101
(305) 547-6681**


**Society of Teachers
of Family Medicine
17th Annual
Spring Conference
May 5 - 9, 1984**

FoU på vårdcentralen – reflexioner i samband med avrapportering av Tumbaprojektet

BRITT-GERD MALMBERG · KARIN WIKELL

Vid Tumba vårdcentral har under drygt 3 års tid olika undersökningar bedrivits med utgångspunkt från vårdcentralens verksamhet. De olika studierna har i olika stor utsträckning engagerat distriktssköterskorna och distriktsläkarna av vilka knappast några har haft tidigare erfarenheter av FoU. Artikeln tar upp några av de glädjemen och svårigheter som vi mött samt diskuterar med utgångspunkt ifrån en uppsats från institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet, "polariseringen" forskarkunskap-praktiker-kunskap.

Nyckelord: Forskning, primärvård.

Inledning

Grundforskning definieras som systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap och nya idéer utan någon beständ tillämpning i sikte och ifrån denna definition härleds begreppet tillämpad forskning.

Utvecklingsarbete definieras som systematiskt utnyttjande av forskningsresultat och vetenskaplig kunskap för att åstadkomma nya produkter, nya processer, nya system eller väsentliga förbättringar av redan existerande sådana.

Det är svårt att dra någon skarp gräns mellan dessa områden.

Forskning kan bedrivas som planerad systematisk undersökning baserad på vetenskapliga principer och den kan innebära studier av redan befintlig verksamhet. Forskning behövs när det inte finns tillräckliga kunskaper om ett problem och innebär alltså att få fram ny kunskap. För utvecklingsarbete behövs inte alltid så djupgående kunskaper om forskningsmetodik. Det fordras däremot engagemang och medverkan

av många på en arbetsplats. Det finns också olika dimensioner på forsknings- och utvecklingsarbete beroende på arbetets art och innehåll.

Forskning och utveckling på vårdcentralen; några förutsättningar
Genom aktiv medverkan av personal vid Tumba vårdcentral i konkreta delprojekt och med specifika forsknings- och utvecklingsresurser inom projektet avsåg man att uppnå en integrering av forskning och utveckling med praktik. Projektet var sidoordnat vårdcentralens ledning för att kunna erbjuda "neutral" mark för forskning och utveckling men framför allt för att undvika risken att projektresurser skulle slukas av rutinsjukvård. Projektledaren var dock även distriktsläkare på vårdcentralen och 1:e kontorsassistenten även läkarsekreterare och alla i projektkansliet hade lång praktisk erfarenhet av primärvård.

Ett utvecklingsarbete med denna uppbyggnad står och faller med personalens engagemang och intresse. Av betydelse är också den atmosfär som finns mellan yrkeskategorierna, vana och vilja att tala med varandra, både om värderingar och problem. Finns dessutom förtroende från ledningspersoner, dvs cheferna, att pröva eller experimentera och ibland ganska okonventionellt ta sig an problem så kommer utvecklingsprocessen lättare igång än om man känner rädsla och bevakning från varandras sida. För att ett utvecklingsarbete skall lyckas är man beroende av personalens sociala färdigheter, att kunna lösa problem tillsammans helst i grupp och att kunna kommunicera med varandra.

Vissa andra förutsättningar behöver också vara tillgodosedda, bl a följande:

- personalresurser för sjukvårdsverksamheten väl tillgodosedda (man blir inte trovärdig om man inte bedriver "vanlig" god primärvård)
- förstärkta arbetsledande och administrativa funktioner (för att bl a fördela arbete och frigöra forsknings- och utvecklingsintresserad personal)
- fungerande arbets- och vårdplanering (för att bl a utnyttja gängse arbetsrutiner vid insamling av data till projektarbete)

- projektarbete nära ordinarie vårdcentralarbete
- möjlighet till forskningsutbildning för deltagande personal.

Praktiska förberedelser

För att stödja personalmedverkan inom Tumbaprojektet skedde en personalförstärkning med två sjuksköterskebefattningar och en läkarsekreterarbefattning till vårdcentralen. Projektledaren var även distriktsläkare vid allmänläkarmottagningen.

Då man utgick från personalen och deras intresse för utvecklingsarbete lades inledningsvis, redan under förstudien, stor betydelse och vikt vid personalsamtal för att gemensamt formulera och lättare se problemställningar och sammanhang mellan tex medicinska, sociala, tekniska, ekonomiska och administrativa faktorer. I personalutvecklingsgrupper gjordes med hjälp av en konsult en probleminventering som finns dokumenterad i Tumbaprojektets förstudierapport (1).

Under den där påföljande tvåårsperioden genomfördes flera kurser bl a genom PTI (Psykotekniska institutet) i personlig och yrkesmässig utveckling. Kursen kallades Tänka-Känna-Handla. Personalen gick på kurser i friskvård, diabetes, informationsteknik och kurs i enkät- och intervjuteknik. Det gjordes en studieresa till Tierps hälsocentral.

Aktiviteterna medförde nya kontakter mellan de olika mottagningar inom vårdcentralen och mellan olika yrkeskategorier. Frågeställningar väcktes också om förändrade arbetsformer inom vårdcentralen. En viss nyfikenhet beträffande vad patienterna egentligen anser om hur de bemöts och behandlas på vårdcentralen framkom.

Intresset för FoU i allmänhet visade sig vara ganska stort hos de flesta på vårdcentralen men konkret engagemang kom att utvecklas på allmänläkarmottagningen och distriktssköterskemottagningen.

På dessa mottagningar deltog flera sjuksköterskor i delprojekt. I samband med studiernas uppläggning gick de lärarhögskolans kurs i forskningsmetodik och utvecklingsarbete inom vårdområdet.

Hinder och glädjeämnen

Primärvårdens vardag är mycket praktiskt inriktad och möjlighet för utvecklingsarbete står och faller med att vardagssjukvården fungerar. Många är de tillfällen då sjuksköterskor, som deltagit i olika studier, fått omplanera sina dagar för att täcka upp strikt sjukvårdsmässiga behov. I och för sig har det också inneburit en styrka att ha den praktiska förankringen på vårdcentralen. Arbetsledare måste dock medverka till en rimlig arbetssituation för den personal som kanske är uppe i sammanställningar av undersökningsregulat och just står i begrepp att sätta ned "diskussionen" på pränt.

Våra attityder till vad arbete är måste också förändras. Dessa grundläggs mycket tidigt och vi bär dem med oss. ("Läsa är fritidsnöje.") Diskussionen om prestationsmätt inom sjukvården snarast förstärker dessa attityder. ("Man arbetar i sjukvården endast om man ägnar sig åt direkt patientarbete och har den vita rocken på.") Massiva utbildningsinsatser måste till för att förändra attityderna och ledande personer inom den medicinska och administrativa sjukvårdsvärlden måste vara öppna för att stödja denna förändring.

Ett axplock synpunkter som hörts under arbetets gång kan belysa både hinder och stimulans i utvecklingsarbetet:

- "har fått nya kunskaper, utvecklande
- stimulerande, känns som ett uppvaknande
- roligt att få bryta de vanliga dagssysslorna
- jobbigt, tidskrävande
- haft tid att tänka efter, ta initiativ
- svårt att skriftligt formulera sig
- till och med bland vissa kolleger har det känts otillåtet att jobba med studien
- det betraktas inte som rejält arbete."

Praktiker - forskare

Primärvården med hela sin breda verksamhet bjuder på många forsknings- och utvecklingsmöjligheter. Den karaktäriseras också i hög grad av praktiskt arbete, hög grad av självständighet i arbetsuppgifterna och mångfald olika arbetsuppgifter.

Tumbaprojektet hade från början allt för stor bredd på de frågeställningar man ville belysa. Där inrymdes allt ifrån breda personalprobleminventeringar till primärvårdens utbyggnadseffekter på akutsjukhusens verksamhet. Successivt har frågeställningarna renodlats och studier gjorts inom de områden där intresse hos vårdcentralspersonalen funnits och där forskningskompetens likaledes funnits. Så har tex sociolog knutits till projektet och epidemiolog konsulterats.

Att bedriva FoU utifrån en vårdcentral med dess resurser och med avsaknad av tradition inom forskningsområdet fordrar tid och ömsesidig respekt mellan praktiker och forskare. Forskarna måste respektera att den gängse sjukvårdsverksamheten kräver sitt

Fig 1.

Forskare och forskarkunskap

Problemen avsiktligt förenklade. Forskaren skapar avsiktligt "distans" till sitt objekt.

Vetenskaplig kunskap inriktad på förklarade teorier.

Resultaten skall vara allmängiltiga - svåra att tillämpa i praktiken.

Kunna ge mått på tillförlitligheten i den vetenskapliga kunskapen.

Vetenskaplig kunskap skall kunna artikuleras och systematiseras - andra tar vid.

Praktiker och praktikerkunskap

Kunskapen omfattar den komplexa verkligheten.

Praktikern inriktad på handlande.

Kunskapen knuten till vissa situationer.

Praktikerkunskandet kan vara traditions-, rutin- och erfarenhetsbundet, det används så länge det fungerar utan att egentligen utsätts för prövning.

Ingen accumulerande kunskapsprocess - var och en får börja på nytt.

samtidigt som vårdcentralspersonalen måste få ökad förståelse för att forsknings- och utvecklingsarbete också är arbete.

Själva utvecklingsprocessen tar tid. Praktikerna (med det menas både läkare och sjuksköterskor i primärvården) måste få tid att fundera över sin verksamhet, exemplifiera intressanta företeelser att studera. De måste likaså få tid att lära grundläggande forskningsmetodik. De måste bli delaktiga i *preciseringen av frågeställningar som skall studeras* och att göra problemet "forskningsbart". Här föreligger stora svårigheter. Att slå bryggor mellan praktik och forskning är viktigt liksom att föra ut forskningsresultaten till många. Resultaten måste av praktiker-na upplevas meningsfulla. Generellt sett måste forskaren svara på frågor som ställts av praktiker-na.

Kunskap från många forskningsfält med både naturvetenskaplig och mer humanistiskt-vetenskapliga synsätt fordras inom primärvårdenn. Både allmänmedicin och primärvården är i sanning tvärvetenskapliga. För att kunna skaffa erfarenheter från dessa forskningsfält behövs tid. Men även ett annat stort problem föreligger och det är "motsatsförhållandet" forskare - praktiker (2). Praktikern är inriktad på handling ("vad har jag för nytta av att veta patientattityder till sjuksköterskornas telefonrådgivning?") medan forskaren mera söker förklaringar ("att patienterna finns på akutmottagningen istället för på vårdcentralen beror kanske på negativa attityder till rådgivning per telefon?") (3).

Praktikerns teori är outtalad och kunskapen är "personal knowledge" (2) och knuten till konkret handling samt osystematisk. Forskarens kunskap innehåller starka förenklingar, medan praktikerns kunskap kan karaktäriseras som kunskap om helhets-

situationer. En "polarisering" kan schematiskt beskrivas enligt figur 1. Självfallet är detta inte ett antingen-eller-förhållande, vi kryssar emellan dessa ytterligheter. För Tumbaprojektets del har det varit en bra lösning att vi, frånsett projektarbete, varit delaktiga i den gängse verksamheten på vårdcentralen. Många forskare hävdar att detta är ett hinder för en fri neutral forskning och det kan kanske gälla strikt medicinsk forskning grundad på naturvetenskapligt synsätt, men i vårt fall har det ömsesidigt ökat förståelsen för projektarbete - vårdverksamhet. Det finns egentligen inga genvägar att gå. Förståelse för primärvårdens forskningsproblem kan man inte skaffa sig på annat sätt än att arbeta praktiskt inom vården.

Att bedriva utvecklingsarbete skall ingå som en del, integrerad med det vanliga arbetet. Kanske skall det till och med formuleras i befattningsbeskrivningar?

Om vi som projektteam ser tillbaks på integreringen forskning - praktik vägar vi påstå att delar av dessa insatser borde fördjupas.

Exempelvis skulle vi i än högre grad återkommande diskuterat med personalen om problemställningar som togs upp för att tillsammans se om frågeställningarna hade sådant djup och intresse att vi skulle kunna lagt upp en undersökning.

Redan på detta stadium bör man också diskutera möjligheten av att förändra verksamheten efter vunna resultat. För detta talar att utvecklingsarbete måste bedrivas integrerat med ordinarie arbete.

Dessutom borde kontinuerlig tid på arbetsträffar ha avsatts för att lära sig "konsumera" forsknings- och utvecklingsresultat. Kunskapsöverföring måste ske för att man skall vara beredd att ta vara på och ta till sig eller konstruktivt granska olika undersökningsresultat för att kunna omsätta kunskaper till praktisk handling.

Referenser:

- 1) B-G Malmberg m fl: Förstudierapport Tumbaprojektet, Stockholms läns landsting 1978.
- 2) Bärmark J, Elzinga A, Wallén G: Utbildnings- och forskningsideologier på vårdområdena. Rapport nr 121/1980. Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet.
- 3) Hansagi H, Malmberg B-G m fl: Telefonrådgivning vid en vårdcentral. Vårdsökandes attityder. Tumbaprojektet rapport nr 2, 3, Stockholms läns landsting.

Författarpresentation:

*Britt-Gerd Malmberg** distriktsläkare och projektledare, Tumbaprojektet.

Karin Wikell, projektsekreterare, Tumbaprojektet.

*Postadress: Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg.

Forskare och praktiker – några personliga reflektioner kring dubbelrollen

MARGUS MÄGI · INGER SVENMAN

Vår artikel är ett debattinlägg angående forskningens villkor inom och utanför de akademiska institutionerna. I samtalsform tar vi upp viktiga frågeställningar kring forskningsdebuten, vad som sker under forskningsprocessen och hur man skall handskas med forskningsresultaten.

Nyckelord: Forskning, primärvård.

Att börja forska – problem och svårigheter

Inger: – Jag har ofta frågat mig i vilken utsträckning jag har nytta av min erfarenhet som praktiker, när jag möter den etablerade forskningen. Vad är relevant kunskap? Hur värderas praktikerkunskap? Accepteras erfarenhet som kunskap?

– Teoretikern mästrar här lätt praktiker i vetenskaplighetens och tillförlitlighetens namn. Trots att praktiker är den oerfarne i forskningssammanhanget, kan också teoretikern känna sig osäker inför praktiker. Denne är van att se praktiska aspekter, att lösa problem här och nu. Teoretikern mystifierar. Klär begrepp i termer, som blir svårgenomträngliga för den, som är oerfarne i forskningssammanhang. Det kan tyvärr leda till att debutanten ger upp redan i inledningsskedet, inte förs går vidare eller tillråds att avvakta. Även detta kan mystifieras tex genom rådet om fördjupningsstudier av referensmaterial.

Margus: – Som praktiker hamnar man således lätt i ett beroendeförhållande till teoretikern, framför allt vid forskningsdebuten. Både de formella och informella förutsättningarna är viktiga att ta hänsyn till här. Men som praktiker måste man också få ett ordentligt stöd, framför allt i början.

Inger: – Ja, vi kan tex ta det här med tidsplaner. Ämnet, som är föremål för forskning, kan vara svårt att avgränsa. För praktiker är det svårt att beräkna hur lång tid ett forskningsarbete kommer att ta. Men även forskare, planerare och politiker kalkylerar tyvärr ofta

med alltför optimistiska tidsplaner. Det drabbar främst praktiker, som därigenom kan gå miste om möjligheten att slutföra arbetet.

Margus: – Ytterst kanske det handlar om en balansgång mellan stöd och kontroll å ena sidan och frihet och ensamhet å den andra.

– Jag tycker, att det är viktigt, att vi så tidigt som möjligt upprättar ett "kontrakt" med våra eventuella handledare eller uppdragsgivare. Det är bättre att bryta samarbetet i ett tidigt skede, i fall de ömsesidiga förväntningarna inte infrias, än att gå och dra på en segsliten och oklar konflikt.

Inger: – Ja, verkligen. Men varför började du egentligen forska?

Margus: – Det är svårt att peka ut någon enstaka faktor, en rad olika förhållanden har samverkat. Ett sådant är mina behov av att tränga djupare in i saker och ting, försöka finna mera grundläggande förklaringsorsaker. Jag har således velat tillfredsställa min nyfikenhet med avseende på själva saksfrågorna, men även på min egen förmåga att lösa vetenskapliga problem. Forskningen har nog också tjänat ett självstärkande syfte, att bli tex medicinske doktor handlar inte bara om vetenskap utan också om karriär och äregirighet. Att mitt forskningsområde har blivit socialmedicinskt beror på, att jag alltid varit intresserad av relationerna mellan hälsoproblem och samhällsförhållanden. Jag har haft en önskan att försöka kombinera arbete och politik och via forskningsarbetet har jag sett en väg att påverka värden. Det har således funnits en viss beredskap inför ev möjlighet till forskning och när jag då fick ett erbjudande så slog jag till, men var vid den tidpunkten troligen ej speciellt medveten om alla de samverkande faktorer som jag nämnt tidigare.

Inger: – Jag skulle vilja ta upp det du sade om att kombinera arbete och politik. Finns det inte en fara här att forskningen blir en form av pseudopolitisk verksamhet? Det du gör är varken god forskning eller effektiv politik? Alltså, måste man forska för att belysa ett problem?

Margus: – Om man med belysa avser att öka förståelsen, insikten, kunskapsområdet – ja. Om det gäller att uppmärksamma ett visst socialt problem – nej. Men den här frågan är svår att sva-

ra entydigt på eftersom den har att göra med synen på vad som egentligen är forskning.

Vad sker under forskningsprocessen?

Inger: – Även forskningen är ett hantverk, som rymmer praktiska aspekter och som måste läras ut. Det glöms ofta bort av teoretikerna. Personligen har jag kommit fram till att praktiker med forskningsöverbyggnad tycks ge den bästa handledningen rent hantverksmässigt sett.

Margus: – Som forskare har jag verkligen känt mig som "superamatören". Min erfarenhet är också att de hantverksmässiga aspekterna av forskningsarbetet har varit de mest problematiska under forskningsprocessen. Även om det är viktigt att ha en god teoretisk grund att stå på så påverkas ju forskningsresultatet i mycket hög grad av hur man handskas med sina urval och sina insamlade data.

Inger: – Ändå är det så, att praktikers kunskande inte sällan bekräftas i forskningsresultaten. Praktikern finner då att det, som man ej kunnat presentera utifrån sitt "ovetenskapliga" arbetssätt går att verifiera genom forskning. Men när forskningsresultaten presenteras tas resultaten på allvar på ett helt annat sätt, än om en redovisning av personliga reflektioner lämnats. Det gäller även om slutsatserna skulle sammanfalla. Det kan kännas nedslående, men det är en nyttig erfarenhet. Det är ju vars och ens skyldighet att förvalta och förmedla den kunskap som inhämtats. Andra praktiker kan informeras om förutsättningarna och svårigheter av allmän natur. Men viktigast är ändå tidsaspekten. Utan förutsättningar i tid kommer inte heller någon forskningsprocess till stånd.

– I dagarna har jag blivit uppmärksam på att forskning redan på planeringsstadiet kan upplevas som ett hot mot grupper, som ogärna dokumenterar sitt arbete. Här ser jag själv möjligheter att genom forskning hjälpa dessa grupper att få ökad förståelse från andra för aktuella problem, att bidra till positivt utvecklingsarbete. Men det är ju tydligt att inte ens forskningens uppdragsgivare alltid är beredda att möta forskningens resultat. Ser man sådana tendenser bör man avvakta med fortsatta studier tills beställaren

klargjort syftet för studien och formen för genomförandet. De studier som redan initialt anger vilka resultat, som är önskvärda, kan jag inte ställa upp på.

Margus: – En svårighet som jag har brottats med under forskningsprocessen är att få en bra balans mellan klinisk tillämpning och teoretiskt utvecklingsarbete. I början stod vårdpolitiska- och vårdplaneringsfrågor i centrum för mitt arbete. Men med tiden har inriktningen blivit alltmer teoretisk och närmat sig någon form av "socialmedicinskt grundforskningsstadium". Att utvecklingen gått därhän berodde delvis på själva problemet som jag försökt lösa, men också på att den forskarmiljö, som den kliniska institutionen erbjöd, var mycket dålig. Och just på grund av att jag känt mig som en super-

amatör har jag haft behov av att få stöd av teoretiskt inriktade forskare inom områden som tex statistik, sociologi och psykologi.

Hur och för vem skall forskningsresultaten presenteras?

Inger: – Mycket av forskningsmödan består i dokumentation för utvalda. För vetenskapssamhället, för karriären och för sakens egen skull. De människor som medverkat till forskning, får sällan någon information tillbaka. Personligen tycker jag att uppdragsgivarna borde bekosta någon form av sammandrag till de som lämnat bidrag till ett projekt. För närvarande trycks åtskilligt material i form av enkäter, intervjuer, diskussionsmaterial till referensgrupper och liknande, för att inte

tala om informations- och påminnelsebrev till de ytterst berörda = oftast patienter, klienter eller överhuvudtaget allmänheten. Men när de, som lämnat det grundläggande materialet, ber att få ta del av slutprodukten, så åberopas plötsligt kostnadsskäl. Man har helt enkelt inte råd att ge en rapport till var och en, säger man. Det är något som inte stämmer i det sammanhanget enligt min mening.

– Forskningsresultaten borde tillställas företrädare för det område, som studerats, jag tänker då närmast på politiker och administratörer, som rent konkret kan ändra förutsättningarna för ett område. Människor som alltså befinner sig i en maktposition.

– Av tradition presenteras forskningsresultaten i första hand för vetenskapssamhället. Återföringen till fältet brister. För närvarande nämns fältanknytning och återföring i en rad teoretiska presentationer. Tyvärr får dessa begrepp lätt karaktären av honnörsord. De blir nog i sig i och med att de uttalas. Presentationen blir besvärjelse, rit.

Margus: – Vad gäller mig har utvecklingen gått från ett försök att förbättra värden till att producera en akademisk avhandling. Istället för direktkontakt med de sjuka och deras vårdgivare har kommunikationsmedlen blivit vetenskapliga föredrag och artiklar. Reumatikerna, som var den ursprungliga målgruppen för mitt arbete, har alltmör försvunnit ur sikte och ersatts av ett relativt anonymt forskarkollektiv.

– Den nära kopplingen mellan en akademisk avhandling och den fortsatta yrkeskarriären för medicinare tycker jag är problematisk. Val av ämnesområde riskerar att styras mer av möjligheten att snabbt göra en avhandling än av problemets vetenskapliga eller sociala värde. Problemkomplex som innebär tvärvetenskapliga ansatser och mödosamt teoretiskt utvecklingsarbete blir lägprioriterade.

– Här är vi då inne på en svår fråga, som handlar om vem som skall styra forskningen. En avnämardstyrd forskning kan medföra att forskningen endast fyller den legitimerande funktionen. Förutsättningen för en kritiskt granskande forskning är en relativ autonomi hos forskaren, men risken är då, att forskningen fjärrar sig från verkligheten.

Inger: – Eller också – med anknytning till det jag beskrev om forskningen som ett upplevt hot – att forskningen redovisar resultat, som förnekas av beställaren därför att de alltför väl beskriver verkligheten.

Författarpresentation:

Båda författarna arbetar vid socialmedicinska avdelningen i Örebro.* **Margus** Mägi är FV-läkare och **Inger** Svenman är socionom och tjänstgör som utredningssekreterare.

*Postadress: Lasarettet, Socialmedicinska avdelningen, 701 85 Örebro.

Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin
specialistförening.*

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

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

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

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

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

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

OBS! Alla medlemmar i SFAM erhåller automatiskt tidskriften ALLMÄNMEDICIN.

Anmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Tel.: _____

FRANKERAS

SFAM

Box 5610
114 86 Stockholm

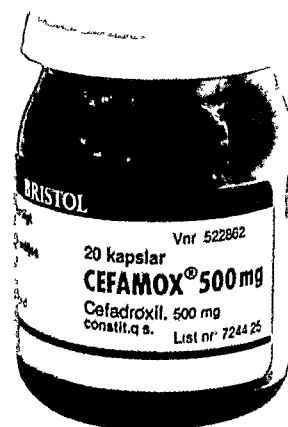
Peroralt cefalosporin

CEFAMOX[®] *vid urinvägsinfektioner*

- **effektivt**
- **tolereras väl**
- **enkel dosering**

CEFAMOX[®] absorberas oberoende av födointag. 93% av aktiv substans utsöndras inom 24 timmar.

CEFAMOX[®] är en vidareutveckling av cefalexin som medfört förbättrade farmakokinetiska fördelar med bibehållet antibakteriellt spektrum (FASS 1983).



CEFADROXIL[®]
CEFAMOX[®]

Doseras morgon och kväll



BRISTOL-MYERS AB

Huvudsta Gård Box 4100 171 04 Solna
telefon 08/ 82 04 30

BRISTOL



Isoptin® Knoll

Tabletter 40 mg, 80 mg och 120 mg,
injektionsvätska 2,5 mg/ml

R

Kalciumantagonist

Grupp 2C 1815

Deklaration. 1 tablett innehåller: Verapamili hydrochloridum 40 mg aut 80 mg aut 120 mg, color (kinolingult, titandioxid) et constlt. q.s. 1 ampull innehåller per ml: Verapamili hydrochloridum 2,5 mg, natrii hydrochloridum 8,5 mg et aq. ad iniectionem q.s.

Upplysningar. Meda AB, telefon 031-17 68 40.

Egenskaper. Verapamil är en Kalciumantagonist med effekt vid angina pectoris, förmaksarytmier och hypertension. Den basala verkningsmekanismen är en selektiv hämning av det transmembranösa flödet av kalciumjoner genom påverkan på särskilda kalciumkanaler i cellmembranen. Samtidigt bibehålls möjligheten till aktivering med katekolaminer. Kalciumflödet har en väsentlig betydelse för den kontraktilla processen i hjärtmuskelceller och i glatt muskulatur. Därigenom förklaras den hämmande effekt som verapamil utövar på isolerade myokard- och kärlpreparationer. Denna effekt kan elimineras av tex isoprenalin. Verapamil påverkar de perifera blodkärlen och ger vasodilation. Verapamil har ingen effekt på skelettmuskulaturen. Behandling med verapamil-medför inga negativa effekter på luftvägarna och kan därför även användas hos patienter med obstruktiv lungsjukdom.

Antianginös effekt: Kalciumantagonismen medför en lagre omsättning av energirika fosfater och därmed en minskad syrgasförbrukning. Hämningen av myokardiets kontraktilitet med minskad syrgasförbrukning anses ha betydelse för den terapeutiska effekten vid angina pectoris. Dessutom spelar koronar vasodilatation en betydande roll, speciellt vid förekomst av koronarspasm. Genom perifer vasodilatation med blodtryckssänkning sker även en avlastning av hjärtat. Hos patienter med normal vänsterkammarfunktion medför behandling med verapamil inga negativa hemodynamiska konsekvenser trots hämningen av myokardiets kontraktilitet.

Antiarytmisk effekt: Den antiarytmiska effekten av verapamil är väl dokumenterad vid förmaksarytmier. Genom kalciumantagonismen minskar verapamil automaticiteten i ektopiska foci och ökar överledningstiden i AV-noden med förlängning av den effektiva refraktärtiden. Detta leder till en reduktion av kammarfrekvensen vid förmaksflimmer och -fladder. Vid paroxysmala supraventrikulära takyarytmier erhålls oftast omslag till sinusrytm samt recidivprofylax. Effekten på den kardiala pacemakeraktiviteten kan upphävas av tex isoprenalin.

Antihypertensiv effekt: Genom perifer vasodilatation reducerar verapamil det perifera kärlmotståndet. Verkningsutövas huvudsakligen på resistenskärlen. Inga ortostatiska besvär förekommer under behandlingen och hjärtfrekvensen ökas inte. Ej heller har natriumretention och reninstimulation observerats. Verapamil sänker blodtrycket i såväl liggande som stående ställning samt under arbete.

Verapamil kan, vid behov, kombineras med diuretika eller α -metyldopa. Kombination med β -receptorblockerare är inte lämplig.

Efter oral tillförsel absorberas verapamil nästan fullständigt. Den biologiska tillgängligheten är ungefär 20%, beroende på en omfattande first-pass-metabolisering.

Den biologiska tillgängligheten av verapamil ökar vid nedsatt leverfunktion. Vid oral tillförsel uppnås maximal plasmakonzentration efter 1–1,5 timmar. Ungefär 90% av verapamil är bundet till plasmaproteinerna. Halveringstiden i plasma är efter engångsdos 3–5 timmar och i steady state cirka 10 timmar.

Verapamil genomgår en omfattande metabolisering i levern. Verapamil och dess metaboliter utsöndras huvudsakligen renalt – 70% av den givna dosen. Den viktigaste metaboliseringsvägen är N-dealkylering. En av huvudmetaboliterna, norverapamil, har ungefär 20% av moderföreningens farmakologiska aktivitet.

Indikationer. Angina pectoris. Förmakstakyarytmier och AV-nodala takyarytmier. Hypertoni – Isoptin kan användas då behandling med β -receptorblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har givit önskad effekt eller är olämplig.

Kontraindikationer. Bristfälligt kontrollerad hjärtinsufficiens (om inte denna orsakas av takyarytmi), kardiogen chock. AV-block av grad II och III samt bifasiskulärt block och sick sinus syndrom.

Försiktighet. Vid hypotension, akut myokardieinfarkt, uttalad bradykardi, digitalis-intoxikation samt AV-block grad I. Försiktighet bör även iaktas vid nedsatt leverfunktion på grund av minskad first-pass-metabolisering med åtföljande ökad biologisk tillgänglighet. Samtidig behandling med β -receptorblockerare är olämplig – se under Interaktion. Om parenteral tillförsel sker alltför snabbt, kan AV-block, hypotoni och eventuellt asystoli uppträda. Förmaksflimmer i kombination med WPW-syndrom (risk att verapamil utlöser kammarflimmer).

Graviditet och amning. Kategori A. Se speciellt avsnitt märkt [G].

Uppgift saknas om huruvida verapamil passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Obstipation förekommer. Illamående, yrsel, huvudvärk och hudutslag har rapporterats. Vid parenteral tillförsel se under Försiktighet.

Dosering. Interindividuella variationer i first-pass-metabolismen medför att dosen bör anpassas individuellt.

Följande riktlinjer gäller:

Hypertoni: 240–480 mg/dag fördelat på 3 doseringstillfällen.

Angina, arytmier: 240–480 mg/dag fördelat på 3–4 doseringstillfällen. Under kortare tid kan dosen höjas (upp till 720 mg/dygn).

Parenteralt: Vid akuta arytmier 5 mg (1 ampull) som engångsdos intravenöst. Dosen kan upprepas efter 5–10 minuter och i allmänhet är detta tillräckligt för att uppnå terapeutisk effekt. Tillförseln skall ske långsamt (2–3 min).

Infusion: ISOPTIN kan ges som infusion i isoton koksaltlösning eller glukos, 5–10 mg/timme, totalt upp till 100 mg/dygn.

Barn

Oralt: 20 mg 2–3 gånger dagligen för spädbarn och småbarn. 40 mg 2–3 gånger dagligen för större barn (för övrigt beroende på ålder och verknings).

Parenteralt: Barn 1–5 år 2–3 mg (0,8–1,2 ml), barn 6–14 år 2,5–5 mg (1,0–2,0 ml) som tillförs långsamt intravenöst under noggrann observation av patienten och EKG. Vid behov kan dosen upprepas efter 5–10 minuter.

Interaktion. Se speciellt avsnitt märkt [I] grupp 2C 1815 Verapamil, där kliniskt betydelsefulla interaktioner särskilt markerats.

Hållbarhet. 5 år.

Förpackningar. Tabletter 40 mg (ljusgula): 100 st vnr: 178574, Tabletter 80 mg (ljusgula): 100 st vnr: 035873, 250 st vnr: 174235. Tabletter 120 mg (ljusgula): 100 st vnr: 047613. Ampuller: 5x2 ml vnr: 178590.



ISOPTIN®
Hypertoniantagonisten



ISOPTIN SÄNKER BLODTRYCKET — INTE STÄMNINGEN

Bibehåller orken, lusten, livsglädjen.

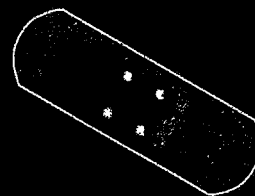
*Kalciumantagonism/Isoptin — en verkningsprincip som innebär
nya möjligheter till behandling av högt blodtryck.
Isoptin tillåter patienten att känna sig frisk trots medicinering
— ett aktivt liv utan onödiga biverkningar.*

Meda AB, Göteborg.

MEDA

Andapsin®

sukralfat



Lokalt slemhinneskydd mot flera faktorer

	Salt- syra	Pepsin	Gall- syror	Alkohol	Acetyl- salicyl- syra	Anti- flogistika
Andapsin						
Antacida						
Antikolinergika						
Cimetidin Ranitidin						

Referenser:

Nagashima R: Development and Characteristics of Sucralfate, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 103—110, 1981.

Nagashima R: Mechanism of Action of Sucralfate, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 117—127, 1981.

Tesler M and Elizer S: Protection of Gastric Mucosa by Sucralfate from Aspirin-Induced Erosions, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 175—179, 1981.

Tarnawski A et al: Comparison of Antacid, Sucralfate, Cimetidine and Ranitidine in Protection of Gastric Mucosa against Ethanol Injury, Gastroenterology vol 84, No 5, Part 2 p 1331, 1983.

Caldwell JR: Pilot Trial of Sucralfate in Patients with Gastrointestinal Symptoms Associated with the Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents, Gastroenterology vol 84, No 5, Part 2 p 1119, 1983.

Andapsin® tabletter 500 mg

Antiulcusmedel med lokal slemhinneskyddande effekt.

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

Egenskaper. Sukralfat är alkaliskt aluminumsackarossulfat, som vid peptiskt sår huvudsakligen verkar med en lokal slemhinneskyddande effekt. Sukralfat bildar ett komplex med proteinerna i sårets botten. Affiniteten till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat resorberas 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. Se speciellt avsnitt märkt ☒ i FASS. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar uppträder i ca 2%. Vanligast är förstoppning. Muntorrhet finns rapporterat.

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.



FARMOS GROUP AB

Konsult i ortopedisk medicin – en försöksverksamhet

ANNA-KARIN FURHOFF · LENA NORD · ROLF NORDEMAR

En stor och ofta krävande grupp patienter som distriktsläkaren och distriktssjukgymnasten möter är de med långvariga symptom från rörelseapparaten.

Genesen är ofta oklar, även om man ganska tidigt anar att såväl biomekaniska som psykologiska mekaniska är av betydelse. Dessa patienter remitteras i regel till ortopedkliniker för bedömning men kommer oftast i retur till allmänläkaren i oförändrat skick.

Tyvärr har grundutbildningen inte rustat oss särskilt väl för att ta hand om dessa patienter. Åtminstone äldre läkare (över 30 år) drilades i att urskilja de mest subtila diastoliska hjärtblåsljud, men fick aldrig någon undervisning i hur man systematiskt undersöker rörelseapparaten. Säkert är detta missförhållande nu borta. Tillströmningen till de kurser i ortopedisk medicin som bla ges av NLV och provinsialläkarfonden talar dock sitt tydliga språk om de efterbehov som finns.

I Sollentuna primärvårdsområde (45.000 invånare, tio ordinarie distriktsläkare och sex distriktssjukgymnaster) finns det sedan hösten 1981 en försöksverksamhet med konsult från avdelningen för fysikalisk medicin och rehabilitering vid Karolinska sjukhuset. Verksamheten har främst varit inriktad på de problempatienter som har långvariga smärttillstånd från rörelseorganen av icke-kirurgisk natur, dvs det område som allt oftare kommit att sammanfattas under rubriken ortopedisk medicin. Vi rapporterar här det första årets erfarenheter.

Verksamheten har omfattat dels patient-konsultationer, dels utbildning, och ägt rum på Sollentuna vårdcentral var tredje till var fjärde fredagseftermiddag (sammanlagt tio tillfällen hösten 1981-våren 1982).

Konsult har hela tiden varit biträdande överläkare Rolf Nordemar. Från primärvården har deltagit distriktssjukgymnaster och ordinarie distriktsläkare från Rotebro vårdcentral, Sollentuna vårdcentral samt sjukgymnastmottagningen och läkarstationen i Edsberg.

Nyckelord: Ortopedisk medicin, primärvård, konsultverksamhet.

Tabell I.

Sjukgymnasters (sjg) och läkares (läk) bedömning av den nytta man haft av utbildningstillfällena

Ämne	Mycket god sjg läk		Ganska god sjg läk		Föga sjg läk	
Halsrygg	4	1	0	5	1	0
Bröstrygg	2	0	1	4	1	1
Ländrygg	2	1	1	2	0	0
Axlar	4	3	1	1	0	1
Höfter	4	1	1	3	1	0

Uppläggning

Vid konsultationerna har patienten undersökts av konsulten tillsammans med ansvarig distriktsläkare och den behandlande sjukgymnasten. Man har sedan haft tillfälle att resonera om diagnosen och lägga upp en behandlingsplan. Tidsåtgången har varit ca 40 minuter per patient, varvid man hunnit med tre patienter under två timmar. Efter detta har en timme anslagits till gemensam genomgång av undersökningsteknik vid analys av smärttillstånd i rörelseorganen. Olika behandlingsmetoder har också diskuterats översiktligt, men tonvikten har lagts på undersökningsteknik. Deltagarna har tränat på varandra.

Förväntningar

Innan verksamheten började gjordes en enkät för att få reda på distriktsläkarnas och sjukgymnasternas attityder och förväntningar. Av de svarande (sju sjukgymnaster och nio läkare) ansåg samtliga att den planerade utbildningen var mycket angelägen eller angelägen (en läkare). Läkarna ansåg allmänt att målsättningen borde vara att ge hjälp till en förbättrad diagnostik och behandling, och förväntade sig särskilt att få praktisk handledning i undersökningsteknik. De ansåg sig ha bristfälliga kunskaper, särskilt inom områdena axlar och hals-bröst-ländrygg. Sjukgymnasterna var också angelägna om en förbättrad kunskap i diagnostik och behandling. De betonade särskilt starkt det värdefulla i att utbildas tillsammans med läkarna, så att man skulle kunna få en enhetlighet vad gäller undersökningsteknik, diagnostik och målsättning i behandlingen. De ansåg att de hade bristfälliga kunskaper inom områdena rygg och axel.

Utbildningens värde

Våren 1982, när verksamheten pågick i

två terminer, gjordes en ny enkät som besvarades av sex sjukgymnaster och sju läkare. Sjukgymnasterna hade deltagit vid i genomsnitt sju tillfällen och läkarna vid fyra tillfällen. Sjukgymnasterna ansåg sig ha haft något mer nytta av den än läkarna (tabell I). Av kommentarerna framgår att läkarna ansåg det värdefullt att ha fått träna manuell undersökningsteknik på varandra, men önskade i ökad omfattning tillfälle att under handledning träna palpation på patienter. Sjukgymnasterna ansåg också att den praktiska undervisningen i undersökningsteknik varit värdefull, men önskade mera tonvikt på behandling. Även de önskade en mera patientorienterad undervisning. Både sjukgymnaster och läkare önskade att utbildningen skulle fortsätta.

Konsultverksamheten

Inom ramen för själva konsultverksamheten hade fem läkare fått hjälp att bedöma i medeltal 2,6 patienter och sex sjukgymnaster hjälp med i medeltal lika många. Både läkare och sjukgymnaster ansåg sig ha haft störst hjälp av konsulten vid diagnostiken (tabell II). Man ansåg också att det varit mycket värdefullt att ha träffat patienten tillsammans med konsulten. Både läkare och sjukgymnaster önskade att konsultverksamheten skulle fortsätta med samma utformning.

Kommentarer

Konsulten:

Att fungera som primärvårdskonsult och ha ett utbildningsansvar både under själva konsultationen och vid den efterföljande undervisningstimmen är relativt påfrestande. Att värdera och handlägga detta under ett 40-minutersbesök och samtidigt demonstrera undersökningsteknik inför flera lyssnare (1-2) är svårt. Jag har ibland tyckt mig märka att både den behandlande

Tabell II.

Sjukgymnasters (sex svar) och läkares (fem svar) bedömning av i vilka avseenden konsultverksamheten varit till hjälp/fördel

	Stor hjälp/fördel	Ganska god	Inte så stor
Diagnos	8	2	1
Behandling	4	7	0
Se patienten tillsammans	10	1	0
Slippa skicka patienten till KS	5	5	0

läkaren och sjukgymnasten önskar att jag skall koncentrera min undersökning till endast den kroppsdel där det onda sitter och på så sätt hitta ett fel som med någon enkel åtgärd kan avhjälpas. Den som har sysslat med långvariga smärtproblem under en tid är medveten om att så enkelt är det sällan utan det är nödvändigt att bilda sig en helhetsuppfattning om den människa som har ont. Dels kan smärtan i en kroppsdel vara en refererad pain från ett annat område, dels kan den bero på en ökad smärtskänslighet till följd av sjukdomsprocesser som pågår någon annanstans. En omfattande anamnes och en noggrann fysikalisk diagnostik ger bra diagnostiskt underlag och skapar ett förtroende hos patienten inför den vidare behandlingen.

Mycket viktigt är också att omfattande psyko-sociala problem kan ligga bakom långvariga smärttillstånd. Kanske har de vikarierande distriktsläkarna och de som är under utbildning svårare att se dessa samband än de ordinarie distriktsläkarna. De senares längre erfarenhet förklarar säkert skillnaden. Att de ordinarie distriktsläkarna i Sollentuna deltar i Balintgrupper ökar givetvis också deras förståelse för sambandet mellan psyko-sociala faktorer och sjukdom.

Min erfarenhet av konsultationsverksamheten hittills är att det finns ett stort behov av efterutbildning inom området smärttillstånd i rörelseorganen och inte minst gäller detta förståelsen av psykologiska och sociala problem som bakgrund till kronisk smärta. Det talas i dag mycket om behovet av en helhetssyn inom sjukvården och jag kan bara bekräfta hur viktig denna helhetssyn är och hur svårt det kan vara att förmedla den och att ta emot den.

Distriktsläkaren:

De patienter som vi bett konsulten i ortopedisk medicin att se på har ofta varit sådana med utdragna besvär, där man trots omfattande utredning och långvarig fysikalisk behandling inte kunnat hjälpa patienten på ett tillfredsställande sätt. Problemet har i regel varit osäkerhet i diagnostiken. Även om läkaren varit så gott som övertygad om att det funnits ett samband mellan patientens smärta och funktionsinskränkning å ena sidan och psykosociala faktorer å andra sidan, kan det ha varit omöjligt att få patienten att acceptera detta. Läkaren kan ha haft svårt att inte smittas av patientens oro, som i sin tur fått näring av läka-

rens osäkerhet, med ytterligare undersökningar som följd. Dessa bekräftar för patienten att läkaren misstänker ett organiskt fel, och ökar hans/hennes oro ännu mer.

Både för läkaren och patienten kan lösningen i en sådan situation vara en specialistkonsultation. Det värdefulla med konsultationerna i ortopedisk medicin har varit att man i regel kommit fram till en *positiv* diagnos, och det även när patientens besvär haft en psykosocial genes. Det vanliga är ju annars att en konsultation endast bekräftar eller utesluter organisk sjukdom.

När man dessutom träffas alla fyra tillsammans (patient, konsult, sjukgymnast och distriktsläkare) finns det mycket goda förutsättningar för att man tillsammans ska kunna komma överens om ett realistiskt behandlingsmål och en behandlingsplan som kan komma att fungera. Att distriktsläkare och en sjukgymnast faktiskt är närvarande under konsultationerna minskar också patientens möjlighet att ge en (oftast omedvetet) tillrättalagd skildring av vad som hänt vid mötet med konsulten.

Läkares utbildning i fysikalisk diagnostik av rörelseorganens sjukdomar är i regel dålig, och konsultens utbildningsinsatser är därför uppskattade. Verksamheten har av praktiska skäl ägt rum på fredagseftermiddagar då många deltidsarbetande är lediga. Det är tyvärr också en populär tid för sammanträden och möten av annat slag. Det är synd att läkarna inte har kunnat delta i mer än i genomsnitt fyra av tio utbildningstillfällen, men allt eftersom utbildningen fortsätter hoppas vi kunna komplettera våra kunskaper.

Distriktsjukgymnasten:

Det är en mycket stor fördel att både läkaren och sjukgymnasten är med vid patientundersökningen så att vi kan diskutera diagnos, behandling, behandlingsmål m.m. I en del fall har inte patienten fått sjukgymnastik utan först remitterats till konsulten för att få en diagnos. Vid undersökningstillfället har vi då bestämt om eventuell behandling och behandlingsmål. Patienten har sedan kunnat få behandling under tre veckor och vi har haft möjlighet att diskutera resultatet nästa gång konsulten kommit.

Många av patienterna med långvariga besvär har en mängd symptom. Vi har ibland behövt konsultens hjälp med att bedöma patientens funktionsnedsättning för att planera fortsatt behandling och sätta upp ett realistiskt

mål. Trots att patienten ofta har många psykiska pålagringar måste vi ju ändå se vilka somatiska symptom som finns för att ge patienten en adekvat behandling. Naturligtvis försöker vi få patienten att inse sambandet mellan kropp och själ så han/hon inte blir för somatiskt fixerad.

På vårdcentralen har vi själva ganska goda möjligheter att skapa oss en helhetsbild av patienten och hans/hennes problem. Beroende på bla:

- hög vårdkontinuitet
- mycket bra samarbete mellan distriktsläkare och distriktsjukgymnast
- gott samarbete med Sollentuna psykiatriska mottagning med bla handledning av ordinarie distriktsjukgymnaster och distriktsläkare lett av en psykolog.

Det känns därför riktigt att konsulten kommer till vårdcentralen och hjälper oss med fler "pusselbitar" till helhetsbilden i stället för att patienten åker till specialisten. Remiss eller remissvar kan ju aldrig ersätta en direktkontakt.

Undervisningen har främst varit inriktad på undersökningsteknik och vår önskan är att den ska bli mer patientinriktad. Kanske i form av att vi diskuterar runt ett patientfall och tränar undersökningsteknik och behandling på varandra i anslutning till detta. Vi känner ett behov av att öka vår kunskap vad gäller differentialdiagnostisering och behandling.

Det är positivt att läkare och sjukgymnaster deltar i undervisningen tillsammans så vi lär oss en gemensam undersökningsteknik och arbetar mot samma mål.

Författarpresentationer

Anna-Karin Furhoff, docent, distriktsöverläkare, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna.

Lena Nord, distriktsjukgymnast, Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna.

Rolf Nordemar, docent, biträdande överläkare, avdelningen för fysikalisk medicin och rehabilitering, Karolinska sjukhuset, Box 60500, 104 01 Stockholm.

Effekten av olika metoder att träna rörlighet

PETER SCHANTZ

Rörlighetsträning utgör en behandlingsform inom sjukvården och är en viktig del av den moderna idrotts-träningen. Det finns flera olika metoder för att träna upp rörligheten. I artikeln beskrivs dessa metoder samt några studier som undersökt i vilken utsträckning de utgör effektiva träningsformer. Det är svårt att på basis av dessa studier entydigt slå fast att en viss träningsform är överlägsen någon annan.

Nyckelord: Stretching, led- och muskelsjukdomar, behandling.

Förlängning av förkortad muskulatur har länge varit en viktig behandlingsmetod inom ortopedisk medicin, och på senare år har en god rörlighet uppmärksamats av idrottsrörelsen som en viktig faktor för att förebygga skador och möjliggöra ett mer optimalt rörelsemönster.

Träningsmetoder

De metoder som används för att träna upp rörligheten kan delas in i tre huvudgrupper.

1) Traditionella tånjningar

Genom en sving-rörelse tilldelas en kroppsdel stor rörelseenergi som utnyttjas för att ta ut en rörelse lite utöver det "normala" maximala rörelseutslaget i en led. Tånjningen följs ofta av en eftertånjning.

2) Passiv tånjning

Rörelseutslaget tas ut maximalt (intill smärtgränsen), varefter man håller kvar i detta läge och försöker öka rörelseutslaget efter hand som muskulaturen töjs ut. I den passiva tånjningen utnyttjas yttre krafter (tex tyngdkraften) för uttöjningen.

3) Aktiv spänning – passiv tånjning

Inleds med en maximal statisk kontraktion av den muskelgrupp som skall töjas ut, följd av en passiv tånjning av muskelgruppen till ytterläget.

Metoderna har var och en ett antal varianter som främst skiljer sig med avseende på tidsdurationen av olika fas-
ser.

Jämförande studier

Tyvärr saknas grundlig kunskap om effektiviteten hos de olika metoderna. Det kan dock vara motiverat med en kort redogörelse för några studier och åt vilket håll de pekar. Grahn och Nordenborg (1) jämförde metoden aktiv spänning-passiv tånjning med den traditionella tånjningsmetoden. Den förra metoden utfördes med en 7 sekunder lång maximal isometrisk förkontraktion följt av 2 sekunders avslappning och därefter 7 sekunder av passiv tånjning. Detta upprepades fem gånger. Tånjningarna utfördes under lika lång tid som hela aktiv spänning-passiv tånjning-metoden tog i anspråk. Träningen utfördes tre gånger i veckan under fyra veckor. Metoden aktiv spänning-passiv tånjning gav 3,5 gånger större ökning av rörligheten än de traditionella tånjningarna. Tanigawa (2) jämförde effekten av passiva tånjningar (7 s×4) med aktiv spänning-passiv tånjning [(odefinerad längd på förkontraktionen-passiv tånjning 7 s)×4]. Träningen genomfördes två gånger per vecka i 3,5 veckor. Aktiv spänning-passiv tånjning resulterade i dubbelt så stor ökning i rörligheten som enbart passiv tånjning.

Holt (3) studerade ökningen i rörlighet efter enstaka träningspass med olika metoder. De metoder som jämfördes var traditionella tånjningar [(20 s–10 s vila)×8], passiv tånjning [(5 s förkontraktion–2 s aktiv tånjning)×3]–10 s vila)×8]. Aktiv tånjning är när man endast utnyttjar antagonistmuskulaturen för att töja ut en muskelgrupp.) Rörlighetsökningen direkt efter ett träningspass var tre gånger större med metoden aktiv spänning-aktiv tånjning jämfört med tånjningarna och den passiva tånjningen. DeVries (4) jämförde effekten av traditionella tånjningar med passiv uttöjning (2×30 min/vecka under 3,5 veckor). Rörligheten ökade lika mycket med de olika metoderna.

Ovan nämnda studier talar således för att metoden aktiv spänning-passiv tånjning vid långvarig träning ger större rörlighetsökning än traditionella tånjningar och passiv tånjning. Någon större skillnad i effektivitet mellan de två senare metoderna verkar inte föreligga. Förklaringen till ovan skulle kunna tänkas vara att den aktiva spänningen leder till en postkontraktorsk inhibition som underlättar tånjningen. Detta utgör i varje fall den teoretiska bakgrunden till förkontraktionen.

Det är möjligt att en sådan mekanism är verksam vid olika neuromuskulär abnorma tillstånd. Hos friska

personer verkar emellertid inte viljemässiga tånjningar eller passiva tånjningar utlösa någon sträckreflex som skulle kunna motverka tånjningen (5). Skillnaden mellan metodernas resultat kan eventuellt bero på det faktum att den tid muskel-sen komplexet utsattes för tension i ovan longitudinella träningsstudier var längre vid metoden aktiv spänning-passiv tånjning än vid metoderna passiv tånjning (2) och traditionella tånjningar (1). I studien av Holt (3) var emellertid den totala tid som muskel-sen komplexet utsattes för tension konstanthållen. Ändå blev den akuta effekten av ett träningspass större vid aktiv spänning-aktiv tånjning. Det är således möjligt att en förkontraktion i sig underlättar tånjning på ett för närvarande okänt sätt.

Sammanfattning

De jämförande studierna av rörlighetsträning är fåtaliga, vilket gör det svårt att med säkerhet slå fast att den ena eller andra metoden är mer effektiv. En del talar dock för att en statisk kontraktion före tånjningen är av betydelse för tånjningens resultat. Rörlighetsträningen är – jämfört med tex styrke-och konditionsträning – svårt att standardisera och kontrollera samt mycket beroende av noggrann instruktion. Detta gör att jämförande studier mycket lätt kan påverkas av förväntade effekter. För att erhålla ökade kunskaper om rörlighetsträning finns därför behov av väl kontrollerade studier.

Referenser:

1. Grahn, R, och Nordenborg, T, 1979: Rörlighetsträning – jämförande studie av två metoder. Idrottslärlärlinjen. Gymnastik-och Idrottshögskolan i Stockholm.
2. Tanigawa, M, 1972: Comparison of the hold-relax procedure and passive mobilization om increasing muscle length. Physical Therapy 52: 725–735.
3. Holt, L, Travis, T, och Okita, T, 1970: Comparative study of three stretching techniques. Perceptual and Motor Skills 31: 611–616.
4. DeVries, H, 1962: Evaluation of static stretching procedures for improvement of flexibility. Research Quarterly 33: 222–229.
5. Nilsson, J, och Almgren, U, 1982: Förekomsten av sträckreflexer i samband med rörlighetsträning. Tidskrift i Gymnastik 9: 365–371.

Författarpresentation:

Peter Schantz* är gymnastikdirektör och forskarstuderande vid Institutionen för fysiologi III, Karolinska institutet (vid GIH).

*Postadress: Institutionen för fysiologi III, Lidingövägen 1, 114 33 Stockholm. Tel 08-25 37 20.

Information om egenvård – behövs det?

LOTTA TILLANDER · ATLE WOHRM

Artikeln grundar sig på enkätstudier, genomförda dels bland vuxna och dels bland tonåringar från två olika sociala miljöer.

Avsikten var att med stöd från studierna antyda eventuella brister och skillnader i kunskaper både avseende enklare och svårare egenvårdsproblem, samt att bemöta rubriken "Information om egenvård – behövs det?"

Nyckelord: Enkätstudier, egenvårds-kunskaper, information.

Bakgrund

På Annedalskliniken i Göteborg genomfördes under 1980 och 1981 enkätstudier i egenvård bland 700 besökare på kliniken eller dess apotek. De som deltog var framför allt i åldrarna 20–60 år. Bägge könen var ungefär likvärdigt representerade. (1, 2).

Enkätfrågorna gällde dels lättare egenvårdsproblem, 200 vuxna deltog, dels svårare medicinska ställningstaganden, 500 blev utfrågade. Svaren vittnade om påtagliga brister framför allt vad gällde lättare egenvårdsfrågor.

Hur förhöll det sig då med motsvarande egenvårds-kunskaper hos ungdomar och skolelever?

För att få svar på den frågan gick vi våren -82 ut till ett par skolor med de egenvårdsfrågeställningar, som vi uppfattade som väsentliga, som individen, här eleven troligen förr eller senare skulle ställas inför.

Material och metod

Vi gick ut med enkäter till 208 elever i åldrarna 15–16 år. 101 elever (53 flickor, 48 pojkar) kom från årskurs 9 i en skola på Hisingen, ett område i Göteborg känt för en hel del sociala problem. Resten dvs 107 elever (57 flickor, 40 pojkar), hörde till 9:or i en skola i Lerum, en mindre villakommun utanför Göteborg, där de sociala problemen är färre.

Eleverna har fått besvara frågorna i närvaro av undertecknad eller i närvaro av lärare, som informerats om hur frågorna skulle tolkas och enkäten fyllas i.

Vi har jämfört enkätresultaten mellan de två elevgrupperna, vi har också jämfört skolbarnen med de tidigare nämnda 70 vuxna deltagarna.

RESULTAT

Kunskaper om egenvård (lättare egenvårdsfrågor)

– Otit och sinuit

Frågan löd "Tror du att risken för komplikationer i form av bihåleinfektioner och öroninflammationer ökar eller minskar om man ligger till sängs under en förkylning?" Svaren visade att ungdomarna hade ännu sämre kunskaper än vuxna om bästa kroppsläget vid nästappa och förkylning. 87 procent i bägge elevgrupperna trodde att komplikationsrisken minskade om man låg till sängs. Motsvarande siffra hos de vuxna var 76 procent.

– Näsblödning

Den andra frågan "Om du får en näsblödning och vill stoppa den så effektivt som möjligt, vad gör du då?"

Svarsalternativ:

– Läger dig på rygg och klämmer om näsan.

– Sätter dig i en stol och klämmer om näsan.

Även när det gäller näsblödning finner man att kunskaperna hos ungdomarna är sämre än hos vuxna och nästan lika dåliga som när det gäller förkylning. I elevgrupperna anser 80 procent av Lerumbarnen resp 65 procent av Hisingbarnen att man ska ligga på rygg och klämma om näsan vid näsblödning. Samma uppfattning hade 58 procent av de vuxna.

– Skrubbsår

"Hur brukar du sköta ett litet sår, typ skrubbsår? Vad tvättar du med?" var fråga nummer tre. (Tabell 1.)

Svaren tydde på att skrubbsår i många fall både bland barn och vuxna (53 procent) sköts på ett onödigt sofistikerat sätt med desinfektionsmedel typ Desivon och Biosept. Det förstnämnda är ett relativt dyrt preparat (ca 22 kr/l) och har ej visat sig ha bättre rengörande effekt än vanlig tvål och vatten eller koksaltlösning. Inte ens koksaltlösning för 18 kr/l behöver man köpa. Egen blandning av en liter vatten med en ts salt duger gott.

(Under övriga förslag nämndes i Vuxengruppen: saliv, bensin, i Lerumsgruppen: alsolsprit, saltlösning, konjak, i Hisinggruppen: aceton, ingenting.)

Tabell I.

Skötseln av skrubbsår hos vuxna respektive barn i Lerum och på Hisingen. Antal och procent.

SVAR	Vuxna Vuxna	Barn Lerum %	Barn Hisingen %
Desivon	58	54	42
Tvål och vatten	38	40	47
Övrigt	4	6	11
Bortfall	4	0	0
TOTALT	200	107	101

– Feber

Frågan var: "Är det farligt att motionera med feber i kroppen?" (frågan fanns ej med i vuxnenkäten).

Ja, svarade glädjande nog 91 procent i Lerum, men endast 78 procent på Hisingen. Således var det 22 procent av Hisingbarnen som skulle kunna utsätta sig för denna risk pga bristande kunskaper.

– Läkemedel

"Nämn några läkemedel som du tror är speciellt olämpliga att kombinera med alkohol"

Bland de vuxna och Hisingbarnen fanns en relativt god kunskap om att psykofarmaka+sömnmedel och alkohol ej bör kombineras. Lerumbarnen nämnde analgetika i större omfattning. Som exempel togs Doleron, Treo, Bamyli, Morfin. Cirka 27 procent av både barn och vuxna hade den icke bevisade uppfattningen att antibiotika typ pc och sulfa och alkohol ej kan kombineras. Bland övriga förslag var det framför allt hjärtmedicin som nämndes.

Tabell II.

Läkemedel som vuxna resp barn i Lerum och på Hisingen tror är olämpliga att kombinera med alkohol. Antal och procent.

SVAR	Vuxna %	Barn Lerum %	Barn Hisingen %
Antibiotika	32	31	15
Psykofarmaka + sömnmedel	41	15	42
Analgetika	20	45	31
Övrigt	7	9	8
Bortfall	12	0	8
TOTALT	200	107	101

Kunskaper om egenvård (svårare egenvårdsfrågor)

– Ryggskott

Tabell III visar de alternativ som gavs och de alternativ som valdes vid ryggskott.

Frågan löd: "Om du i samband med tungt lyft i hemmet plötsligt får ont i korsryggen och ej kan räta på ryggen, vad gör du då i första hand?"

Av enkätsvaren kunde man utläsa att ca 14 procent i snitt hade gjort fel, dvs uppmjukningsrörelser eller fortsatt arbeta. Detta är en anmärkningsvärt hög procent och likvärdig i de tre grupperna.

Bland egna alternativ föreslogs: Sätta sig, elektriska stötar, sjukvårdsupplysningen, söka läkare, söka naprapat.

- Magont

"Om du haft rejält ont i magen i ett-två dygn, försökt strunta i det hela och varit i arbete som vanligt, men därefter får stigande feber och tilltagande värk, illamående, kräkningar, vad gör du då i första hand?"

Svarsalternativen var givna även denna gång och visade (se tabell IV) att alltför många och framför allt Hisingensbarnen nappade på och föreslog smärtstillande medicin. De flesta anade dock att frågan exemplifierade en allvarligare magåkomma, som man bör söka för.

Som andra alternativ föreslogs: toalettbesök, äta glass, lägga sig, avvakta, ta det lugnt.

Tabell III.

Alternativa åtgärder som valdes av vuxna resp barn i Lerum och på Hisingen vid akut Lumbago. Antal och procent.

Svarsalternativ	Vuxna %	Lerum %	Hisingen %
Vilar på rygg	55	38	55
Prövar värmedyna el dylikt	12	39	20
Gör uppmjukningsrörelser typ framåtböjning	12	13	17
Fortsätter att arbeta som vanligt	2	2	3
Annat alternativ	12	5	4
Bortfall	7	3	2
TOTALT	500	107	101

Tabell IV.

Alternativa åtgärder som valdes bland vuxna resp barn i Lerum och på Hisingen vid ihållande och accentuerade bukbesvär. Antal och procent.

Svarsalternativ	Vuxna %	Lerum %	Hisingen %
Ringer Sjukvårdsupplysning	46	48	47
Söker akut på sjukhus	35	24	24
Beställer tid hos läkare	5	11	9
Tar smärtstillande medicin	3	6	11
Värme och massage på magen	1	0	1
Tar Laxermedel	0	0	0
Andra alternativ	3	11	8
Bortfall	7	0	0
TOTALT	500	107	101

- Bröstmärter

Frågan löd: "Om du plötsligt får svåra smärter mitt i bröstet när du sitter och tittar på TV och det inte går över fastän

du lägger dig och vilar en halvtimme, vad gör du då?"

(I elevernas enkät ersattes "du" med "morfar".)

Svarsalternativ givna. Se tabell V.

Tabell V.

Alternativa förslag som valdes av vuxna resp barn i Lerum och på Hisingen vid svåra ihållande bröstmärter. Antal och procent.

Svarsalternativ	Vuxna %	Lerum %	Hisingen %
Ringer Sjukvårdsuppl	51	31	23
Ringer direkt efter ambulans	17	51	52
Åker egen bil el taxi till sjukhus	14	15	15
Tar en Magne-cyl och avvaktar	11	0	7
Annat alternativ	5	3	1
Bortfall	2	2	1
TOTALT	500	107	101

Under annat alternativ föreslogs vila, ringa anhörig.

Bröstmärter associerades av flertalet till en åkomma som bör föranleda läkarkontakt, men alltför många och ungefär lika hög procent i alla tre grupperna, tyckte att man skulle kunna ta sig till läkare med egen bil eller taxi, således är de inte införstådda med den risk man kan utsätta sig själv och sina medtrafikanter för vid en hjärtinfarkt och ev komplicerande hjärtstillestånd.

Kommentar till enkätsvaren

När det gällde "lättare egenvårdsfrågor" kan vi med vårt lilla material antyda att de testade kunskaperna är sämre hos "våra" tonåringar än hos "våra" vuxna. En viss skillnad i resultat mellan våra två ungdomsgrupper kunde märkas när det gällde frågorna motion-feber och mediciner-alkohol.

Kunskaperna kring svårare egenvårdsprogram var genomgående bättre och rätt lika i alla tre grupperna, un-

Tabell VI.

Alternativa informationskällor från vilka vuxna resp barn i Lerum och på Hisingen anser sig ha inhämtat mest egenvårds-kunskaper.

Informations-källa	Vuxna %	Lerum %	Hisingen %
Läkare	45	47	37
Radio-TV	29	18	22
Medic handböcker	20	8	15
Dagstidningar	18	8	13
Bekanta/släktingar	18	41	35
Sjukvårdsuppl	13	22	32
Veckotidningar	8	5	10
Sjuksköterska	7	13	6
Skola	6	20	22
FASS	6	4	1
Övrigt	5	8	2
Apotek	1	2	5
Bortfall	16	2	0
TOTALT	200	107	101

dantaget Hisingselevernans terapiförslag vid magbesvär.

Aktuella och framtida informationskällor - en diskussion

Det finns uppenbarligen bristande kunskaper i egenvård hos både äldre och yngre. I realiteten innebär detta att man söker för krämpor som man skulle kunna sköta själv eller motsatsen, man kanske söker för sent.

Detta i sin tur har medfört onödig belastning på sjukvårdssystemet och på samhällsekonomin.

Varifrån har då individen fått de flesta egenvårdskunskaperna hittills? Denna frågan ingick också i enkätstudien. De alternativa informationskällorna var givna och man hade rätt att stryka under de två alternativ som framför allt varit väsentliga.

Det framkom att läkarna intar en ledarplats i alla tre grupperna (tabell VI). För barnen kommer bekanta och släktingar på andra plats, medan vuxna tar del av massmedia och facklitteratur i större utsträckning. Skolan har glädjande en relativt hög placering hos eleverna. En ännu bättre placering kan vi kanske förvänta oss om några år då sjukvård och olycksfallsvård kommit att ingå i de naturorienterade ämnena i grundskolan, vilket är annonserat i den nya läroplanen. Friskvård, hygien, smittorisker, allergier, vanliga sjukdomar, sjukvård, olyckor och första hjälpen ska finnas med i undervisningen.

SU dvs sjukvårdsupplysningen betyder mycket som informationskälla i Göteborg. På Annedalskliniken sitter specialutbildade sjuksköterskor dygnet runt, beredda att svara på frågor och hjälpa till rätta. 1982 hade man 262.034 samtal. 60 procent klarades av med rådgivning.

Apoteken har en förvånansvärt dålig placering med tanke på bla tidningen Apoteket, som sedan 1981 getts ut gratis en gång i kvartalet till apotekens kunder och som i många artiklar berört just egenvårdsproblem.

Apoteksbolaget har också i samråd med SÖ utgivit en skrift som kallas "Läkemedel - hur funkar dom?". Skriften har kompletterats med en diaserie och kan användas som läromaterial i blaa skolorna.

Apoteket gemensamt med VC i Mölndal har publicerat en liten skrift kallad "Egenvård vid lindriga sjukdomsbesvär". Liknande skrifter har utgivits på många håll bla i Malmöhusläns landsting liksom inom Skellefteå sjukvårdsdistrikt (3, 4, 5, 6). Likaså har Annedalskliniken nyligen utarbetat en fyllig och illustrerad informations-skrift kallad "Råd vid lindriga sjukdomsbesvär".

Frågan är dock om informationen i nämnda skrifter verkligen går fram. Oftast utdelas de i väntrum, där patienterna och deras anhöriga sitter i spänd väntan på vad läkarbesöket skall innebära. Koncentrationen räcker oftast inte till annat än veckotidningsjourna-

Enda doseringen vid båda ulcus-indikationerna.

Morgon



En tablett på morgonen.

Kväll



En tablett på kvällen.

Katalogtext

Zantac

Tabletter 150 mg, injektionsvätska 10 mg/ml

Histamin-2-receptorantagonist, hämmare av saltsyra-sekretion

Deklaration. 1 tablett innehåller: Ranitidin. 150 mg, constit. et color (titandioxid) q.s.

1 ml injektionsvätska innehåller: Ranitidin. 10 mg, aq. steril. q.s.

Egenskaper. Ranitidin är en H₂-receptorantagonist, som kompetitivt blockerar histaminets verkan på H₂-receptorer. Därvid hämmas basal och stimulerad magsaftsekretion, såväl till volym som till halt av saltsyra. Genom minskningen av magsaftens volym minskas även den totala pepsinogensekretionen. Efter peroral tillförsel nås vanligen maximal plasmakoncentration inom 2 timmar. Absorptionen påverkas ej av föda. Efter en peroral singeldos av ranitidin 150 mg har en hämning av saltsyrasekretionen observerats upp till 12 timmar. Halveringstiden i plasma är ca 2 timmar och den biologiska tillgängligheten ca 50%. Graden av proteinbindning är ca 15%. Ranitidin utsöndras delvis med urinen, ca 40% efter peroral dos och ca 80% efter intravenös dos; 5-10% utgörs av metaboliter. Huvudmetaboliten är en N-oxid av ranitidin. Hos patienter med nedsatt njurfunktion förlängs halveringstiden.

Indikationer. Duodenalsår, benigna ventrikelsår, stomala sår, refluxesofagit och Zollinger-Ellison's syndrom. Profylaktisk behandling av kroniskt recidiverande duodenalsår.

Försiktighet. Njurinsufficiens och grav leverinsufficiens.

Graviditet och amning. Kategori B:1.

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

Biverkningar. Övergående yrsel, trötthet, huvudvärk, diarré och hudutslag har rapporterats.

Vid mycket höga, intravenösa doser har enstaka fall med prolaktinstegring observerats. Enstaka fall med klåda och sveda vid injektionsstället har rapporterats.

Dosering. Vuxna peroralt: Dosen för akuta ulcus är 150 mg 2 gånger dagligen. Behandlingen ges i 4 veckor. Till de patienter, som eventuellt ej är utläkta efter 4 veckors behandling, kan ytterligare en 4-veckorsbehandling ges. Till patienter med recidiverande sår, som skall behandlas profylaktiskt, ges ZANTAC 150 mg till natten. Denna behandling bör tills vidare ej pågå mer än 1 år.

Vid Zollinger-Ellison's syndrom bör initialdosen vara 150 mg 3 gånger dagligen, men kan vid behov ökas till 300 mg 3 gånger dagligen.

Vid refluxesofagit ges ZANTAC 150 mg 2 gånger dagligen i 8 veckor.

Vuxna parenteralt: Intravenös injektion: ZANTAC injektionsvätska kan ges som en långsam injektion (ca 1 minut) av 50 mg (1 ampull). Injektionen upprepas var 6:e till 8:e timma till dess peroral behandling kan påbörjas. Intravenös infusion: ZANTAC injektionsvätska kan ges som en intravenös infusion med en hastighet av 25 mg/timma under 2 timmar. Infusionen upprepas var 6:e till 8:e timma till dess peroral behandling kan påbörjas. ZANTAC injektionsvätska är blandbar med Natriumklorid 9 mg/ml samt med Glukos 50 och 55 mg/ml. Färdigberedd lösning skall användas inom 24 timmar.

Barn: Erfarenheterna av ZANTAC vid behandling av barn är begränsade. Om minskning av magsaftsekretionen bedömes önskvärd ges ZANTAC 5 mg/kg kroppsvikt/dygn.

Nedsatt njurfunktion: Halveringstiden i plasma förlängs vid nedsatt njurfunktion. Dosen bör därför i fall av påtagligt nedsatt njurfunktion halveras enligt nedanstående tabell. Lämpligen ges då 150 mg till natten vid peroral behandling.

Kreatinin-clearance ml/min	Serum-kreatinin umol/l	Dygnsdosering ZANTAC	
		Peroralt	Intravenöst
>50	<200	150 mg×2	50 mg×3-4
5-50	200-900	150 mg×1	25 mg×3-4

Ranitidin elimineras från kroppen vid hämodialys. Dialysbehandlad patient bör därför inte ZANTAC efter respektive dialystillfälle.

Observera. För att undvika inadekvat behandling bör misstänkt ulcussjukdom vid något tillfälle tidigt i sjukhistorien objektivt verifieras med röntgen eller endoskopi. Innan behandling med ZANTAC påbörjas vid ventrikelsår bör åtgärder för att utesluta malignitet ha vidtagits. Den profylaktiska behandlingen har ej visats nedsätta frekvensen av recidiv efter utsättandet.

Förvaring. ZANTAC injektionsvätska förvaras kallt.

Förpackningar. Tabletter 20 st och 60 st. Injektionsvätska 5×5 ml.

Glaxo

Glaxo Läkemedel AB, Box 263, 431 23 Mölndal.
Tel. 031-87 01 50/87 01 75.

Zantac

RANITIDIN

Den specifika H₂-antagonisten för enkel och säker ulcus-behandling.

listik och knappt det. Skrifterna når ju också där de ligger i väntrummen i stort sett endast de drabbade patienterna. För att profylaxen i egenvård ska göra sig gällande behöver informationen i större utsträckning nå ut direkt till hemmen.

I Skövde gick man för några år sedan ut via radio med korta informationsprogram om egenvård. Ett mycket gott och uppskattat initiativ som borde upprepas på fler håll. Ett annat alternativ vore att förmedla egenvårdsskrifter till alla hushåll ev kombinerat med information i radio och på TV (typ pausprogram).

Slutsats

Information om egenvård behövs och med gemensamma ansträngningar från framför allt sjukvårdshåll, apotek, skolor, sjukvårdsupplysningen och massmedia, bör vi kunna bidra till människors förbättrade egenvårdskunskaper, med bättre hälsotillstånd, självkänsla och stärkt samhällsekonomi som följd.

Litteratur:

1. Worm A, Dinger-Sjögren T, Gruvberg E, Landgren C, Mellstrand T. Egenvård och läkemedelskunskap – en enkätstudie. Läkartidningen 1980;77:34.
2. Wohrm A, Groth J, Landgren C, Larsson L, Mellstrand T. Ökade kunskaper – en förutsättning för en fungerande egenvård. Nord Med 1982;97:83.
3. Apoteksbolaget, SÖ, Läkemedelsinformationsrådet. 1982 "Läkemedel hur funkar dom" både skrift och bildtexter till diaserie att användas i skolorna.
4. Apoteket Mölndals Bro och VC Mölndal 1981. Egenvård vid lindriga sjukdomsbesvär.
5. Malmöhusläns landsting och Apoteksbolaget i samarbete med primärvården, apoteket och folktandvården i Höör. 1981. Så sköter du själv lindriga sjukdomar och olycksfall.
6. JC Annedalskliniken. Råd vid lindriga sjukdomsbesvär. (Stencil.)

Författarpresentation:

Lotta Tillander är FV-allmänläkare, fn på Medicinkliniken I, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Atle Wohrm är distriktsöverläkare vid vårdcentralen Annedalskliniken i Göteborg.

Är rökning verkligen din ensak?

Det mesta av röken går ut i luften som alla andas. Måste du röka så gör det där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

SKRIV OCH BESTÄLL AFFISCHER OCH PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM.

TELEFONRÅDGIVNING 14305900

Telefonframkomlighet vid vårdcentral

SVEN TERNOV

Telefonframkomligheten är av central betydelse för telefonrådgivning vid vårdcentral och även för övrig verksamhet. Tekniska och organisatoriska faktorer är ofta avgörande och det finns därvid stora lokala variationer. I följande artikel visar författaren hur man analyserat dessa problem vid en vårdcentral med resultatredovisning och förslag till åtgärder.

Nyckelord: Telefonrådgivning.

Bakgrund

Malmbergets vårdcentral har ett upptagningsområde på 12500 invånare, härav 10000 i tätortsdistrikt. Det finns fyra distriktsläkartjänster samt en utbildningstjänst.

Anledningen till undersökningen var en upplevelse av att telefonframkomligheten till vårdcentralen var oacceptabelt dålig.

Telefonrådgivningen spelar en central roll i vårdcentralens verksamhet. Mottagningssköterskan meddelar telefonrådgivning samt beslutar vid telefonkontakt om olika vårdalternativ, tex besök hos sköterska eller läkare. Tack vare mottagningssköterskans "gallring" av patienterna utnyttjas vårdcentralens begränsade resurser bäst.

Men för att fungera enligt dessa mål på ett sätt som allmänheten kan acceptera krävs främst att framkomligheten per telefon är god. Måste man som patient sitta det mesta av en dag och ringa vårdcentralen för att komma fram struntar man till slut i det och gör något av följande:

- a) Kommer oanmäld till vårdcentralen.
- b) Går till lasarettets akutintag.
- c) Ringer och skäller på sjukhusdirektören (som ringer mig).

I en attitydundersökning är det visat att patienten accepterar att "endast" få prata med en mottagningssköterska per telefon förutsatt att det är rimligt lätt att komma fram.

Problemanalys

En närmare analys av problemet kan lämpligt göras medelst en uppdelning på följande delproblem:

1. En teknisk del. Är televäxeln ändamålsenlig?
2. En personell del. Finns personella resurser för optimal bemanning av växeln?
3. En administrativ del. Är rutinerna för mottagningssköterskornas telefonarbete effektiva?

Utnyttjar sköterskorna vårdcentralens "kringresurser" effektivt i telefonrådgivningsarbetet (läkare, sekr, mottbitr)?

Spelar allmänhetens vårdbeteende någon roll för telefontillgängligheten?

ad 1

Växeln är ej ändamålsenlig. Den består av 2 ingående linjer som fördelar samtalet till den telefon som är ledig. Växeln saknar helt alla finesser såsom väntkoppling, linjemarkering etc.

ad 2

Det mesta av dagen, vissa sena eftermiddagar undantagna, behövs kontinuerlig passning av båda telefonerna, vilket kräver 2 sköterskor. Tidigare fanns enbart 2 skötersketjänster vid vårdcentralen. Numera har en tredje inrättats varvid telefonerna nu oftast kan dubbelbemannas.

ad 3

Rutinerna kring telefonrådgivningsarbetet sågs över och diskuterades på personalträffar. I samband med dessa diskussioner, varvid all personal deltog, framkom flera bra förslag för att effektivisera rutinerna, tex journalletning i anslutning till samtal.

Kontinuerlig handledning och utbildning av mottagningssköterskorna är nödvändig. Förutom intern utbildning för all personal en gång/månad har det lagts in en kortare träff en gång/vecka för läkare och alla mottagningssköterskor som fungerar som handledning. Som utgångspunkt för denna handledning används dels konkreta patientfall från dagens telefonrådgivning, dels boken "Symtom-råd-åtgärd" av Bertil Marklund.

Det är värdefullt för mottagningssköterskan att få återkoppling på sina beslut. Vi har ej löst detta på ett tillfredsställande sätt än. Dock äger en betydande återkoppling rum ändå, tex i

samband med fikapaus, men på ett något osystematiserat sätt.

Den formen för telefonrådgivning som numera bedrivs vid många vårdcentraler ställer höga krav på sköterskornas kunskaper och omdöme. Och det ställer höga krav på kontinuerlig läkarmedverkan. Sköterskan måste hela tiden känna att hon har läkarens stöd i ryggen.

Sköterskorna klagade på att vi var svåra att få tag på. Patienterna fick ofta vänta i telefonluren medan sköterskan sprang och jagade en doktor hon kunde fråga till råds. Därför införde vi fast tid för "samråd" samt återringning. De ordinarie distriktsläkarna kommer ut i telefonrådgivningen på fastställd tid innan lunch varje dag. Sköterskorna har tills dess samlat ihop sina frågor. På en kvart klarar man av ganska många frågor. Sedan återringar sköterskan till patienten på eftermiddagen när den ingående telefontrafiken har minskat. Sköterskorna är nöjda med detta, - läkaren likaså, för då slipper vi i viss mån småstörningar under pågående mottagning.

Det är viktigt att nå ut med information till allmänheten om hur de bör utnyttja oss.

Vi gick medelst ett masskorsband ut till allmänheten med information. Vi uppmanade bla patienterna att alltid ringa oss först, samt att ringa efter lunch om det ej rör sig om något brådskande, för att på det sättet få bättre spridning på den ingående trafiken. Detta gjordes juni 1980, med viss effekt.

Vi har fått med följande text i telefonkatalogen: "Telefontid 8-16.30. 8-10 reserverat för brådskande sjukdomsfall." Många visste inte om att vi hade telefontid hela dagen.

Metod

Organisationsavdelningen vid Norrbottens läns landsting var intresserade av telefonproblematiken. Vi fick hjälp dels med problemlösning, dels praktiskt med att ta fram lämpliga blanketter för undersökningen.

Liknande undersökning har bland annat gjorts vid vårdcentralen i Vännäs och vi använde denna som modell.

Under fyra veckor registrerades av mottagningssköterskan alla in- och utgående samtal fördelade på klockslag och samtalskategori enligt nedan:

1. Primärkontakt akut ej akut
2. Receptförnyelse till kroniker
3. Önskemål om förlängd sjukskrivning
4. Förfrågan om tider, ändring av bokning
5. Förfrågan om lab-svar, röntgen m.m.
6. Andra samtal (ej från patient eller anhörig)
7. Övrigt.

Ytterligare registrerades om samtalen tog mer eller mindre än 5 min i anspråk.

Resultat

Medeltalet för ingående samtal var 71/dag, med svängningar som lägst 56 och högst 142. Perioden betraktades som "lugn". Toppbelastning inträffar under dec-jan och medeltalet samtal/dag under denna period skattas till ca 120 med ledning av tidigare gjorda stickprov. Mängden ingående samtal är större i början av veckan.

Huvudparten av samtalen utgörs av primärkontakterna (69 procent, härav en fjärdedel akuta, resten ej akuta). Resterande 31 procent är ganska jämnt fördelade på övriga samtalskategorier.

När man diskuterar telefontillgänglighet är det främst primärkontakterna man vill ha fram till sköterskan. Ett delmål blir därför att hålla övriga samtalskategorier lågt. Var för sig är de låga, men utgör ändå en knapp tredjedel av all ingående trafik.

Vettiga rutiner kan påverka denna siffra, exempelvis itererade recept till kroniker som räcker 1 år, bra rutiner för att meddela provsvar per post, - en välinformerad allmänhet som vet att den får kallelse för återbesök så fort vi hinner.

Det skattas att ungefär 40 procent av primärkontakterna inbokas på läkarbesök inom 2-3 veckor från telefonkontakten.

Samtalsintensiteten är markant större dagens första 2 timmar, och faller sedan jämnt med undantag av en topp timmen efter lunch.

Trots information till allmänheten om att ej ringa på förmiddagen om icke akuta problem, inkommer dubbelt så många ej akuta primärkontakter kl 8-10 som akuta.

Ibland ombeds patienten vänta i telefonen då sköterskan måste göra annat. Detta besked var vi tvungna att ge ungefär 10 gånger/dag vid medelbelastning. Men till 90 procent var väntetiden för patienten under 5 minuter. Något samband mellan medeltalet samtal/dag och antalet väntande fanns ej. Men en trend noterades att översteg ingående telefontrafik ungefär 110 samtal dagligen, ökade "var god vänta"-beskedet markant. Lösningen på detta problem bedöms i första hand som teknisk, dvs en ny växel.

90 procent av samtalen tog mindre än 5 minuter i anspråk. Längre samtal tog undantagsvis mer än 10 minuter, och användes nästan uteslutande för "samtal" och inte för att leta journaler, jaga läkare för rådfrågning etc.

Sköterskorna ringer i medeltal 30 samtal dagligen, med toppar kl 13-14 främst för sk återringning och kl 16-17. Härtill kommer läkarnas inbokade samtal om ungefär 15 dagligen.

Återringning innebär att sköterskan återkommer med besked till den vård sökande om beslut (-åtgärd) efter att ha rådfrågat läkare m.m. Detta arbets sätt medför ett mera rationellt arbets sätt för sköterskan: Hon slipper springa och leta läkare och kan i stället ägna sig åt att expediera samtal. En för-

utsättning är att dagligt samråd äger rum med läkarna.

Det görs jämförelser med liknande undersökningar vid vårdcentralen i Vännäs samt Brobacken i Lerum. Medeltalet för inkommande samtal/dag jämförs och skillnaderna diskuteras. Malmberget ligger enligt denna jämförelse ungefär 14 samtal "för lågt".

Förslag till åtgärder:

1. En modern växel med rimlig kapacitet är ett måste.
2. Intensifierad information till allmänhet om telefontider m.m, eventuellt som gruppkorsband till hushåll eller annons i lokaltidning.
3. Åtgärder som syftar till att höja allmänhetens medicinska kunskap, exempelvis i form av "egenvårdshäfte" till hushållen efter modell från andra primärvårdsområden.
4. Utformningen av patientmottagares arbetsplats måste beaktas i samband med ny- och ombyggnationer.
5. Kontinuerlig översyn av rutiner vid vårdcentralen som berör patientmottagarefunktionen är nödvändig, likaså kontinuerlig fortbildning och handledning av patientmottagarna.

Litteraturlista:

1. Mattson L-G: Mätningar vid vårdcentralen i Vännäs 1977. Stockholm. SPRI 1977.
2. Handbok för löpande vårdplanering. Stockholm 1977. SPRI-projekt 3040.
3. Borén Inga-Britt: Sjukvårdsupplysning i primärvården. Stencil.
4. Mattson L-G: Telefonsamtalsmätning i Brobacken. Underlagsmaterial till projekt 3066, SPRI 1977. Stockholm.
5. Basuhn B: Mätningar vid vårdcentralen i Vännäs 1979. Stockholm. SPRI 1977.
6. Ternov Sven: Telefonframkomlighet vid vårdcentral. SPRI:s utredningsbank nr 2534, Malmberget 1982.

Författarpresentation:

Sven Ternov*, distriktsläkare.

*Postadress: Malmbergets vårdcentral, Presidentgatan 3, 971 00 Malmberget.

Röker du utan att veta om det?

Det mesta av röken går ut i luften som alla andas. Be dina kamrater att röka där ingen annan får obehag.

SOCIALSTYRELSEN.

SKRIV och BESTÄLL AFFISCHER OM PASSIV RÖKNING FRÅN SOCIALSTYRELSEN, DISTRIBUTIONSCENTRALEN, 10630 STOCKHOLM

Hypertoni: Mätproblem och terapieffekter

ANDERS ÖVERBY

I Tyskland och England har man undersökt vilka krav som bör ställas på apparater för blodtrycksmätning. Engelsmännen har också studerat med vilket intervall blodtrycksvärdena bör registreras innan diagnosen hypertoni ställs. De har också testat hemblodtrycksmätning och placeboeffekter på blodtrycket. Amerikanska rekommendationer om blodtrycksmätning har visat sig vara felaktiga. I denna artikel diskuteras också påverkan på blodtrycket genom kostens fiber- och fetthalter liksom genom muskelrelaxation m m.

Nyckelord: Hjärt-kärlsjukdomar, hypertoni, diagnostik, terapi.

Inledning

Hypertoni innebär definitionsmsigt att de numeriska mätvärdena för blodtrycket är stegrade. Dessa siffrvärden behandlar vi för att minska sjukligheten i hjärnblödning, hjärtinfarkt, kärlkramp m m. Numera vet vi också att det finns många andra riskfaktorer för dessa sjukdomar, tex blodsocker, HDL-kolesterol, tobaksmissbruk m m. Dessa övriga riskfaktorer kan vara väl så viktiga att åtgärda för att förhindra exempelvis hjärtinfarkt, men av tradition ser vi ofta blodtrycksvärdena som det väsentliga. Det är väl känt att blodtrycksmätning är förenat med en hel del felkällor: patienternas viloläge, apparaturens konstruktion, undersökarens hörsel m m. Detta belyses i Thomas Thulins nyutkomna bok om blodtrycksmätning (1). I denna översikt tas andra litet mer speciella mätproblem upp.

Alla allmänläkare skriver ut läkemedel mot högt blodtryck men det finns också sk icke-farmakologisk behandling vilket här skall diskuteras. Ibland kan man fråga sig om sänkningen av

blodtrycket inte bara är en rent mätteknisk effekt.

Tyskland och England: apparatproblem

Experterna på blodtrycksmätning anser att man regelbundet bör kontrollera sin mätapparatur. I en engelsk studie gick man igenom över 200 blodtrycksmätare av konventionellt slag (2). Vanligaste felet var smuts i eller sliten ventilt. Andra vanliga fel var dåligt kvicksilver, smutsig mätskala, dåliga slangar. Många mätare var defekta i olika avseenden utan att detta påverkade de blodtrycksvärden de visade vid testen, men den bristande funktionen gjorde det besvärligare att mäta blodtrycket varför sannolikheten för fel ökar. Det finns sålunda all anledning till periodisk service av mätutrustningen. Hur många gör det?

I Västtyskland har "Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes" med sedvanlig tysk grundlighet gett ut en bok på 112 sidor som enbart handlar om klinisk prövning av apparater för mätning av blodtryck (3). Man har bla testat 19 elektroniska mätutrustningar mot 19 konventionella. Det visade sig att de elektroniska hade sämre mätnoggrannhet än stetoskopbaserad mätteknik. Som ett kuriosum kan nämnas att den tyske redaktören suckar: "För att få en enhetlig och riktig stavning av namnet Korotkow skulle omfångsrika korrektur vara nödvändiga". I Sverige skriver man på många håll felaktigt Korotkoff. Tyska Blodtrycksligan har för övrigt bland annat ambitiöst gett ut inplastade särskilda blodtryckspass för mätvärden, tryckt upp rekommendationer för bilförare med högt blodtryck, dietlistor för natriumkarens osv.

USA: manschettproblem

Att även mätteknik rekommenderad av stora och välkända organisationer kan vara bristfällig belyses av följande: American Heart Association (AHA) gav 1980 ut rekommendationer om hur blodtrycket skulle mätas (4). Man rekommenderade där vissa storlekar på blodtrycksmanschetter vilket baserade sig på en undersökning från 1978 (5). För drygt ett år sedan påpekade man i Lancet att AHA misstolkade denna undersökning (6). Den manschettstorlek som rekommenderas för

olika armomfång medför en undervärdering av blodtrycket med ett mätfel på över 5 procent. När man drar slutsatser från amerikanska undersökningar finns det därför anledning att vara observant på hur blodtrycket mätts.

Mätvärdenas antal och fördelning i tiden

För att ställa diagnosen hypertoni krävs i allmänhet flera värden. Men hur många och under vilken tid? I Storbritannien undersöktes 93 obehandlade misstänkta hypertoniker (7). 3 olika mätmodeller tillämpades efter första besöket då man fann ett systoliskt tryck över 90 mm:

1. Mätning 1 ggn per månad i 2 månader.
2. Mätning 1 ggn var 14:e dag i 2 månader.
3. Mätning 1 ggn i veckan i 3 veckor och ytterligare 1 mätning 4 veckor senare.

Gemensamt för grupperna var att trycken föll vid upprepad mätning. Det systoliska hade stabiliserat sig 3:e gången det mättes, det diastoliska 2:a gången det mättes. Intervallen mellan mätningarna spelade ingen roll men registreringen måste ske på olika dagar. Man konkluderar att totalt krävs minst 3 mätningar (av samme undersökare) med minst 1 veckas mellanrum under upp till 2 månader. Liknande visades redan 1969 i en betydligt mindre undersökning som publicerades i Lancet (8): flera mätningar vid samma tillfälle gav ej signifikant skillnad vilket man däremot fick vid 2 follow-up besök. Man hävdar att blodtrycket faller asymptomiskt under de 3 första besöken.

Regression towards the mean

Ofta är det så att det första värdet man mäter hos en patient är högre än de följande värdena. Detta kan bero på flera olika faktorer men en faktor är "regression towards the mean", på danska "retur til genemsnittet" (9). Fenomenet är välbekant bland epidemiologer: ett statistiskt mätvärde (som slumpmässigt varierar) vilket vid första mätningen är extremt, tenderar mot att närma sig fördelningens centrum vid senare registrering. För de patienter som har högst mätvärden är "regression towards the mean" störst. I British Medi-

cal Journal har man i en ledare påpekat att det finns en annan sida av problemet: människor vars tryck är låga vid första mättillfället får högre värden vid upprepade mätning (10).

Blodtrycksmätning i hemmet

Allt fler patienter mäter själva sitt blodtryck hemma. Men hur skall vi förfara med dessa tryck? Hittills har all terapi baserat sig på värden uppmätta inom sjukvårdsapparaten. Några engelsmän undersökte 57 patienter med essentiell hypertoni (11).

De fick själva mäta trycket hemma på vanligt sätt. Samtidigt mättes det intraarteriella trycket. Patienterna fick också trycket mätt på konventionellt sätt på sjukhus. Systoliska tryck hemma visade god överensstämmelse med intraarteriella värden och sjukhusvärden. Diastoliska tryck hemma liksom sådana på sjukhus gav högre värden än intraarteriellt uppmätta. Diastoliska tryck hemma och på sjukhus visade god överensstämmelse. Man anser att tryck mätta hemma av särskilt utbildade patienter är lika exakta som sjukhustryck men att blodtrycket behöver mätas vid fler tillfällen hemma.

Sänker placebo blodtrycket?

Många är benägna att svara ja på detta men frågan är om det verkligen är placebobehandlingen i sig som sänker trycket. Det kan ju bero på mätfel mm. Detta har studerats i Storbritannien av samma sjukhus som gjorde undersökningen om hembloodtrycksmätning. Man undersökte 20 patienter med essentiell hypertoni behandlade med indoramin (en i Sverige ej registrerad alfa-adreno-receptor antagonist) respektive placebo i en randomiserad dubbelblind-studie (12). När blodtrycket mättes med sphygmomanometer erhöles en signifikant sänkning av både systoliskt och diastoliskt tryck på placebo. Men – samtidig registrering av intraarteriellt tryck visade ingen effekt av placebo. Dessa forskare anser att placeboeffekten förefaller att vara en artefakt av själva den konventionella tekniken att mäta blodtryck. Placebo som kontroll mot läkemedel kan därför medföra en undervärdering av det aktiva läkemedlet som till skillnad mot placebo påverkar det intraarteriella trycket.

Årstid och blodtryck

I en brittisk multicenterstudie av mild hypertoni (Medical Research Council) med 17.000 patienter har man gjort en statistisk analys av blodtrycksvärdena kontra vissa andra mätvärden (13). Blodtrycksvärden uppmätta på vintern var högre än de som mätts under sommaren. Ingen variation sågs för pulsen. Ju kallare utomhus desto högre blodtryck. Systoliska värden var 7 mm högre och diastoliska 4 mm högre på en kall vinterdag jämfört med en varm sommardag. Skillnaderna var större för äldre och magra individer. Det statistiska sambandet mellan regn och blodtryck var dåligt.

Natrium – kalium och blodtryck

Att natriumrestriktion respektive kaliumtillförsel sänker blodtrycket redogjordes för i ett tidigare nummer av AllmänMedicin och tas ej mer upp här (14).

Kostens fiberhalt

I en australiensisk studie har man visat att blodtrycket sänks hos normotensiva om man börjar äta en vegetarisk kost, vilket skulle kunna stämma med blodtrycksskillnaderna mellan allätande mormoner och vegetariska sjundagsadventister (15). Man spekulerar i om en ändring av kostens fiberhalt skulle påverka blodtrycket genom ökad absorption av vissa födoämnen eller att ökningen av magnesiumintaget påverkar glattmuskelkontraktionen. Men: studien bestod av högt motiverade sjukvårdsanställda och var dessutom inte blind. En holländsk undersökning (Zutphen study) har visat att ett lågt intag av fibrer i kosten är kopplat till ischämisk hjärtsjukdom och cancer. Man konkluderar att en fiberrik diet skulle kunna skydda mot död från två vanliga kroniska sjukdomar i Västlandet (16).

Kostens fetthalt

I Finland har man visat att en 6 veckors fettreducerande kost med hög kvot omättade/mättade fetter gav blodtryckssänkning (17). Reduktionen av blodtrycket var större bland hypertoniker än bland normotensiva. Man framför hypotesen att dietens fettsyresammansättning påverkar prostaglandinerna vilka i sin tur påverkar blodtrycket.

Icke-farmakologisk terapi – en jämförelse

I Australien har man gått igenom publicerade undersökningar av hypertoni-behandling och jämfört terapi och effekt (18). Följande terapiformer studerades:

Läkemedel
Muskelrelaxation
Yoga
Fysisk träning
Salt restriktion
Bantning
Placebo
Biofeedback
Meditation

Australiensarna anser att de enda effektiva publicerade icke-farmakologiska terapiformerna var *bantning*, *yoga* och *muskelrelaxation*.

Slutsatser

Ett blodtrycksvärde ger, till skillnad mot symtomen yrsel och trötthet, en känsla av exakthet som kanske inte är så berättigad som man föreställer sig. Det är svårt att frigöra sig från misstanken att en del av effekterna av den icke-farmakologiska behandlingen är skenbar, det intraarteriella trycket tycks ju inte, till skillnad från konventionellt uppmätt tryck, sjunka på placebo. Många av de publicerade stu-

dierna om icke-farmakologisk terapi är av korttidskaraktär och tex ej dubbel-blindstudier. Det senare finns dock för natriumkarens och kaliumtillförsel. Biverkningar är också dåligt redovisade.

Litteratur:

1. Thulin T: Blodtryck och blodtrycksmätning. 1 uppl Stockholm. Almqvist & Wiksell 1982.
2. Burke MJ, Towers HT, O'Malley K, Fitzgerald DJ, O'Brien ET: Sphygmomanometers in hospital and family practice: problems and recommendations. Br Med J 1982;285:469-471.
3. Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes: Klinische Prüfung von Blutdruckmessgeräten. Heidelberg. 1982.
4. AHA Committee Report: Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers. Circulation. 1980;62:1145A-1155A.
5. Geddes LA, Whistler SJ: The error in indirect blood pressure measurement with the incorrect size of cuff. American Heart Journal. 1978;96:4-8.
6. Maxwell M, Waks A, Schroth PC, Karam M, Dornfeld LP: Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. Lancet. 1982;II:33-36.
7. Hartley RM, Velez R, Morris RW, D'Souza MF, Heller RF: Confirming the diagnosis of mild hypertension. Br Med J. 1983;286:287-289.
8. Dunne JF: Variation of blood-pressure in untreated hypertensive outpatients. Lancet. 1969;I:391-392.
9. Andersen B: Retur til gennemsnittet. Nordisk Medicin. 1983;98:81-83.
10. Beevers DG: Blood pressures that fall on rechecking. Br Med J. 1982;284:71-72.
11. Gould BA, Kieso HA, Hornung R et al: Assessment of the accuracy and role of self-recorded blood pressure in the management of hypertension. Br Med J. 1982;285:1691-1694.
12. Gould BA, Mann S, Davies AB, Altman DG, Raftery EB: Does placebo lower blood-pressure? Lancet. 1981;11: 1377-1381.
13. Brennan PJ, Greenberg G, Miall WE, Thompson SG: Seasonal variation in arterial blood pressure. Br Med J. 1982;285: 919-923.
14. Överby A: Hjärt- och kärlsjukdomar i allmänläkarvård. AllmänMedicin. 1983;4: 120-122.
15. Rouse IL, Beilin LJ, Armstrong BK, Vandongen R: Blood-pressure-lowering effect of a vegetarian diet: controlled trial in normotensive subjects. Lancet. 1983;1:5-10.
16. Kromhout D, Bosschieter EB, Coulander CL: Dietary fibre and 10-year mortality from coronary heart disease, cancer and all causes. Lancet. 1982;II:518-522.
17. Puska P, Iacono JM, Nissinen A et al: Controlled, randomised trial of the effect of dietary fat on blood pressure. Lancet. 1983;I: 1-5.
18. Andrews G, Macmahon SW, Austin A, Byrne DG: Hypertension: comparison of drug and non-drug treatments. Br Med J. 1982;284: 1523-1526.

Författarpresentation:

Anders Överby,* distriktsläkare.

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

Synpunkter på allmänmedicinsk vidareutbildning

PÉTUR PÉTURSSON

Som bekant har de senaste åren pågått en intensiv debatt här i landet om allmänläkarrollen, allmänläkarnas utbildning, gränsdragning mellan specialiteter och nu senast om allmänmedicinen som specialitet. Resultatet av denna diskussion är bla AgAs rapport om specialistutbildning i allmänmedicin och regeringens beslut att ändra på allmänläkarnas utbildningsgång och ersätta begreppet allmänläkarvård med allmänmedicin, som kommer att erkännas som specialitet.

De nya utbildningsbestämmelserna innebär att huvuddelen av vidareutbildningen kommer att äläggas primärvården och att man kommer att lägga allt större tonvikt på allmänmedicinens ideologiska innehåll. I AgA-rapporten har man bla föreslagit en obligatorisk NLV-kurs i allmänmedicin. På flera håll i landet pågår nu kurser för handledare i allmänmedicin, som ägnar sig bla åt ideologiska frågor. I detta sammanhang vore det kanske av intresse att berätta kortfattat om erfarenheter av studiecirkelverksamhet i ämnet allmänmedicin, som vi, några isländska FV-läkare i allmänläkarvård, har bedrivit i Eskilstuna/Västerås, Uppsala och Göteborg.

Av tradition brukar majoriteten av isländska läkare vidareutbilda sig utomlands, för det mesta i Sverige, USA och Canada. Sedan 1977 har vi, 4-7 landsmän bosatta i Västerås och Eskilstuna, träffats med jämna mellanrum för att diskutera hälso- och sjukvårdsfrågor i Sverige och i hemlandet samt utbildningsfrågor. Vi kom ganska tidigt underfund med att den svenska allmänläkarutbildningen var ganska begränsad och bristfällig, framför allt pga avsaknad av adekvat allmänläkarhandledning. I den internationella diskussionen om allmänmedicin har man delat upp vidareutbildningen i 3 delar: Kunskap (knowledge), färdigheter (skills) och attityder eller värderingar (attitudes). Vi upptäckte att den sistnämnda biten inte fanns i FV-blocken och på NLV-kurserna ägnade man sig åt angelägnare saker (undantag möjligtvis kurser 169 och 406 i katalogen 1980/81. För att förklara lite närmare vad som menas med "attityder och värderingar" vill jag citera Leeuwenhorst-överenskommelsen om kunskapskrav

och utbildningsmål för blivande allmänläkare, som 1974 formulerades av representanter för allmänläkare i ett flertal europeiska länder. Om "attitudes" säger den:

"Husläkaren skall kunna visa:

- a) förmåga till inkännande (empati) och upprättande av särskild och välfungerande kontakt med patienter samt förmåga till självkänedom.
- b) hur hans erkännande av patienten som unik individ modifierar hans sätt att bearbeta erhållen information om patienten och formulära hypotes om problemens natur och handlingsmöjligheter.
- c) att han förstår att det är fundamentalt terapeutisk verksamhet att hjälpa patienten att lösa sina problem på egen hand.
- d) att han förstår allmänläkaryrkets betydelse i vidare bemärkelse.
- e) att han är beredd att kritiskt granska sitt eget arbete.
- f) att han erkänner sina behov av efterutbildning och kritisk bearbetning av medicinsk information."

För att försöka komplettera vår vidareutbildning har vi sedan 1979 själva bedrivit en studiecirkel i ämnet "allmänmedicinsk ideologi och beteendevetenskap för husläkare" med ekonomiskt stöd av Kursverksamheten vid Uppsala universitet. Det rör sig om 2 kurser på 60 timmar vardera. Vi har fått någon extern kursledare men försökt klara oss själva. Vi har ägnat oss åt analys och diskussion om allmänmedicin som specialitet och denna optimala funktion i hälso- och sjukvårdssystemet. Vi har lagt huvudvikt på begreppen läkare-patientrelationer och husläkarens attityder, kommunikationsmönster och samtalsteknik. Vi har försökt definiera specialiteten på följande sätt och därvid haft stor nytta av det engelska, allmänläkarsällskapets definition:

Husläkaren bidrar med personlig och kontinuerlig läkarvård till enskilda personer eller familjer på läkarmottagning, i klientens hem eller på hans arbetsplats, skola eller annan institution. Han är hälso- och sjukvårdens primära representant gentemot sin klientgrupp.

Husläkaren eftersträvar att analysera och behandla krämpor och prob-

lem på tidigt stadium och planerar utan dröjsmål för problemets vidare lösning. Vid behov samarbetar han med andra specialister och annan sjukvårdspersonal.

Vid upprepade kontakter blir läkare-patientrelationen allt starkare och underlättar därvid diagnostik och problemanalys, som alltid innefattar somatiskt, psykologiskt och socialt synsätt. För att befärma hälsa använder husläkaren traditionella behandlingsmetoder, undervisning och prevention och utnyttjar läkare-patientrelationen i detta syfte.

Som kurslitteratur har vi framför allt använt oss av Michael Balinfs: Läkaren, patienten och sjukdomen, Brown & Freeling's: The Doctor-Patient Relationship (Churchill & Livingstone. Edingburg 1976) och det engelska allmänläkarsällskapets rapport om vidareutbildning: the Future General Practitioner - Learning and Teaching (BMJ. London 1974). Dessutom har vi haft stor glädje av Cullbergs Kris och utveckling, Bendix bok: Din nervösa patient och Wretmarks kurspaket om terapeutisk hållning, relationer och samtalskonst (recenserad i Läkartidningen 1980, sid 2411). Vi har gemensamt diskuterat ett antal tidskriftsartiklar i ämnet och deltagarna har refererat ett flertal böcker och tidskriftsartiklar av intresse, för studiecirkeln.

Denna verksamhet har varit mycket värdefull för oss alla, vidgat våra vyer och stimulerat oss till egna studier och bearbetning av allmänmedicinsk litteratur, som vi annars knappast skulle ha fått kännedom om.

Det är min övertygelse att de ovan beskrivna utbildningsbestämmelserna kommer att ge mycket bra resultat inom överskådlig framtid och att behovet för sådana studiecirkel som vår kommer att minska. Jag vill dock påstå att denna utbildningsform alltid kommer att var värdefull och ett givande tillskott till övrig utbildningsverksamhet.

Pétur Pétursson, distriktsläkare
Västerås

Allmänläkarböcker

Läkaren, patienten och sjukdomen

Michael Balint

Bakom symtomen hos många patienter ligger livskonflikter. I denna bok beskrivs hur man lär sig att lyssna och förstå dessa patienters livssituation.

396 sid. ISBN 44-15011-3
Ca-pris inkl moms 208:–

Psykosomatiska bidrag – några uppsatser om helhet och samband

Bengt Mattsson (red)

Innehåller samtliga bidrag i föreläsningsserien "Psykosomatisk medicin – en helhetssyn på människan", som anordnades av Allmänmedicinska sektionen i Umeå 1980/81.

63 sid. ISBN 44-20691-7
Ca-pris inkl moms 78:–

Etik i vården Teori, praktik, forskning

Gerdt Wretmark
Astrid Andersson Wretmark
Johnny Ludvigsson

En aktuell lärobok, som samtidigt kan ses som ett inlägg i debatten om många av de etiska frågor som berörs.

234 sid. ISBN 44-18661-4
Ca-pris inkl moms 187:–



Allmänläkarboken

Karl-Erik Fichtelius (red)

19 specialister delger här sina kunskaper i bl a neurologi, medicinsk ortopedi, psykiatri, geriatrik, socialmedicin.

400 sid. ISBN 44-16521-8
Ca-pris inkl moms 214:–

Allmänläkarboken 2

Redaktionskommitté: Kramfors' distriktsläkare

Ger synpunkter och kunskap från både allmänläkare och specialister om bl a alkohol, hemsjukvård, farmakoterapi, miljömedicin, kirurgi och ortopedi i öppen vård, hypokondrier.

339 sid. ISBN 44-19991-0
Ca-pris inkl moms 198:–

Grunderna i epidemiologi

Anders Ahlbom – Staffan Norell

En kort och välskriven introduktion i epidemiologisk metodik.

67 sid. ISBN 44-13781-8
Ca-pris inkl moms 66:–

Handledning för patientmottagare

Gunnar Hörding

Ett hjälpmedel i det dagliga arbetet på vårdcentraler, akutmottagningar m m. Ger kunskaper om systematisk symtomutfrågning, värdering av symtom, när, var och hur patienter tas om hand och egenvård.

48 sid. ISBN 44-19901-5
Ca-pris inkl moms 98:–

I produktion

En introduktion i allmänläkarvård

D C Morell

Översättning: Bengt Mattsson

Beskriver arbetet utifrån allmänläkarens brokiga vardag med tyngdpunkt på arbetssätt, arbetsrutiner och läkar-patientförhållande.

ISBN 44-18051-9

Samhällsmedicin – en introduktion

Bo Haglund – Leif Svanström

En översiktlig introduktion avsedd främst för kommunala högskolors baskurser. Boken redovisar kunskaper från både samhälls- och beteendevetenskaper och samhällsmedicinska områden. Utk okt 1983.

ISBN 44-18051-9

Samhällsmedicin – en lärobok för medicinsk och social personal

Lennart Köhler (red)

Skildrar de stora dragen i sambanden mellan hälsa, sjukdom och samhälle: det svenska samhället och dess hälso- och sjukvård, viktiga metoder för att studera sambandet mellan hälsa – samhälle och några områden där samhällsmedicinska aspekter har särskilt stor betydelse.

ISBN 44-20451-5. Utk okt 1983

Studentlitteratur distribuerar

Syke mennesker og medisinsk behandling

Einar Kringlen

Den första bok i sitt slag i Norden som ger en samlad framställning av sjukdom, patienter och behandlare. Författaren integrerar medicinska, psykologiska och sociologiska synpunkter.

537 sid. ISBN 44-20911-8
Ca-pris inkl moms 395:–

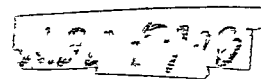
Köp böckerna i bokhandeln.



Studentlitteratur

Box 1719, 221 01 Lund. Tel. 046-30 70 70





Är vårdlag självklart bra?

Nyligen utkom en skrift från institutionen för socialmedicin, Karolinska Institutet (Vårdcentralen Kronan). Titeln var "Vårdlag i svensk primärvård – en inventering" (Boström, Olsson, Svanström; jan 1983). I denna skrift hävdas bland annat att "vårdcentraler med vårdlagsorganisation i högre grad lever upp till de förväntningar och krav som ställs på primärvården". Det insieras också att "de vårdcentraler, som är intresserade av planering av verksamheten, prevention, och samarbete med primärkommunen också är de som utvecklar en vårdlagsorganisation". Dessa påståenden kräver en kommentar.

Är det självklart bra med vårdlag? I nämnda skrift framgår att det endast vid en klar minoritet av vårdcentralerna finns någon form av vårdlagsorganisation. Av 607 vårdcentraler som svarat har bara 93 någon sådan organisation. Det framgår dessutom att av dessa 93 är det bara 38 som har så kallade små vårdlag, det vill säga sådana som bygger på en läkare. Övriga har stora vårdlag med flera läkare.

Sålunda tycks speciellt den av författarna omhuldade organisationen med små vårdlag ha haft dålig genomslagskraft. Varför?

Är det inte i själva verket så att detta är en olämplig organisation? Varför fragmentera en vårdcentral i flera enläkarstationer med alla de nackdelar dessa hade? Jag tänker till exempel på den stora sårbarheten; så fort doktorn är ledig, sjuk, på kurs etc uppstår stora svårigheter. Dessutom förutsätter små vårdlag att doktorerna är mycket likartade både till intresseinriktning, reell kompetens, personlighet med mera. I annat fall uppstår stora skillnader mellan olika vårdlag. Med små vårdlag upphäver man också principen om det fria läkarvalet, en princip, som visserligen kan vara svår att upprätthålla oavsett organisation men som man dock bör hävda åtminstone inom rimliga gränser.

Nej, det väsentliga måste istället vara, att skapa lagom stora vårdcentraler. Många undersökningar talar för att den lämpliga läkarbemanningen är två till fem allmänläkare. Om man sedan vill kalla detta för stort vårdlag må det vara hänt, det viktiga är ändå att alla arbetar gemensamt inom samma mottagning och att det därmed ges flexibilitet både vad gäller arbetsbelastning, patienturval till olika doktorer beroende på intresse, reell kompetens etc.

De stora vårdcentraler som redan finns har på sina håll delats upp i mindre funktionella enheter med några

doktorer i varje och detta är naturligtvis riktigt att göra. Förutsättningarna i form av lokaler och annat kan ju knappast ändras. Vid nybyggnationer däremot bör man sträva efter mindre enheter.

Vi som redan arbetar på sådana mindre enheter har nog ganska sällan någon större längtan efter att återgå till ett en-läkarsystem. Vi är dessutom,

trots detta, intresserade av planering av verksamheten, prevention med mera och vi försöker leva upp till de förväntningar och krav som ställs på primärvården.

Författarpresentation:

Georg Larsson*, distriktsläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, Sjukhuset i Forshaga, 667 00 Forshaga.

Svar:

Med anledning av Georg Larssons debattinlägg "Är vårdlag självklart bra?" Vill vi anföra följande: Den av oss vid Institutionen för Socialmedicin genomförda inventeringen av vårdlag i svensk primärvård är ett försök att ta reda på vad begreppet vårdlag innebär för primärvården idag, hur utbredd denna arbetsorganisation är och vad den innebär.

Diskussionen runt begreppet vårdlag har förts intensivt under de senaste åren. I vår inventering har nästan alla som svarat på enkäten haft någon uppfattning om innebörden i begreppet vårdlag. Enkätsvaren visar dock att vårdlagsbegreppet inte är något entydigt begrepp.

GL ställer frågan "Är vårdlag självklart bra?" och det är just samma fråga som vi har ställt oss inför denna inventering. Det är idag många som ställer stora förhoppningar till att vårdlagsorganisationen skall göra det möjligt för primärvården att leva upp till alla de förväntningar som för närvarande föreligger. SPRI har bl.a. engagerat sig i ett projekt i Eslöv där en ny vårdcentral skall byggas för vårdlagsorganisation. I Stockholms läns landsting har man beslutat att vårdlag skall införas i primärvården och de vårdcentraler som satsar på vårdlag får speciell bemanning för detta ändamål. Allt detta sker utan att någon egentligen utvärderat om vårdlag är en bra arbetsorganisation mot bakgrund av primärvårdens innehåll.

De intentioner med primärvården som inte har kunnat förverkligas hittills är främst samarbete med primärkommunerna och förebyggande verksamhet (prevention). Vi har i denna enkät försökt att ta reda på i vad mån dessa områden är utvecklade inom primärvården i Sverige. I en enkät av detta slag går det rimligtvis inte att få en helt sann bild av hur förhållandena är, då frågor kan uppfattas på olika sätt.

GL påpekar att även vårdcentraler utan vårdlag är intresserade av planering av verksamheten, prevention och

att de försöker leva upp till de förväntningar och krav som ställs på primärvården. Detta är helt riktigt. Vad vi har funnit i vår studie är att bland de vårdcentraler som har vårdlag, har en större andel dessa egenskaper, vilket inte innebär att dessa egenskaper saknas hos de vårdcentraler som inte har en vårdlagsorganisation.

Vi tror att primärvården måste satsa mer på ett samhällsmedicinskt arbetssätt än hittills, dvs

1. samarbeta med sin lokalbefolkning och dess organisationer
2. samarbeta med primärkommunens avdelningar – särskilt socialvården
3. satsa på att tillsammans med dessa utveckla förebyggande arbete.

Inventeringen som vi gjort visar på att det behövs. Primärvårdens företrädare omvittnar ständigt behovet. Vårdlagsarbetets snabba etablering kan peka på en *organisatorisk* lösning som kan underlätta för personalen att fullfölja primärvårdens intentioner.

Gunnel Boström Leif Svanström

Referens:

Boström G, Olsson B, Svanström L: Vårdlag i svensk primärvård – en inventering. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, 1983 (Rapport, grön serie nr 1).

Kan rekvideras från Boström G, Institutionen för socialmedicin, Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg.

Hur skall otit behandlas?

GEORG LARSSON

Otitbehandling har blivit en kontroversiell fråga. I denna artikel granskas en del undersökningar i ämnet och författarens konklusion är att man inte generellt bör sluta att primärt penicillinbehandla akuta mediaotiter. Antibiotikaförskrivningen bör istället minskas genom skärpt diagnostik och kortare behandlingstid.

Nyckelord: Infektioner, otit, behandling, primärvård, debatt.

Under året har det varit en livlig debatt om otitbehandling bland annat i Läkartidningen. Debatten har nu spritt sig även till AllmänMedicin. I nr 4/83 fanns en artikel av Börjesson/Helge/Hellström: "Otitbehandling utan antibiotika." Man har sålunda funnit att behandlingsresultaten inte skiljer sig med respektive utan antibiotika. Undersökningen kräver dock en kommentar. Författarna påpekar själva att materialet är litet (33 patienter) och att jämförelsematerialet är retrospektivt och inte helt jämförbart med undersökningsmaterialet. Man drar ändå slutsatsen, att studien antyder, att behandling av akut mediaotit med näsdroppar och analgetika åtminstone inte ger sämre resultat vad beträffar utläkning, än behandling med antibiotika, näsdroppar, analgetika. Jag tycker nog att man kan ifrågasätta om undersökningen på ett övertygande sätt har visat detta. Även den holländska undersökning (1), som man hänvisar till, har svagheter. Visserligen ingick där 171 patienter, men hälften av dessa behandlades med paracentes, en behandling som knappast är aktuell i vår primärvård. Tar man bort paracentesgrupperna återstår två grupper med ett 40-tal patienter i vardera, som behandlades med respektive utan antibiotika. Även den undersökningen har alltså ett patientmaterial i minsta laget enligt mitt förmenande.

Mer intressanta är undersökningar som gjorts av en dansk grupp (2). Här om året publicerade man en artikel där man just förespråkade att akut mediaotit inte primärt borde behandlas med antibiotika. Man kunde till exem-

pel inte finna någon skillnad i långtidsresultatet mellan den antibiotikabehandlade (V-penicillin) respektive den icke antibiotikabehandlade gruppen. Däremot kunde man påvisa en signifikant bättre "gynnsam utveckling" för antibiotikagruppen i den akuta fasen (enligt en rad kriterier). Bland annat kunde man påvisa vilken snabb analgetisk effekt V-penicillin har vid öroninflammation (utom när orsaken är haemophilus influenzae). Detta bekräftar ju vad många föräldrar kan berätta om hur barnen blivit nästan symptomfria redan efter första penicillindosen. Man fann också att V-penicillin tolereras bra och att sidoeffekterna är få och milda. Ändå förespråkade man alltså att V-penicillin inte skulle användas primärt. Det intressanta är nu emellertid att den danska gruppen uppenbarligen har ändrat sig. I en artikel (3) nyligen förspråkades en kort behandling med V-penicillin; just för att tillvarata de gynnsamma effekterna i det akuta skedet. Säkert kommer vi att få höra mer från denna aktiva danska grupp.

Hur ska man då hålla ner antibiotikaförbrukningen vid otit? Enligt min mening är den viktigaste åtgärden en förbättrad diagnostik. Man bör försöka skilja ut simplexotiterna från de riktiga mediaotiterna. Med simplexotit avser jag de fall, där trumhinnan är lätt - måttligt rodnad men i övrigt tunn och speglade, normalställd och normalrörlig. Dessa fall behandlar jag med analgetika och näsdroppar och de får återkomma vid behov. Vid akut mediaotit däremot har man i allmänhet en kraftigare rodnad av trumhinnan, den är dessutom oftast matt och förtjockad, rörligheten är oftast dålig och inte sällan är trumhinnan buktande. I dessa fall finner jag knappast något skäl att inte ansluta mig till Hovelius (4) och Lundgren/Ingvarssons (5) behandlingssprincip: V-penicillin i fem dagar, dessutom näsdroppar och vid behov analgetika (som dock knappast brukar behövas sedan patienten väl påbörjat penicillinbehandlingen). Har patienten fortfarande öronvärk efter 12 timmar rör det sig troligen om en haemophilus-otit (2) och man bör då överväga att byta till ett ampicillinpreparat.

Uppföljningen efter akut mediaotit är viktig med tanke på möjligheten av otosalspingit i efterförloppet. Börjesson/Helge/Hellström påpekar också detta, liksom att man numera i öronläkarkretsar anser att kroniska otiter

kan utvecklas ur otosalspingiter. I den kommenterade undersökningen har patienterna kontrollerats med otoskopi och audiogram, vilket ju är utmärkt. Emellertid tycker jag att man funnit förvånansvärt få otosalspingiter. I min undersökning av otitkontroller (6) ingick totalt 255 fall och jag fann där att ungefär var fjärde patient uppvisade tecken på otosalspingit vid kontroll efter en månad, en siffra som hade sjunkit till knappt var tionde patient ytterligare en månad senare. Dessa remitterades till öronklinik och efter flera månader gick cirka tre procent av det ursprungliga totalantalet till kirurgisk åtgärd (paracentes, i de flesta fall med rör).

Sammanfattningsvis tycker jag, att det är fel att kasta ut barnet med badvattnet, det vill säga helt sluta att primärt penicillinbehandla akuta mediaotiter. Ta istället tillvara de fördelar som V-penicillin ger i det akuta skedet; minska antibiotikaförskrivningen genom skärpt diagnostik och kort behandlingstid!

Litteraturreferenser:

1. van Buchem FL, Dunk JHM, vaan't Hof MA. Therapy of otitis media: Myringotomy, Antibiotics, or Neither? Lancet 1981;2: 883-7.
2. Mygind N, Meistrup-Larsen KI, Thomsen J, Thomsen VR, Josefson K, Sørensen H. Penicillin in acute otitis media: A double-blind placebo-controlled trial. Clin. Otolaryngol 1981;6: 5-13.
3. Meistrup-Larsen KI, Thomsen J, Mygind N, Sørensen H, Johnsen NJ, Sederberg-Olsen J. Penicillinbehandling af akut mellemørebetændelse hos børn. Ugeskr Laeger 1983;80: 787-8.
4. Hovelius B. Så behandlar jag otitis media hos barn. Läkartidningen 1983;80: 787-8.
5. Lundgren K, Ingvarsson L. Akut otit hos barn - synpunkter på handläggning inom primärvården. Läkartidningen 1983;80: 2015-6.
6. Larsson G. Otitkontroller i primärvården: Var fjärde patient visar tecken på otosalspingit vid en-månadskontrollen efter akut mediaotit. Läkartidningen 1983;80: 1215-6.

Författarpresentation:

Georg Larsson,* distriktsläkare.

*Postadress: Vårdcentralen, Sjukhuset i Forshaga, 667 00 Forshaga. Tel 0654-72040.

Psykosomatisk medicin

Nyligen har den magra litteraturen inom området psykosomatik fått ett välkommet tillskott, **"Psykosomatiska bidrag"** under redaktion av Bengt Mattsson. Studentlitteratur 63 sidor, 1983. Pris: 78 kronor inklusive moms.

Det skall omedelbart sägas att detta är en läsvärd bok.

Under 1980 och 1981 arrangerade allmänmedicinska sektionen i Umeå en föreläsningsserie och forskarutbildningskurs med temat: "Psykosomatisk medicin – en helhetssyn på människan". Samtliga bidrag under kursen publiceras i boken. Förutom redaktören medverkar Kerstin Anér fil dr och politiker, Jan Helander professor och forskare inom området åldrandets psykologi, Jan-Otto Ottosson professor i psykiatri, Töres Theorell invärtesmed och professor på Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin. Författarnas gemensamma strävan har varit att söka beskriva samband och sammanhang och boken spänner över både filosofiska/religiösa aspekter och mer traditionellt medicinska benämningar. Förhoppningen är att läsaren skall ges ytterligare tillskott i strävan att förstå och formulera det som är sjukvårdens förnämsta och främsta uppgift, nämligen att ta hand om sjuka människor och inte sjukdomar.

Töres Theorell väcker frågan vad dessa forskningsresultat skall användas till och svaret blir att i krissituation är stöd något mycket centralt, även när det gäller påtagliga sjukdomsmanifestationer som hjärtsjukdom och hjärtdöd. Man vet tex att blodtrycket i allmänhet stiger under förloppet av en skilsmässa, arbetslöshet ökar risken för en mängd sjukdomar etc. Frågan är snarast hur man skall gå till väga, vikten av information, långsiktig planering, undervisning i skolan understryks. Klart är att den här typen av forskning givit en ökad insikt i hur levnadsförändringar kan påverka hälsorisker.

I nästa bidrag ger Jan-Otto Ottosson en kort och utmärkt sammanfattning av området: "Psykosomatisk medicin". Han betonar att psykosomatik är ett förhållningssätt. Att det gäller att få grepp om den somatiska sjukdomens psykosociala dimension, samt att komma fram till en diagnos på kroppsliga besvär som saknar somatiskt underlag. Han poängterar vikten av krav på en form av människokunskap i vårdarbetet och risken med den ensidiga somatiska hållningen som garanterar termer som: "Ingenting", "intention farligt", "psykiskt", "nervöst", "funktionellt". Det inom sjukvården välkända faktumet att det anses försmädligt att

försumma en somatisk diagnos, men inte att försumma en psykosocial diagnos, kommenteras också. Som avslutning väljer Jan-Otto Ottosson att citera den engelske psykiatern Michael Balint som menar att allmänläkaren riskerar att bli en mosaik av specialister, och i stället måste försöka se till helheten, i stället för multispecialist bli psykosomatiker, dvs se helheten från de somatiska, psykologiska och sociala perspektiven.

I nästa bidrag diskuterar Bengt Mattsson aspekter på samband mellan psykiska och fysiska besvär. Här ges modeller på ångest, isolering, ångestmanifestationer och sampel mellan emotionell, endokrin, autonom och motorisk reaktion i form av illustrativt figurer.

Han poängterar vikten av nyfikenhet och intresse för egna reaktionssätt och egna attityder i mötet med patienten. Figurerna ger ett stöd i form av en tankemodell och teoretisk utgångspunkt när det gäller att på ett riktigt sätt förstå ångest och oro som bakomliggande kraft i symptomutveckling. Teorin och bakgrunden är också en förutsättning för vårdarbetet. Endast här igenom medvetandegörs i bästa fall sjukvårdspersonalen, och ges därmed möjligheter att medvetandegöra patienten. Detta är förstås en förutsättning för att kunna förstå och begripa något av det som ligger "bakom".

Bengt Mattsson avslutar med att konstatera att bemötandet, behandlingen av symptomen får diskuteras någon annan gång. Jag ser fram emot detta bidrag! Det måste vara en av allmänmedicinens viktigaste frågor. När vi lärt oss avläsa sociala effekter på människan och lyckats undvika medikalisering, vad finns då kvar att göra?

Nästa bidrag är Jan Helanders med titeln: "Det långa mognandet." Han börjar med att konstatera att en sjukdom aldrig inträffar av en slump. Detta är en fruktbar utgångspunkt för mycket i patientarbetet, inte minst när det gäller samband mellan sjukdom och miljö, samt möjligheter till prevention. Exemplifierat med två mycket tankeväckande "sjukhistorier" klargörs att om man betraktar en sjuk person enbart som sjuk, men inte som person, så förlorar vederbörande sina karaktäristiska egenskaper. Han förvandlas från någon till något, man glömmer den grundläggande frågan "vem var han?" och riskerar avgörande felbedömningar.

Det bästa till sist, Kerstin Anérs bidrag: "En hel människa".

Jag väljer att citera: "Det första som läkaren alltså har att lära sig, när det gäller människosyn, det är att se på sig själv som patienten gör det." Nästa citat kommer från en kulturanthropologisk diskussion: "skillnaderna mellan de två sjukvårdssystemen är uppenbara. Vad som är intressantare är emellertid likheterna", "vad betyder denna sjukdom för denna patient eller för

hans sociala eller etniska grupp, vad är dess symbolvärde".

"Likaså undrar jag om den olika utbredningen av olika sjukdomar, typ magsår, livmodercancer, astma etc verkligen reservationslöst kan förklaras med olika diet eller med ingredienser i dricksvattnet. En del har nog också att göra med vad som i den kulturen är ett välkänt och accepterat sätt att bryta samman här livet blir för mycket för en."

Sjukdomen som en del i en människas eller ett samhälles livsmönster borde kunna göras till föremål för lika exakta studier som vilken annan socialmedicin som helst.

Med utgångspunkt från den filosofiska frågan om andens eller materiens primat tar författaren oss med i en mycket tankeväckande diskussion som i mycket handlar om en alternativ forskning inriktad på att ställa relevanta frågor av typen "hur skall en sådan påverkan från anden eller medvetandet gå till". Här citeras författare som John C Eccles och Karl R Popper och deras välkända arbete "The Self and Its Brain".

KA klargör också en del av svårigheterna med den här typen av forskning nämligen att det ej finns någon garanti för var man slutar, "för om man börjar acceptera idén att människan, den enskilda fysiska människan man har framför sig och inte bara ett abstrakt begrepp – om man accepterar att hon är något att respektera och inte bara manipulera: vad skall man då grunda en sådan respekt på?". Metafysiken blir det som blir kvar och hon menar att "man kommer långt långt ut på halis och det är meningen. Man skall vara fundersam, man skall ha en känsla av att man aldrig riktigt vet"

Hon avslutar med att konstatera att en helhetssyn på människan betyder i första hand och ofrånkomligen en helhetssatsning av läkaren. Han får ej lämna någon bit av sig själv utanför. Inte ens den metafysiska.

Det negativa i boken är marginellt, men nog kunde några av de mest omfattande tabellerna uteslutas. Ämnet låter sig svårigen beskrivas på traditionellt biomedicinskt sätt. Bidragen borde läsas med eftertanke av alla engagerade i sjukvård. Minst lika mycket av sjukvårdsadministratörer och klinikchefer som de i ingressen nämnda målgrupperna.

Boken klargör och inspirerar, den lyfter fram sanningar som borde vara självklarheter men som tenderar att döljas av den växande medicinska teknokratin.

Läs boken och håll diskussionen igång!

Göran Tomson, Distriktsläkare, Flemingbergs vårdcentral, Diagnosvägen 8, 141 53. Huddinge, tel 08-77 40 895.

Allmänläkarboken 2

Redaktionskommitté i Kramfors:
Distr läkare.
Förlag: Studentlitteratur. 339 sidor.
1983.

Pris: 198 kronor inklusive moms.

Drygt 2 år efter Allmänläkarboken 1 ger nu Kramfors distr läkare ut Allmänläkarboken 2. I sitt förord anger redaktionskommittén att boken vänder sig till färdiga allmänläkare, men att den också ska kunna användas i allmänläkarutbildningen. Den första Allmänläkarboken skrevs av specialister för allmänläkare. Detta mötte en hel del kritik och denna gång har man vänt sig till allmänläkare som har skrivit majoriteten av bokens 16 kapitel. Det kan utan vidare konstateras att Allmänläkarboken 2 vunnit på allmänläkarnas medverkan som författare.

Diderichsens och Janlerts kapitel om distr läkarens "Gräv där Du står" är enkel, lättfattlig och uttömmande. Den ger bra och utförliga exempel på hur man beskriver sin del av samhället. De ger tydliga hänvisningar till var man skall leta efter olika tabellpaket såsom DEMOPACK, AVIPACK, INKOPACK mm. De försöker tomt att ge ett exempel på den mycket svåra yrkesklassificeringen. Inte mindre intressant är underkapitlet om hälsorisker och ohälsa, hur man kan få tag på statistik ang tobaks-, alkoholkonsumtion, sjukfrånvaro mm och hur man kan bryta ner dessa register på distr läkarens eget område och på så sätt få användbar statistik. Den fylliga redovisningen av referenser borde kunna vara till stor nytta för distr läkaren i dennes epidemiologiska arbete.

Göran Westman skriver om den diagnostiska processen i primärvården och lyckas på ett utomordentligt sätt redogöra för den specifikt allmänmedicinska arbetsprocessen. Och där han belyser allmänläkarrollens komplexitet: läkare, medmänniska och lärare och hur dessa tre roller kan finnas vid ett och samma konsultationstillfälle.

Kapitlet om miljömedicin handlar om handläggningsmöjligheter beträffande bly, lösningsmedel, radon och fluor i form av 4 fallbeskrivningar. Tyvärr förfaller författaren till ett antal pekpinnar som tyvärr skämmer en i övrigt bra text.

Sven Ferrys och Bengt Georens urinvägsinfektioner i primärvård är i stort sett en sammanfattning av Västerbottens vårdprogram för UVI!

Författarna har lyckats sammanfatta dessa synpunkter väl och jag finner inte att det finns något kontroversiellt i deras rekommendationer. Möjligen användandet av Furadantin? Riktigt

bra tycker jag levnadsregler för kvinnor som lätt får urinvägsinfektioner är.

"Att man, om det verkligen skall lyckas en att leda en människa till en viss punkt, först och främst måste inrikta sig på att hitta honom där han är och börja där." Denna mening är början på ett citat av Sören Kirkegaard som inleder kapitlet om hypokondri av Lennart Kaj och Bertil Wikström. De beskriver de sk inbillningssjuka, numera psykosomatiska eller hypokondriska patienterna. Man beskriver hur viktigt det är att inte moralisera eller raljera över dessa svårt lidande patienter bara för att de inte är somatiskt sjuka. Det är ju så att föreställningen om hjärtinfarkt för en hjärtneurotiker oftast är ett mindre smärtsamt alternativ än den namnlösa ångest som annars skulle överväldiga honom eller henne. Man gör en klinisk indelning av hypokondrin, som ju presenterar sig på olika sätt. Under avsnittet den psykologiska behandlingen av hypokondri kanske man skulle ha tagit upp nyttan av Balintgrupper?

Ingvar Ohed skriver utmärkt om "Rökaren - dagens och morgondagens patient i primärvården". Han går på ett översiktligt sätt igenom den nödvändiga bakgrunden av medicinska skadeverkningar innan han kommer in på rökavvänjningsbehandling i primärvårdsarbetet. Där får man en beskrivning av rökstoppets fasor, hur man skall motivera sin pat att sluta och hur man i primärvården kan hjälpa.

Anders Rommelsjö tar upp primärvården och alkoholproblemen. I kapitlet definieras begreppen och påpekas vikten av att man har klart för sig vad man behandlar. Vi vet att alkoholmissbrukarna och alkoholisterna är storförbrukare av sjukvård. Sex procent av männen i åldern 20-49 år i Olofström som var kända för alkoholmissbruk i olika register svarade för 20 procent av alla besöken på vårdcentralen för män i denna åldersgrupp. Ofta var alkoholproblemen ej kända på vårdcentralen.

Enl socialtjänstlagen har socialvården ett förstahandsansvar för missbruksproblemen i kommunen men här har också primärvården enl HSL ett klart ansvar och man har allt att vinna på ett gemensamt fungerande vårdprogram.

I öppen vård utgör läkemedelskostnaderna den största posten efter lönekostnaderna. Detta ger en aning av läkemedels betydelse i primärvården som Bengt Järhult förtjänstfullt belyser. När Järhult gått igenom förskrivningsmönstret och läkemedelsbeteendet står det klart för läsaren att läkemedelsförskrivningen i stor utsträckning är en kulturell företeelse och i mångt och mycket beror på doktors tidsbrist, patienternas önskemål, orealistiska förväntningar men inte på sjukdomsfrekvens. Järhult tar också itu med famakologiska behandlingsrutiner som knappast är vetenskapligt belagda tex Premaspin/Persantin.

Exemplen här är naturligtvis legio. Ta bara alla hostmediciner! Skulle vi i dag få digitalis inregistrerat skulle den existerande dokumentationen knappast räcka till.

Ett 60 sidor långt kapitel om kirurgi och ortopedi i öppenvård berättar översiktligt och enkelt om den lilla kirurgin, tar upp åderbräck med bensår och dess behandling. Den akuta buken avhandlas på ett par sidor liksom tarmsjukdomarna och undersökningen av dessa.

Anders Engbergs kapitel om urologi kunde vara taget ur en lärobok i urologi och ger, tycker jag, inte några allmänmedicinska synpunkter på detta tidvis besvärliga kapitel. Jag skulle vilja säga att prostatiavsnittet är direkt dåligt.

Den ortopediska medicinen avhandlas av sjukgymnast Kerstin Bergendahl i form av några fallbeskrivningar mest kring ryggproblem. För övrigt hänvisar hon till NLV och provinsialläkarfondskurser i ortopedisk medicin. Vid dessa kurser behandlas bla frågor av det slag som tagits upp i hennes kapitel.

Något förvånande har man låtit Edgar Borgenhammar beskriva primärvårdens organisation. Detta om något vore väl fall för någon av våra organisatoriskt och administrativt skickliga distriktsoverläkare/allmänmedicinare att ta sig an i en sådan här bok. På något sätt känns Borgenhammars redogörelse inte riktigt aktuell. Han berör svårigheten i avgränsningarna tex mot samhället och mot andra grupper i samhället som har primärvårdsuppgifter. Han beskriver även insatsavgränsningar och yrkesavgränsningar och specialiseringsgrad och hänför sig på flera punkter till Alma-Ataöverenskommelsen från 1978. Dessutom gör han det för mig fundamentala felet att omväxlande använda sig av begreppen primär och öppen vård. Efter ha läst Borgenhammars kapitel får man klart för sig att det finns klara organisatoriska svårigheter men han anger inga lösningar.

Jag tycker mycket bra om denna bok.

För egen del skulle jag helst se att nummer 3 enbart skrivs av allmänläkare. Inte minst då man mycket tydligt i en sådan här bok ser skillnaden mellan allmänläkarens och specialistens sätt att närma sig ett problemområde. Specialisten skriver tydligt för en utbildningssituation, för studenter. Han är ofta mästrande, lite moraliserande och kommer med lite för tydliga pekpinnar. Allmänläkaren undviker detta. Slutligen kan jag bara hoppas att fler kvinnliga allmänläkare hörsammar det upprop distriktsläkarna i Kramfors gör på sista sidan av boken. De efterlyser förslag och manus ifrån samtliga läkare i Sverige till Allmänläkarboken 3.

Gunilla Hegardt

Distriktsläkare, Haga vårdcentral, Box 14056, 700 14 Örebro.



ISOPTIN SÄNKER BLODTRYCKET — INTE STÄMMNINGEN

Bibehåller orken, lusten, livsglädjen.

Kalciumantagonism/Isoptin — en verkningsprincip som innebär nya möjligheter till behandling av högt blodtryck.

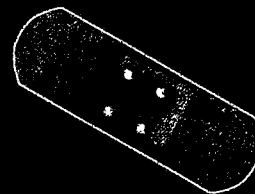
Isoptin tillåter patienten att känna sig frisk trots medicinering — ett aktivt liv utan onödiga biverkningar.

Meda AB, Göteborg.

MEDA

Andapsin®

sukralfat



Lokalt slemhinneskydd mot flera faktorer

	Salt- syra	Pepsin	Gall- syror	Alkohol	Acetyl- salicyl- syra	Anti- flogistika
Andapsin						
Antacida						
Antikolinergika						
Cimetidin Ranitidin						

Referenser:

Nagashima R: Development and Characteristics of Sucralfate, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 103—110, 1981.

Nagashima R: Mechanism of Action of Sucralfate, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 117—127, 1981.

Tesler M and Elizer S: Protection of Gastric Mucosa by Sucralfate from Aspirin-Induced Erosions, J Clin Gastroenterol 3 (suppl 2): 175—179, 1981.

Tarnawski A et al: Comparison of Antacid, Sucralfate, Cimetidine and Ranitidine in Protection of Gastric Mucosa against Ethanol Injury, Gastroenterology vol 84, No 5, Part 2 p 1331, 1983.

Caldwell JR: Pilot Trial of Sucralfate in Patients with Gastrointestinal Symptoms Associated with the Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents, Gastroenterology vol 84, No 5, Part 2 p 1119, 1983.

Andapsin® tabletter 500 mg

Antilucsmiddel med lokal slemhinneskyddande effekt.

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

Egenskaper. Sukralfat är alkaliskt aluminumsackarossulfat, som vid peptiskt sår huvudsakligen verkar med en lokal slemhinneskyddande effekt. Sukralfat bildar ett komplex med proteinerna i sårets botten. Affiniteten till skadad slemhinna är större än till frisk vävnad. Sukralfat resorberas 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. Se speciellt avsnitt märkt ☒ i FASS. Sukralfat passerar ej över i modersmjölk.

Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar uppträder i ca 2%. Vanligast är förstoppning. Muntorrhet finns rapporterat.

Dosering. Till vuxna 2 tabletter 4 gånger dagligen en timme före måltid och vid sänggåendet. Om antacida ordinerats 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.



FARMOS GROUP AB

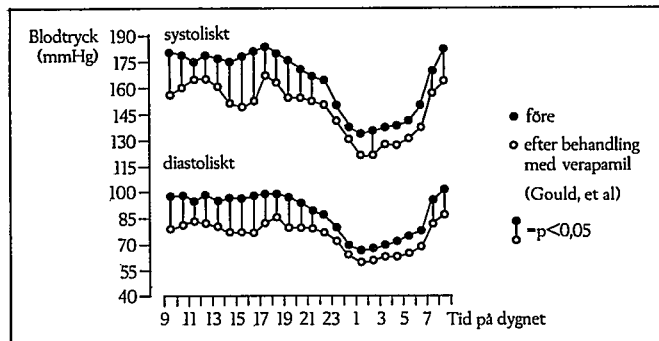
VERPAMIL

(verapamil)



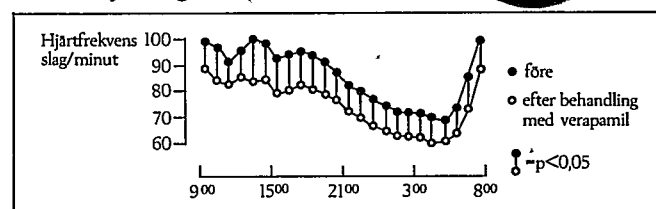
- den nya behandlingsprincipen

Nu kan kalciumhämmaren Verapamil också sättas in för sänkning av blodtrycket. Verapamil ger genom minskning av tonus i främst arterioli¹, en minskning av kärilmotståndet och därmed blodtrycket. Kliniska studier med andra preparat innehållande verapamil - t.ex. Calan®, Cordilox® - visar att den blodtryckssänkande effekten är dosberoende. Varken reninfrisättning eller Na-retention påverkas². Inga ortostatiska besvär förekommer under behandlingen och hjärtfrekvensen ökas inte. Verapamil sänker blodtrycket i både liggande och stående ställning samt under arbete. Blodtryckssänkningen med verapamil har också visat sig vara i stort sett proportionell mot blodtrycket före behandlingen.



Den normala fysiologiska dygnsrytmen i blodtrycket (cirkadiska kurvan) bibehålls⁴. Samma gäller

hjärtfrekvensen som sänks på samma fysiologiska sätt:



Även vid behandling av hypertoni ger verapamil låg frekvens biverkningar och dessa är i allmänhet en direkt följd av preparatets farmakologiska effekter³.

Doseringen för Verapamil vid hypertoni är: 240-480 mg/dag fördelat på 3 doseringstillfällen.

Referenser:

1. Ekelund, L-G. Nordisk Medicin, 97, 100-113, 1982.
2. Leonetti, G et al. Eur J Clin Pharmacol, 18, 375-382, 1980.
3. Baky, S-H et Singh, B.N. Pharmacotherapy, 2, 328-353, 1982.
4. Gould, Mann et Kieso, Circulation, 65, 22-27, 1982.

VERPAMIL

Orion

Tabletter 40 mg, 80 mg och 120 mg, injektionsvätska 2,5 mg/ml
Kalciumantagonist

Grupp 2C 1815

Egenskaper. Verapamil är en kalciumantagonist med effekt vid angina pectoris, förmaksarytmier och hypertension. Den basala verkningsmekanismen är en selektiv hämning av det transmembranösa flödet av kalciumjoner genom påverkan på särskilda kalciumkanaler i cellmembranen. Samtidigt bibehålls möjligheten till aktivering med katekolaminer.

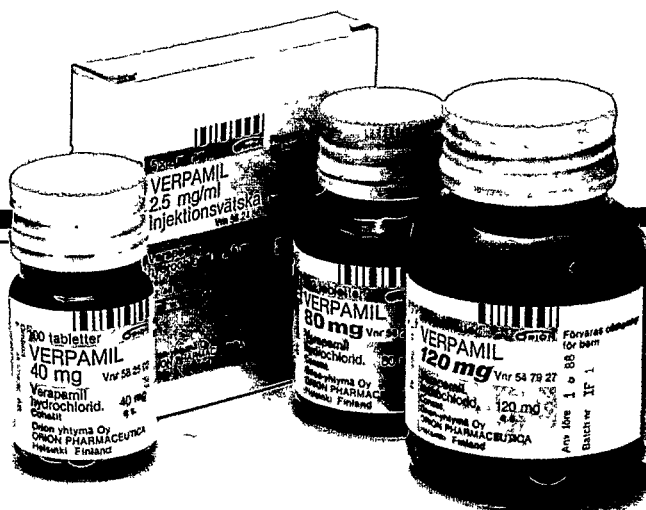
Da detta kalciumflöde har väsentlig betydelse för den kontraktile processen i hjärtmuskelceller och glatt muskulatur, förklarar verapamils hämmande effekt på kontraktionskraften i isolerade myokard- och kärlpreparationer, vilken kan upphävas av t.ex. isoprenalin. Verapamil påverkar de perifera blodkärlen och ger vasodilatation. Verapamil har ingen effekt på skelettmuskulatur och behandling med för inga negativa effekter på luftvägarna, varför verapamil även kan användas hos patienter med obstruktiv lungsjukdom.

Antianginös effekt: Kalciumantagonismen medför en lägre omsättning av energirika fosfater och därmed en minskad syrgasförbrukning.

Hämningen av myokardiets kontraktilitet med minskad syrgasförbrukning anses ha betydelse för den terapeutiska effekten vid angina pectoris. Dessutom spelar koronar vasodilatation en betydande roll, speciellt vid förekomst av koronarspasm. Genom perifer vasodilatation med blodtrycksfall sker även en avlastning av hjärtat. Behandling med verapamil medför inga negativa hemodynamiska konsekvenser för vänsterkammarmotståndet trots hämningen av myokardiets kontraktilitet.

Antiarytmisk effekt: Den antiarytmiska effekten av verapamil är väl dokumenterad vid förmaksarytmier. Genom kalciumantagonismen minskar verapamil automaticiteten i ektopiska foci och ökar överlevnadstiden i AV-noden med förlängning av den effektiva refraktärtiden. Detta leder till en reduktion av kammarfrekvensen vid förmaksflimmer och fladder. Vid paroxysmal supraventrikulär takyarytmier erhålls oftast omslag till sinusrytm samt recidivprofylax. Effekten på den kardiala pacemakeraktiviteten kan upphävas av t.ex. isoprenalin.

Antihipertensiv effekt: Genom perifer vasodilatation reducerar verapamil det perifera kärilmotståndet. Verkningen utövas huvudsakligen på resistenskärlen. Inga ortostatiska besvär förekommer under behandlingen och hjärtfrekvensen ökas inte. Ej heller har natriumretention och reninstimulation observerats. Verapamil sänker blodtrycket i såväl liggande som stående ställning samt under arbete. Verapamil



kan, vid behov, kombineras med diuretika eller α -metyldopa. Kombination med β -receptorblockerare är inte lämplig.

Indikationer. Angina pectoris, förmaksarytmier och AV-nodala takyarytmier. Hypertoni. VERPAMIL kan användas då behandling med β -receptorblockerare, saluretika eller kombination av dessa ej har gett önskad effekt eller är olämplig.

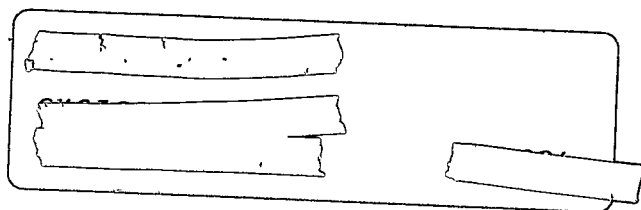
Kontraindikationer. Bristfälligt kontrollerad hjärtsufficiens (om inte denna orsakas av takyarytmi), kardiogen chock, AV-block av grad II och III samt bifascikulärt block och sick sinus-syndrom.

Försiktighet. Vid hypotension, akut myokardieinfarkt, uttalad bradykardi, digitalisintoxikation samt AV-block grad I. Försiktighet bör även iaktas vid nedsatt leverfunktion på grund av minskad först-pass-metabolisering med åtföljande ökad biologisk tillgänglighet. Vid parenteral tillförsel, se under Biverkningar. Samtidigt förekomst av förmaksflimmer och WPW-syndrom (risk att verapamil utlöser kammarflimmer).

Biverkningar. Obstation förekommer. Illamående, yrsel, huvudvärk och hudutslag har rapporterats. Vid alltför snabb parenteral tillförsel kan AV-block, hypotoni och eventuellt asystoli uppträda.

Tillverkare. Orion.

Ombud: Erco Lakemedel, Box 14232, 104 40 STOCKHOLM, tel. 08/63 09 10.



Ger du **Seloken**[®] till dina patienter metoprolol som genomgått hjärtinfarkt?

Vid ett läkarbesök 1978 fick Carl-Axel Norrman diagnosen hypertoni. 1982 drabbades han av en hjärtinfarkt. Efter utskrivningen från sjukhuset behandlades han med Seloken och lever nu ett i stort sett normalt liv.

Att Seloken har positiva effekter efter hjärtinfarkt visas i en stor studie som publicerades 1981¹. Mortalitetsreduktionen var 36% för patienter som behandlades med Seloken jämfört med placebo i åldersgruppen 40–74 år. I åldersgruppen 65–74 år var reduktionen 45%.

1. Hjalmarson Å et al. Effect on mortality of metoprolol in acute myocardial infarction. Lancet 1981;2:823-7.

Seloken (metoprolol) är en β_1 -selektiv adrenoceptorblockerare och finns som tabletter 50 och 100 mg, depottabletter (Duretter[®]) 200 mg samt injektionsvätska 1 mg/ml. Indikationer. Peroralt: Hypertoni, angina pectoris, förebyggande av hjärtdöd och reinfarkt efter den akuta fasen av hjärtinfarkten, hjärtarytmier samt adjuvansbehandling vid tyreotoxikos. Parenteralt: Supraventrikulära takyarytmier.